

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

На правах рукопису

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

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата
медичних наук

Науковий керівник:

Вдовиченко Юрій Петрович

член-кореспондент НАМН України

доктор медичних наук професор

Київ – 2016

ЗМІСТ

	Стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1	
ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ «ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ РУБЦЕМ НА МАТЦІ»	9
1.1. Вагітність у жінок, що мають рубець на матці – особливості перебігу	9
1.2. Тактичні підходи до жінок із рубцем на матці	17
1.3. Кесарів розтин як значущий фактор виникнення рубця на матці	21
1.4. Участь чоловіка у веденні вагітності. Партнерські пологи	31
РОЗДІЛ 2	
МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	39
2.1. Матеріали дослідження	39
2.2. Методи дослідження	41
РОЗДІЛ 3	
ПОРІВНЯЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ	44
3.1. Клінічна характеристика жінок	44
3.2. Перебіг вагітності і пологів у жінок з рубцем на матці	52
3.3. Ускладнення в післяпологовому періоді у жінок з рубцем на матці залежно від способу розродження	59
3.4. Бактеріологічне і цитологічне дослідження вмісту порожнини матки	63
3.5. Становлення лактації у породіль з рубцем на матці	67
3.6. Психоемоційні аспекти стану породіль	69

РОЗДІЛ 4	
ПЕРИНАТАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ РОЗРОДЖЕННЯ	74
РОЗДІЛ 5	
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	93
ВИСНОВКИ	108
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	110
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	111

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ІР – індекс резистентності

ЗРП – затримка розвитку плода

КШК – криві швидкості кровотоку

СДВ – систоло-діастолічне відношення

ПІ – пульсаційний індекс

ПД – плацентарна дисфункція

ПП – партнерські пологи

ФПК – фетоплацентарний комплекс

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема рубця на матці після операції кесарева розтину є однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві [1, 2]. Це обумовлено постійним зростанням абдомінального розродження, а в структурі показів основне місце займає наявність рубця на матці [3, 4]. Частота самостійного розродження таких жінок в Україні складає до 10%, що є дуже низьким показником у порівнянні з іншими країнами [5, 6].

Серед нових технологій ведення вагітності та розродження особливе місце займають родинно-орієнтовані технології та партнерські пологи, частоти яких зростає з року в рік, а при різних обтяжених ситуаціях такий підхід при розродженні є дієвим резервом зниження частоти акушерської і перинатальної патології [7, 8].

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 методуку 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 використання 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.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ «ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ»

1.1. Вагітність у жінок, що мають рубець на матці – особливості перебігу

Майже у кожній другій жінки з рубцем на матці вагітність протікає на тлі плацентарної дисфункції. Загальновизнано, що плацентарна дисфункція (ПД) – це симптомокомплекс, який супроводжує практично всі ускладнення вагітності [1, 2, 3, 4] і є результатом складної реакції плода і плаценти на різні патологічні стани материнського організму. В його основі лежать порушення компенсаторно-приспосувальних механізмів фетоплацентарного комплексу (ФПК) на молекулярному, клітинному і тканинному рівнях [5, 6, 7].

ПД супроводжує практично всі ускладнення вагітності. Її частота у пацієток з вірусною і бактеріальною інфекцією складає в середньому 50-60%. ПД має під собою певну патоморфологічну основу, що проявляється звуженням спіральних артеріол у плацентарній ділянці, їх звивистістю та неоднорідністю калібрів, зменшенням щільності артеріальної мережі, звуженням капілярів, в яких і з'являються ділянки стазу, агрегації та адгезії формених елементів [8, 9]. Автори виявляли у тканині плаценти масивні міжворсинчасті відкладення фібрину, набряк та фіброз ворсин хоріона, дистрофічні зміни спричинені первинними судинними порушеннями.

Група дослідників [10, 11] довели можливість вторинних змін у судинах плаценти (у вигляді зменшення товщини стінки великих судин) внаслідок зрушення об'єму та поверхні термінальних ворсин при формуванні й розвитку плаценти.

Плацента – позазародковий орган, який забезпечує розвиток та ріст плода під час вагітності. Плацента людини належить до типу дискоїдальних гемохоріальних ворсинчастих плацент. В її будові розрізняють зародкову (плідну) та материнську (маткову) частини. Материнська частина є похідним слизової оболонки матки, її відпадаючого шару. Роль її надзвичайно велика як при фізіологічній вагітності, так і при акушерській та екстрагенітальній патології. Функції плаценти багаточисельні, серед них найбільш відомими є наступні: трофічна, екскреторна, захисна, імунологічна, ендокринна та інші. Плацента є не тільки органом, яка з'єднує два різних по антигенним властивостям організми (матері і плода), але й відділяє їх одне від одного. Будова і функції плаценти непостійні і вони можуть змінюватись в процесі вагітності, що є безпосередньо пов'язаним з ростом плода і залежить від матково-плацентарного кровообігу [12, 13, 14, 15].

Зміна адекватності функції плаценти, яка забезпечує взаємодію організмів матері і плоду, впливає на нормальний перебіг вагітності і розвиток плоду. Різним відхилень у розвитку плода та новонародженого передують функціональні та анатомічні порушення плаценти, які проявляються у нездатності цього органу підтримувати нормальний обмін між материнським і плодовим організмами, в наслідок чого, порушуються транспортна, трофічна, ендокринна і метаболічна функції плаценти [16, 17, 18, 19, 20].

Плацентарну дисфункцію діагностують майже у всіх вагітних з рубцем на матці [21, 22]. Згідно до даних спеціалізованої літератури, рубець на матці наявний у 4–8% вагітних і породіль, причому у частини жінок кесарів розтин є повторним. Ще одним фактором, що підвищує частоти виконання операцій на матці – міома матки, яка потребує виключно хірургічного лікування [23, 24, 25].

Важливе значення мають показання до першого кесаревого розтину і наявність супутніх при цьому патологій. До неповноцінного загоєння матки після операції найчастіше призводять: важкий гестоз, передлежання і передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, ожиріння, анемія, хронічні інфекційні захворювання. Несприятливими чинниками є стани, що пов'язані з перерозтягінням нижнього маткового сегмента: клінічно вузький таз, дискоординація пологової діяльності, неправильне вставлення головки плода [26, 27].

Найбільш часто неспроможним виявляється рубець у жінок, що перенесли малий кесаревий розтин (до 28 тижнів вагітності) або кесарів розтин з корпорального розрізом. З більшою часткою ймовірності про наявність неспроможного рубця можна думати в тому випадку, коли після кесаревого розтину розвинулися запальні ускладнення, особливо з тривалим перебігом гарячки і нагноєнням черевної стінки [28].

Слід мати на увазі, що і неускладнений перебіг післяопераційного періоду не є гарантією повноцінного рубця. До несприятливих факторів формування післяопераційного рубця відносять вискоблювання матки [29, 30].

Аборти, виконані в інтервал часу після кесаревого розтину до настання наступної вагітності, також можуть погіршити її прогноз, так як відбувається травмування стінки та її нервового апарату. ризик неспроможності рубця при цьому збільшується в 1,5 рази. Рубець, що сформувався, виходить повноцінним при повному або майже повному відновленні м'язових волокон. В силу своєї еластичності рубець також здатний розтягуватися з терміном вагітності і збільшенням розмірів матки [31]. Якщо ж замість м'язової тканини в рубці переважає сполучна, то такий рубець неповноцінний, і є висока ймовірність розриву матки по рубцю в останні тижні вагітності або під час пологів. При наявності поздовжнього (корпорального) розрізу на матці з часом після

операції рубець на матці стає неспроможним. З огляду на цю обставину, принциповим (при наявності корпорального розрізу) є проміжок часу, що минув від моменту операції до настання наступної вагітності. При цьому найменший ризик неспроможності рубця на матці при наступній вагітності визначається через два роки після операції, але не більше чотирьох років. Ступінь подібних порушень значно менше виражена при наявності поперечного рубця. При цьому час, що пройшов між попереднім кесаревим розтином і настанням наступної вагітності в меншій мірі має виражений негативний вплив на характер спроможності рубця [32, 33].

Вагітні, які перенесли в анамнезі кесарів розтин, відносяться до групи високого ризику з невиношування вагітності, порушень процесів імплантації і плацентації, розвитку плацентарної недостатності, гіпотрофії плода, неспроможності рубця на матці, аномаліям пологової діяльності, виникненню гіпотонічних кровотеч у післяпологовому періоді та інші ускладнення [34, 35].

Плацентарна дисфункція є найважливішою проблемою сучасної перинатології. Частота її виявлення коливається від 3–4 до 45%, перинатальна захворюваність сягає 70%. Незважаючи на інтенсивне використання новітніх методів діагностики і лікування, недостатність функцій плаценти залишається провідною причиною високого рівня захворюваності та смертності дітей не тільки в перинатальному періоді, але і на етапах подальшого розвитку [36, 37, 38]. На сучасному етапі ПД розглядають як клінічний синдром, обумовлений морфофункціональними змінами в плаценті і порушеннями компенсаторно-приспосувальних механізмів, що забезпечують функціональну повноцінність органу. Він являє собою результат складної реакції плода і плаценти на різні патологічні стани материнського організму і виявляється в комплексі порушень транспортної, трофічної, ендокринної та метаболічної

функцій плаценти, що лежать в основі патології плода та новонародженого [39].

Залежно від того, в яких структурних одиницях плаценти первинно виникають патологічні зміни, розрізняють декілька основних механізмів патогенезу ПД [40]:

- недостатня інвазія трофобласту в децидуальну оболонку і відсутність гестаційних змін спіральних артерій;
- зменшення притоку крові в міжворсинчастий простір в результаті артеріальної гіпотензії у матері або спазму маткових судин при підвищенні артеріального тиску;
- утруднення венозного відтоку внаслідок тривалих скорочень;
- порушення капілярного кровотоку у ворсинках хоріону;
- зміна реологічних та коагуляційних властивостей крові матері і плода;
- ендокринна дисфункція.

Перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці найчастіше ускладнюється невиношуванням [41, 42, 43].

Це пояснюється підвищенням частоти ендокринопатій, імунологічних та обмінних порушень, дистрофією рецепторного апарату матки [44]. Своєчасне проведення медикаментозної терапії, створення щадного режиму ведення вагітності та, при необхідності, корекція істміко-цервікальної недостатності, дозволяють більшості жінок, які перенесли реконструктивно-пластичні операції на матці, виносити вагітність. У I і II триместрах вагітності дослідники спостерігали загрозу самовільного викидня у 41% жінок, що проявлялося незначними кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів у строки 6-7 тижнів вагітності (5,9%), і періодичними болями внизу живота і попереку. У 14-16 тижнів вагітності була виявлена підвищена скорочувальна активність матки (79%). У 8,8% пацієнток була виявлена істміко-цервікальна

недостатність. Загрозливі передчасні пологи спостерігалися у 32,4% пацієток [45, 46].

Автори вказують на певну залежність між перебігом вагітності, і видом шовного матеріалу, який використовують при виконаному раніше кесаревому розтині. При використанні в якості шовного матеріалу кетгуту, наступна вагітність практично у всіх пацієток протікала із загрозою переривання в різні терміни, а при використанні вікрилу – тільки у кожної другої [47, 48, 49].

Тривале перебування жінки в стані психоемоційної напруги вимагає розширення обсягу оперативного втручання, адже хронічний стрес викликає підвищення виділення в кров стресових гормонів та активних речовин, які, в свою чергу, підвищують прозапальний статус організму. І, нарешті, чисто технічні труднощі, пов'язані з розвитком спайкового процесу в черевній порожнині [50, 51]. Однак, проведення кесаревого розтину, на матці із рубцем можливо тільки в спеціалізованих клініках, що мають сучасну діагностичну апаратуру та кваліфіковану анестезіологічну службу [52, 53].

Особливу увагу приділяють порушенням матково-плацентарного кровообігу, пов'язаним зі змінами спіральних артерій [54, 55]. Стан останніх значною мірою визначає інтенсивність матково-плацентарного кровотоку. Порушення кровообігу в системі мати-плацента-плід завжди супроводжується змінами метаболізму. Розвиток плацентарної недостатності за патологічного стану спіральних артерій проходить у декілька етапів. Спочатку розвивається гіпереластичний артеріосклероз спіральних артерій міометрія в ділянці плацентарної площадки. Ці зміни призводять до порушення процесу інвазії трофобласту в децидуальну оболонку, що є імпульсом до формування аномального матково-плацентарного кровотоку. Відбуваються зміни реологічних властивостей крові, гемостазу і мікроциркуляції [56, 57]. Відповідно порушуються метабо-

лічна і транспортна функції плаценти, погіршується газообмін і постачання плода живильними і пластичними речовинам.

Перебіг вагітності у жінок із рубцем на матці, після перенесеного кесаревого розтину, має ряд клінічних особливостей, що чинять несприятливий вплив на внутрішньоутробний розвиток плода та подальший розвиток новонародженого [58].

Ускладнений перебіг першого триместру вагітності, у жінок з рубцем на матці, у першому триместрі було виявлено групою авторів у 66,1% жінок, що завагітніли, з них у 25,4% пацієнок спостерігався ранній токсикоз, а у 40,9% загроза переривання вагітності [59, 60]. У II триместрі ускладнений перебіг спостерігалася у 35,6% пацієнок. У 8,5% з них виявлена легка форма анемії і у 27,1% – загрозований пізній викидень. У більшості вагітних із загрозою пізнього викидня при ультразвуковому дослідженні відзначалося підвищення тону м'язів міометрія. У III триместрі вагітності ускладнення відзначені у 44% жінок, з них у 16,9% спостерігалися прояви гестозу: водянка вагітних (10,2%), нефропатія легкого форми (5%) і нефропатія середньої тяжкості (1,69%). Поєднаний гестоз можна було спостерігати у 3 пацієнок (у 1 пацієнтки на тлі гіпертонічної хвороби і у двох на тлі вегето-судинної дистонії). Загрозливі передчасні пологи спостерігалися у 13,6% вагітних [61, 62, 63].

У жінок, які перенесли кесарів розтин під час попередніх пологів, [64] загроза переривання вагітності найбільш часто діагностується в III триместрі вагітності у 92% пацієнок. У другому триместрі загроза переривання вагітності мала місце відповідно у 75,5% вагітних, причому загроза переривання зберігалася протягом всієї вагітності-відповідно у 30,6% жінок. Висока частота загрози переривання вагітності у обстежуваних пацієнок обумовлена наявністю рубця на матці і гормональними порушеннями, що зберігаються після оперативного втручання. Слід

зазначити, що як акушери, так і самі пацієнтки ставляться вкрай насторожено до ведення вагітності після попереднього кесаревого розтину, що зумовлює можливість гіпердіагностики очікуваних ускладнень [65, 66].

Під час вагітності про стан рубця на матці найбільш інформативно можна отримати при ультразвуковому дослідженні. Оптимальним для такого дослідження є термін вагітності від 28 до 37 тижнів гестації. Ультразвукове дослідження дозволяє оцінювати форму, товщину нижнього сегмента матки, ехоструктуру міометрія в даному відділі матки, характер контуру її передньої стінки [67, 68].

Достовірність в розпізнаванні стану рубця при цьому становить 56–76%. Повноцінним вважається рубець 5 мм і більше. Важливе значення має визначення локалізації плаценти за допомогою УЗД, так як розташування плаценти на передній стінці в ділянці рубця робить його потенційно неповноцінним [69]. При визначенні повноцінності рубця на матці першорядне значення мають клінічні ознаки неспроможності рубця: локальна болючість при пальпації ділянки нижнього сегмента, поява кров'янистих виділень із статевих шляхів, погіршення стану плода. Перебіг вагітності при наявності рубця на матці після кесаревого розтину має ряд клінічних особливостей. Так, у цих вагітних частіше відзначається низьке розташування або передлежання плаценти і неправильне положення плода [70, 71].

Майже у третини жінок з рубцем на матці є клінічні ознаки загрози переривання вагітності. Однак під маскою симптомів загрози переривання вагітності часто ховаються перші ознаки неспроможності рубця на матці [72, 73, 74]. Дана обставина є одним з найбільш частих ускладнень вагітності у жінок з оперованою маткою, так як рубцева тканина в області колишнього дефекту характеризується значно меншою еластичністю і міцністю у порівнянні з м'язовою тканиною, не розтя-

гується, внаслідок чого можливий розрив матки на межі рубцевої і м'язової тканини. Необхідно серйозно ставитися до больового синдрому під час вагітності. Болі внизу живота, в попереку, по всьому животу, в ділянці рубця на черевній стінці, при фізичному навантаженні повинні трактуватися як неспроможність рубця на матці і загроза його розриву. У зв'язку з цим, при появі болю вагітна негайно повинна звернутися до лікаря для огляду [75, 76, 77].

Виявлена певна закономірність розташування плаценти по відношенню до рубця на матці у пацієток після проведеного кесаревого розтину [78, 79]. Було відзначено, що плацентация частіше відбувається на стінці матки протилежній тій, де було проведено розріз. При локалізації плаценти в області рубця у кожної другої вагітної тривало зберігається загроза переривання вагітності [80, 81, 82].

У той же час, дослідження процесу відновлення м'язової стінки після кесаревого розтину проведені авторами, свідчать, що регенерація міометрія більшою мірою відбувається за рахунок сполучної тканини, на відміну від інших операцій, особливо тих, що проводяться лапароскопічно [83, 84, 85].

1.2. Тактичні підходи до жінок із рубцем на матці

Важливою проблемою при веденні вагітних після кесаревого розтину, є визначення стану рубця на матці для вирішення питання про вибір оптимального методу розродження. Багато дослідників при зіставленні даних ультразвукового дослідження та результатів інтраопераційного огляду відзначають недостатню інформативність ультразвукового дослідження як методу додаткової діагностики стану рубця на матці [86, 87]. Навіть у випадку значної деформації міометрія дослідники не виявляли жодних змін при ультразвуковому скануванні.

Вагітна жінка з рубцем на матці повинна бути ретельно обстежена для планування подальшої акушерської тактики [88, 89]. Для складання більш достовірного прогнозу перебігу вагітності при наявності рубця на матці бажано знати ряд фактів, що стосуються попередньої вагітності, до яких відносяться:

- причини виконання першої операції;
- термін вагітності, при якому було виконано перший кесарів розтин;
- перебіг післяопераційного періоду і ускладнення (якщо вони мали місце);
- особливості менструальної функції після кесаревого розтину;
- дані про генеративну функції після операції (кількість вагітностей, їх результати);
- проміжок часу, що минув від моменту кесаревого розтину до настання наступної вагітності;
- оперативні втручання на матці в період після кесаревого розтину.

У вагітних з рубцем на матці необхідно проводити ретельну оцінку стану плода. Дослідження повинно носити комплексний динамічний характер із застосуванням ультразвукової діагностики, доплерографії, кардіотокографії. При виявленні ознак внутрішньоутробної гіпоксії плода необхідно почати своєчасне відповідне лікування. Вагітна з оперованою маткою в анамнезі повинна бути госпіталізована в пологовий будинок в плановому порядку в 37–38 тижнів. Переважна більшість жінок з рубцем на матці народжують повторно кесаревого розтину [90, 91, 92].

У другому триместрі вагітності лікування направлене на корекцію підвищеної активності матки за допомогою спазмолітиків (метацин, тропацин, но-шпа, папаверин), в окремих випадках застосовувався

сульфат магнію. Більшість вагітних із загрозою переривання вагітності після 20-ти тижнів вагітності отримували Р-міметики: партусістен, бріканіл, гініпрал, алуpent. Всім жінкам призначалася седативна і вітамінотерапія. Вагітним з виявленням істміко-цервікальної недостатності проводилася її корекція за допомогою накладення П-подібних лавсанових швів в 18-20 тижнів вагітності [93, 94, 95].

Всім жінкам із загрозою викидня в III триместрі проводиться лікування із застосуванням лікувально-охоронного фізичного режиму, призначалися спазмолітики (но-шпа, магне-В6, свічки з папаверином), вітамін Е, полівітаміни (матерна, гендевит) [96, 97, 98]. При виявленні гіпофункції яєчників призначали мікродози мікрофоллін (по 1 / 4-1 / 2 таблетки на добу) до 7–8 тижнів вагітності і туринал по 1 таблетці 2 рази на добу до 13–16 тижнів. У жінок з гіперандрогенією під контролем гормонів крові (тестостерон, ДГЕА-С) підбирали дозу дексаметазону, призначення якого продовжували до 30–37 тижнів вагітності [99, 100].

Гарний ефект був отриманий від застосування електроміо-релаксації у II і III триместрах вагітності, яку вигідно відрізняє відсутність побічних ефектів, властивих медикаментозній терапії [101, 102].

За показаннями призначаються препарати, що стимулюють гемоциркуляції в матково-плацентарного кола кровообігу: свічки з еуфіліном, гепарин, курантил, трентал (під контролем коагулограми), а також засоби, що поліпшують реологію циркулюючої крові (реополіглюкін, гемодез, поліамін) [103].

До теперішнього часу відсутні єдині рекомендації щодо способу розродження вагітних з рубцем на матці після міомектомії. Більшість дослідників при вирішенні цього питання пропонують орієнтуватися на такі фактори як величина віддалених вузлів міоми і обсяг їх інтер-

стиціального компонента, розташування рубця на матці після міомектомії по відношенню до стінок матки, обтяжений акушерський анамнез (тривале безпліддя, звичне невиношування, перші пологи після 30 років) [104, 105, 106].

На думку авторів, основними показаннями до планового кесаревого розтину у жінок з рубцем на матці повинні бути:

- 1) поєднання рубців після кесаревого розтину і міомектомії;
- 2) тривале безпліддя в анамнезі;
- 3) хронічна гіпоксія плода;
- 4) наявність анатомічних змін таза [107, 108].

Залишається дискутабельним питання про розширення показань до природного пологорозрішення у жінок з рубцем на матці. Вирішення цього питання залишається спірним, тому що, по-перше, відсутні надійні критерії оцінки повноцінності рубця на матці, а по-друге – анамнез у цих пацієнток нерідко обтяжений соматичною патологією та порушеннями репродуктивної функції. У багатьох з них є тривале безпліддя, несприятливі результати попередніх вагітностей і вік старше 30 років, що й обумовлює великий відсоток розродження шляхом операції кесаревого розтину [109, 110, 111, 112].

Післяопераційний період після повторного кесаревого розтину, за даними більшості авторів [113, 114], протікає без ускладнень. За даними дослідників, загальна частота післяопераційних ускладнень (мастит, ендометрит, тромбофлебіт вен гомілки, парез кишечника) у породіль з рубцем на матці і у породіль після вперше виконаного кесаревого розтину була ідентичною і склала 12,5%. Відсутність відмінностей у показниках гнійно-запальних захворювань в післяопераційному періоді було обумовлено проведенням профілактичної антибактеріальної, інфузійної і фізіотерапії [115, 116].

Особливої уваги заслуговує стан дітей, народжених від матерів з

рубцем на матці після перенесеного раніше кесаревого розтину. Одні автори вказують наголошують, що всі діти народилися в задовільному стані, інші автори [117, 118, 119] відзначають, що основною патологією у новонароджених були морфофункціональна незрілість і внутрішньо-утробна затримка розвитку плода.

Показники фізичного і психосоматичного розвитку дітей, які були обстежені впродовж першого року життя істотно не відрізнялися від таких у здорових дітей, проте необхідно відзначити, що діти, які народилися з явищами гіпотрофії та гіпоксії, спостерігалися у психоневролога (7,1%) [120].

В останні роки серед лікарів та в суспільстві в цілому значно підвищується інтерес до збільшення тривалості репродуктивної функції жінок. Цей інтерес зумовлений досить швидким ростом тривалості життя, особливо жінок [121, 122].

Таким чином, дані літератури свідчать, що перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці характеризується високою частотою ускладнень (загроза переривання; гестози, затримка внутрішньоутробного розвитку плоду) і вимагає проведення коригуючої терапії. Своєчасна профілактика і терапія різних ускладнень вагітності дозволяють в 97,5% випадків отримати здоровим і доношеним потомство [123, 124]. Вибір методу розродження у вагітних з рубцем на матці після міомектомії вимагає індивідуального підходу.

1.3. Кесарів розтин як значущий фактор виникнення рубця на матці

Кесарів розтин часто виконується за так званими комплексними показаннями. Їх також називають поєднаними, комбінованими. Вони є сукупністю декількох ускладнень вагітності та пологів, кожне з яких

окремо не є показанням до кесарського розтину, але разом із тим вони складають реальну загрозу для життя плода у випадку пологів через природні пологові шляхи [125, 126, 127].

