

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КОВИДА НАТАЛЯ РОМАНІВНА

УДК 618.5-089.888.61-06:618.714-07

ДИСЕРТАЦІЯ
ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ РУБЦЯ НА
МАТЦІ ПІСЛЯ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

14.01.01 – акушерство та гінекологія

222 «Медицина»

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

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



Н. Р. Ковида

Науковий керівник –

Гончарук Наталія Петрівна,
доктор медичних наук

АНОТАЦІЯ

Ковида Н. Р. Оптимізація діагностики неспроможності рубця на матці після кесарева розтину. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – «Акушерства та гінекологія» (222 «Медицина»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, Київ, 2021.

Попередні дослідження, присвячені вивченню стану репродуктивного здоров'я (РЗ) жінок в Україні, довели, що серед порушень важливе місце займають показники материнської та перинатальної захворюваності і смертності. Зазвичай підґрунтям для збільшення цих показників є соматична захворюваність жінок. Серед багатьох проблем РЗ населення питання безпечної та ефективної пологодопомоги залишаються найбільш важливими. Частота фізіологічних пологів за останні роки значно знизилася. За даними офіційної статистики, лише третину пологів, які відбувалися протягом року, можна вважати фізіологічними. Важливими причинами, які обумовлюють такі показники, є збільшення патологічних пологів. До них відносять і ті, що відбуваються шляхом оперативного розродження. Серед операцій, які застосовуються при пологодопомозі, кесарів розтин (КР) посідає перше місце. В історичному аспекті ця операція застосовується вже декілька століть. Її безпечність за нинішніх умов значно збільшилася, але наслідки оперативного розродження, як показує практика та численні наукові дослідження, не завжди є безпечними для подальшого стану РЗ жінок. Найбільш уразливими є стани, коли після КР розвивається неспроможний післяопераційний рубець, що сприяє у подальшому оперативному розродженню жінок.

Саме тому оптимізація діагностики неспроможності рубця на матці (РМ) після КР є надзвичайно актуальним питанням для покращення здоров'я жінок, зменшення частоти оперативного розродження у жінок після попереднього КР та зниження частоти ускладнень вагітності, пологів, стану плоду і

новонароджених при наступних бажаних вагітностях, що настають у жінок з РМ.

Мета роботи полягала в підвищенні частоти розродження через природні пологові шляхи у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину на підставі встановлення критеріїв діагностики неспроможності рубця.

Проведені дослідження дали змогу констатувати, що віковий склад жінок у всіх підгрупах обстежених невагітних жінок становив від 20 до 25 років. Визначення анамнестичних даних щодо перенесених гінекологічних захворювань у невагітних жінок до вагітності, яка закінчилася КР, показало, що найчастіше у них спостерігалися ХЗЗСО. При дослідженні стану соматичного здоров'я у цієї групи жінок до вагітності встановлено, що у них не спостерігалось тяжких форм екстрагенітальних захворювань. Також попередня вагітність, яка закінчилася КР, протікала з ускладненнями. Зокрема, зазвичай ускладнювались і самі пологи. У більшості немовлят, що народилися у жінок, розроджених попереднім КР, спостерігався ненормальний стан. Ускладнення запального характеру зустрічались в післяопераційному періоді у всіх обстежених жінок, які перенесли КР. З-поміж них у значної кількості в післяопераційному періоді була наявна анемія. Після перенесеного КР в обстежених жінок змінився показник менструальної функції та з'явилися прояви її порушень.

Результати досліджень стану мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок з РМ після КР показали, що у них визначалося достовірне збільшення представників мікроорганізмів групи стафілококу. У мікробному спектрі виявлялись асоціації різних видів умовно-патогенної мікрофлори, до складу яких входили грампозитивні коки, ентеробактерії (кишкова паличка, клебсієла, ентеробактер) у поєднанні з грибами роду *Candida*. Прояв інфекцій, що передаються статевим шляхом, у невагітних жінок із неспроможним РМ після КР спостерігався частіше, ніж у жінок зі спроможним. Представники інфекцій, що передаються статевим шляхом, в обстежених жінок виявлялися в

асоціаціях з кокобацилярною мікрофлорою та грибами роду *Candida* на тлі зниження висіву лактобацил.