Значний інтерес представляє вивчення місця кесарського розтину при передчасних пологах. Основними показаннями до абдомінального розродження при передчасних пологах є тяжкі форми гестозу, тазове передлежання плода, передчасне відшарування плаценти, передлежання плаценти, виражена плацентарна недостатність [128, 129].

Кесарів розтин при вагітності зазвичай виконують в плановому порядку, рідше в екстреному (кровотеча при передлежанні плаценти, неспроможність рубця на матці та ін.), тоді як в пологах операція, як правило, робиться по екстреним показанням [130, 131, 132, 133].

Іншою, не менш важливою проблемою кесарського розтину, є проблема репарації шва на матці, так як вона визначає два основних моменти ускладненого перебігу цієї операції: перехід локалізованих форм післяопераційної інфекції (ендометрит) в генералізовану (перитоніт), а також перебіг пологів при наступних вагітностях. В цій проблемі переплітаються такі важливі аспекти, як методика операції, вибір місця і характер розрізу на матці, техніка виконання самого втручання, особливості зашивання розрізу, шовний матеріал [134, 135]. Частота ендометриту після кесарського розтину знаходиться в межах від 6,6% до 45%, а в групі високого інфекційного ризику від 85% [136]. Впродовж останнього десятиріччя частота перитоніту після кесарського розтину зберігається на рівні 0,2-2,2%. Це збільшує ризик материнської летальності та смертності.

Нерідко хворі гинуть від сепсису, частота розвитку якого при перитоніті досягає від 0,05 до 14,30% [137]. В структурі причин материнської смертності хворі на перитоніт і сепсис в наш час складають від 26,7–27,9% до 45,5–49,8% [138].

Однією з помітних особливостей сучасного акушерства є лібералізація показань до кесарського розтину і, відповідно, збільшення питомої ваги абдомінального розродження. Збільшення частоти кесарського розтину в останні роки обумовлено розширенням показань до цієї операції, серед яких переважають відносні в інтересах плода [139, 140]. Однак, абдомінальне розродження в інтересах плода повинно бути абсолютно небезпечним для матері. По-перше, це стосується неускладненого перебігу самої операції, раннього післяопераційного періоду, а також наступних вагітностей і пологів [141, 142, 143]. Аналіз результатів хірургічного розродження показує, що збільшення числа кесарського розтину не вирішує всього комплексу різних проблем охорони здоров'я матері та дитини, а зростання частоти цієї операції різко знижує акушерський професіоналізм. Розширення показань до кесарського розтину може бути виправдано лише в певних межах [144, 145].

Частота кесарського розтину не зменшує перинатальні втрати. Материнська ж захворюваність і смертність після кесарського розтину в 10-26 разів вище, ніж після пологів через природні пологові шляхи [146, 147, 148]. Не дивлячись на гадану технічну простоту кесарського розтину, цю операцію слід вважати складним оперативним втручанням з високою частотою інтра- і, особливо, післяопераційних ускладнень, частота яких і в наш час досягає 20,0–47,7% [149]. В структурі післяопераційної захворюваності одне з перших місць займає ендометрит, який при відсутності адекватної терапії може бути першою ланкою генералізованої інфекції або причиною формування неповноцінного рубця на матці [150]. Це обумовлює надзвичайну важливість проблеми абдомінального розродження і в наш час.

Не дивлячись на уявну технічну простоту кесарського розтину, цю операцію необхідно відносити до розряду складних оперативних втру-

чань (особливо повторний кесарів розтин) з високою частотою ускладнень під час операції та в післяопераційному періоді [151, 152].

В наш час найбільш раціональним методом кесарського розтину у всьому світі вважається операція в нижньому сегменті матки поперечним розрізом (94,0–99,0%). В залежності від того, розкривають чи не розкривають черевну порожнину, розрізняють інтра- або екстраперитонеальний кесарів розтин. Метод операції залежить від конкретної акушерської ситуації та володіння оперативною технікою хірургом [153, 154, 155].

Перевагами розрізу матки в нижньому сегменті поперечним розрізом є менша крововтрата, полегшене зашивання рани на матці, краще заживання рани, в зв'язку з чим рубець виявляється більш спроможним. Крім того, як правило, кишківник та сальник не фіксуються до лінії шва, менше запальних ускладнень після операції [156, 157].

Ступінь повноцінності загоєння розсіченою стінки матки є основною проблемою наступної вагітності. Автори зазначають, що для правильного розуміння перебігу вагітності при наявності рубця на матці і вибору вірної тактики ведення вагітності та пологів, необхідно мати чітке уявлення про процес формування рубця на матці після операції [158].

Автори зазначають, що у клінічному аспекті терміном "рубець на матці" позначають ситуацію, яка виникає після розрізу на матці незалежно від характеру загоєння розсіченої стінки, тобто вказує на факт розсічення матки під час операції. З морфологічної точки зору поняття "рубець на матці" має місце в тому випадку, коли виявляється виражене розростання гіалінізованої або фіброзної тканини. За морфологічними даними, повноцінна зона розрізу за своїми структурними та функціональними властивостями близька до нормальної тканини міометрія [159, 160, 161]. М'язовий компонент значно переважає над

з'єднальнотканинним. Характер розташування судинної мережі не змінено. Неповноцінна регенерація міометрія, що призводить до формування неспроможного рубця, в переважній більшості спостережень характеризується надмірним розростанням з'єднальної тканини. Виявляються дистрофія міоцитів, деструктивні зміни м'язової тканини у вигляді некрозу і некробіозу, розлад кровообігу. Склеротичні зміни судин перешкоджають повноцінній регенерації м'язової тканини. Ці зміни призводять до порушення обміну речовин та місцевої тканинної гіпоксії, що зумовлює розвиток грубої з'єднальної тканини з явищами гіалінозу [162, 163].

Автори вважають, що із врахуванням при наявності корпорального розрізу склерозу, що прогресує, з точки зору повноцінності рубця принциповим є проміжок часу, що пройшов від моменту операції до наступної вагітності. Найменший ризик неспроможності рубця на матці при наступній вагітності визначається через два роки після операції, але не більше чотирьох років.

При наявності поперечного розрізу в нижньому матковому сегменті проміжок часу між попереднім кесаревим розтином і настанням даної вагітності не має вираженого негативного впливу на характер спроможності рубця [164, 165].

Зниженню частоти післяопераційних ускладнень сприяє перед операційна санація пологових шляхів та проведення раціональної профілактики під час операції [166, 167].

Перенесений кесарів розтин здійснює певний вплив на наступну дітородну функцію жінок, у яких нерідко виникає безпліддя, звичне невиношування, порушення менструального циклу. Саме тому необхідним є своєчасне та вірне технічне виконання операції, правильне ведення післяопераційного періоду, диспансерне спостереження в подальшому [168, 169, 170].

Особливу роль у наслідках операції кесарського кесарського розтину для матері та плода відіграє визначення протипоказань та умов. На даний час переглянуто багато позицій. Це пов'язано, перш за все, з покращенням техніки операції, використанням нового шовного матеріалу, використанням антибіотиків широкого спектру дії, вдосконаленням анестезіологічного обладнання, покращенням інтенсивного спостереження в післяопераційному періоді тощо [171, 172].

Протипоказаннями до абдомінального розродження є: несприятливий стан плода (внутрішньоутробна загибель, глибока недоношеність, вади розвитку плода, виражена або тривало існуюча внутрішньоутробна гіпоксія плода, при якій неможливо виключити мертвонародження або ранню загибель плода), наявність потенційної або клінічно вираженої інфекції (безводний проміжок більше 12 годин), затяжні пологи (більше 21 години), велика кількість піхвових досліджень (більше п'яти), внутрішньоматковий моніторинговий контроль, підвищення температури тіла в пологах вище $37,5^{\circ}\text{C}$ (хоріоамніоніт тощо), невдала спроба піхвового розродження (вакуум-екстракція плода, акушерські щипці). Однак, ці протипоказання мають значення лише в тому випадку, коли операція проводиться в інтересах плода, при наявності життєвих показань з боку матері вони не приймаються до уваги (наприклад, при кровотечі, пов'язаній з відшаруванням плаценти та ін.) [173, 174, 175].

Питання про методи розродження за умов латентної або клінічно вираженої інфекції при наявності живого плода залишається до теперішнього часу сумнівним. Останнім часом, при відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи, при наявності латентної або клінічно вираженої інфекції ряд авторів висловлюється на користь абдомінального розродження [176, 177]. При цьому рекомендується використовувати ряд методик профілактики розвитку інфекційного процесу в післяопераційному періоді. До них відносяться інтра-

перитонеальний кесарів розтин з використанням антибіотиків широкого спектру дії та дрениванням рани; тимчасове відмежування черевної порожнини перед розкриттям матки; екстраперитонеальний кесарів розтин; видалення матки після проведення кесарського розтину [178, 179].

З указаних способів профілактики розвитку гнійно-септичних ускладнень найбільш придатними виявились інтраперитонеальний кесарів розтин в нижньому сегменті матки поперечним розтином з використанням антибіотиків широкого спектру дії та дрениванням рани, а також екстраперитонеальний кесарів розтин [180, 181, 182].

При наявності корпорального розрізу через одну добу відбувається злипання країв рани за рахунок колагенових пучків і ниток фібрину [183, 184]. Вже на початку регенерації відбувається розмноження міоцитів, новоутворення лімфатичних і кровоносних судин. Вростання міоцитів завершується до 20-го дня. Розріз на матці відновлюється за рахунок грануляційної тканини, яка поступово заміщується з'єднальною тканиною і волокнами м'язової тканини, що врастають в неї. Кровоносні судини в області рубця на матці розташовуються нерівномірно, диференціація їх порушена.

Проведені морфологічні дослідження тканин рубців на матці після корпорального кесарського розтину показали: у всіх випадках виявлений комплекс загально-патологічних процесів, що свідчать про дезорганізацію в з'єднальній тканині і судинах рубця. Ці процеси самі по собі можуть зумовити неповноцінність рубця, особливо якщо врахувати функціональні особливості матки. Прогресуючий склероз тканин рубця відбивається на трофіці м'язових волокон, що врастають в рубець [185]. М'язові волокна, що вросли раніше в рубець з часом піддаються атрофії і загибелі. Спостерігається демускуляризація корпорального розрізу. Відбувається заміщення гладком'язових елементів

пучками щільної волокнистої з'єднальної тканини, що свідчить про неповноцінність рубця, що прогресує. Склеротичні процеси захоплюють і прилеглі до рубця тканини. Ступінь вираженості васкуляризації корпорального рубця не збільшується, а зменшується в залежності від давності його існування, що в кінцевому підсумку призводить до його неповноцінності. Ступінь подібних морфологічних змін значно менш виражена при наявності рубця в нижньому матковому сегменті, де розріз проводиться в найменш функціонально навантаженому місці, в зоні з малим кровопостачанням паралельно м'язовим волокнам і є кращі умови для формування повноцінного рубця. При гістологічному дослідженні в поперечному рубці найчастіше відсутні явища склерозу, некротичні зміни і деформація судин, властиві корпоральному рубцю. Для повноцінної регенерації розсіченою стінки велике значення має судинний фактор. На думку авторів, саме новоутворення дрібних судин необхідно для повноцінного вrostання міоцитів в сполучну тканину, яке відбувається на початкових етапах загоєння розсіченої стінки матки [186, 187, 188].

В умовах жіночої консультації всі жінки з рубцем на матці повинні бути взяті на диспансерний облік одразу після виписки із стаціонару. Основна мета диспансерного нагляду, який продовжується не менш двох років після операції, – рання діагностика порушень менструального циклу, лікування гіпогалакції як профілактика захворювань молочних залоз, діагностика та лікування запальних захворювань геніталій як причини формування неповноцінного рубця на матці, відновлення репродуктивної функції [189, 190, 191].

Впродовж одного-двох років після операції необхідна контрацепція. При неускладненому перебігу операції та післяопераційного періоду, нормальному менструальному циклі можливе застосування внутрішньо-маткових контрацептивів через 5–6 місяців після операції [192].

Встановлено, що поступове відновлення достатньої морфофункціональної повноцінності міометрія в області рубця відбувається протягом одного-двох років після кесарського розтину [193]. На думку деяких авторів, найменший ризик неспроможності рубця спостерігається при розвитку вагітності в період від одного до чотирьох років після кесарського розтину [194].

Структура показань до операції відрізняється при плановому та екстремому розродженні. Так, при плановому кесаревому розтині найчастіше показаннями є вік перших пологів старше 30 років у поєднанні з акушерською та екстрагенітальною патологією; рубець на матці після кесарського розтину; тазове передлежання плода; дистрес плода [195].

При кесаревому розтині в пологах показаннями є дистрес плода; аномалії пологової діяльності; клінічно вузький таз; кровотеча, зумовлена передчасним відшаруванням плаценти [196, 197].

Якщо казати про показання до абдомінального розродження необхідно підкреслити, що, не дивлячись на прогрес сучасного акушерства, анестезіології та неонатології показники перинатальної та материнської захворюваності та смертності при оперативних втручаннях наводять на думку про необхідність критичного підходу до визначення показань до кесарського розтину, особливо – до першої операції та майбутню генеративну функцію жінки [198].

Резервом зниження частоти кесарського розтину є: вдосконалення ведення пологів через природні пологові шляхи з використанням сучасних систем спостереження та медикаментозних засобів, розроблення турботливого ведення пологів через природні пологові шляхи при наявності рубця на матці після кесарського розтину в нижньому сегменті матки, частота якого, за даними літератури, складає 30-80% [199, 200].

Аборти, виконані після операції, значно погіршують прогноз подальшої запланованої вагітності (значно зростає ризик невиношування, неспроможності рубця, плацентації його області, передчасного відшарування плаценти, а також перинатальної патології).

Ряд іноземних авторів вважають, що матка після кесарського розтину є анатомічно та функціонально неповноцінним органом. Надзвичайно важливою є оцінка репаративних процесів в області шва з метою прогнозування формування рубця. Прогноз настання вагітності та майбутніх пологів визначаються саме станом сформованого рубця на матці. Найбільше значення в цьому відношенні мають гістеросальпінгографія та рентгенологічне дослідження (подвійне контрастування) [201, 202].

Гістеросальпінгографію проводять не раніше, ніж через 6 місяців після кесарського розтину. Її можна виконати і в більш пізні терміни, так як зміни, що відбулися в рубці, залишаються стійкими і можуть виявлятися, навіть через 5 та більше років. Рентгенологічне дослідження проводять в двох проекціях (прямій та боковій), бажано на 18-20-й день менструального циклу. Цей метод дослідження дозволяє вивчити зміни внутрішньої поверхні післяопераційного рубця на матці, а також визначити положення, форму порожнини матки та відхилення її в той чи інший бік від середньої лінії [202].

Основні ознаки, що вказують на неспроможність рубця на матці при ультразвуковому дослідженні є: наявність трикуткової зони, верхівка якої заглиблена в міометрій; нерівність зовнішнього контуру рубця; потовщення міометрію; переривчатість тіні рубця; локальне виступання рубця (менше 0,3 см); значна кількість щільних включень [203].

Сучасним методом дослідження, який дозволяє оцінити спроможність рубця на матці після кесарського розтину, є гістероскопія [204], яка в цих випадках проводиться на 4-5-й день менструального циклу через 8-12 місяців після операції.

1.4. Участь чоловіка у веденні вагітності. Партнерські пологи

Впровадження сімейно-орієнтованих перинатальних технологій, сучасних принципів грудного вигодовування в практику установ допомоги породіллі та охорони здоров'я дітей є частиною національної політики у зміцненні здоров'я матері і дитини. Сучасні перинатальні технології вирішують багато проблем родового акту, але разом з тим, пологи все більше «технологізуються». Однак, завдяки введенню багатьох технологічних моментів роль батька в появі дитини поступово так само актуалізується, як і роль матері. У сучасному світі традиція спільних, або партнерських, пологів стала відроджуватися відносно недавно. У світовій медичній практиці партнерські пологи активно практикуються вже більше тридцяти років. У різних країнах позиція щодо партнерських пологів, в основному позитивна. Зарубіжними та вітчизняними спеціалістами була доведена роль партнерських пологів у профілактиці перинатальних ускладнень.

У США народжувати наодинці вважається не природним явищем. Чоловік і дружина перебувають разом протягом усієї вагітності, відвідують спеціальні партнерські курси з підготовки до пологів. У тому ж випадку, якщо чоловік з будь-якої серйозної причини не може бути присутнім на пологах, жінці пропонують взяти із собою в пологовий будинок будь-кого з родичів або знайомими. На крайній випадок, якщо з жінкою рішуче нікому піти на пологи, лікарня виділить їй спеціально навчену медсестру, яка під час усього процесу пологів невідкладно знаходиться поруч з жінкою [205].

У Німеччині практично всі пологи партнерські, і це явище завжди сприймається подружжям і суспільством з великим ентузіазмом [206].

У Швеції, тато зазвичай перерізає пуповину новонародженого, відповідно партнерські пологи вітаються.

У Франції партнерські пологи дозволені, як і зйомка пологів. Батько може залишатися в пологовому залі навіть при операції кесаревого розтину. Ще на курсах татам і мамам проводиться екскурсія в лікарню та до пологових залів. Саме французький лікар Фернанд Ламаз створив одну з найпопулярніших програм підготовки подружніх пар до пологів – програма «Ламаз» була створена до кінця 50-х років ХХ століття і включає в себе три основні методики – методика загального розслаблення, включаючи розслаблення м'язів тазового дна, дихальні техніки та робота партнера [207, 208, 209].

У Великобританії, Австрії спільні пологи цілком звичні. Чоловіки беруть активну участь вже в процесі попереднього обговорення з медперсоналом умов проведення пологів в обраній клініці [210, 211].

У Нідерландах проводяться переважно пологи на дому, де тато відіграє другу роль після професійної акушерки [212, 213, 214].

У Китаї дозволена присутність батька в пологовому будинку, до того ж державою йому відводиться відпустка по догляду за дружиною, але при цьому нечисленні пологові будинки з давніми традиціями все ж таки забороняють присутність чоловіків під час пологів [215].

В Італії та Іспанії наполягають на присутності чоловіка на пологах, (Італія – крім проведення кесаревого розтину). В Іспанії батько ставить підпис свідка в перших документах дитини [216, 217].

Дослідженнями зарубіжних авторів доведено, що однією з ключових потреб жінки, що народжує, є потреба відчувати себе в безпеці [218, 219]. У деяких зарубіжних країнах, зокрема, в деяких штатах США, практикується присутність на пологах «супутниці, яка надає підтримку», так званої «доули». При цьому наголошується, що присутність доули при пологах має не тільки позитивний вплив на породіллю, при цьому знижується і відсоток всякого роду хірургічних,

інструментальних та медикаментозних втручань і збільшується статистика благополучних результатів [220, 221, 222].

Однак, чітка технологія організації процесу партнерських пологів все ще в процесі вдосконалення і думок про те, що вони з себе представляють, дуже багато, в результаті в даний час можна спостерігати різко контрастну картину наслідків партнерських пологів: сімейна ситуація пар, які брали участь в них, варіюється від різкого погіршення відносин до прямо протилежного ефекту їх гармонізації [223, 224, 225, 226].

Приклади значного впливу присутності чоловіка на перебіг пологів та на відносини в сім'ї показують важливість наукових знань в цій області [227]. Чоловіки повинні мати повну інформацію про психологічну специфіку пологового процесу, розуміти силу впливу цього процесу на особистісну сферу, бути освіченими і підготовленими, перш ніж приймати рішення про спільну участь у пологах [228, 229].

Спільне подолання сімейною парою пологового стресу сприяє виникненню якісно інших, стійких партнерських відносин. Дослідження, проведені з використанням тесту-опитувальника батьківського ставлення показали, що батьки дітей, що народилися в результаті партнерських пологів, більш зацікавлені в справах і планах своєї дитини, співпереживають йому, емоційно ближче, більше заохочують ініціативу і самостійність дитини, ніж батьки дітей, батько яких не брав участі в пологах [230, 231, 232]. У пар, які не брали участі в партнерських пологах, виявлено більше прагнення до інфантилізації дитини, підвищеного контролю над ним, менший ступінь довіри (високий бал за шкалою «інфантилізації», низький – «соціальна бажаність»). Причому аналіз середніх даних показав, що в звичайних сімейних парах до інфантилізації дитини більшою мірою схильні чоловіки, ніж жінки. Цей

факт можна пояснити більш дистантною позицією чоловіків, які не брали участі в партнерських пологах, їх більш критичною позицією по відношенню до дитини, що може призводити до сумнівів щодо його можливостей [233].

Дослідження в цій сфері показали, що акушерська тактика в процесі ведення партнерських пологів у порівнянні з пологами без підтримки чоловіка значно менш «агресивна»: в два рази рідше була потрібна стимуляція пологової діяльності, кесарів розтин знадобилося в 4% випадків (в контрольній групі – в 10%). Пацієнтки, які народжували без партнера не отримували травм м'яких тканин лише у 16%, в той же час, при партнерських пологах 34% жінок не мали таких пошкоджень. Частота застосування епізіотомії в основній групі нижче на 10%, розривів промежини – на 4%. В основній групі не було зареєстровано глибоких розривів, гематом піхви, в два рази менше була частота акушерських кровотеч [234, 235].

Анкетування подружніх пар через 6–12 місяців після партнерських пологів показало, що 83% опитаних жінок не сумніваються в правильності рішення народжувати разом з чоловіком, задоволені його підтримкою під час пологів, 17% скоріше задоволені, ніж ні [236, 237, 238]. Жінок, що негативно оцінюють цей досвід не було, 94% жінок говорять про любов і увагу чоловіка до дитини після спільних пологів, 83% чоловіків також розцінюють своє ставлення до дитини як всепоглинаюче почуття любові [239, 240, 241].

Відносно сексуального життя в післяпологовому періоді дослідження авторів показали, що, при ретроспективному анкетуванні, 55% чоловіків і 39% жінок відзначили, що їх сексуальні відносини не змінилися, 44% жінок і 28% чоловіків вважали, що вони покращилися; 17% чоловіків і 17% жінок вказали на деякий спад в сексуальних від-

носінах – чоловіки відзначили, що сексуальні контакти стали рідше в порівнянні з дородовим періодом, при цьому жінки не пов'язували це з присутністю чоловіка на пологах [242, 243, 244].

Сім'ї, які планують партнерські пологи, мають більш високий соціальний і професійний статус, ніж сім'ї, в яких жінки планують пологи без участі партнера [245, 246]. Патологічний тип гестаційної домінанти у жінок, що готуються до партнерських пологів відзначений авторами в 3 рази рідше, ніж у жінок планують пологи без партнера [247]. На допологовому етапі показники ситуаційної та особистісної тривожності у чоловіків і жінок, які планують партнерські пологи, достовірно нижче, ніж у пар, які планують пологи без участі партнера. При високих рівнях особистісної тривожності перед запланованими пологами необхідна психокорекційна робота в курсі допологової підготовки з обома партнерами [248, 249, 250].

Присутність партнера на пологах знижує «акушерську агресію» про що свідчить збільшення тривалості пологового акту, зниження відносного ризику застосування стимуляції пологової діяльності, посилення пологової діяльності, потреби в знеболюванні пологів і розродження шляхом операції кесаревого розтину [251, 252]. Участь в пологах партнера знижує частоту післяпологових ускладнень жінок, що народжують вперше і повторно, в 4 рази. Авторами виявлено зниження частоти аномалій пологової діяльності: у впершенароджуючих – в 2,96 рази, а у повторнонароджуючих – в 2,21 рази. Фізичне і психологічне навантаження на медичний персонал в 80% випадків не змінюється, а в 4,1–4,7% знижується [253, 254, 255].

Підтверджено, що сімейно-орієнтовані технології, зокрема, спільне перебування матері та новонародженого, створюють передумови для первинного заселення організму новонародженого при спільному з

матір'ю перебування штамами мікроорганізмів, що веде сапрофітне існування в материнському організмі, по відношенню до яких дитина має кошти імунного захисту, отримані внутрішньоутробно [256, 257]. Однак, в цьому дослідженні не вивчена роль батька дитини, як носія мікроорганізмів, які будуть складати «мікробіологічну нішу» існування немовляти [258, 259, 260, 261].

В іншому дослідженні відзначено позитивний вплив партнерських пологів на мікробну колонізацію організму новонародженого за умови своєчасного виявлення бактеріоносійства майбутніх батьків і адекватної санації на допологовому етапі, в результаті чого у дітей від санувати батьків патогенна флора виявлена в 13% випадках, а в групі дітей від несанірована в 52%, що в 4 рази частіше [263, 263, 264, 265].

Віддалені результати партнерських пологів сприятливі для сім'ї в цілому і стану здоров'я нащадків, що підтверджує катамнестичне дослідженні сімей – 82% жінок і 87% партнерів повністю задоволені присутністю партнера на пологах [266, 267].

Немає єдиної системи, яка охоплює всі важливі етапи в житті жінки – підготовка до вагітності, корекція перебігу вагітності, індивідуальна підтримка лікаря і партнера в пологах, післяродова реабілітація [268, 269]. Це пов'язано з тим, що в умовах сучасної екології, гіподинамії, наявності шкідливих звичок та інших несприятливих факторів, відзначається тенденція до збільшення патологічних змін в організмі жінки [270].

Залишається без уваги участь партнера в підготовці до вагітності та пологах. Останні роки багато говориться про партнерські пологи. Чоловік може бути присутнім на початку пологової діяльності і після народження дитини, а підтримка дружини в найважчі моменти пологів залишається без уваги. І це не завжди пов'язано з небажанням партнера

брати участь в самому процесі пологів, а скоріше з тим, що лікарі не вітають присутність сторонньої людини, який може перешкодити виконанню необхідних маніпуляцій [271, 272, 273]. Але, в той же час ця людина може дуже добре налаштувати жінку на спокійну, розумну поведінку, правильне виконання вказівок лікаря і акушерки, допомогти пройти цей нелегкий шлях разом з дружиною. Іноді раніше матері, першому побачити і взяти на руки свою дитину, що залишить сильне емоційне враження в його свідомості.

Виходячи з даних літератури, при правильній організації та підготовці партнерські пологи мають ряд переваг: знижується кількість акушерсько-гінекологічних втручань; необхідність застосування медикаментів в післяпологовому періоді; знижується травматизм новонародженого, фізичне і психічне навантаження на середній медичний персонал.

Партнерські пологи економічно і соціально вигідні – скорочуються терміни перебування в пологовому будинку, знижується потреба в реабілітації в умовах дитячої клініки; відносини подружжя стають більш гармонійними, формуються оптимальні форми прихильності дитини до обох батьків, перевага віддається гуманним конструктивним варіантам сімейного виховання.

В цілому, партнерські пологи створюють сприятливу ситуацію для формування перинатального комплаенса. Однак, багато питань партнерських пологів залишаються відкритими. Так, психотерапевтичний потенціал спільного перебування подружжя під час пологів ще мало вивчений і оцінений, недостатньо використовується, не вивчено вплив партнера під час пологів у первісток і повторнородящих на застосування активних акушерських втручань. Більше того, зниження пологової «агресії» зменшує напруження на матку та на м'які тканини промежини,

що, при наявності рубцювання, значно знижує ризики розриву рубця та подальших ускладнень.

Виходячи зі сказаного, та аналізуючи наявну закордонну та вітчизняну літературу, ми вважаємо, що питання впливу партнерських пологів на організм народжуючої, а особливо жінки, що має рубець на матці, є досить актуальним. На сьогоднішній день ця проблема розглянута недостатньо вичерпно, що спонукає до проведення подальших досліджень із цього питання.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Матеріали дослідження

Для вирішення поставленої мети за 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, народжені шляхом операції кесарів розтин. У групі 1 були виділені дві підгрупи: підгрупа 1.1 – 60 дітей, народжені шляхом планового кесаревого розтину до початку пологової діяльності; підгрупа 1.2 — 40 дітей, народжені шляхом кесаревого розтину з початком пологової діяльності. Група 2 – 50 дітей, народжених через природні пологові шляхи.

Набір клінічного матеріалу проводився на базі міського пологового будинку №1 м. Києва (головний лікар к. мед. н. Гончарук Н. П.), 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 [59].

Основними відмінними моментами ведення пацієнток другої групи були використання сімейно-орієнтованих технологій під час вагітності і розродження.

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

- перерва між пологами більше трьох років;
- відсутність важкої екстрагенітальної патології, яка з'явилася показанням для першого кесарева розтину;
- неускладнений перебіг раннього і віддаленого післяопераційного періодів;
- позитивний психологічний настрій родинної пари на самостійне розродження;
- відсутність важких форм акушерських ускладнень – прееклампсії, плацентарної дисфункції, затримки розвитку плода, важких форми 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 кесаревого розтину. Контакт лікаря з жінкою є важливим компонентом індивідуальної підготовки до пологів, особливо за наявності рубця на матці.

При первинному зверненні жінки і родинної пари проводили повне обстеження згідно алгоритмам обстеження, затвердженим протоколом МОЗ України [59].

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

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

- обговорення материнських та перинатальних переваг спроби вагінальних пологів;

- підтримка жінки та її партнера в прийнятті рішення;
- проведення УЗД 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.

2.2. Методи дослідження

При виконанні роботи проводили:

- загальноклінічне обстеження;
- клініко-лабораторні методи діагностики (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові);
- бактеріологічне дослідження вмісту порожнини матки;
- цитологічне дослідження лохій;
- ультразвукове дослідження органів малого тазу в післяпологовому періоді;
- анкетування породіль для вивчення психоемоційного статусу;
- статистичну обробку отриманого матеріалу.

Клінічні дослідження проводили за загальноприйнятою схемою: уточнювали і оцінювали скарги, час їх появи, вивчали анамнез. Аналізувалася частота і характер перенесених інфекційних захворювань, супутня екстрагенітальна патологія.

Особливу увагу приділяли акушерсько-гінекологічному анамнезу: менструальній функції до і після попередніх пологів, часу, що минув після першого кесаревого розтину, частоті переривання вагітності після пологів, показанням для оперативного розродження, інтра- і післяо-

пераційним 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 діб після розродження. Для вивчення видового складу мікрофлори виконували мікробіологічні, бактеріологічні і цитологічні дослідження за загальноприйнятими методиками [231, 278].

УЗД проводили на апараті «Fillips HD 11» (Німеччина), здійснювали трансабдомінально (конвексним датчиком частотою 3,5 мГц з наповненням сечового міхура) 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 [277].

Для оцінки психоемоційного статусу у породіль ми застосували модифікований «Особовий опитувальник емоційного відношення» за загальноприйнятою методикою [271]. Анкетування проводили по наступних питаннях:

- 1) моральне задоволення способом розродження:
 - задоволена
 - мало задоволена
 - не задоволена
 - важко відповісти
- настроїй породіллі після розродження:
 - емоційно лабільна
 - емоційно стабільна
 - наголошуються періоди вираженого зниження настрою

3) відчуття тривоги за новонародженого:

- випробовую сильну тривогу за дитину
- турбуюся за стан новонародженого
- абсолютно спокійна

4) самооцінка породіллі після пологів:

- висока
- низька
- не змінилася

5) бажання жінки мати, в майбутньому, ще дітей:

- планую подальші вагітності
- не планую подальші вагітності
- важко відповісти

б) готовність пацієнтки до ведення пологів через природні родові шляхи:

- готова до даного способу розродження
- категорично проти пологів через природні родові шляхи
- не замислювалася над цим питанням при вагітності.

Статистичні методи дослідження проводили за допомогою пакету статистичних програм методом варіаційної статистики з визначенням критеріїв достовірності по Стьюденту-Фішеру, оцінку непараметричних величин виконували з використанням критерію χ^2 , з поправкою Йейтса для малих значень [279].

РОЗДІЛ 3

ПОРІВНЯЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ

3.1. Клінічна характеристика жінок

Для вирішення поставленої мети нами було проведено розродження у 150 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину і вивчений перебіг післяпологового періоду.

Залежно від способу розродження всіх пацієток було розподілено на дві групи:

- 1 групу склали 100 жінок з рубцем на матці, яким було виконано повторний кесарів розтин;
- до 2 групи увійшли 50 жінок з рубцем на матці, розроджені через природні пологові шляхи.

Спосіб розродження визначали на підставі детального вивчення анамнезу (відомості про попередню операцію, перебіг післяопераційного періоду, наявність абортів), аналізу перебігу справжньої вагітності, клінічних і ехографічних даних рубця на матці, внутрішньоутробного стану плода, бажання і добровільної інформованої згоди жінки і її партнера на спосіб розродження.

Вік досліджуваних пацієток знаходився в межах від 21 до 42 років. Середній вік пацієток склав $27,2 \pm 2,6$ років. У першій групі переважали жінки старше 30 років – 52,0%, в другій групі таких пацієток було 34,0%.

При аналізі соціального статусу в обох групах переважали домогосподарки і службовці (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Соціальний статус

Показник	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Службовці	58	58,0*	17	34,0
Робітниці	13	13,0	6	12,0
Домогосподарки	28	28,0*	27	54,0
Студентки	1	1,0	-	-

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

З таблиці 3.2 видно, що більше половини пацієток була міськими мешканками. Високий відсоток мешканок м. Києва (92,0% в 1 групі і 90,0% в 2 групі) пояснюється тим, що пологовий стаціонар надає медичну допомогу вагітним м. Києва.

Таблиця 3.2

Місце проживання

Місце проживання	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
м. Київ	92	92,0	45	90,0
Київська область і переселенці	8	8,0	5	10,0

Великий вплив на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду надають супутні екстрагенітальні і гінекологічні захворювання. Як свідчать дані, приведені в таблиці 3.3, у 82,0% пацієток обох груп

були екстрагенітальні захворювання, а в кожній третій спостерігалось поєднання двох і більш нозологічних форм.

Таблиця 3.3

Екстрагенітальна патологія

Нозологічна форма	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Патологія опорно-рухового апарату	5	5,0	-	-
Тромбофлебіт	1	1,0	-	-
Хронічний тонзиліт	5	5,0	3	6,0
Міопія середнього ступеня	19	19,0*	4	8,0
Хронічне запалення нирок	12	12,0*	2	4,0
Патологія центральної нервової системи	2	2,0	-	-
Патологія ШКТ	15	15,0	7	14,0
Патологія серцево-судинної системи	9	9,0*	1	2,0
Вірусний гепатит	5	5,0*	1	2,0
Ожиріння I-III ст.	15	15,0	10	20,0
Бронхіальна астма, хронічний бронхіт	5	5,0	3	6,0
Патологія щитовидної залози	4	4,0	3	6,0
Вегето-судинна дистонія	17	17,0	10	20,0
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	2	4,0	1	2,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

У 1 групі найчастіше зустрічалася міопія середнього ступеня тяжкості (19,0%), вегето-судинна дистонія (17,0%), патологія шлунково-кишкового тракту (15,0%) , хронічне запалення нирок (12%) . У 2 групі переважала наявність вегето-судинної дистонії у 20,0% пацієнток, ожиріння (20%), патологія шлунково-кишкового тракту – в 14,0% пацієнток.

Аналіз основних гінекологічних захворювань показав високу частоту запальних захворювань геніталій, так хронічні сальпінго-офорити зустрічалися в 1 групі в 26,0%, в 2 – в 16,0% і патології шийки матки (37,0% і 42,0% відповідно (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Гінекологічні захворювання

Нозологічна форма	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Ектопія циліндричного епітелію	37	37,0	21	42,0
Міома матки	3	3,0	-	-
Кісти яєчників	3	3,0	-	-
Апоплексія яєчника	2	2,0	-	-
Хронічний сальпінго-офорит	26	26,0*	8	16,0
Порушення менструальної функції	7	7,0	3	6,0
Безпліддя різного генезу в анамнезі	7	7,0*	1	2,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

При дослідженні репродуктивної функції відмічено, що 26,0% пацієток 1 групи не мали в анамнезі обтяжливих чинників, окрім одного кесаревого розтину. У 2 групі таких жінок виявилось 16,0%. Частота мимовільних пологів до кесаревого розтину в анамнезі у пацієток 1 групи склала всього 5,0%, тоді як в 2 групі їх було 16,0%, що значно підвищило благополучний результат пологів через природні пологові шляхи (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Репродуктивна функція

Нозологічна форма	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Вагітність, що не розвивається	5	5,0	4	8,0
Мимовільний викидень	12	12,0	5	10,0
Позаматкова вагітність	3	3,0	1	2,0
Переривання за медичними і соціальними показаннями	3	3,0	1	2,0
1 аборт	23	23,0	12	24,0
2 аборти	10	10,0	4	8,0
3 аборти	6	6,0*	1	2,0
4 аборти	2	2,0	1	2,0
5 абортів	1	1,0	-	-
Мимовільні пологи в анамнезі	5	5,0*	8	16,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

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 і функціональні властивості міометрія в подальшому [23, 118, 149].

Аналізуючи результати попередніх вагітностей, 59,0% пацієнток з 1 групи ніколи не робили медичних абортів, в 2 групі кількість таких жінок склала 60,0%. У 1 групі до операції кесарева розтину медичні аборти зробили 39,0% пацієнток, в 2 – 40,0%. Після абдомінального розродження переривання небажаної вагітності в анамнезі мали 61,0% жінок 1 групи і 60,0% в 2 групі, з них протягом першого року після операції у 24,0% пацієнток 1 групи і в 6,0% в 2 групі.

Проведений аналіз показав, що у 72,0% жінок, розроджених повторною операцією, показання до попереднього кесарева розтину були скороминущими (аномалії пологової діяльності, преєклампсія 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 пацієнток, розроджених через природні пологові шляхи такі свідчення мали місце в 92,0% випадків (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Показання до першого кесаревого розтину

Нозологічна форма	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Аномалії пологової діяльності	33	33,0	14	28,0
Клінічно вузький таз	26	26,0	9	18,0
Передлежання плаценти	2	2,0	1	2,0

Продовження табл. 3.6

Нозологічна форма	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	2	2,0	1	2,0
Прееклампсія тяжкого ступеня	3	3,0	1	2,0
Екстрагенітальна патологія				
- міопія високого ступеня	11	11,0*	1	2,0
- патологія серцево-судинної системи	2	2,0	-	-
- захворювання ЦНС	2	2,0	-	-
- захворювання опорно-рухового апарату	1	1,0	-	-
- бронхіальна астма	1	1,0	-	-
Тазове передлежання плода	3	3,0*	10	20,0
Поперечне положення плода	2	2,0	1	2,0
Багатоплідна вагітність	1	1,0	1	2,0
Епілепсія	2	2,0	-	-
Анатомічно вузький таз, екзостоз	5	5,0	-	-
Дистрес плода	2	2,0*	5	10,0
Плацентарна дисфункція, затрика розвитку плода	-	-	2	4,0
Сімфізіопатія	2	2,0	2	4,0
Випадіння петель пуповини	-	-	2	4,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

Звертає на себе увагу той факт, що у 44,0% пацієток з 1 групи попередній кесарів розтин був виконаний в плановому порядку, тоді як в 2 досліджуваній групі таких пацієток було всього 20,0%, що ще раз підтверджує проведення кесаревого розтину в 2 групі у зв'язку з виниклою акушерською ситуацією, що вимагає екстреного розродження.

У всіх досліджуваних пацієток перший кесарів розтин був виконаний в нижньому матковому сегменті поперечним розрізом.

При аналізі інтра- і післяопераційних ускладнень виявилось, що частота їх була приблизно однакова в обох групах, проте частота гнійно-септичних ускладнень була дещо вище в 1 групі, чим в 2 (3,0% і 2,0% відповідно). Частота субінволюції матки, що створює найменш сприятливі умови для репаративних процесів в матці в обох групах була однаковою (3,0% і 4,0% відповідно).

Період після кесаревого розтину до наступних пологів склав від одного до 12 років (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Часовий проміжок між кесаревим розтином і даними пологами

Часовий проміжок	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
1 рік	7	7,0	-	-
2 роки	4	4,0	-	-
3 роки	8	8,0*	7	14,0
4 роки	10	10,0	7	14,0
5 років	29	29,0*	10	20,0
6 років	20	20,0	11	22,0
7 років	18	18,0	4	8,0
8 років	1	1,0*	4	8,0

Часовий проміжок	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
9 років	1	1,0*	4	8,0
10 років	1	1,0	1	2,0
11 років	1	1,0	1	2,0
12 років	-	-	1	2,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

Звертає на себе увагу, що у 19,0% пацієнок в 1 групі і в 14,0% в 2, вагітність настала протягом перших трьох років після попередньої операції. Найчастіше повторну вагітність зберігали через 4-6 років після попереднього кесарева розтину. У 1 групі це відмічено у 59,0% жінок, в 2 – в 56,0%. Це дозволяє вважати даний період найбільш сприятливим для настання повторної вагітності.

3.2. Перебіг вагітності і пологів у жінок з рубцем на матці

При аналізі перебігу вагітності було виявлено, що у 76,0% пацієнок обох груп були захворювання або ускладнення.

У 38,0% жінок 1 групи і в 24,0% 2 групи вагітність ускладнилася токсикозом першої половини, який протікав, як правило, в легкій формі і не вимагав стаціонарного лікування. Анемія найчастіше зустрічалася у вагітних 1 групи (17,0%), тоді як в 2 групі лише в 4,0% випадків.

Звертає на себе увагу висока частота прееклампсії, яка ускладнила вагітність у 24,0% пацієнок 1 групи і в 10,0% в 2 групі. У всіх випадках мала місце поєднана форма прееклампсії на фоні екстрагенітальної патології, причому у пацієнок 2 групи переважав легкий ступінь, тоді

як у вагітних 1 групи відмічений середнього і важкого ступеню (4,0% і 2,0% відповідно).

Найчастішим ускладненням у вагітних з рубцем на матці була загроза переривання вагітності на різних термінах. Частота цього ускладнення в 1 групі склала 52,0%, в 2 — 48,0%, причому у багатьох пацієнток обох досліджуваних груп було декілька епізодів клінічних проявів загрози переривання вагітності, що вимагало проведення диференціальної діагностики цих станів з ознаками неспроможності рубця на матці (особливо в другій половині вагітності). Спостереження за вагітною і лікування загрози переривання вагітності проводили в умовах стаціонару. При зникненні больового синдрому на фоні зберігаючої терапії стан розцінювався як загроза переривання, пацієнтки після проведеного курсу лікування виписувалися під спостереження лікаря жіночої консультації (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Ускладнення даної вагітності

Захворювання і ускладнення	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Токсикоз I половини вагітності	38	38,0	12	24,0
Викидень, що загрожує	31	31,0*	12	24,0
Загрожуючі передчасні пологи	22	22,0*	7	14,0
Прееклампсія	24	24,0*	5	10,0
Анемія	17	17,0*	2	4,0
Передлежання плаценти	1	1,0	-	-

Захворювання і ускладнення	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Крупний плід	13	13,0	-	-
Плацентарна дисфункція	26	26,0*	8	16,0
Загострення хронічних запальних захворювань	3	3,0	1	2,0
Грип, ГРВІ	5	5,0	3	6,0
Інфекції статевих шляхів	6	6,0	3	6,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

Плацентарна дисфункція була діагностована в 26,0% і 16,0% пацієток відповідно, це вказує на те, що частота даного ускладнення в групі пацієток, розроджених операцією кесарева розтину достовірно вище в порівнянні з групою розроджених через природні пологові шляхи.

Таким чином, у 76,0% пацієток 1 групи та у 52,0% були різні ускладнення і захворювання при даній вагітності, що вимагало госпіталізації і проведення лікувальних заходів. Найчастішим ускладненням у вагітних з рубцем на матці є 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 при терміні вагітності 36-38 тижнів, при якому стан рубця можна оцінити найдостовірніше. 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 2 групи.

У пацієток 1 групи в 33,0% випадках показаннями до проведення повторної операції з'явилася неспроможність рубця на матці за даними клінічних і ехоскопічних ознак. Проте при виконанні операції дані за неспроможність 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 паління 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% (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Показання для оперативного розродження в 1 групі пацієток

Показання	n=100	%
Неспроможність рубця на матці	33	33,0
Два і більше рубця на матці	8	8,0
Передлежання плаценти	1	1,0
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	1	1,0
Екстрагінетальна патологія	16	16,0
Відмова від пологів через природні пологові шляхи	17	17,0
Рубець на матці і передбачуваний крупний плід	2	2,0

Продовження табл. 3.9

Показання	n=100	%
Наявність плаценти по рубцю	9	9.0
Рубець на матці і плацентарна дисфункція	10	10,0
Рубець на матці і анатомічне звуження тазу	1	1,0
Вік повторнородящої старше 36 років	1	1,0
Нестійке положення плода	1	1,0

У екстреному порядку була виконана операція у 33,0% пацієнток, в плановому – в 67,0%. Так, у екстреному порядку були прооперовані 31 з 33 жінок з непроміжністю рубця на матці, одна жінка з передлежанням плаценти (раптово почалась кровотеча) та одна жінка з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти – разом 33,0%. Загроза розриву матки мала місце у 7 з 31 (22,6%) жінки з непроміжністю рубця на матці.

Наявність плаценти по рубцю (як додатковий показ для оперативного розродження мало місце у 9,0% випадків.

Після проведеного аналізу технічних особливостей і ускладнень, що виникли при виконанні повторного кесарева розтину ми отримали наступні дані. У 43,0% пацієнток при входженні в черевну порожнину був виявлений спайковий процес, в 11,0% випадках він був вираженим, а у 1,0% пацієнтки було виконано корпоральний кесарів розтин у зв'язку з відсутністю доступу до нижнього сегменту матки. Наявність спайкового процесу сприяла тривалішому входженню в черевну порожнину і утрудненому витяганню плода.

Серед різних варіантів анестезії у жінок 1 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 витяганні голівки плода продовжився подовжньо 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 кесарева розтину склала 17,0%.

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

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

- клінічні і 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 дослідним акушером, 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.

Невчасне вилиття навколоплідних вод спостерігалось у кожної п'ятої пацієнтки (24,0%), з них у більшості – раннє вилиття навколоплідних вод.

При детальному аналізі, висока частота епізіотомії в 28,0% випадків пояснювалися, як правило, бажанням акушерів швидше 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 в цілях профілактики пологового травматизму з боку матері і плода (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Ускладнення, оперативні і консервативні посібники в пологах

Ускладнення в пологах	n=50	%
Аномалії пологової діяльності		
- первинна слабкість	2	4,0
- вторинна слабкість	2	4,0
- слабкість потуг	1	2,0
Пологостимуляція		
- окситоцином	3	6,0
Несвоєчасне вилиття навколоплод- вих вод	10	20,0
Швидкі пологи	4	8,0
Ручне обстеження порожнини матки	26	52,0
Розриви шийки матки I ст.	6	12,0
Епізіотомія	14	28,0

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. Тривалість другого періоду пологів становила 28 хвилин.

Середня крововтрата під час розродження склала $250,0 \pm 10,2$ мл ($p < 0,05$), що в 3 рази менше, ніж при повторному абдомінальному розродженні у пацієток 1 групи.

Таким чином, при задовільному перебуванні 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.

3.3. Ускладнення в післяпологовому періоді у жінок з рубцем на матці залежно від способу розродження

Нами приділялася особлива увага перебігу післяпологового періоду у пацієток досліджуваних груп.

При щоденному спостереженні за породіллями, ми з'ясовували характер скарг, оцінювали загальний стан, вимірювали пульс, артеріальний тиск, температуру тіла, оцінювали стан матки, молочних залоз, стежили за характером виділень із статевих шляхів і фізіологічними відправленнями.

З найбільш частих скарг, які пред'являли породіллі обох досліджуваних груп, були наступні: 94,0% породіль 1 групи і 52,0% 2 групи, відзначали загальну слабкість, втому після розродження. Болі в області післяопераційної рани непокоїли переважне число пацієток – 96,0%

після абдомінального розродження, больовий компонент в області промежини, особливо після епізіотомії (при вагінальних пологах) відмічений у 28,0% породіль. Часто зустрічалися скарги на наявність хворобливих гемороїдальних вузлів, тріщин на сосках.

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 відмічене у 98,0% породіль 2 групи, тоді як після кесарева розтину самостійне зниження температури наголошувалося лише у 30,0% жінок.

Враховуючи повторне входження в черевну порожнину, тривалість операції, високу інтраопераційну крововтрату, у пацієнток 1 групи в 38,0% випадках спостерігався субфебрилітет до 3 діб, а в 2,0% спостерігалася резорбційна лихоманка, тоді як у всіх досліджуваних породіль 2 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 у 97,0% породіль 2 групи, тоді як після кесарева розтину самостійне зниження температури наголошувалося лише у 30,0% жінок.

Враховуючи повторне входження в черевну порожнину, тривалість операції, високу інтраопераційну крововтрату, у пацієнток 1 групи в 38,0% випадках спостерігався субфебрилітет до 3 діб, а в 2,0% спостерігалася резорбційна лихоманка, тоді як у всіх досліджуваних породіль 2 групи температура тіла була нормальною протягом всього післяпологового періоду.