Визначення показників психоемоційного стану невагітних жінок з РМ після КР (за результатами тесту М. Люшера) довело, що у більшості таких жінок спостерігаються зміни. Діагностика міжособистісних відносин проведена за тестом Лірі дала змогу створити психограми аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з РМ після КР.

На підставі визначення структури показань до попереднього КР в обстежених жінок з'ясовано, що зазвичай розродження шляхом операції КР відбувалося у разі діагностики дистресу плоду в пологах. У більшості жінок попередні пологи шляхом операції КР відбувались ургентно. Вагітність в обстежених жінок з РМ після попереднього КР часто ускладнювалася. Найбільш частим ускладненням була загроза переривання вагітності в різні терміни вагітності. Проведена прегравідарна підготовка та пильне спостереження за вагітними до пологів сприяло значному зниженню частоти ускладнень в післяопераційному періоді в обстежуваних жінок.

Ультразвукові дослідження матки, проведені у невагітних жінок з РМ, виявили різноманітні зміни. Проведена оцінка, статистичне і математичне обрахування результатів ультразвукового обстеження матки та післяопераційного РМ після попереднього КР у невагітних жінок дало змогу створити шкалу оцінки стану РМ після попереднього КР у невагітних жінок. Згідно з отриманими даними змін ехографічних показників плоду у вагітних жінок з РМ у динаміці вагітності вже з другого триместру вагітності відбувається зменшення основних показників розвитку плоду. Важливим ультразвуковим діагностичним критерієм стану рубця після попереднього КР стало визначення середнього значення доплерометричних показників судин матки у невагітних жінок. У жінок з РМ на прегравідарному етапі визначалися зміни кровотоку у маткових артеріях та зміни ІАП. У жінок з неспроможним РМ проявлялися найбільш виразні зміни показників індексів судинного опору в артеріях матки. У результаті проведених досліджень запропоновано додатковий

новий показник, який визначається при доплерометричному дослідженні судин матки у вагітних – ІАПВ, що дав змогу з'ясувати, що у жінок з РМ після попереднього КР у динаміці вагітності відбувається зниження цього показника порівняно з таким у здорових вагітних. ІАПВ змінювався відносно групи контролю у всі терміни вагітності. Показник ІАПВ у жінок з неспроможним РМ після попереднього КР був меншим, аніж у жінок групи контролю.

Морфологічні дослідження довели, що неспроможний рубець після попереднього КР характеризувався більш вираженими структурними змінами у вигляді порушення архітекτονіки та ділянок гомогенізації тканини міометрію, дегенеративних змін власне м'язових волокон та порушень з боку мікроциркуляторного русла. Проведені патоморфологічні, гістохімічні та імуногістохімічні дослідження дають підстави стверджувати, що стан власне міометрію, судинного компоненту та регенераторних можливостей у цьому разі є набагато нижчий. Такі зміни можуть негативно проявити себе при надмірному функціональному навантаженні стінки матки в період вагітності та пологів.

Проведений аналіз прогнозування змін показника ІАПВ у популяції жінок дітородного віку в залежності від терміну настання вагітності та наявності неспроможності РМ після попереднього КР, дозволили визначити граничні значення цього показника для кожної групи жінок, у якій значення цього показника достовірно відрізнялося від показників здорових жінок, що розширює його діагностичні можливості при визначенні стану післяопераційного РМ після попереднього КР та є профілактичним заходом для діагностики неспроможності післяопераційного рубця.

Запропонована прегравідарна підготовка та ретельне ведення вагітності та пологів у жінок після попереднього КР довели свою високу ефективність.

Ключові слова: невагітні жінки, вагітні жінки, рубець на матці, неспроможність рубця, кесарів розтин, оптимізація діагностики.