У першу добу післяпологового періоду зниження кількості еритроцитів і рівня гемоглобіну було мало помітно в обох групах. Основні

відмінності в показниках червоної крові були відмічені до 5 діб післяпологового періоду. Як показали дослідження, при детальному аналізі у пацієток 1 групи анемія легкого ступеня зустрічалася в 52,0% випадках, тоді як в 2 групі спостерігалася у 26,0% породіль. Анемія середнього ступеня мала місце в 16,0% і у 6,0% пацієток досліджуваних груп відповідно. У 1,0% випадків у пацієтки 1 групи була анемія важкого ступеня, що зажадало проведення гемотрансфузії. Отже, в 1 групі пацієток анемія I-II ступеня зустрічалася в 2 рази частіше, в порівнянні з породіллями 2 групи, що пов'язане з вищою інтраопераційною крововтратою під час повторного кесаревого розтину, в порівнянні з фізіологічною крововтратою при мимовільних пологах. У пацієток 1 групи показники червоної крові в межах норми спостерігалися у 31,0% породіль і в 66,0% – в 2 групі.

Таким чином, у пацієток, розроджених шляхом операції кесаревого розтину частота зустрічання анемії майже в 2,5 разу вище, в порівнянні з породіллями 2 групи, що істотно повертає до розвитку інфекційного процесу, підвищує ризик 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. У 1 групі досліджуваних пацієток нормальна інволюція матки відмічена у 83,0% породіль, в 2 – в 90,0%. Субінволюція матки в 1 групі зустрічалася в 17,0% жінок і в 10,0% – в 2 групі. При детальному аналізі у пацієток з субінволюцією матки було виявлено, що дане ускладнення зустрічалася у породіль обох досліджуваних груп за наявності гематометри і лохіометри, тобто мало місце поєднання 2-3 нозологічних форм (табл. 3.11).

Лохіометра в 1 групі відмічена у 10,0% породіль. У 4,0% випадках було потрібно проведення внутрішньоматкового діалізу, а 6,0% пацієн-

ток отримували консервативне лікування. У 2 групі лохіометра діагностована у 8,0% жінок. У 1 групі післяпологовий період ускладнився гематометрою в 7,0% породіль, тоді як в 2 – лише в 2,0% пацієнток. З метою лікування даного ускладнення у 8,0% породіль в 1 групі і в 2,0% – в 2 було виконано вишкрібання порожнини матки з подальшим зрошуванням порожнини матки антисептичними і протимікробними засобами.

Таблиця 3.11

Ускладнення післяпологового періоду

Ускладнення післяпологового періоду	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Субінволюція матки	17	17,0*	5	10,0
- лохіометра	10	10,0	4	8,0
- гематометра	7	7,0*	1	2,0
- ендометрит	1	1,0	-	-

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

У 1 групі лише у 1 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 2 групі не було випадків післяпологового ендометриту.

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

3.4. Бактеріологічне і цитологічне дослідження вмісту порожнини матки

Доведено, що протягом вагітності спостерігається тенденція до зниження чисельності деяких груп мікроорганізмів в статевих шляхах (аеробні грампозитивні коки і грамнегативні палички, анаеробні грампозитивні і грамнегативні коки, анаеробні грамнегативні палички). При цьому дещо наростає кількість лактобактерій. Ці зміни спостерігаються постійно, і дитина народжується в середовищі, що містить мікроорганізми з низькою вірулентністю. Після пологів у складі мікрофлори пологових шляхів відбуваються значні зміни. У першу добу після пологів в порожнині матки, цервікальному каналі, піхві і на шкірі промежини кількість мікроорганізмів значно понижена. Проте досить швидко суттєво збільшується склад більшості груп бактерій, включаючи *Bacteroides* spp., *Esherichia coli*. *Streptococcus* B і D spp. [23, 151, 202].

В ході нашого дослідження, ми звернули увагу на той факт, що в перші 5 діб післяпологового періоду у вмісті порожнини матки переважало зростання факультативних аеробів, що обумовлене наявністю в порожнині матки в першу добу після пологів сприятливих умов для розвитку саме аеробної мікрофлори.

При бактеріологічному дослідженні лохій у пацієнток 1 групи переважав *Enterococcus* spp (16,0%). *Staphylococcus epidermidis* реєструвався в 6,0% випадках і в 6,0% випадках флора представлена дріжджеподібними грибами *Candida* spp. Відсутність зростання мікроорганізмів наголошувалася в 72,0% спостереженнях. У 2 групі мікроекологія вмісту порожнини матки представлялася таким чином: так само переважав *Enterococcus* spp – (36,0%) випадків, в (6,0%) – виділялася *Esherichia coli* і в 6,0% – *Staphylococcus epidermidis*. У 52,0% породіль зростання мікроорганізмів було відсутнє (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Бактеріологічне дослідження лохій

Видовий склад мікрофлори	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Enterococcus spp.	16	16,0*	18	36,0
Staphylococcus epidermidis	6	6,0	3	6,0
Candida spp.	3	6,0	-	-
Esherichia coli	-	-	3	6,0
Немає росту мікрофлори	72	72,0*	26	52,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

Так само для оцінки перебігу післяпологового періоду проводилося цитологічне дослідження лохій. Для вивчення ступеня вираженості запального процесу в порожнині матки проводили цитологічне дослідження лохій в 1 групі на третю, п'яту і сьому добу післяпологового періоду.

Відмічено, що на третю добу післяпологового періоду в обох групах спостерігався запальний тип цитограм. Переважали нейтрофіли (75- 80%) в порівнянні з лімфоцитами (18-20%), моноцитами і полібластами (6-8%), а також поодинокі макрофаги.

На п'яту добу у породіль 1 групи зберігався запальний тип цитограм, тоді як в 2 групі, до цього моменту, в значного числа (74,0%) досліджуваних, виявлений запально-регенеративний тип цитограм (до 60% зменшувалося число нейтрофілів, збільшувалася кількість лімфоцитів до 25%, недиференційовані полібласти, фібробласти, моноцити і макрофаги складали 10-15%; мікробні клітини спостерігалися в невели-

кій кількості в стані активного фагоцитозу), тоді як після абдомінального розродження запально-регенеративний тип цитограм в більшості випадків (86,0%) був відмічений лише до 7-8 діб післяпологового періоду.

Таким чином, 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 пацієток, розроджених шляхом операції кесарева розтину, триваліше зберігається запальна реакція в тканинах матки, що підтверджується цитологічними дослідженнями.

Оскільки повторне абдомінальне розродження підвищує ризик інтра – і післяопераційних ускладнень, а так само враховуючи наявність спайкового процесу в черевній порожнині і високу частоту ускладнень при даній вагітності, тривалість перебування пацієток в стаціонарі, ми призначали породіллям антибіотики широкого спектру дії або курсом до 5-7 днів, або шляхом профілактичного триразового введення.

У 1 групі курс лікувальної антибактеріальної терапії отримали 86,0% породіль (висока ступінь післяопераційних ускладнень), тоді як в 2 групі – 2-8,0% (при наявності субінволюції матки, гемато- та лохіометри).

Профілактика післяопераційних ускладнень шляхом разового введення антибактеріальних засобів в 1 групі досліджуваних проведена в 14,0% пацієтки і в 52,0% в 2 групі (після ручного контролю порожнини матки).

Антибактеріальна терапія підбиралася в кожному випадку індивідуально, з врахуванням алергоанамнезу породіль, їх соматичних захворювань, тривалості безводного проміжку і інтраопераційних ускладнень (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Особливості антибактеріальної терапії

Тривалість антибактеріальної терапії	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Лікувальний курс антибактеріальної терапії	86	86,0*	4	8,0
Профілактичний курс антибактеріальної терапії	14	14,0*	26	52,0
Антибіотики не отримували	-	-	20	40,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

Після повторного кесарева розтину шви з післяопераційної рани на передній черевній стінці були зняті на восьму добу після лапаротомії по Пфанненштілью і на дев'яту добу при нижньо-серединної лапаротомії. У всіх випадках загоєння рани було первинним натягненням.

У породіль з рубцем на матці, розроджених через природні пологові шляхи, у випадках, якщо виконували епізіотомію, шви з промежини знімалися на п'яту добу. У всіх випадках загоєння рани так само первинним натягненням. Ознак раневої інфекції не було відмічено в жодному випадку в обох досліджуваних групах.

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

Таким чином, адекватне проведення профілактики гнійно-септичних ускладнень у породіль досліджуваних груп і ведення пологів через природні пологові шляхи дозволяє скоротити терміни перебування пацієнток в стаціонарі.

3.5. Становлення лактації у породіль з рубцем на матці

В даний час накопичено велике число наукових даних про позитивний вплив грудного вигодовування на дитини. 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 [248, 249].

У тактику впровадження родинно-орієнтованих технологій входить позитивне відношення до раннього докладення до грудей, основною метою яких 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 гіпогалактії.

Аналізуючи становлення лактації у породіль досліджуваних груп, ми відзначили, що сприяє лактації раннє докладення дитини до грудей. У 1 групі сприятливе становлення лактації спостерігалось у 26,0% пацієток, що майже в 3,5 разу менше, ніж у породіль 2 групи, в яких лактація встановилася в 88,0% випадків.

У першу добу після пологів часто спостерігалось нагрубання молочних залоз, причому виявлена залежність між часом першого докладення новонародженого до грудей матері і частотою і ступенем нагрубання молочних залоз.

Плавне становлення лактації без видимого нагрубання проходило у 76,0% породіль 2 групи і лише в 11,0% в 1 групі. Помірне нагрубання молочних залоз відмічене у 22,0% породіль 2 групи і в 74,0% в 1 групі. Виражене нагрубання молочних залоз частіше зустрічалось після абдо-

мінального розродження – у 15,0% породіль 1 групи, і лише в 2,0% в 2 групі (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Становлення лактації у породіль

Становлення лактації	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Повільне становлення лактації	11	11,0*	38	76,0
Помірне нагрубання	74	74,0*	11	22,0
Виражене нагрубання	15	15,0*	1	2,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

Цікавим моментом було те, що після мимовільних пологів нагрубання молочних залоз спостерігалось у 84,0% пацієток на 2-3-й день після розродження, тоді як після кесаревого розтину- нагрубання молочних залоз (на 4-5 день післяпологового періоду), що запізнилося, в переважного числа породіль – 87,0%, що, на нашу думку, багато в чому пов'язано з відстроченим прикладанням дитини до грудей матері після абдомінального розродження.

При оцінці лактації найчастіше зустрічалася гіпогалактія. Так, в 1 групі число таких породіль склало 69,0%, а в 2 – у 12,0% жінок (табл. 3.15). У 1 групі пацієток, в ранньому неонатальному періоді з приводу нестачі молока в матері, докормлювання заміниками материнського молока отримували 74,0% новонароджених, тоді як в 2 – лише 12,0% дітей знаходилися на змішаному вигодовуванні, що в 6,5 разів менше, в порівнянні з новонародженими 1 групи.

Таблиця 3.15

Лактаційні особливості у породіль

Лактаційна здатність	Групи жінок			
	1 група, n=100		2 група, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%
Агалактія	5	5,0	-	-
Гіпогалактія	69	69,0*	6	12,0
Нормогалактія	26	26,0*	44	88,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * – $p < 0,05$.

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

3.6. Психоемоційні аспекти стану породіль

В даний час зростає розуміння важливості різних психологічних аспектів при наданні акушерської допомоги. Психологічні аспекти розродження включають моральне задоволення жінки пологами, формування взаємин матері і новонародженого, відношення до подальших вагітностей і пологів, сексуальні стосунки між батьками 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 [241, 245, 255, 269].

Для оцінки психоемоційного статусу нами було проведено анкетування 150 пацієнток.

На підставі нашого дослідження можна судити про те, що часто жінки морально бувають менш задоволені абдомінальними розродженням, чим вагінальними пологами. У 1 групі 66,0% породіль було мало задоволено повторним абдомінальним розродженням, 20,0% породіль залишилися задоволені даним методом розродження, 4,0% пацієнток було не задоволено повторним кесаревим розтином і 10,0% жінкам важко з відповіддю на це питання. В порівнянні з цим, в 2 групі переважна більшість пацієнток (78,0%) залишилися задоволені тим, що пологи були проведені через природні пологові шляхи. Так, в ході нашого дослідження, в 2 групі були 4,0% пацієнток, які по релігійних міркуваннях планували мати багато дітей, тому вони дуже позитивно віднеслися до проведення пологів через природні пологові шляхи (попередній кесарів розтин у всіх випадках був проведений з приводу аномалій пологової діяльності). У даній досліджуваній групі лише 2,0% породіль залишилися не задоволені проведеними вагінальними пологами і 6,0% пацієнткам важко з відповіддю на поставлене питання.

При дослідженні в емоційній сфері у породіль часто спостерігалися періоди пониженого або мінливого настрою, які виникали через 4-8 днів після розродження в половини пацієнток в обох досліджуваних групах. У 1 групі таких породіль було 53,0%, в 2 – 46,0%. Ми пояснюємо це втому, відміною знеболюючих засобів і слабкістю після операції, а також виникаючими труднощами при годуванні грудьми, більш відстроченим і тривалим становленням лактації, розвитком гіпогалакції у породіль 1 групи, а у пацієнток 2 групи тим, що після вагінальних пологів виписка із стаціонару проводилася на третю-

четверту добу післяпологового періоду і всі породіллі з нетерпінням чекали моменту, коли разом з новонародженим виявляться удома. Емоційно стабільними після пологів залишалися 43,0% пацієток в 1 групі, в 2 – таких пацієток було 52,0%. Виражене зниження настрою відмічено у 4,0% породіль 1 групи і в 2,0% з 2 групи.

Відмічено, що психовегетативні порушення в 1 групі більш виражені у жінок, розроджених шляхом кесарева розтину в плановому порядку, що відповідає даним сучасної літератури [255, 269]. З 100 породіль 1 групи, в плановому порядку було виконано 67,0% операцій кесаревого розтину, з них у 70,0% пацієток спостерігався прояв післяпологового стресу, тоді як у 33% пацієток, розроджених шляхом операції кесаревого розтину в екстреному порядку подібні порушення зустрічалися рідше і були відмічені у 15,0% породіль.

Аналіз показав, що після повторного кесаревого розтину, жінки проявляли більше занепокоєння відносно новонародженого, чим після звичайних пологів. У 1 групі сильну тривогу відносно новонародженого проявили 43,0% породіль, тоді як в 2 – лише одна пацієтка (2,0%) була дуже стурбована станом своєї дитини. Звичайне занепокоєння по відношенню до своєї дитини було відмічене у 38,0% пацієток 1 групи і в 24,0% – в 2 групі. Це зв'язано, швидше за все, з тим, що операцію часто виконували після ускладненого перебігу вагітності, тривалого безпліддя, а у вікових пацієток і на фоні екстрагенітальної патології. Не можна виключити і той момент, що після абдомінального розродження, породіллі часто позбавлені можливості побачити і потримати новонародженого відразу після народження, тоді як пацієтки 2 групи знаходилися на спільному перебуванні зі своїми дітьми після пологів. Абсолютно спокійні за свою дитину залишалися 18,0% породіль 2 групи.

Вивчаючи зміни самооцінки, було відмічено, що у жінок, що перенесли кесарів розтин, вона, як правило, нижче, ніж після мимо-

вільних пологів. У 1 групі висока самооцінка спостерігалася у 7,0% пацієток, тоді як в 2 групі таких жінок було значно більше – 82,0%. 86,0% породіль з 2 групи гордилися тим, що змогли народити через природні пологові шляхи. У 1 групі у 11,0% пацієток, в яких не унеможливили вагінальних пологів, виникли свідчення для екстреного абдомінального розродження в процесі пологів. Ці породіллі відчували себе пригнічено, оскільки повторно не впоралися із завданням народити самостійно. Так само низька самооцінка відмічена у 1 (2,0%) породіллі з 2 групи. Не змінилася самооцінка, незалежно від способу розродження, у 82,0% породіллі 1 групи і в 14,0% – в 2 групі.

Важливим моментом, який дозволяв оцінити психологічну дію на породіллю, було її бажання мати дітей згодом. У 1 групі 44,0% породіллям була проведена стерилізація на їх прохання, в 2 – таких пацієток не було, проте 1 (2,0%) жінка з 2 групи не планувало більше народжувати дітей. При опитуванні породіль після вагінальних пологів, багато хто з них планує ще вагітності – 62,0%. Так, в 1 групі таких пацієток було 24,0%, важко з відповіддю 32,0% жінок з 1 групи і 36,0% – з 2 групи.

Ми проаналізували формування стосунків між матір'ю і новонародженим в обох досліджуваних групах і дійшли до висновку, що відмінностей у відносинах між породіллею і дитиною після кесарева розтину і після пологів через природні пологові шляхи немає. Всі жінки однаково сильно люблять своїх дітей.

На початку нашої роботи ми зіткнулися з проблемою недовірливого відношення вагітних з рубцем на матці до можливості проведення пологів через природні пологові шляхи. У 1 групі 21,0% вагітних категорично відмовилися від ведення пологів через природні пологові шляхи, оскільки завчасно були орієнтовані на повторне абдомінальне розродження лікарями жіночої консультації, 11,0% пацієток

були згодні з пропозицією провести вагінальні пологи, 68,0% жінок чесно відповіли, що не замислювалася при вагітності про можливий метод розродження, залишаючи право вирішити це питання лікарям пологового стаціонару. У 2 групі 84,0% жінок були згодні з планом ведення пологів через природні пологові шляхи і лише 16,0% пацієнток деякий час обдумували правильність свого вибору.

В ході дослідження особливої уваги заслуговувало питання психопрофілактичної підготовки вагітної до розродження, що проводиться в жіночій консультації. Робота цієї ланки відіграє дуже важливу роль в психологічній дії на вагітну і благополучному результаті пологів. В умовах жіночої консультації необхідно готувати жінку до пологів, а не до кесаревої розтину. Лікар жіночої консультації не повинен визначати тактику розродження, питання про яке може бути вирішене виключно в пологовому стаціонарі, але, на практиці часто працює принцип «одного дня кесарів розтин – завжди кесарів розтин», проте, при опитуванні вагітних в стаціонарі, 13,0% жінок взагалі не знали, чому їм була виконана операція, вважаючи попередній кесарів розтин необґрунтованим через незадовільний контакт з лікарем-акушером у минулому. Використання родинно-орієнтованих технологій дозволяє провести додаткову підготовку жінок з рубцем на матці до самостійного розродження.

Таким чином, у пацієнток з рубцем на матці,пологорозроджених через природні пологові шляхи, спостерігається моральне задоволення методом розродження, висока самооцінка, готовність мати дітей в майбутньому і відсутність порушень у взаєминах з новонародженим. Погана психопрофілактична підготовка вагітних в умовах жіночої консультації сприяє збільшенню числа жінок з рубцем на матці, що наполягають на проведенні повторного кесаревого розтину.

РОЗДІЛ 4

ПЕРИНАТАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ РОЗРОДЖЕННЯ

В процесі народження дитини через природні пологові шляхи відбувається запуск механізмів адаптації до позаутробного життя. При цьому особливо напружено протікають процеси ранньої неонатальної адаптації в перших 30 хвилин життя, коли відбувається активація зовнішнього дихання і максимально виражені компенсаторно-присосовні реакції екстреного характеру [23, 149, 248].

Для вивчення ранньої адаптації новонароджених від матерів, що мають рубець на матці було обстежено 150 дітей, яких було розподілено на дві групи:

- 1 група – 100 дітей, народжених шляхом операції кесарів розтин;
- 2 група – 50 дітей, народжених через природні пологові шляхи.

Відомо, що при розродженні шляхом операції кесарева розтину 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 чого, компенсаторно-присосовні реакції екстреного характеру протікають менш напружено, і адаптація новонароджених відбувається досить гладко [27, 150].

Враховуючи вище викладене, новонароджених 1 групи, які народилися шляхом операції кесарева розтину, було розподілено на дві підгрупи:

1.1 підгрупа – 60 дітей, народжених шляхом планового кесарева розтину до початку пологової діяльності.

1.2 підгрупа – 40 дітей, народжених шляхом кесарева розтину з початком пологової діяльності.

Вибірка груп проводилася сліпим методом. Серед новонароджених, які народилися шляхом операції кесарева розтину, хлопчиків було 42,0%, дівчаток – 58,0%. У підгрупі новонароджених, таких, що народилися при операції кесарева розтину в плановому порядку, також переважали плоди жіночої статі, дівчаток було 56,7%. У підгрупі дітей тих, що народилися оперативним шляхом, але з початком пологової діяльності, переважали хлопчики — 60,0%.

У 2 групі було 46,0% дівчаток і 54,0% хлопчиків. Приналежність за статевою ознакою не мала достовірних відмінностей між групами обстежених дітей ($p > 0,05$).

При першому огляді неонатологом новонароджених 1.1 підгруп стан був розцінений як задовільний у 63,3% дітей, у 33,3% дітей як середнього ступеня тяжкості, і в 3,3% – як важкий. Тяжкість стану було обумовлено неврологічною симптоматикою у 26,7% дітей, з них у вигляді синдрому помірного пригнічення ЦНС в 16,7%, підвищеної нервово-рефлекторної збудливості в 6,7% і внутрішньочерепної гіпертензії в 3,3% новонароджених. 20,0% немовлят народилися з ознаками затримки внутрішньоутробного розвитку легкого ступеня, що поєднується з перенесеною хронічною внутрішньоутробною гіпоксією. 13,3% дітей народилися в стані середньої тяжкості по сукупності патології – хронічна внутрішньоутробна гіпоксія, морфологічна і функціональна незрілість, набряклий синдром і переношеність. У цій же підгрупі було двоє дітей (3,3%), стан яких був розцінений як важкий за рахунок синдрому дихальних розладів, набряку головного мозку і ушкодження ЦНС.

У 1.2 підгрупі в стані середньої тяжкості народилося всього 10,0% дітей. Тяжкість стану дітей було обумовлено синдромом дефіциту розвитку у двох дітей і неврологічними порушеннями також в двох новонароджених (5,0%).

При першому огляді неонатолога новонароджених 2 групи, що народилися природним чином, стан середнього ступеня тяжкості був відмічений в 4 (8,0%). Тяжкість стану цих дітей було обумовлено неврологічною симптоматикою і затримкою внутрішньоутробного розвитку.

Таким чином, у дітей, народжених оперативно з початком пологової діяльності і через природні пологові шляхи, в 3 рази рідше в порівнянні з підгрупою 1.1 наголошувався стан середнього ступеня тяжкості при народженні, що вказувало на досить хороші пристосовні механізми цих новонароджених. Тоді як діти, що з'явилися на світ шляхом планової операції кесарева розтину, були уразливі і пристосовні механізми адаптації в пологах у них були нижчими і, як результат – майже кожна третя дитина народилася в стані середнього ступеня тяжкості.

Оцінка за шкалою Апгар в новонароджених підгрупи 1.1 на першій хвилині, в середньому, склала $6,24 \pm 0,27$ балу, на п'ятій хвилині $7,23 \pm 0,42$ балу і була достовірно нижче у порівнянні з немовлятами 1.2 підгруп ($7,85 \pm 0,53$ і $8,33 \pm 0,52$ відповідно) (табл.4.1).

Таблиця 4.1

Показники оцінки по шкалі Апгар у новонароджених

Оцінка по шкалі Апгар в балах	Підгрупа 1.1 (n=60)	Підгрупа 1.2 (n=40)	2 група (n=50)
Перша хвилина	$6,24 \pm 0,27^*$	$7,85 \pm 0,5$	$7,94 \pm 0,5$
П'ята хвилина	$7,23 \pm 0,42^*$	$8,33 \pm 0,5$	$8,23 \pm 0,4$

Примітка. * – достовірність $p < 0,05$ відносно 2 групи.

Новонароджені 2 групи отримали на першій хвилині за шкалою Апгар оцінку $7,94 \pm 0,5$, на п'ятій – $8,24 \pm 0,4$. Двоє дітей (4,0%) народилися в асфіксії легкого ступеня, в стані первинного апное.

У наданні первинної допомоги пологового залу переважна більшість немовлят не потребували. Достовірні відмінності в оцінці за шкалою Апгар встановлені між підгрупами 1.1 і 1.2, а також 2 групою ($p < 0,05$).

Це було обумовлено тим фактом, що в 1.1 підгрупі асфіксії різного ступеня народилося більше немовлят (36,7%), чим в підгрупі 1.2 (15,0%) і в 2 групі (8,0%).

Переважна більшість немовлят обох підгруп після народження реанімаційної допомоги не потребували. З 13,3% дітей, що народилися в стані асфіксії середнього та важкого ступеня, 10,0% дітей народилися в стані первинного апное і регулярне дихання з'явилося після тактильної стимуляції, а 3,3% немовлят, що належали до 1.1 підгрупи народилися в стані вторинного апное і зажадали масочної штучної вентиляції легенів в перші дві хвилини після народження.

Кожна третя дитина (33,3%) в 1.1 підгрупі потребувала призначення оксигенотерапії після народження протягом 5-10 хвилин, тоді як в підгрупі 1.2 і в 2 групі лише двом дітям (2,5% і 2,0%) призначався кисень тривалістю 5 хвилинами.

Отже, діти 2 групи в періоді ранньої адаптації, 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.

Параметри фізичного розвитку плода при народженні якнайповніше характеризують конституціональну своєрідність організму немовляти і зумовлюють багато в чому перебіг раннього неонатального періоду. У зв'язку з чим, нами були проаналізовані параметри фізичного розвитку новонароджених.

В новонароджених, які народилися шляхом операції кесарева розтину, показники фізичного розвитку мали свої особливості. Так, переважаюча кількість дітей в підгрупі 1.1 мали масу тіла від 3500 до 4000 г, кожна п'ята дитина (20,0%) в даній підгрупі народилася з масою тіла 4000 і більше грам. Практично така ж тенденція зберігалася і в підгрупі 1.2, 17,5% дітей народилися з масою тіла більше 4000 г. У групі дітей, народжених через природні пологові шляхи, крупновагових новонароджених було в три рази менше, всього 6,0%.

В той же час, в 1.1 підгрупі разом з великою кількістю дітей з масою тіла більше 4000 грам, кожна восьма дитина народилася менше 3000 грам (13,3%), тоді як в 1.2 підгрупі таких дітей було всього 7,5%, а в другій групі всього 6,0%.

Середня маса новонароджених 1.1. підгруп склала $3540,23 \pm 419,1$ г і не мала достовірних відмінностей з дітьми 1.2 підгруп ($3623,0 \pm 418,5$ г). У 2 групі маса дітей при народженні була дещо нижче в порівнянні з дітьми обох підгруп і склала $3504,0 \pm 348,0$ гр. Нижчі показники маси тіла у немовлят цієї групи були обумовлені народженням більшості дітей з середніми показниками маси тіла.

Відомо, що відповідність колу голови дитини терміну гестації має велике прогностичне значення для подальшого нервово-психічного розвитку немовляти. Коло голови дітей, що народилися, у всіх групах відповідало гестаційному віку, масі і довжині тіла.

Показники вагово-ростового коефіцієнта у дітей обох груп вказували не лише на відсутність достовірних відмінностей між групами, але і досить сприятливі і приблизно рівні умови розвитку цих дітей внутрішньоутробно. Проте в 1.2 підгрупі діти із ЗРП були відсутні, тоді як в 1.1 підгрупі їх було 7,5% і в 2 групі – 6,0%. Всі немовлята мали гіпотрофічний варіант ЗРП, що вказувало на формування дистрофії в останньому триместрі вагітності (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Показники фізичного розвитку новонароджених

Показники	Підгрупа 1.1 (n=60)	Підгрупа 1.2 (n=40)	2 група (n=48)
Маса (г)	3540,2±419,2	3623,7±418,5	3504,4±348,9
Довжина (см)	53,3±2,5	53,08±2,85	53,04±2,89
Окружність голови (см)	35,48±1,09	35,48±1,54	35,08±1,16
Окружність груді (см)	34,82 ±1,53	34,83 ±1,55	34,33±1,27
Вагово-ростовий коефіцієнт	66,06±6,07	68,11 ±5,43	65,83±5,4

Примітка. Достовірність відносно 2 групи $p > 0,05$.

У дітей всіх груп виявлялися стигми дизембріогенезу і вроджені вади розвитку були сумісні з життям. Так, в новонароджених 2 групи тільки у 4,0% були знайдені стигми дизембріогенезу у вигляді варусної установки стоп, кривошії, дисплазії кісток черепа і малих анатомічних аномалій розвитку серця. Дана патологія в також виявлялася у немовлят 1.1 і 1.2 підгруп, але була представлена такими самими нозологічними формами. У 1.1 підгрупі і в 2 групі по одному дитяті (1,7 і 2,0% відповідно) народилися з вадами розвитку – аномалія розвитку щелепно-лицьової області (1.1 підгрупа) і гідронефроз правої нирки (2 група).

Враховуючи, що від перебігу раннього неонатального періоду багато в чому залежить подальший фізичний і нервово-психічний розвиток людини, нами було проаналізовано його перебіг і виявлені основні особливості в новонароджених обстежених груп.

Період ранньої адаптації протікав напружено у 26,7% дітей підгрупи 1.1, в 10,0% підгрупи 1.2. і в 8,0% 2 групи.

Клінічні ознаки хронічної внутрішньоутробної гіпоксії діагностували у 18,3% дітей підгрупи 1.1, в 10,0% підгрупи 1.2 і в 16,0% ново-

народжених 2 групи. Прояви хронічної внутрішньоутробної гіпоксії характеризувалися сухими шкірними покривами, що злущуються, мацерацією стоп і долонь, акроціанозом, зниженим м'язовим тонусом і нестійкими рефлексами новонароджених.

Морфологічно незрілими народилися більш всього дітей в 1.1 підгрупі – 28,3% дитини, що в 1,4 разу більше, ніж в 1.2 підгрупі (20,0%) і в 3,5 разу більше, ніж в 2 групі (8,0%).

Гестаційний вік морфологічно незрілих дітей при оцінці за шкалою Беллард відповідав 36-38 тижням вагітності. Проте в 1.1 підгрупі кожна третя (33,3%) морфологічно незріла дитина народилася при терміні гестації 37 тижнів (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Особливості незрілості дітей

Ступінь зрілості новонароджених	Підгрупа 1.1 (n=60)	Підгрупа 1.2 (n=40)	2 група (n=50)
Гестаційний вік	39,03±1,00*	39,2±1,2	39,73±0,82
Незрілі діти	28,3%*	20,0%	8,0%

Примітка. Достовірність відносно 2 групи – * $p < 0,05$.

Більшість незрілих новонароджених 1.1 підгруп народилися унаслідок дострокового розродження, у зв'язку з неспроможністю рубця на матці.

Ознаки переносеності найчастіше зустрічалися в групі дітей, що народжувалися самостійно, і були виявлені у 8,0% дітей, в 1.1 і 1.2 підгрупах у двох дітей (3,3% і 5,0% відповідно). У 1.1 підгрупі переносені діти зустрічалися в 3,5 разів рідше, ніж в 2 групі.

Набряклий синдром достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічався в 1.1 і 1.2 підгрупах і склав 25,3% і 22,5% відповідно, проти 6,0% в 2 групі.

Достовірних відмінностей народження дітей з набряклим синдромом в 1.2 підгрупі (22,5%), в порівнянні з підгрупою 1.1, ми не виявили ($p > 0,05$). Крім того, в 1.1 підгрупі 13,3% дітей мали ознаки набряклого синдрому другого ступеня.

В більшості дітей, що перенесли хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плода в періоді ранньої адаптації, відмічені прояви неврологічної симптоматики. Вегетативні неврологічні розлади гіпоксичного характеру виявлялися у вигляді акроціанозу, розладів мікроциркуляції, нестійких рефлексів і зниження м'язового тону в 6,7% новонароджених 1.1 підгруп, 7,5% дітей 1.2 підгруп і 4,0% немовлят 2 групи.

У дітей підгрупи 1.1 частота неврологічних розладів була достовірно вище ($p < 0,05$), а тяжкість ушкодження значимішою, в порівнянні з новонародженими підгрупи 1.2 і 2 групи. Так, в 1.1 підгрупі виставлений неврологічний діагноз кожній четвертій дитині (26,7%), в підгрупі 1.2 – кожній п'ятій (20,0%), а в 2-ой групі кожній десятій (10,0%).

Діагноз гіпоксичного ушкодження ЦНС в ранньому неонатальному періоді був виставлений 25,3% немовлят, розроджених оперативно в плановому порядку. З неврологічних синдромів в даній підгрупі лідируюче положення займав синдром помірного пригнічення ЦНС – 15,0%. Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості діагностований в 6,7% новонароджених, синдром внутрішньочерепної гіпертензії виявлений і підтверджений даними нейросонографії в 3,3% новонароджених. Одна дитина (1,7%) в даній підгрупі мала клінічні прояви набряку головного мозку унаслідок тривалої хронічної гіпоксії під час вагітності і морфофункціональної незрілості при терміні гестації 36 тижнів.

У підгрупі 1.2 виявлялися ті ж неврологічні синдроми, що і в підгрупі 1.1, але їх розподіл по мірі значущості був абсолютно іншим. У цій підгрупі переважав синдром підвищеної нервово-рефлекторної

збудливості – 10,0%, синдром пригнічення ЦНС – 5,0% і одна дитина з синдромом внутрішньочерепної гіпертензії (2,5%).

Як видно з вищевикладеного, не дивлячись на один і той же шлях розродження, діти, народжені шляхом операції кесарева розтину з початком пологової діяльності мали в періоді адаптації менш виражену неврологічну симптоматику, з переважанням легших неврологічних синдромів.

У 2 групі, де плід народжувався самостійно, через природні пологові шляхи гіпоксичні ушкодження центральної нервової системи (ЦНС) були виявлені лише в 5 новонароджених (10,0%), що в 2,5 рази менше, ніж у дітей підгрупи 1.1 і в 1,7 разів менше, ніж в підгрупі 1.2. У цій групі було по двоє дітей з синдромом підвищеної нервово-рефлекторної збудливості і помірного пригнічення ЦНС (по 4,0%) і одна дитина з синдромом внутрішньочерепної гіпертензії (2,0%).

Проте, в 2 групі було двоє немовлят (4,0%) з гіпоксично-геморагічним ушкодженням ЦНС. У обох випадках розвитку крововиливу сприяла поєднана патологія – хронічна гіпоксія, аномалії пологової діяльності в матері і незрілість плодів.

У однієї дитини (2,0%) в пологах стався перелом ключиці, який успішно консолидувався на п'яту добу раннього неонатального періоду.

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

До кінця раннього неонатального періоду загально-мозкова неврологічна симптоматика мала тенденцію до зменшення у більшості новонароджених.

Проте, діти, які зберігали неврологічну симптоматику, а також зміни, що мали, на нейросонограмі були переведені на подальші етапи

реабілітації. Так, на подальші етапи лікування було переведено по одній дитині з підгрупи 1.2 (2,5%) і 2 групи (2,0%), тоді як з підгрупи 1.1 було переведено в стаціонар 6,7% немовлят, що достовірно ($p < 0,05$) вище, ніж в попередніх групах.

Виявлений прямий кореляційний зв'язок між характером і тяжкістю неврологічної симптоматики в новонароджених, патологією під час вагітності, термінами і шляхом розродження. Так немовлята, що перенесли тривалу хронічну гіпоксію, розроджені достроково і в плановому порядку в періоді ранньої адаптації виявляли значимішу неврологічну симптоматику у вигляді синдрому пригнічення ЦНС і внутрішньочерепної гіпертензії, а також внутрішньошлуночковий крововилив першого ступеня. Діти, що народилися природним чином, найчастіше адаптувалися з проявами синдрому збудливості. Відомо, що синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості має легший перебіг і швидшу позитивну динаміку (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Неврологічні синдроми у новонароджених в періоді адаптації

Неврологічні синдроми	Підгрупа 1.1 (n=60)	Підгрупа 1.2 (n=40)	2 група (n=50)
Пригнічення ЦНС	15,0%*	5,0%	2,0%
Збудження ЦНС	6,7%	10,0%*	4,0%
Внутрішньочерепна гіпертензія	3,3%	2,5%	4,0%
Гіпоксичне ураження ЦНС	25,0%*	17,5%	10,0%

Примітка. Достовірність відносно 2 групи * $p < 0,05$.

Аналізуючи період ранньої адаптації новонароджених обстежених груп, ми виявили залежність між способом розродження і проявами синдрому дихальних розладів в новонароджених.

Немовлята підгрупи 1.1 найчастіше адаптувалися з порушеннями дихальної функції, яка виявлялася або синдромом затримки фетальної рідини, або природженими ателектазами легенів. Таких дітей в підгрупі 1.1 було 13,3%, з них 6,7% були з природженими ателектазами легенів і 5,0% з синдромом затримки фетальної рідини. Ці дані узгоджуються з даними наукової літератури [61, 113, 142]. При аналізі адаптації немовлят підгрупи 1.2 виявилось, що дітей з синдромом дихальних розладів було всього двоє (5,0%).

Таким чином, не дивлячись на те, що діти 1.2 підгруп народилися шляхом операції кесаревий розтину, становлення функції дихання у них було стабільнішим і в 2,4 разу виявлялося меншими порушеннями, чим у дітей, народжених шляхом планового кесарева розтину. Видно, з початком пологової діяльності включаються механізми підготовки немовляти до першого вдиху і успішного розпрямлення легеневої тканини після народження (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Дихальні порушення у новонароджених в періоді адаптації

Дихальні розлади	Підгрупа 1.1 (n=60)		Підгрупа 1.2 (n=40)		2 група (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Первинне апное	4	6,7	2	5,0	2	4,0
Вторинне апное	2	3,3	-	-	-	-
Вроджені ателектази	4	6,7	2	5,0	-	-
Синдром затримки фетальної рідини	4	5,0	-	-	-	-
Аспіраційний синдром	-	-	-	-	1	2,0

Примітка. Достовірність відносно 2 групи $p > 0,05$.

Новонароджені 2 групи в періоді ранньої неонатальної адаптації не мали дихальних порушень. У цій групі було одна дитина з синдромом аспірації навколоплідних вод (2,0%), перебіг синдрому був сприятливий, до четвертої доби стан дитини розцінювався як задовільний.

Аналізуючи період ранньої адаптації новонароджених обстежених груп, ми виявили поодинокі випадки геморагічного синдрому у 2 групі (4,0%). У цій групі було 4,0% дітей з шкіряно-геморагічним синдромом і крововиливами в склери очей. Частота геморагічних проявів в підгрупах 1.1 і 1.2 складала 5,0% і 2,5% відповідно. В новонароджених цих підгруп не зустрічалися крововиливу в склери.

Кажучи про становлення ранньої неонатальної адаптації, не можна не зупинитися на пограничних станах цього періоду, які з одного боку, визначають високу активність організму, а з іншою є віддзеркаленням загрози зриву адаптації (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Перехідні стани новонароджених

Перехідні стани	Підгрупа 1.1 (n=60)	Підгрупа 1.2 (n=40)	2 група (n=50)
Неонатальна жовтяниця:			
1 ст.	33,2%	32,5%	36,0%
2 ст.	10,0%*	5,0%	2,0%
3 ст.	5,0%	-	-
Токсична еритема	6,7%	7,5%	6,0%
Гормональний статевий криз	13,3%	32,5%*	12,0%
Транзиторне зменшення маси тіла	6,7%	6,0%	6,0%

Примітка. Достовірність відносно 2 групи $p < 0,05$.

Неонатальна жовтяниця спостерігалася у дітей всіх обстежених груп. Проте, в новонароджених 1.1 підгруп вона зустрічалася декілька частіше – 48,3%, проти 37,5% в 1.2 підгрупі і 36,0% в 2-ой групі. Крім того, у немовлят 1.1 підгруп інтенсивність і поширеність жовтяничного синдрому була більш вираженою, так в цій підгрупі в два рази більше було новонароджених з проявами жовтяниці другої і третьої міри. Наслідком цього було триваліше збереження жовтяничного синдрому при виписці на педіатричну ділянку, більше половини дітей 1.1 підгруп були виписані з пологового будинку з жовтяничними шкірними покриттями 1-2 ступеня. В новонароджених підгрупи 1.2 таких дітей було 32,5%, а в 2 групі лише 12,0%,

Гормональний статевий криз у дітей обстежених груп виявлявся нагруданням молочних залоз, набряком мошонки у хлопчиків і десквамативним вульвовагінітом у дівчаток. Гормональний криз, в основному, з'являвся на 3-6 день раннього неонатального періоду і розглядався нами, як один з критеріїв адаптаційних можливостей новонародженого. Прояви статевого гормонального кризу у дітей 2 групи (12,0%) були достовірно нище ($p < 0,05$), ніж у дітей підгрупи 1.2 (32,5%). Статевий гормональний криз зустрічався рідше у дітей, які були не готові до пологового стресу, це діти підгрупи 1.1, яких розроджували в плановому порядку, до початку пологової діяльності в матері. Крім того, антенатальний період у цих дітей протікав в несприятливих умовах. Прояви статевого кризу в періоді адаптації новонароджених, мали зворотну залежність з проявами неонатальної гіпербілірубінемії.

Токсична еритема у дітей обстежених груп виявлялася дрібно-папульозними висипаннями на тулубі і кінцівках на другу-третю добу раннього неонатального періоду, згасала самостійно на четверту-сьому добу після народження. В порівнянні з новонародженими 2 групи токсична еритема в 1,2 разу частіше зустрічалася у немовлят, що з'явилися

на світ шляхом операції кесарева розтину і не мала достовірних відмінностей ($p > 0,05$) між підгрупами 1.1 і 1.2. Прояв токсичної еритеми, як алергічної реакції організму, залежав, мабуть, від ступеня внутрішньо-утробної антигенної стимуляції плода і, чим більше вона була, тим раніше і рясніше виявлялася токсична еритема.

Одним з показників достатності вигодовування в ранньому неонатальному періоді є первинний (транзиторний) спад маси тіла. Всі немовлята втрачали масу тіла після народження. Продовжувалася втрата маси тіла, в основному, до четвертої-п'ятої доби раннього неонатального періоду і була в допустимих фізіологічних межах. Проте, новонароджені підгрупи 1.1 втрачали масу тіла швидше, швидше за все, із-за більшої частоти набряклого синдрому у цих дітей. У 45,0% дітей цієї підгрупи максимум втрати маси доводився на третю добу раннього неонатального періоду, тоді як в новонароджених підгрупи 1.2 цей показник склав лише 15,0%, а в 2 групі – 14,0% (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Динаміка маси тіла новонароджених

Показники маси тіла	Підгрупа 1.1 (n=60)	Підгрупа 1.2 (n=40)	2 група (n=50)
Транзиторне зменшення маси тіла, грами	219,4±70,3*	223,7±87,1*	179,1±65,9
Транзиторне зменшення маси тіла, %	6,7%	6,0%	6,0%
Початок відновлення маси (п'ята доба)	10,0%*	20,0%*	38,0%
Відсоток дітей, що відновили масу тіла при виписці	13,3%*	57,5%	64,0%

Примітка. Достовірність відносно 2 групи $p < 0,05$.

Транзиторний спад первинної маси тіла склав, в середньому, 6,0% у дітей, народжених через природні пологові шляхи, 6,7% – в новонароджених підгрупи 1.1 і 6,0% – у дітей підгрупи 1.2. Достовірно ($p < 0,05$) меншою первинний спад маси тіла був у дітей, що народжувалися через природні пологові шляхи. Можливо, це пов'язано з меншою частотою набряклого синдрому, раннім докладанням дітей до материнських грудей і швидшим становленням лактації у жінок 2 групи.

Більшість новонароджених 2 групи (64,0%) і підгрупа 1.2 (57,5%) відновили масу тіла до моменту виписки з пологового будинку і лише 13,3% дітей, таких, що народилися шляхом планового кесарева розтину, було виписано додому з відновленою масою тіла. Немовлята цієї підгрупи, що залишилися, при виписці на педіатричну ділянку мали не відновлену масу тіла від 250 до 35 грам. Проте, при аналізі відновлення маси тіла до кінця раннього неонатального періоду виявилася, що 46,0% дітей 2 групи відновили первинну масу при народженні, тоді як, в підгрупі 1.1 – лише 10,0%, а в підгрупі 1.2 – 20,0% відповідно.

Аналіз динаміки маси тіла дітей в ранній неонатальний період показав, що діти, які народилися через природні пологові шляхи, мали достовірно нижчі показники втрати маси і швидшу динаміку її відновлення до кінця раннього неонатального періоду.

Згідно з отриманими даними, сприятливими становлення лактації було у 88,0% жінок, що народили самостійно. Лише 12,0% дітей отримували докорм в ранній неонатальний період з приводу недоліку молока в матері. Тоді як новонароджені 1.1 підгруп в 73,3% випадків отримували догодовування заміниками материнського молока, а 55,0% цих дітей було виписано додому на змішаному вигодовуванні, оскільки в їх матерів не встановилася лактація.

Практично така ж залежність була і в 1.2 підгрупі. Тут в ранній неонатальний період 60,0% новонароджених отримували замітники

грудного молока. Хоча в даній підгрупі до кінця раннього неонатального періоду лактація не встановилася лише у 27,5% жінок, останні вигодовували своїх дітей лише грудним молоком.

Не можна не враховувати і той факт, що в підгрупі 1.1 був найвищий відсоток дітей, що народилися з ознаками морфологічної і функціональної незрілості, рання адаптація яких проходила напружено, а це не могло не позначитися на активності смоктального рефлексу, і могло також вплинути на становлення лактації в матері.

Таким чином, діти, що народилися через природні пологові шляхи, в своїй більшості вигодовувалися виключно грудьми матері, швидше відновили первинний спад маси і почали її надбавку. Наші дослідження узгоджуються з літературними даними [], оскільки ступінь засвоєння грудного молока вище, а це сприяє швидшому відновленню, а потім і надбавці в масі.

Пуповинний залишок у всіх дітей був видалений хірургічним шляхом на третю-четверту добу раннього неонатального періоду. Загоєння пупкової ранки проходило гладко, запальних змін не реєструвалося.

Виходячи з особливостей перебігу вагітності, соматичного анамнезу матерів, характеру розродження, гістологічного дослідження посліду багато дітей з обстежених груп перенесли хронічну внутрішньоутробну гіпоксію і були інфіковані внутрішньоутробно. У зв'язку з цим новонародженим було проведено дослідження периферичної крові на першу і шосту добу раннього неонатального періоду.

Показники загального аналізу крові, представлені в таблиці 4.8 свідчать, що новонароджені підгрупи 1.1 мали нижчі показники еритроцитів, гемоглобіну ($p < 0,05$) в порівнянні з такими показниками в підгрупі 1.2 і 2 групі. Така ж залежність залишалася і до кінця раннього неонатального періоду. Нижчими показники еритроцитів і гемоглобіну залишалися в підгрупі дітей, що народилися шляхом планового кесарева

розтину. 2 група і підгрупа 1.2 достовірних відмінностей ($p>0,05$) за цими показниками крові не мала. У підгрупі 1.1 кожна третя дитина народилося з ознаками морфологічної і функціональної незрілості, а ці діти мають, як правило, вищі показники гемоглобіну і еритроцитів за рахунок фетального гемоглобіну, проте ці показники були нижчі в порівнянні з 1.2 підгрупою і 2 групою.

Таблиця 4.8

**Показники загального аналізу крові новонароджених
на першу добу**

Показники загального аналізу крові	Підгрупа 1.1 (n=60)	Підгрупа 1.2 (n=40)	2 група (n=50)
Еритроцити $\times 10^{12}$	5,06 \pm 0,24*	5,43 \pm 0,31	5,62 \pm 0,24
Гемоглобін, г/л	177,9 \pm 13,5*	188,4 \pm 19,8	207,6 \pm 6,25
Кольоровий показник	0,99 \pm 0,07	1,00 \pm 0,009	1,07 \pm 0,06
Тромбоцити $\times 10^9$	234,8 \pm 4,52	254,8 \pm 4,47	255,1 \pm 4,5
Лейкоцити $\times 10^9$	12,6 \pm 4,08	14,7 \pm 4,8	12,11 \pm 1,60
Мієлоцити	-	1,1 \pm 0,1	-
Еозинофіли	2,3 \pm 0,9*	2,4 \pm 1,56*	1,28 \pm 0,9
Паличкоядерні	3,6 \pm 1,95	3,1 \pm 1,92	3,5 \pm 1,6
Сегментоядерні	66,2 \pm 8.36	64,1 \pm 8,5	65,3 \pm 5,15
Лімфоцити	18,4 \pm 7,8	21,8 \pm 6,65	25,6 \pm 6,8
Моноцити	9,8 \pm 3,11	8,5 \pm 4,25	4,88 \pm 1,6*

Примітка. Достовірність відносно 2 групи $p<0,05$.

Отже, діти підгрупи 1.1 складають групу ризику щодо розвитку ранньої анемії і вимагають контролю показників еритроцитів і гемоглобіну вже у віці одного місяця.

В новонароджених 2 групи виявлено достовірне зниження ($p < 0,05$) еозинофілів в першу добу раннього неонатального періоду і мало прямий зв'язок з меншою кількістю дітей цієї групи з проявами токсичної еритеми, що робить цих дітей менш уразливими щодо розвитку алергопатології. Крім того, аналізуючи показники лейкоцитів і їх формули, ми виявили затримку перехрещення лейкоцитів у дітей, народжених шляхом операції кесарева розтину. В цих новонароджених на 6 добу раннього неонатального періоду переважали нейтрофіли над лімфоцитами і був вищим показник моноцитозу, в порівнянні з дітьми, що народилися через природні пологові шляхи. Дані зміни вказують на зниження захисно-присосовних механізмів організму дитини і на більш виражену антигенну стимуляцію немовлят підгруп 1.1 і 1.2 (табл.4.9).

Таблиця 4.9

Показники загального аналізу крові новонароджених на шосту добу

Показники загального аналізу крові	Підгрупа 1.1 (n=60)	Підгрупа 1.2 (n=40)	2 група (n=50)
Еритроцити $\times 10^{12}$	4,82 \pm 0,47	4,98 \pm 0,58	5,34 \pm 0,27
Гемоглобін, г/л	167,6 \pm 4,4	171,4 \pm 23,9	191,3 \pm 6,39
Кольоровий показник	1,04 \pm 0,06	1,01 \pm 0,007	1,01 \pm 0,03
Тромбоцити $\times 10^9$	294,8 \pm 34,52	244,9 \pm 14,47	295,9 \pm 24,5
Лейкоцити $\times 10^9$	8,16 \pm 2,31	9,58 \pm 2,05	8,31 \pm 0,63
Мієлоцити	-	-	-
Базофіли	-	-	-
Еозинофіли	3,42 \pm 2,45*	3,4 \pm 2,6	1,57 \pm 1,13
Паличкоядерні	2,4 \pm 1,7	2,2 \pm 1,81	1,57 \pm 0,5
Сегментоядерні	42,12 \pm 10,1*	38,4 \pm 8,1	37,6 \pm 3.9
Лімфоцити	42,25 \pm 12,01	45,5 \pm 9,31	53,3 \pm 3,9*
Моноцити	11,1 \pm 4,5*	8,8 \pm 2,29	5,3 \pm 1,8

Примітка. Достовірність відносно 2 групи $p < 0,05$.

Внаслідок різних відхилень протягом раннього неонатального періоду, частина новонароджених були переведені в стаціонар для подальшої реабілітації. Так, новонароджені, такі, що народилися через природні пологові шляхи, і шляхом операції кесарева розтину з початком пологової діяльності вдвічі рідше прямували до стаціонару, ніж діти 1.1 підгрупи.

Більшість новонароджених, таких, що народилися 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 в 2 групі було всього по дві дитини (5,0 і 4,0% відповідно).

Все вищевикладене дозволяє укласти, що період ранньої адаптації протікає більш напружено в новонароджених, таких, що народилися шляхом операції кесарева розтину в плановому порядку до початку пологової діяльності в матері. У цих дітей в періоді адаптації найчастіше виявляються ознаки незрілості органів і систем, що ускладнює 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.

РОЗДІЛ 5

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Дані сучасної літератури свідчать, що самостійне розродження жінок з рубцем на матці після кесарева розтину сприяє покращенню результатів пологів для матері і плода [90, 208, 218], однак в цьому питанні не показана роль родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів.

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

Згідно даних сучасної літератури [48, 103], суттєвий вплив на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду надають супутні екстрагенітальні і гінекологічні захворювання. Як свідчать отримані нами дані, у 82,0% пацієнок обох груп були екстрагенітальні захворювання, а в кожній третій спостерігалось поєднання двох і більш нозологічних форм.

Так, у 1 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, у 2 групі переважали вегето-судинна дистонія (20,0%), ожиріння (20%) і патологія шлунково-кишкового тракту (14,0%).

Аналіз основних гінекологічних захворювань показав високу частоту запальних захворювань геніталій, так хронічні сальпінгофорити зустрічалися в 1 групі в 26,0%, в 2 – в 16,0% і патології шийки матки (37,0 і 42,0% відповідно).

При дослідженні репродуктивної функції відмічено, що 26,0% пацієнок 1 групи не мали в анамнезі обтяжливих чинників, окрім

одного кесаревого розтину. У 2 групі таких жінок виявилось 16,0%. Частота мимовільних пологів до кесаревого розтину в анамнезі у пацієток 1 групи склала всього 5,0%, тоді як в 2 групі їх було 16,0%, що значно підвищило благополучний результат пологів через природні пологові шляхи [52, 78].

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 і функціональні властивості міометрія в подальшому [23, 28].

Аналізуючи результати попередніх вагітностей, 59,0% пацієток з 1 групи ніколи не робили медичних абортів, в 2 групі кількість таких жінок склала 60,0%. У 1 групі до операції кесарева розтину медичні аборти зробили 39,0% пацієток, в 2 – 40,0%.

Після абдомінального розродження переривання небажаної вагітності в анамнезі мали 61,0% жінок 1 групи і 60,0% в 2 групі, з них протягом першого року після операції у 24,0% пацієток 1 групи і в 6,0% в 2 групі.

Проведений аналіз показав, що у 72,0% жінок, розроджених повторною операцією, показання до попереднього кесарева розтину були ургентними (аномалії пологової діяльності, преєклампсія 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 повторитися.

У пацієток, розроджених через природні пологові шляхи, такі показання мали місце в 92,0% випадків.

Звертає на себе увагу той факт, що у 44,0% пацієток з 1 групи попередній кесарів розтин був виконаний в плановому порядку, тоді як в 2 досліджуваній групі таких пацієток було всього 20,0%, що ще раз

підтверджує проведення кесаревого розтину в 2 групі у зв'язку з виниклою акушерською ситуацією, що вимагає екстреного розродження.

У всіх досліджуваних пацієнок перший кесарів розтин був виконаний в нижньому матковому сегменті поперечним розрізом за загальноприйнятою методикою [100, 117].

При аналізі інтра- і післяопераційних ускладнень виявилось, що частота їх була приблизно однакова 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 однаковою (3,0% і 4,0% відповідно).

Як свідчать дані сучасної літератури [128, 132], період після кесаревого розтину до наступних пологів має суттєве значення. За нашими даними, він складав від одного до 12 років. Звертає на себе увагу, що у 19,0% пацієнок в 1 групі і в 14,0% в 2, вагітність настала протягом перших трьох років після попередньої операції.

Найчастіше повторну вагітність зберігали через 4-6 років після попереднього кесарева розтину. У 1 групі це відмічено у 59,0% жінок, в 2 – в 56,0%. Це дозволяє вважати даний період (4-6 років) найбільш сприятливим для настання повторної вагітності, що також відмічають деякі автори [148, 211].

При аналізі перебігу вагітності було виявлено, що у 76,0% пацієнок обох груп були захворювання або ускладнення, що вимагало госпіталізації і проведення лікувальних заходів. Найчастішим ускладненням у вагітних з рубцем на матці є 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 додаткової доплерометрією зони рубця. Дослідження проводили при терміні вагітності 36-38 тижнів, при якому стан рубця можна оцінити найдостовірніше [7, 9, 52]. Товщина рубця 2,5-3 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 2 групи.

У пацієток 1 групи в 33,0% випадках показаннями до проведення повторної операції з'явилася неспроможність рубця на матці за даними клінічних і ехоскопічних ознак. Проте при виконанні операції дані за неспроможність 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 паління 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%.

У екстреному порядку була виконана операція у 33,0% пацієток, в плановому – в 67,0%. Так, у екстреному порядку були прооперовані 31 з 33 жінок з непроможністю рубця на матці, 1 жінка с передлежанням плаценти (раптово почалась кровотеча) та 1 жінка з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти – разом 33,0%. Загроза розриву матки мала місце у 7 з 31 (22,6%) жінки з непроможністю 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 кесарева розтину 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% пацієтки було виконано корпоральний кесарів розтин у зв'язку з відсутністю доступу до нижнього сегменту матки. Наявність спайкового процесу сприяла тривалішому входженню в черевну порожнину та утрудненому народженню плода, що також відмічають деякі автори [117, 132].

Серед різних варіантів анестезії у жінок 1 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 подовжньо 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 кесарева розтину склала 17,0%, що відповідає даним сучасної літератури [90, 100].

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 і 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. Невчасне вилиття навколоплідних вод наголошувалося у кожної п'ятої пацієнтки (24,0%), з них у більшості – раннє вилиття навколоплідних вод.

При детальному аналізі, висока частота епізіотомії в 28,0% випадків пояснювалися, як правило, бажанням закінчити пологи, у зв'язку з певним страхом і психологічним навантаженням при веденні пологів у пацієнток 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 в цілях профілактики пологового травматизму з боку матері і плода [128, 148].

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 пацієнток з мимовільним початком пологової діяльності, в середньому, склала 6 годин 35 хвилин \pm 54 хвилини. Тривалість другого періоду пологів – $28,1 \pm 1,2$ 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 пацієнток 1 групи.

Таким чином, при задовільному перебуванні 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.

Нами приділялася особлива увага перебігу післяпологового періоду у пацієток досліджуваних груп.

З найбільш частих скарг, які пред'являли породіллі обох досліджуваних груп, були наступні: 94,0% породіль 1 групи і 52,0% 2 групи, відзначали загальну слабкість, втому після розродження. Болі в області післяопераційної рани непокоїли переважне число 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 2 групи, тоді як після кесарева розтину самостійне зниження температури наголошувалося лише у 30,0% жінок.

Враховуючи повторне входження в черевну порожнину, тривалість операції, високу інтраопераційну крововтрату, у пацієток 1 групи в 38,0% випадках спостерігався субфебрилітет до 3 діб, а в 2,0% наголошувалася резорбційна лихоманка, тоді як у всіх досліджуваних породіль 2 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 у 97,0% породіль 2 групи, тоді як після кесарева розтину самостійне зниження температури наголошувалося лише у 30,0% жінок.

При аналізі основних показників крові нами встановлено, що у пацієток, розроджених шляхом операції кесаревого розтину частота зустрічання анемії майже в 2,5 разу вище, в порівнянні з породіллями 2 групи, що істотно повертає до розвитку інфекційного процесу, підвищує ризик 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 [48, 208]. У 1 групі досліджуваних пацієток нормальна інволюція матки відмічена у 83,0% породіль, в 2 групі – в 90,0%. Субінволюція матки в 1 групі зустрічалася в 17,0% жінок і в 10,0% – в 2 групі.

При детальному аналізі у пацієток з субінволюцією матки було виявлено, що дане ускладнення зустрічалось у породіль обох досліджуваних груп за наявності гематометри і лохіометри, тобто мало місце поєднання двох-трьох нозологічних форм.

Лохіометра в 1 групі відмічена у 10,0% породіль. У 4,0% випадках було потрібно проведення внутрішньоматкового діалізу, а 6,0% пацієток отримували консервативне лікування. У 2 групі лохіометра діагностована у 8,0% жінок. У 1 групі післяпологовий період ускладнився гематометрою в 7,0% породіль, тоді як в 2 – лише в 2,0% пацієток. З метою лікування даного ускладнення у 8,0% породіль в 1 групі і в 2,0% – в 2 було виконано вишкрібання порожнини матки з подальшим зрошуванням порожнини матки антисептичними і протимікробними засобами.

У порівнянні з цим, у 1 групі лише у однієї 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 2 групі не було випадків післяпологового ендометриту.

Тривалість перебування породіль в стаціонарі після абдомінального розродження, в середньому, склала $6,3 \pm 0,5$ 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 [52, 117]. 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 пацієток, розроджених шляхом операції кесарева розтину, триваліше зберігається запальна реакція в тканинах матки, що підтверджується цитологічними дослідженнями.

В даний час накопичено велике число наукових даних про позитивний вплив грудного вигодовування на дитини. 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 [128, 148].

У тактику впровадження родинно-орієнтованих технологій входить позитивне відношення до раннього докладання до грудей, основною метою яких є охорона, заохочення і підтримка виключно грудного виго-

довування 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 гіпогалактії.

Аналізуючи становлення лактації у породіль досліджуваних груп, ми відзначили, що сприяє лактації раннє докладання дитини до грудей. У 1 групі сприятливе становлення лактації спостерігалось у 26,0% пацієток, що майже в 3,5 разу менше, ніж у породіль 2 групи, в яких лактація встановилася в 88,0% випадків. При оцінці лактації найчастіше зустрічалася гіпогалактія в 1 групі – 69,0% проти у 12,0% жінок.

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%); плацентарної дисфункції (з 26,0% до 16,0%) та затримки розвитку плода (з 20,0% до 14,0%). Зростає частота позитивного ставлення до лактації (з 26,0% до 88,0%) на фоні зменшення рівня гіпогалактії (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, чим після мимовільних пологів, високі частота розвитку гіпогалактії і швидке припинення лактації надалі. 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 докладанням новонародженого до грудей матері.

В даний час зростає розуміння важливості різних психологічних аспектів при наданні акушерської допомоги. Психологічні аспекти роз-

родження включають моральне задоволення жінки пологами, формування взаємин матері і новонародженого, 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 [271].

Порушення психологічного статусу мають 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 партнерським пологів дозволяє нормалізувати психологічний статус жінок з рубцем на матці, що підтверджується зниженням особової (з 82,0 до 44,0%), і ситуаційної тривожності (з 66,0 до 32,0%), а також підвищити рівень моральної задоволеності методом розродження (з 36,0 до 92,0%), високої самооцінки (з 48,0 до 94,0%) і відсутністю порушень у взаєминах з чоловіком на новонародженим (з 66,0 до 100,0%).

Отримані нами результати свідчать, що у пацієнток з рубцем на матці, розроджених через природні пологові шляхи, спостерігається моральне задоволення методом розродження, висока самооцінка, готовність самостійно народжувати в майбутньому і відсутність порушень у взаєминах з чоловіком та новонародженим. Погана 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 напружено протікають процеси ранньої неонатальної адаптації в перших 30 хвилин життя, коли відбувається активація зовнішнього дихання і максимально виражені компенсаторно-присосовні реакції екстреного характеру [209, 271].

Відомо, що при розродженні шляхом операції кесарева розтину 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 чого, компенсаторно-присосовні реакції екстреного характеру протікають менш напружено, і адаптація новонароджених відбувається досить гладко [52, 117].

Враховуючи вище викладене, новонароджених 1 групи, які народилися шляхом операції кесарева розтину, було розподілено на дві підгрупи:

1.1 підгрупа – 60 дітей, народжених шляхом планового кесарева розтину до початку пологової діяльності;

1.2 підгрупа – 40 дітей, народжених шляхом кесарева розтину з початком пологової діяльності.

За нашими даними, у дітей, народжених оперативно з початком пологової діяльності (підгрупа 1.2) і через природні пологові шляхи (група 2), втричі рідше, в порівнянні з підгрупою 1.1 (народжені оперативним шляхом до початку пологової діяльності), наголошувався стан середнього ступеня тяжкості при народженні, що вказувало на досить хороші пристосовні механізми цих новонароджених. Тоді як діти, що з'явилися на світ шляхом планової операції кесарева розтину, були уразливі і пристосовні 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 2 групи в періоді ранньої адаптації, 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 тих, що народилися через природні пологові шляхи і шляхом операції кесарева розтину з початком пологової діяльності.

Нами виявлений прямий кореляційний зв'язок між характером і тяжкістю неврологічної симптоматики в новонароджених, патологією під час вагітності, термінами і шляхом розродження. Так немовлята, що перенесли тривалу хронічну гіпоксію, розроджені достроково і в плановому порядку в періоді ранньої адаптації виявляли значимішу неврологічну симптоматику у вигляді синдрому пригнічення ЦНС і внутрішньочерепної гіпертензії, а також внутрішньошлуночковий крововилив першого ступеня. Діти, що народилися природним чином, 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 не дивлячись на те, що у дітей підгрупи 1.2 становлення функції дихання було стабільнішим і в 2,4 разу виявлялося меншими порушеннями, ніж у дітей, народжених шляхом планового кесарева розтину. Видно, 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 вигодовувалися виключно грудьми матері, швидше відновили первинний спад маси і почали її надбавку. Наші дослідження

узгоджуються з літературними даними [48, 103], оскільки ступінь засвоєння грудного молока вище, а це сприяє швидшому відновленню, а потім і надбавці в масі.

Унаслідок різних відхилень протягом раннього неонатального періоду, частина новонароджених були переведені в стаціонар для подальшої реабілітації. Так, новонароджені, такі, що народилися через природні пологові шляхи, і шляхом операції кесарева розтину з початком пологової діяльності в 2 рази рідше прямували в стаціонар, ніж діти підгрупи 1.1.

Більшість новонароджених, що народилися шляхом кесарева розтину 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 в 2 групі 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 сприяють 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 укласти, що період ранньої адаптації протікає більш напружено в новонароджених, таких, що народилися шляхом операції кесарева розтину в плановому порядку до початку пологової діяльності в матері. У цих дітей в періоді адаптації найчастіше виявляються ознаки незрілості органів і систем, що ускладнює 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, норма-

лізувати 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 частоти 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 настрої 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 ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Попова Т.В. Опасности ведения беременных с рубцом на матке. Ошибки и осложнения в экстренной хирургии / Т.В. Попова. – Петрозаводск, 2009. – С. 47-48.
2. Болотова О.В. Современные возможности оценки состояния рубца на матке после кесаревого сечения / О.В. Болотова // Акушерство и гинекология. – 2009. – №5. – С. 7-9.
3. Родкина Р.А. Гистохимические критерии оценки рубца матки при кесаревом сечении : тезисы докладов Всесоюзного и Всероссийского научного общества акушеров-гинекологов. Объединенный пленум / Р.А. Родкина, Б.А. Утков. – М., 1989. – С. 84-85.
4. Роль эхографической оценки состояния зоны послеоперационного рубца в определении тактики родоразрешения у беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение : тез. докл. IV Рос. форума «Мать и дитя» / [Гущин И.В., Менгниязова З.Г., Онищенко С.А., Майбородова О.В.]. – М., 2012. – С. 262-263.
5. Rajakumar C. Caesarean scar pregnancy / C.Rajakumar, S. Agarwal, H. Khalil / Rajakumar C., Agarwal S., Khalil H. // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2015. – Vol. 37. – P. 199-200.
6. Yela A.A. Conservative management of ectopic pregnancy in cesarean scar: case report / A.A. Yela, N. Marchiani // Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. – 2013. – Vol. 35. – P. 233-237.
7. Seow K.-M. Cesarean scar pregnancy: issues in management / K.-M. Seow, L. Huang, Y.-H.Lin // Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. – 2014. – Vol. 23. – P. 247-253.
8. Wang J.-H. Methotrexate therapy for cesarean section scar pregnancy with and without suction curettage / J.-H. Wang, K.Xu, J. Lin // Fertility and Sterility. – 2015. – Vol. 92. – P. 1208-1213.

9. Shen L. Bilateral uterine artery chemoembolization with methotrexate for cesarean scar pregnancy / L. Shen, A. Tan, H. Zhu // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2012. – Vol. 207. – P. 386.

10. Bignardi T. Transrectal ultrasound-guided surgical evacuation of Cesarean scar ectopic pregnancy / T. Bignardi, G. Condous // *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. – 2010. – Vol. 35. – P. 481–485.

11. Huang Q. The use of contrast-enhanced magnetic resonance imaging to diagnose cesarean scar pregnancies / Q. Huang, M. Zhang, R.-Y. Zhai // *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. – 2014. – Vol. 127. – P. 144-146.

12. Adler D. D. Doppler ultrasound color flow imaging in the study of breast cancer: preliminary findings / D.D. Adler, P.L. Carson, J.M. Rubin // *Ultrasound in Medicine and Biology*. – 2013. – Vol. 16. – P. 553-559.

13. Mollo A. Successful direct bipolar resection of 6th week cesarean scar pregnancy: case report and literature review / A. Mollo, A. Conforti, C. Alviggi // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. – 2014. – Vol. 179. – P. 229-231.

14. Steppan I. Breast cancer in women: evaluation of benign and malignant axillary lymph nodes with contrast-enhanced ultrasound / I. Steppan, D. Reimer, E. Müller-Holzner // *Ultraschall in der Medizin*. – 2010. – Vol. 31. – P. 63-67.

15. Troisi A. Contrast-enhanced ultrasonographic characteristics of the diseased canine prostate gland / A. Troisi, R. Orlandi, P. Bargellini // *Theriogenology*. – 2015. – Vol. 84. – P. 1423-1430.

16. Slaisova R. Contrast-enhanced ultrasonography compared to gray-scale and power doppler in the diagnosis of peripheral lymphadenopathy / R. Slaisova, K. Benda, J. Jarkovsky // *European Journal of Radiology*. – 2013. – Vol. 82. – P. 693-698.

17. Pei X.Q. Contrast-enhanced ultrasonography of hepatocellular

carcinoma: correlation between quantitative parameters and arteries in neoangiogenesis or sinusoidal capillarization / X.Q. Pei, L.Z. Liu, W. Zheng // *European Journal of Radiology*. – 2012. – Vol. 81. – P. 182-188.

18. Larsen J.V. Pregnancy in a uterine scar sacculus – an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report / J.V. Larsen, M.H. Solomon // *South African Medical Journal*. – 1978. – Vol. 53. – P. 142-143.

19. Коржуев С.И. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии / С.И. Коржуев, А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова // *Матер. VII Рос. форума «Мать и дитя»*. – М., 2015. – С. 106-107.

20. Коржуев С.И. Сравнительный анализ течения послеоперационного периода и отдаленные результаты консервативной миомэктомии с перитонизацией рубца на матке свободным краем сальника / С.И. Коржуев, А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова // *Вестник Смоленской медицинской академии*. – Смоленск, 2015. – №4. – С. 29-31.

21. Густоварова Т.А. Клинико-морфологические параллели состояния рубца на матке / Т.А. Густоварова, А.Н. Иванян, А.Е. Доросевич // *Вестник Смоленской медицинской академии*. – Смоленск. – 2014. – №4. – С. 26-28.

22. Ломинадзе А.А. Профилактика перитонита после кесарьского сечения / А.А. Ломинадзе, Т.И. Бетришвили, Э.И. Чабашвили // *Оптимизация тактики ведения родов и операция кесарева сечения в современном акушерстве: тезисы к пленуму*. – М.-Барнаул, 2008. – С. 110-111.

23. Милованов А.П. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение / А.П. Милованов // *Акушерство и гинекология*. – 2008. – № 31. – С. 40-44.

24. Мордухович А.С. Оценка состояния рубца на матке после операции кесарьского сечения для выбора рационального метода родоразрешения : тезисы к пленуму «Оптимизация тактики ведения родов и кес-

рева сечения в современном акушерстве» / А.С. Мордухович, А.Б. Погорелова. – М.: Барнаул, 2013. – С. 84-88.

25. Морфометрический анализ «рубцовой» ткани матки и тактика ведения родов после кесарева сечения в нижнем сегменте : тез. IV съезда акушеров-гинекологов / Д.В. Введенский. – Минск, 2012. – С. 244-245.

26. Larsen J.V. Pregnancy in a uterine scar sacculus: an unusual cause of postabortal haemorrhage: a case report / J.V. Larsen, M.H. Solomon // S. Afr. Med. J. – 2012. – Vol. 53. – P. 142-143.

27. Seow K.M. Cesarean scar pregnancy: issues in management / K.M. Seow, L.W. Huang, Y.H. Lin // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 23. – P. 247-253.

28. Seow K.M. Subsequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous cesarean scar pregnancy / K.M. Seow, J.L. Hwang, Y.L. Tsai // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2014. – Vol. 83. – P. 1167-1172.

29. Hasegawa J. Limitations of conservative treatment for repeat Cesarean scar pregnancy / J. Hasegawa, K. Ichizuka, R. Matsuoka // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2015. – Vol. 25. – P. 310-311.

30. Ben Nagi J. Successful treatment of a recurrent cesarean scar ectopic pregnancy by surgical repair of the uterine defect / J. Ben Nagi, D. Ofili-Yebovi, E. Sawyer // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 28. – P. 855-856.

31. Краснопольский В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В. И. Краснопольский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова. – М., 2015. – 160 с.

32. Maymon R. Ectopic pregnancies in Caesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre / R. Maymon, R. Halperin, S. Mendlovic // Hum. Reprod. – 2014. – Vol. 19. – P. 278-284.

33. Lee J.H. A case of ectopic pregnancy in the previous cesarean section scar treated by laparoscopic surgery/ J.H. Lee, S.H. Kim, J.E. Lee

// Korean J. Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 49. – P. 2012-2017.

34. Park S.K. A case of ectopic pregnancy in the previous cesarean section scar treated by transvaginal hysterotomy / S.K. Park, Y.J. Kim, S.N. Kim // Korean J. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 51. – P. 795-799.

35. McKenna D.A. Role of sonography in the recognition, assessment, and treatment of cesarean scar ectopic pregnancies / D.A. McKenna, L. Poder, M. Goldman // J. Ultrasound. Med. – 2014. – Vol. 27. – P. 779-783.

36. Fylstra D.L. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review / D.I. Fylstra // Obstet. Gynecol. Surv. – 2012. – Vol. 57. – P. 537-543.

37. Куликова Н.Н. Лабораторная диагностика и прогнозирование гнойно-септических осложнений в акушерской практике : сборник научн. трудов / Н.Н. Куликова, Л.И. Власова // Гнойно-воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии. – М., 2012. – С. 13-16.

38. Кулинич С.И. Роль гистероскопии в оценке заживления швов после операции кесарьского сечения / С.И. Кулинич, В.А. Крамарский, В.Н. Дудакова // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2011-2012. – Т. 1, № 1. – С. 42-43.

39. Лебедев В.А. Эхографические и морфологические параллели в оценке состояния рубца на матке / В.А. Лебедев, А.Н. Стрижаков, Б.И. Железнов // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 8. – С. 44-49.

40. Летучих А.А. Беременность и роды у первородящих старше 30 лет / А.А. Летучих, Т.В. Бокарева, Л.Н. Крайс // Вопросы охраны материнства и детства. – 2010. – № 11. – С. 79.

41. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии: Руководство для акушеров-гинекологов, эмбриологов, специалистов, занимающихся организацией здравоохранения / Под ред. В. И. Кулакова. – М.: МИА, 2009. – 589 с.

42. Линденбратен Л.Д. Медицинская радиология и рентгенология (основы лучевой диагностики и лучевой терапии) / Л.Д. Линденбратен,

И.П. Королюк. – М., 2010. – 235 с.

43. Erickson S.S. Intermenstrual bleeding secondary to cesarean scar diverticula report of three cases / S.S. Erickson, B.J. Van Voorhis // *Obstet. Gynecol.* – 2015. – Vol. 93 (5). – P. 802-805.

44. Evaluation of the value of clinical doppler sonography and sonographic contrast media for assessment of tubal patency / Kozarzewski M., Szaflik K., Pertynski T. [et al.] // *Ginekol.Pol.* – 2014. – Vol. 66 (11). – P. 633-637.

45. Evans M.I. Fetal diagnosis and therapy: science, ethics, and the law / M.I. Evans, J.C. Fletcher, A.O. Dixler. – Philadelphia, 2015. – P. 242-246.

46. Exacoustos C. Hysterosalpingo-contrast sonography compared with hysterosalpingography and laparoscopic dye perturbation to evaluate 283 tubal patency / C. Exacoustos, E. Zupi, C. Carusotti // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* – 2014. – Vol. 10 (3). – P. 367-372.

47. Exacoustos C. Recurrence of endometriomas after laparoscopic removal: sonographic and clinical follow-up and indication for second surgery / C. Exacoustos, E. Zupi, A. Amadio // *J Minim Invasive Gynecol.* – 2013. – Vol. 13(4). – P. 281-288.

48. Гойда Н. Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н. Г. Гойда // *Журн. практ. лікаря.* – 2012. – № 5. – С. 2-6.

49. Гокоєва Е.А. Стан імунологічної реактивності організму при невиношуванні та шляхи його корекції : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Е.А. Гокоєва. – К., 2002. – 18 с.

50. Гонтмахер В.М. Количественный морфологический анализ состояния плаценты у первородящих различного возраста : сб. науч. трудов Ташкентского гос. мединститута. Клеточные механизмы межорганных и межклеточных взаимоотношений / В.М. Гонтмахер, А.А. Саруханова,

З.В. Маликов. – Ташкент, 2009. – 91 с.

51. Горбачова А.В. Ближайшие и отдаленные результаты повторного кесарева сечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Горбачова. – М., 2008. – 32 с.

52. Основы репродуктивной медицины : Практ. руководство / Под ред. В. К. Чайки. – Донецк: Альматео, 2011. – С. 275-321.

53. Князев А.А. Особенности внутривагинального и внутриматочного кровотока у беременных женщин : матер. Республ. научно-практ. конф. «Современная проблема перинатальных, перинатальных инфекций» / А.А. Князев, И.А. Бахтияров. – Казань, 2009. – С. 69-70.

54. Пайкачева Ю.М. Профилактика и лечение невынашивания беременности у женщин после экстракорпорального оплодотворения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Ю. М. Пайкачева. – СПб., 2010. – 23 с.

55. Панфилов С.А. Диагностические возможности трехмерного ультразвукового исследования / С.А. Панфилов, О.М. Фомичев, М.В. Тарасов // Визуализация в клинике. – 2010. – № 16. – С. 65-75.

56. Польова С.П. Сучасні підходи до діагностики та лікування жіночої безплідності / С.П. Польова, Л.М. Рак // Буковин. мед. вісник. – 2012. – № 2. – С. 78-81.

57. Попов Й. Възстановяване на маточната стена при цезарево сечение чрез ендостажен двуслоен шев – наш опит / Й. Попов, Ф. Пандурски // Акуш. и гинек. (Болгар.). – 2009. – Vol. 28 (3). – P. 31-33.

58. Пробачий Н.И. Возможности ультразвукового сканирования в диагностике трубного бесплодия у женщин : тез. докл. II съезда ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине / Н.И. Пробачий, Н.Н. Ганжа. – М., 2015. – С. 31.

59. Наказ МОЗ України від 24.01.2011 р. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Вагінальні пологи після

кесарського розтину». – К., 2011. – 39 с.

60. Казарян Р.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: : автореф. дис. .канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Р.М. Казарян . М., 2012. – 24 с.

61. Профілактика та лікування ускладнень гнійно-септичного характеру після операції кесаревого розтину / В.С. Артамонов, С.Я. Сольський, І.В. Жесткова, Ю.Л. Марущенко [та ін.] // ПАГ. – 2010. – №4. – С. 211-214.

62. Пшеничникова Т.Я. Сравнительное изучение проходимости маточных труб с помощью лапароскопии и гистеросальпингографии / Т.Я. Пшеничникова, Д.Р. Ньютон // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 3. – С. 44-45.

63. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность при гестозе / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянц // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С.11-16.

64. Ballesio L. Saline infusion sonohysterography in evaluation of submucose uterine miomas / L. Ballesio, L. Manganaro, C. De Felice // European Congress of Radiology. – Vienna, Austria, 2010. – P. 387.

65. Резников А.Г. Препараты прогестерона: фармакологические особенности, преимущества, клиническое применение / А.Г. Резников // Лікування та діагностика. – 2013. – №1. – С. 59-64.

66. Minkoff H.L. The rising cesarean section rate. Can it safely be reversed? / H.L. Minkoff, R.H. Schwarz // Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 56 (2). – P. 135-143.

67. Mintz P. Uterus cicatriciel et dehiscence uterine. A propos de 20 observations / P. Mintz, M. Herlicoviez, I.D. Tilliard // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2015. – Vol. 82 (2). – P. 97-105.

68. Mould T.A.J. Women's involvement with the decision preceding 288 their Caesareansection and their degree of satisfaction / T.A.J. Mould,

S. Chong, J.A.D. Spencer // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 2012. – Vol. 103. – P. 1074-1077.

69. Naef R.W. Prediction of hemorrhage at cesarean delivery / R.W. Naef, S.P. Chauhan, S.P. Chevalier // Obstet. Gynecol. – 2015. – Vol. 83 (6). – P. 923-925.

70. Salle B. Transvaginal hysterosonography evaluation of septate uteri: a preliminary report / B. Salle, P. Sergeant, P. Gaucherand // Hum. Reprod. – 2015. – Vol. 11 (5). – P. 1004-1007.

71. Saltzman D.H. Single-dose antibiotic prophylaxis in high-risk patients undergoing cesarean section. A comparative trial / D.H. Saltzman, L.G. Eron, R. Tuomala // J. Reprod. Med. – 2013. – Vol. 31 (8). – P. 709-712.

72. Saravolatz L.D. Comparison of intravenous administration with intrauterine irrigation with cefaronide for nonelective cesarean section / L.D. Saravolatz, B. Drukker // Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 66 (3). – P. 273-277.

73. Schedvins K. Prevention of postoperative infection in cesarean section after rupture of the membranes / K. Schedvins, P.I. Mobern // Int. Gynecol. Obstet. – 2011. – Vol. 24 (3). – P. 165-168.

74. Schlieff R. Contrast agents in vascular ultrasound / R. Schlieff // European Congress of Radiology. – Vienna, Austria, 2011. – P. 25.

75. Schwimer S.R. Transvaginal pelvic ultrasonography / S.R. Schwimer, J. Labovic // J Ultras Med. – 2014. – Vol. 3. – P. 381-384.

76. Seow K.M. Ultrasound diagnosis of a pregnancy in a cesarean section scar / K.M. Seow, J.L. Hwang, Y.L. Tsai // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 18. – P.547-549.

77. Слепцова С.И. Факторы риска и причины невынашивания беременности / С.И. Слепцова // Акушерство и гинекология. – 2015. – №4. – С. 20-23.

78. Swalm Z.S. Ultrasound after priter cesarean delivery / Z.S. Swalm, C.S. Holste, K. Waller // Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 92 (3). – P. 390-393.

79. The endocrine regulation of spermatogenesis: independent roles for testosterone and FSH / R. I. McLachlan, N. G. Wreford, L. O'Donnell [et al.] // J. Endocrinol. – 2012. – Vol. 148, № 1. – P. 3-9.

80. Tongsong T. Success rate of vaginal birth after cesarean delivery at Maharaj Nakorn Cliang Mai Hospital / T. Tongsong, C. Jitawong // J. Med. Assoc. Thai. – 2015. – Vol. 86 (9). – P. 829-835.

81. Transvaginal sonographic evaluation of endometrial polyps: a comparison with two dimensional and three dimensional contrast sonography / [La Torre R., De Felice C, De Angelis C et al.] // Clin Exp Obstet Gynecol. – 2009. – Vol. 26 (3-4). – P. 171-173.

82. Trinder J. Endometriosis and infertility: the debate continues / J. Trinder, D. J. Cahill // Hum. Fertil. (Camb). – 2012. – Vol. 5, № 1. – P. 21-27.

83. Алипов В.И. Консервативное ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке : сборник статей МОНИИАГ / В.И. Алипов, В.В. Абрамченко, В.В. Морозов // Современное акушерство и кесарево сечение. – М., 2008. – С. 154-163.

84. Ананасов А. Еднотажен двуслоеншев на маточния разрез при цезарево сечению / А. Ананасов // Акушерство и гинекология (Болгар.). – 2012. – Vol. 26 (4). – P. 4-7.

85. Ананьев В.А. Результаты кесарьского сечения при наложении однорядного и двухрядного шва на матку / В.А. Ананьев // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 4. – С. 26-29.

86. Ананьев В.А. Результаты кесарева сечения при наложении однорядного и двухрядного шва на матку / В Аномалии родовой деятельности и частота кесаревых сечений : тез. докл. I съезда Российской ассоциации акушеров-гинекологов: «Проблемы хирургии в акушерстве и гинекологии» / Брехман Г.И., Парейшвили В.В., Данилов С.А. [и др.]. – М., 2012. – С. 25-26.

87. Анохин Л. В. Индивидуальное прогнозирование риска первич-

ного и вторичного женского бесплодия / Л. В. Анохин, О. Е. Коновалов // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3/7. – С. 40-43.

88. Аншина М.Б. Принципы гормональной диагностики в лечении бесплодия: показания, интерпретация результатов, ошибки: (клиническая лекция) / М.Б. Аншина // Пробл. репродукции. – 2014. – № 2. – С. 6-14.

89. Венцківський Б.М. Стан імунного та гормонального статусу фетоплацентарного комплексу при недоношуванні вагітності / Б.М. Венцківський // ПАГ. – 2010. – № 3. – С. 40-43.

90. Венцковский Б. Некоторые дискуссионные вопросы кесарьского сечения: зб. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України / Б. Венцковский. – Сімферополь, 2008. – С. 40-43.

91. Гаженова В.Е. Трехмерная эхография в оценке полости матки после различных внутриматочных вмешательств / В.Е. Гаженова, Е.В. Сокольская, А.В. Зубарев // Эхография. – 2010. – №1 (3). – С. 248-251.

92. Гасанова Т.А. Хламидийная инфекция и репродуктивная функция / Т. А. Гасанова // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2011. – № 1. – С. 11-15.

93. Гаспарян Н.Д. Дополнительные критерии несостоятельности рубца на матке / Н.Д. Гаспарян // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 2. – С. 4-7.

94. Schwimmer S.R. Transvaginal pelvic ultrasound: accuracy in follicle and cyst size determination / S.R. Schwimmer, J. Lebovic // J. Ultrasound. Med. – 2015. – Vol. 4. – P. 61-63.

95. Shin J.C. Cesarean scar pregnancy: diagnosis with threedimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler / J.C. Shin // Ultrasound Obstet Gynecol. – 2013. – Vol. 23 (3). – P. 306-307.

96. Sladkevicius P. Three-dimensional power Doppler imaging in the assessment of Fallopian tube patency / P. Sladkevicius, K. Ojha, S. Campbell // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2011. – Vol. 16 (7). – P. 644-647.

97. Sonographic diagnosis of pelvic adhesions in patients after ovum pickup / Shalev J., Mashiach R., Fisch B. [et al.] / *J. Ultrasound Med.* – 2015. – Vol. 20 (8). – P. 869-875.
98. Sonographic imaging of cervical scars after Cesarean section / [Zimmer E.Z., Bardin R., Tamir A., Bronshtein M.] // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 23 (6). – P. 594-598.
99. Spinillo A. Pregnancy in scar / A. Spinillo, E. Capuzzo, G. Piazzzi // *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* – 2012. – Vol. 77 (1). – P. 32.
100. Stark M. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean / M. Stark, A.R. Finkel // *Europ. J. of Obstet. Gynecol. and Reprod. Biol.* – 2012. – Vol. 53. – P. 121-122.
101. Stark M. Evaluation of combinations of procedures in cesarean section / M. Stark // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2013. – Vol. 48. – P. 273- 276.
102. Stark M. The effect of surgical steps on cesarean section postoperative recovery / M. Stark, J. Joel-Cohen, A. Ciobotaru // *European Association of Gynecologists and Obstetricians 6th Meeting, Moscow.* – 2014. – P. 55-56.
103. Жилка Н.Я. Репродуктивне здоров'я населення України: проблеми та перспективи / Жилка Н.Я., Дудіна О.О., Гук А.П. // *Фармацевтична Україна.* – К: 2014. – № 2. – С. 27-33.
104. Steer P. Caesarean section: an evolving procedure? / P. Steer // *Br. J. Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 105. – P. 1052-1055.
105. Mi, J. Rate of caesarean section is alarming in China / J. Mi, F. Liu // *Lancet.* – 2014. – Vol. 383. – P. 1463-1464.
106. Rotas M.A. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management / M.A. Rotas, S. Haberman, M. Levгур // *Obstet. Gynecol.* – 2016. – Vol. 107. – P. 1373-1381.
107. Vogel J.P. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry

surveys / J.P. Vogel, A.P. Betrán, N. Vindevoghel // *Lancet. Glob. Health.* – 2015. – Vol. 3. – P. 260-270.

108. Peng K.W. First trimester caesarean scar ectopic pregnancy evaluation using MRI / K.W. Peng, Z. Lei, T.H. Xiao // *Clin. Radiol.* – 2014. – Vol. 69. – P. 123-129.

109. Zhang Y. Analysis of cases with cesarean scar pregnancy / Y. Zhang, Y. Gu, J.M. Wang // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* – 2013. – Vol. 39. – P. 195-202.

110. Vial Y. Pregnancy in a cesarean scar / Y. Vial, P. Petigant, P. Hohlfeld // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2016. – Vol. 16. – P. 592-593.

111. Lian F. Uterine artery embolization combined with local methotrexate and systemic methotrexate for treatment of cesarean scar pregnancy with different ultrasonographic pattern / F. Lian, Y. Wang, W. Chen // *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* – 2012. – Vol. 35. – P. 286-291.

112. Maymon R. Ectopic pregnancies in Caesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre / R. Maymon, R. Halperin, S. Mendlovic // *Hum. Reprod.* – 2014. – Vol. 19. – P. 278-284.

113. Chou Y.M. Hysteroscopic removal of cesarean scar pregnancy after methotrexate treatment failure / Y.M. Chou, D. Wu, K.Y. Wu // *Gynecol. Minim. Invasive. Ther.* – 2013. – Vol. 2. – P. 70-72.

114. Kim K. Severe hemorrhage in a first-trimester cesarean scar pregnancy during dilation and curettage / K. Kim, A. Pietrzak, S. Gonzalez // *Int. J. Obstet. Anesth.* – 2015. – Vol. 19. – P. 348-349.

115. Shen L. Bilateral uterine artery chemoembolization with methotrexate for cesarean scar pregnancy / L. Shen, A. Tan, H. Zhu, // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2014. – Vol. 207. – P. 386.

116. Timor-Tritsch I.E. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy / I.E. Timor-Tritsch, A. Monteagudo, R. Santos // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2016. – Vol. 207. – P. 44-53.

117. Парашук Ю.С. Використання екстраперитонеального кесаревого розтину для зниження кількості випадків ускладнень у післяопераційному періоді / Ю.С. Парашук, Жоні Ельхам Сауд // Вісник Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2000. – № 1. – С. 5-8.

118. Пестрикова Т.Ю. Ведение беременности и родов // Невынашивание беременности, самопроизвольный аборт, преждевременные роды, неразвивающаяся беременность. – М., 2013. – С. 36.

119. Погорелова А.Б. Прогнозирование функциональной несостоятельности матки на выбор метода родоразрешения у женщин после бывшей операции кесарьского сечения / А.Б. Погорелова, В.Ф. Кузин // Вопросы охраны материнства и детства. – 2009. – № 6. – С. 38-42.

120. Польова С.П. Сучасні підходи до діагностики та лікування жіночої безплідності / С.П. Польова, Л.М. Рак // Буковин. мед. вісник. – 2012. – № 2. – С. 59.

121. Попов Й. Възстановяване на маточната стена при цезарево сечение чрез ендостажен двуслоен шев – наш опит / Й. Попов, Ф. Пандурски // Акуш. и гинек. (Болгар.). – 2009. – Vol. 28 (3). – Р. 31-33.

122. Абрамченко В.В. Акушерские операции / В.В. Абрамченко. – СПб.: ООО «НОРДМЕДИЗДАТ», 2014. – 640 с.

123. Абрамченко В.В. Пути снижения абдоминального родоразрешения / В.В. Абрамченко // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 2. – С. 69-74.

124. Айламазян Э.К. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарьского сечения к родоразрешению / Э.К. Айламазян, Т.У. Кузьминых, Н.И. Поленов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. LVII. – С. 112-130.

125. Белоусов М.А. Двойное контрастирование при УЗИ исследовании области шва на матке после операции кесарева сечения / М.А. Белоусов, Л.С. Мареева, Р.Ф. Серова // Акушерство и гинекология. – 2011. –

№11. – С. 36-39.

126. Белоусов М.А. Оценка послеоперационного рубца на матке после кесаревого сечения / М.А. Белоусов // Вопросы охраны материнства и детства. – М., 2012. – № 9. – С. 60-62.

127. Булиенко С.Д. Состояние клеточного и гуморального иммунитета у родильниц, перенесших кесарево сечение / С.Д. Булиенко, В.И. Пирогова // Вопросы охраны материнства и детства. – 2010. – Т. 27, № 9. – С. 62-65.

128. Zhang B. Uterine artery embolization combined with methotrexate in the treatment of cesarean scar pregnancy: results of a case series and review of the literature / B. Zhang, Z.B. Jiang, M.S. Huang // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2014. – Vol. 23. – P. 1582-1588.

129. Halperin R. Uterine-preserving emergency surgery for cesarean scar pregnancies: another medical solution to an iatrogenic problem / R. Halperin, D. Schneider, S. Mendlovic // Fertil Steril. – 2015. – Vol. 91. – P. 2623-2627.

130. Chong Y. Clinical value of MRI in cesarean scar pregnancy / Y. Chong, K. Zhang, Y. Zhou // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2014. – Vol. 49. – P. 914-918.

131. Timor-Tritsch I.E. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy / I.E. Timor-Tritsch, A. Monteagudo // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 207. – P. 14-29.

132. Timor-Tritsch I.E. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta / I.E. Timor-Tritsch, A. Monteagudo, G. Cali // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 44. – P. 346-353.

133. Roberge S. Systematic review of cesarean scar assessment in the nonpregnant state: imaging techniques and uterine scar defect / S. Roberge, A. Boutin, N. Chaillet // Am. J. Perinatol. – 2015. – Vol. 29. – P. 465-471.

134. Dickerhoff L.A. Management of cesarean scar pregnancy in the second trimester: a report of three cases / L.A. Dickerhoff, A.S. Mahal, C.K. Stockdale // *J Reprod Med.* – 2015. – Vol. 60. – P. 165-168.

135. Lan, W. Bilateral uterine artery chemoembolization combined with dilation and curettage for treatment of cesarean scar pregnancy: A method for preserving the uterus / W. Lan, D. Hu, Z. Li // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* – 2013. – Vol. 39. – P. 1153-1158.

136. Zhuang Y. Uterine artery embolization compared with methotrexate for the management of pregnancy implanted within a cesarean scar / Y. Zhuang, L. Huang // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2015. – Vol. 201. – P. 152-153.

137. Schedvins K. Prevention of postoperative infection in cesarean section after rupture of the membranes / K. Schedvins, P.I. Mobern // *Int. Gynecol. Obstet.* – 2011. – Vol. 24 (3). – P. 165-168.

138. Hirakawa M. Uterine artery embolization along with the administration of methotrexate for cervical ectopic pregnancy: technical and clinical outcomes / M. Hirakawa, T. Tajima, K. Yoshimitsu // *Am. J. Roentgenol.* – 2014. – Vol. 192. – P. 1601-1607.

139. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска / Ф. Ариас. – М.: Медицина, 2012. – 656 с.

140. Артифексов С.Б. Андрологические аспекты бесплодного брака / С.Б. Артифексов // *Акушерство и гинекология.* – 2013. – № 2. – С. 46-47.

141. Артюхин А. Лечение секреторных форм бесплодия путем усиления регионарной гемодинамики мужских половых желез / А. Артюхин, И. Ромашкин, Н. Соловьева // *Врач.* – 2009. – № 8. – С. 41-43.

142. Беглице Д.А. Пути снижения гестационных осложнений у женщин с эндокринным бесплодием в анамнезе : зб. наук. праць / Д.А. Беглице // *Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики.* – Луганськ, 2012. – Вип. 11. – С. 15-20.

143. Логутова Л.С. Критерии диагностики состояния рубца на матке

266 после кесарьского сечения : тез. докл. IV Рос. форума «Мать и дитя» / Л.С. Логутова, Н.Д. Гаспарян, К.Н. Ахвледиани. – М., 2012. – С. 376-377.

144. Филипов О.С. Плацентарная недостаточность / О.С. Филипов. – М.: «МЕД-информ», 2009. – 160 с.

145. Хаджиева Э.Д. Перитонит после кесарьского сечения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Э.Д. Хаджиева. – СПб., 2006. – 49 с.

146. Ханча Ф.О. Комплексна реабілітація репродуктивної функції у жінок з трубно-перитонеальною формою безпліддя: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 /Ф.О. Ханча. – К., 2008. – 172 с.

147. Хирш Х.А. Поперечный фасциальный разрез передней брюшной стенки в модификации Кохена-Мейларда. Оперативная гинекология: атлас / Х.А. Хирш, О. Кезер, Ф.А. Икле ; под редакцией В.И. Кулакова, И.Ф. Федорова. – М.: Медицина, 2009. – С. 89-91.

148. Чернуха Е.А. Кесарево сечение – настоящее и будущее / Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 2010. – №5. – С. 22-28.

149. Чернуха Е.А. Кесарево сечение / Е.А. Чернуха // Родовой блок. – М., 2009. – С. 480-516.

150. Чернуха Е.А. Кесарево сечение в современном акушерстве / Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 10. – С. 68-71.

151. Чернуха Е.А. Современные аспекты операций кесарского сечения (обзорная информация) / Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова. – М., 2013. – 64 с.

152. Clark D. Critically examining the immunologic causes of recurrent miscarriage / D. Clark// Medscape women's Health. – 2014. – Vol.4, №3. – P. 45-48.

153. Claudon M. Advances in US Technology / M. Claudon, F. Tranquart, D.H. Evans // European Congress of Radiology. – Vienna, 2012. – P. 28.

154. Cnattingins R. Obstacles to Reducing Cesarean Rates in a Zow Cesarean Setting: The Effect of Maternal Age, Height and Weight / R. Cnattingins, S. Cnattingins, C. Francis // *Obstet. Gynecol.* – 2014. – Vol. 92 (4). – P. 501-506.

155. Cohen J. Cryopreservation of zygotes and early cleaved human embryos / J.Cohen, G.W. DeVane, C.W. Elsner // *Fertil. Steryl.* – 2014. – Vol. 49. – P. 283-289.

156. Collins M.C. Seventy-one quadruplets pregnancies: management and outcome / M.C. Collins, J.A. Bleyl // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol.162. – P. 1384-1392.

157. Color Doppler transvaginal sonohysterography (TVS) in the evaluation of endometrial disorders / Koureas A.P., Antomou A., Panourgias E.C. [et al.] // *European Congress of Radiology.* – Vienna, Austria, 2013. – P. 384.

158. Minkoff H.L. The rising cesarean section rate. Can it safely be reveraed? / H.L. Minkoff, R.H. Schwarz // *Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 56 (2). – P. 135-143.

159. Mintz P. Uterus cicatriciel et dehiscence uterine. A popos de 20 observations / P. Mintz, M. Herlicoviez, I.D. Tilliard // *Rev. Franc. Gynecol. Obstet.* – 2015. – Vol. 82 (2). – P. 97-105.

160. Mould T.A.J. Women's involvement with the decision preceding 288 their Caesarean section and their degree of satisfaction / T.A.J. Mould, S. Chong, J.A.D. Spencer // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 2012. – Vol. 103. – P. 1074-1077.

161. Naef R.W. Prediction of hemorrhage at cesarean delivery / R.W. Naef, S.P. Chauhan, S.P. Chevalier // *Obstet. Gynecol.* – 2015. – Vol. 83 (6). – P. 923-925.

162. Salle B. Transvaginal hysterosonography evaluation of septate uteri: a preliminary report / B. Salle, P. Sergeant, P. Gaucherand // *Hum.*

Reprod. –2015. – Vol. 11 (5). – P. 1004-1007.

163. Трехмерная эхография в диагностике внутриматочной патологии у женщин с маточным кровотечением / Гаженова В.Е., Курганская Т.С., Сокольская Е.В. [и др.] // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2012. – № 4. – С. 40-47.

164. Трофимова Е.Н. Современные возможности ультразвуковой диагностики / Е.Ю. Трофимова, Е.В. Колесникова, В.И. Казакевич // Визуализация в клинике. – 2010. – № 9. – С. 8.

165. Трусов Ю.В. Иммунный статус родильниц и коррекция его нарушений при эндометритах после кесарева сечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Ю.В. Трусов. – Барнаул, 1997. – 24 с.

166. Тюрина Н.И. Вопросы теоретической и клинической медицины / Н.И. Тюрина. – Новосибирск, 2009. – С. 280-284.

167. Узлова Т.В. Эффективность иммуномодулирующих препаратов в комплексной терапии трубно-перитонеального бесплодия / Т. В. Узлова // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 1. – С. 61-63.

168. Фалеев К. П. Комплексная терапия и профилактика бесплодия в браке: дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.01 / К. П. Фалеев. – Екатеринбург, 2005. – 177 с.

169. Фанченко Н.Д. Применение современных лабораторных технологий в обследовании бесплодных пар / Н.Д. Фанченко // Клинич. лаб. диагностика. – 2012. – № 4. – С. 10-14.

170. Saltzman D.H. Single-dose antibiotic prophylaxis in high-risk patients undergoing cesarean section. A comparative trial / D.H. Saltzman, L.G. Eron, R. Tuomala // J. Reprod. Med. – 2009. – Vol. 31 (8). – P. 709- 712.

171. Saravolatz L.D. Comparison of intravenous administration with intrauterine irrigation with cefaronide for nonelective cesarean section / L.D. Saravolatz, B. Drukker // Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 66 (3). – P. 273-277.

172. Schlieff R. Contrast agents in vascular ultrasound / R. Schlieff // European Congress of Radiology. – Vienna, Austria, 2011. – P. 25.
173. Schwimer S.R. Transvaginal pelvic ultrasonography / S.R. Schwimer, J. Labovic // J Ultras Med. – 2014. – Vol. 3. – P. 381-384.
174. Состояние рецепторного аппарата половых гормонов в эндометрии женщин при привычном невынашивании беременности поздних сроков / [М.К. Асрибекова, С.К. Карпова, Л.Е. Мурашко, В.М. Сидельникова] // Проблемы эндокринологии. – 2011. – Т.37, №1. – С. 26-28.
175. Стрелко Г. В. Лікування безпліддя, що викликане синдромом полікістозних яєчників з застосуванням допоміжних репродуктивних технологій : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / Г. В. Стрелко. – К., 2004. – 19 с.
176. Стрельченко М. Б. Особенности течения беременности после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / М. Б. Стрельченко. – М., 2002 – 23 с.
177. Стрижаков А.И. Модификация кесарьского сечения / А.И. Стрижаков, Т.Ф. Тимохина, О.Р. Баев // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 1. – С. 33-37.
178. 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.
179. Стрижаков А.Н. Клинико-инструментальная оценка состояния шва на матке и выбор лечебной тактики при гнойно-септических осложнениях после кесарева сечения / А.Н. Стрижаков, О.Р. Баев // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С. 21-27.
180. Стрижаков А.Н. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. – М.: Медицина, 2010. – 146 с.
181. Balen F.G. 3-dimensional reconstruction of ultrasound images of

the uterine cavity / F.G. Balen, C.M. Allen, J.E. Gardener // *Br. J. Radiol.* – 2015. – Vol. 66. – P. 588-591.

182. Ball R.H. The clinical significance of ultrasonographically detected subchorionic hemorrhages / R.H. Ball, C.M. Ade, J.A. Schoenborn // *Am. J. Obstetr. Gynecol.* – 2013. – Vol. 174. – №3. – P.996-1002.

183. Bellec H. Ein pro dem isthmozervikalen Langschnitt bei der Schnittenbindung untergewichtiger Kinder / H. Bellec // *Zbl. Gynacol.* – 2013. – Vol. 110 (24). – P. 1589-1592.

184. Bengtsson A. Autologus blood transfusion: preoperative blood collection and blood salvage techniques / A. Bengtsson, J.P. Bengtsson // *J. Acta. Anaesthesiol. Scand.* – 2014. – Vol. 82. – P. 582-587.

185. Benito S. Pulmonary pressure-volume relationship in acute respiratory distress syndrome in adults: role of positive end expiratory pressure / S. Benito // *J. Crit. Care.* – 2012. – Vol. 5, №1. – P. 27-34.

186. Bercowitz R.L. Selective reduction of multifetal pregnancies in the first trimester / R.L. Bercowitz, L. Lynch, U. Chitkara // *N. Engl. J. Med.* – 2015. – Vol. 318. – P. 1043-1047.

187. Cousins Z.M. Pre-cesarean blood bank Orders: a safe and less expensive Approach / Z.M. Cousins F.B. Teplick, D.M. Poeltler // *Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 87 (6). – P. 912-916.

188. Cramer D.W. The epidemiology of recurrent pregnancy loss / D.W. Cramer, L.A. Wise // *Semin Reprod Med.* – 2015. – Vol.18(4). – P. 331-339.

189. Daher S. Tumor necrosis factor during pregnancy and at the onset labor and spontaneous abortion / S. Daher, F. Fonseca, O.G. Ribeiro // *Eur. J. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2014. – Vol.83. – P.77-79.

190. Dashow E.E. Randomized comparison of five irrigations at cesarean section / E.E. Dashow, T.A. Read, F.H. Coleman // *Obstet. Gynecol.* – 2015. – Vol. 68 (4). – P. 473-478.

191. Davidson E.C. The age extremes for reproduction: Current

implications for policy change / E.C. Davidson, T. Fukushima // Amer. J. Obstet. & Gynecol. – 2013. – Vol. 152. – №4. – P. 467-673.

192. Derclii L.E. Ultrasound in gynecology / L.E. Derclii, G. Serafmi, N. Gandolfo // Eur. Radiol. – 2014. – Vol. 11 (11). – P. 2137-2155.

193. Donnenfeld A.E. Antibiotic prophylaxis in cesarean section. Comparison of intrauterine lavage and intravenous administration / A.E. Donnenfeld, C. Otis, S. Weiner // J. Reprod. Med. – 2013. – Vol. 31 (1). – P. 15-18.

194. 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.

195. Преждевременные роды: Руководство по эффективной помощи при беременности и родах / Под ред. Элеонор Энкин. – СПб.: Нормедиздат., 2009. – С. 361-374.

196. Коротких И.Я. Проблемы прогнозирования осложнений при абдоминальном родоразрешении / И.Я. Коротких, Э.В. Ходасевич // Акушерство и гинекология.— 2009. – № 5. – С. 27-31.

197. Айсабаева Н. К. Клинико-анамнестические и лапароскопические особенности у пациенток с длительным эндокринным бесплодием / Н. К. Айсабаева // Клинич. медицина : межвуз. сб. стран СНГ. – Великий Новгород, 2012. – Т. 6. – С. 180-184.

198. Самарина В. Н. Экологическая чистота брака как социальная проблема : материалы науч. –практ. конф. / В. Н. Самарина // Социальная педиатрия – проблемы, поиски, решения. – СПб., 2008. – С. 38-39.

199. Сапсай В.И. Мужское бесплодие: Метод. пособие / В.И. Сапсай, Л. П. Имшинецкая, А. В. Сапсай. – К., 2011. – 82 с.

200. Секреторное мужское бесплодие, обусловленное хламидийным простатитом / С.Н. Калинина, О.Л. Тиктинский, А.М. Савичева [и

др.] // Пробл. репродукции. – 2010. – № 1. – С. 39.

201. Серов В.Н. Акушерский перитонит: Руководство по практическому акушерству / Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. – М.: ООО, 2007. – С. 381-389.

202. Серов В.Н. Инфекционные осложнения после кесарева сечения / Серов В.Н., Смирнова Л.И., Даянов Д.В. // Бактериальная инфекция в акушерской практике. – М., 2010. – С. 70-77.

203. Сидельникова В.М. Тактика ведения преждевременных родов / В.М. Сидельникова // Рос. вестн. перинатологии. – 2012. – № 4. – С. 19-25.

204. Сидорова И.С. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. / И.С. Сидорова, И.О. Макаров – М.: Знание, 2010. – 126 с.

205. Слепых А.С. Абдоминальное родоразрешение / А.С. Слепых. – Л.: Медицина, 2006. – 192 с.

206. Смекута Ф.А. Профилактика эндометрита после кесарьского сечения / Ф.А. Смекута, В.А. Туманова, И.Р. Зак // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 10. – С. 10-13.

207. Соболев В.Б. Материнская смертность после кесарева сечения : сборник трудов МОНИИАГ / В.Б. Соболев, Н.В. Зыряева, В.А. Ананьев // Современное акушерство и кесарево сечение. – М., 2007. – С. 172-176.

208. Вдовиченко Ю.П. Современные аспекты партнерских родов/ Ю. П. Вдовиченко, С. Ю. Вдовиченко // Здоровье женщины. – 2013. – С. 34-37.

209. Голота В.Я. Опыт внедрения акушерской технологии "Партнерские роды"/ В. Я. Голота, Л. Д. Ластовецкая // Здоровье женщины. – 2009. – 24-25.

210. Деларю А.В. Разное понимание моделей врачевания как конфликтогенный фактор в акушерстве и гинекологии / А.В. Деларю // IX Региональная конференция молодых исследователей Волгоградской

области. – Волгоград, 2005. – С. 110-111.

211. Hennessey R. Modern delivery / R. Hennessey, C. Ingraham // *Materialist Feminism*. – New York, London: Routledge, 2015. – D. 3-14.

212. Horner J.S. Delivery in the United Kingdom – anhistorical perspective / J.S. Horner // *Theor. Med. and Bioethics*. – 2016. – Vol.21, №5. – P. 409-423.

213. Kennel J. Delivery with father / J. Kennel, M.M. Kraus, S. McGrath // *J.A.M.A.* – 2016. – Vol. 265. – P. 2197-2201.

214. Lengermann P.M. The Women Founders: Sociology and Social Theory / P.M. Lengermann, J. Niebrugge-Brantley. – NY: McGraw-Hill, 2011. – 23 p.

215. Mahler M. On the significant of the normal separation individual phase / *Drives, Affects, Behavior* ; Ed. M.Schur. – N.Y., 2005. – P. 2.

216. Poulain P. Les chambres de naissance: Une alternative al'accouchement traditionnel a l'hopital / P. Poulain, J. Coiffie, E. Tasson // *Ann. Med. Nancy et Lorraine*. –2015. – Vol.38. – P. 93-97.

217. Reeder L.G. Socioenvironmental stress, tranquilizers and C YD / L.G. Reeder, J.M. Chapman, A.H. Coulson // *ExcerptaMedica International Congress. Ser. 182.Proceedings of International Symposium*. – BaiaDomizia, 2015. – P. 226-238.

218. Traffers P.E. Delivery in USA / P.E. Traffers, R. Laan // *Br. J. Obster. Gynaecol.* – 2014. – Vol. 93. – P. 690-693.

219. Veatch R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age / R.M. Veatch // *The Hastings Center Report*. – 2012. – Vol.2. – P. 5-7.

220. Scholer S.J. Why parents value a brief required primary care intervention that teaches discipline strategies / S.J. Scholer, J. Hudnut-Beumler, M.S. Dietrich // *Clin. Pediatr.* – 2015. – Vol. 51. – P. 538-545.

221. Taylor T.K. Computer-based intervention with coaching: an example using the Incredible Years program / T.K. Taylor, C. Webster-Stratton,

E.G. Feil // Cogn. Behav. Ther. – 2016. – Vol. 37. – P. 233-246

222. Sanders M. Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P-Positive Parenting Programme? / M. Sanders, R. Calam, M. Durand // J. Child. Psychol Psychiatry. – 2014. – Vol.49. – P. 924-932.

223. Calam R. Can technology and the media help reduce dysfunctional parenting and increase engagement with preventative parenting interventions? / R. Calam, M.R. Sanders, C. Miller // Child. Maltreat. – 2014. – Vol. 13. – P. 347-361.

224. Brouwer W. Which intervention characteristics are related to more exposure to internet-delivered healthy lifestyle promotion interventions? A systematic review / W. Brouwer, W. Kroeze, R. Crutzen // J. Med. Internet. – 2011. – Vol. 13. – P. 43-45.

225. Doty J.L. Examining digital differences: Parents' online activities / J.L. Doty, J. Dworkin, J.H. Connell // Family Science Review. – 2012. – Vol.17. – P. 18-39

226. Radey M. Parenting sources: How do parents differ in their efforts to learn about parenting? / M. Radey, K.A. Randolph // Fam. Relat. – 2014. – Vol. 58. – P. 536-548.

227. Микиртичан Г.Л. У истоков отечественной педиатрии (X – начало XVIII вв.) / Г.Л. Микиртичан, Р.В. Суворова // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т.5, № 3. – С. 97-100.

228. Мультиановский М.П. История медицины. – М.: Гос. изд. мед. л-ры, 2010. – 347 с.

229. Паниотто В.И. Современные роды: [Методы оценки и процедуры обеспечения]. – К.: Наукова думка, 2010. – 206 с.

230. Сухобокова Л.С. Эффективность многокомпонентной системы индивидуальной подготовки супружеской пары к беременности и партнерским родам дисс... к. мед. н. ; специальность 14.01.01 –

Акушерство и гинекология / Сухобокова Лариса Сергеевна. – Самара, 2010. – 141 с.

231. Столина В.В. Методы исследования при беременности и в родах. Стандартные и новые технологии : учебн. пособ. / И.С. Сидорова, И.О. Макаров. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 126 с.

232. Филимончикова И.Д. Экспертная оценка качества и роль управляемых факторов в снижении материнской смертности / И.Д. Филимончикова // Акушерство и гинекология. – 2014. – №5. – С. 17-20.

233. Gray J.A.M. Postmodern medicine / J.A.M. Gray // Lancet. – 2009. – Vol. 354, № 9189. – P. 550-1559.

234. Grignaffini A. Corsi di preparazione al parto: Valutazioni ostetriche e alla nascita / A. Grignaffini, R. Risco, E. Soncini // Acta bio-med. Ateneo parm. – 2015. – Vol. 71. – P. 701-707.

235. Hafmeyr G. Delivery in East Europe / G. Hafmeyr, V. Nicoden, W. Wolman // Br. J. Obster. Gynaecol. – 2014. – Vol.98. – P. 756-764.

236. Hartmann H. Ego-Psychology and the problem of adaptation. – N.Y: Int. Univ. Press, 2008. – Vol.21, №5. – P. 109-123.

237. Walker N.C. The relationship between method of pain management during labor and birth outcomes / N.C. Walker, B. O'Brien // Clinical nursing research. – 2009. – Vol.8, №2. – P. 119-134.

238. Williams K. Medical technology and children: Experience of expectant mothers and fathers / K. Williams, D. Umberson // Sex Roles. – 2010. – Vol.41. – P. 147-168.

239. Абрамченко В.В. Подготовка к безопасному материнству / В.В. Абрамченко, И.А. Шамхалова. – СПб.: ЭЛБИ СПб., 2015. – 204 с.

240. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство / В.В. Абрамченко. – СПб.: СОТИС, 2011. – 320 с.

241. Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам / В.В. Абрамченко. – СПб.: ЭЛБИ СПб., 2015. – 124 с.

242. Алешина Н. Почему муж не хочет присутствовать на родах? 7 объективных причин // <http://urology.com.ua/article5917.html> (2005)
243. Аль-Кардави Ю. // www.yaseen.ru / islamUA.net, 2013.
244. Амиров Н.Х. От медицинской этики к медицинской биоэтике / Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю., Нежметдинова Ф.Т. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 33-35.
245. Андреева Т.В. Психология современной семьи / Т.В. Андреева. – СПб: Речь, 2015. – 436 с.
246. Винникотт Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. – М.: Литур, 2014. – 326 с.
247. Tranquillini A.L. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice caesarean section "on maternal request" / A.L. Tranquillini, G.G. Gazzetti // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol.158. – P. 259.
248. Чернуха Е.А. Партнерство в родах / Е.А. Чернуха, Н.А. Короткова // *Акушерство и гинекология.* – 2013. – №6. – С. 56-58.
249. Чернуха Е.А. Современные принципы ведения родов / Е.А. Чернуха // *Справ. фельдшера и акушерки.* – 2014. – №5. – С. 23-29.
250. Ferguson W.G.L. Clinical dilemma in obstetric practice caesarean section "on maternal request" / W.G.L. Ferguson // *Management of Labor and Delivery in Low-Risk Patients.* – London, 2007. – P. 92-142.
251. Конюс Э.М. Истоки русской педиатрии / Э.М. Конюс. – М.: Медгиз, 2006. – 416 с.
252. Кравченко А.И. Социология: Учебник для вузов. – М.: Академический Проект, 2011. – 3-е изд., перераб. и доп. – 508 с.
253. Красовский Б.П. Взаимоотношения врача и пациента на Западе // *СОЦИС.* – 2012. – №6. – С. 122-127.
254. Кузьмин М.К. История медицины / М.К. Кузьмин. – М.: Медицина, 2008. – 200 с.

255. Лещенко Я.А. Влияние социально-психологических факторов на состояние здоровья беременных, родильниц и новорожденных / Я.А. Лещенко, Т.М. Моглищенко, И.В. Мыльникова // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2012. – №4. – С. 23-25.

256. Лобзин В.С. Аутогенная тренировка (справочное пособие для врачей) / В.С. Лобзин, М.М. Решетникова. – Л.: Медицина, 2006. – 135 с.

257. Лопатин В.А. Методические рекомендации по комплексному функциональному исследованию дыхания и кровообращения у женщин при нормальной и осложненной беременности : Метод. реком. / В.А. Лопатин. – Л., 2010. – С. 45-46.

258. Макаров Р.Р. Очерк общей истории развития акушерства и гинекологии / Р.Р. Макаров // Многотомное руководство по акушерству и гинекологии. – Т.1. – М.: Медгиз, 2001. – С. 11-53.

259. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2004. – 416 с.

260. Малыгина Г.Б. Клинико-психологические аспекты партнерских родов в перинатальном центре / Г.Б. Малыгина, М.В. Сивова, Т.П. Емельяненко // Мать и дитя: матер. V Рос. форума. – М., 2013. – С. 583-584.

261. Rothbaum F. Parents' reliance on the Web to find information about children and families: socio-economic differences in use, skills and satisfaction / F. Rothbaum, N. Martland, J.B. Janssen // J. Appl. Dev. Psychol. – 2014. – Vol. 29. – P. 118-128.

262. Cunningham C.E. The interim service preferences of parents waiting for children's mental health treatment: a discrete choice conjoint experiment / C.E. Cunningham, Y. Chen, K. Deal // J. Abnorm. Child. Psychol. – 2013. – Vol. 41. – P. 865-877.

263. Kennedy G. Beyond natives and immigrants: exploring types of net generation students / G. Kennedy, T. Judd, B. Dalgarno // J. Comput. Assist. – 2013. – Vol. 26. – P. 332-343.

264. Brady E. “Not the romantic, all happy, cooey coo experience”: a qualitative analysis of interactions on an Irish parenting web site / E. Brady, S. Guerin // *Fam Relat.* – 2014. – Vol. 59. – P. 14-27.

265. Sarkadi A. Socially unbiased parenting support on the Internet: a cross-sectional study of users of a large Swedish parenting website / A. Sarkadi, S. Bremberg // *Child Care Health Dev.* – 2015. – Vol. 31. – P. 43-52.

266. Creasey R.R. Research Development and Statistics Directorate Home Office Online Report 48/04. 2004. Meeting parents' needs for information: evidence from the 2001 Home Office Citizenship Survey URL: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120919132719/http://www.communities.gov.uk/documents/communities/pdf/452422.pdf>.

267. McBride B.A. Paternal identity, maternal gatekeeping and father involvement / B.A. McBride, G.L. Brown, K.K. Bost // *Fam. Relat.* – 2015. – Vol. 54. – P. 360-372.

268. Crouter A.C. Temporal rhythms in family life: seasonal variation in the relation between parental work and family processes / A.C. Crouter, S. McNale // *Dev. Psychol.* – 2013. – Vol. 29. – P. 198-205.

269. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // *Вопросы психологии.* – М., 2011. – №2. – С. 22-35.

270. Филиппова, Г.Г. Беременность. Консультации акушера-гинеколога / Г.Г.Филиппова, Е.Н. Захарова, Е.Ю. Печникова. – М.: Эксмо, 2008. – 224 с.

271. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л.: Наука, 2006. – 36 с.

272. Хасанов А.А. Влияние пренатального воспитания на течение беременности, родов, состояние новорожденного / А.А. Хасанов,

Т.Н. Шигабутдинова // Мать и дитя: мат. VI Рос. форума. – М., 2014. – С. 240-241.

273. Деларю А.В. Партнёрские роды: диспозиции акушеров-гинекологов / Л.В. Ткаченко, А.В.Деларю // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 4. – С. 33-35.

274. Деларю А.В. Партнёрские роды как медицинская услуга / Л.В. Ткаченко, А.В.Деларю // Медицинское право. – 2007. – № 4. – С. 27-28.

275. Деларю А.В. Отношение акушеров-гинекологов к практике партнёрских (семейных) родов (по данным социологического исследования) / Л.В.Ткаченко, А.В. Деларю // Журнал Рос. общества акушеров-гинекологов. – 2015. – № 4. – С. 29-31.

276. Деларю А.В. Биоэтические проблемы акушерства и гинекологии / А.В.Деларю // Философское осмысление социально-экономических проблем: Межвузовский сборник научных трудов. – Вып. 7. – Волгоград, 2014. – С. 18-20.

277. Бабкина Т.М. Эхографические и доплерометрические методы исследования в акушерстве и гинекологии. – К., 2014. – 125 с.

278. Назаренко Г.Т. Лабораторные методы исследования при проведении научных исследований. – М., 2015. – 327 с.

279. Минцер А.П. Статистические методы исследования при выполнении научных исследований // Клиническая медицина. – 2014. – №3. – С. 32-38.