SUMMARY

Kovyda N. R. Optimization of the diagnosis of the uterine scar defect after cesarean section. – *Qualifying research thesis on the rights of a manuscript.*

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a specialty 14.01.01 «Obstetrics and gynecology» (222 «Medicine»). – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2021.

Studies have shown that all surveyed women were of childbearing age, determining the age composition of women in this group showed that in all subgroups of surveyed non-pregnant women the largest group of women was between 20 and 25 years. At the same time, most women had high school and college education level. Determining the anamnestic data on gynecological diseases in the examined non-pregnant women before the pregnancy that ended in CS showed that the most common in these women were observed PID. Determination of data on the state of somatic health in women before pregnancy, which ended in CS, showed that the examined women did not have severe forms of extragenital diseases. Pregnancy that ended in women with previous CS was complicated. Childbirth that ended in the previous CS was also often complicated. Most newborns born from women with the history of CS were in an abnormal condition. Inflammatory complications in the postoperative period occurred in all examined women who underwent CS. A significant number of women in the postoperative period had anemia. After undergoing CS, the examined women had changes in their menstrual function and showed signs of its disorders.

The results of studies of the microbiocenosis of urogenital organs in non-pregnant women with US after CS showed that such women had a significant increase in the number of microorganisms in the staphylococcus group. Associations of different species of opportunistic pathogenic microflora were found in the microbial spectrum, which included gram-positive cocci, enterobacteria (*Escherichia coli* and *Klebsiella*, *Enterobacter* in combination with fungi of the genus *Candida*). Detection of sexually transmitted infections in non-pregnant women with incapable

US after CS showed that such women were much more likely to have STI than women with capable uterine scar. Representatives of sexually transmitted infections in the examined women were found in associations with cocobacillary microflora and *Candida* on the background of reduced rate of lactobacilli.

Determining the indicators of psycho-emotional state of non-pregnant women with US after CS (according to the results of the M. Luscher test) showed that most of these women have changes in the psycho-emotional state. Diagnosis of interpersonal relationships conducted by the Leary test allowed to create a psychogram of the analysis of interpersonal behavior of non-pregnant women with US after CS.

Determining the structure of indications for previous CS in the examined women revealed that the most common delivery by CS surgery occurred in the case of diagnosis of fetal distress in childbirth. In most women, previous delivery by CS surgery took place in an emergency. Pregnancy in surveyed women with US after previous CS was often complicated. The most common complication was the threat of abortion at different stages of pregnancy. Preconception care and intensive monitoring of the pregnant woman before delivery allowed to significantly reduce the incidence of complications in the postoperative period in the examined women.

Ultrasound examination of the uterus performed in non-pregnant women with US after previous CS revealed the presence of various changes. The evaluation and statistical and mathematical calculation of the results of ultrasound examination of the uterus and postoperative US after previous CS in non-pregnant women allowed to create a scale for assessing the state of uterine scar after previous CS in non-pregnant women. The obtained data on changes in fetal ultrasound in pregnant women with uterine scar in the dynamics of pregnancy show that from the second trimester of pregnancy in women with uterine scar after the previous CS there is a decrease in the main indicators of fetal development. An important ultrasound diagnostic criterion for the condition of the scar after the previous CS was to determine the average value of Doppler parameters of uterine vessels in non-pregnant women. In women with uterine scar who became pregnant after previous CS at the pre-pregnancy stage,

changes in blood flow in the uterine arteries and changes in IAP were determined. In women with incapable uterine scar, the most pronounced changes in the indices of vascular resistance in the uterine arteries were determined. The proposed, as a result of research, an additional new indicator, which is determined by Doppler examination of uterine vessels and is IAPP, found that women with US after previous CS in the dynamics of pregnancy is a decrease compared to that in healthy pregnant women. IAPP changed relative to the control group at all stages of pregnancy. The rate of IAPP in pregnant women with incapable uterine scar after previous CS was lower than in women in the control group.

Morphological studies have shown that the failure of the scar after the previous CS was characterized by more pronounced structural changes in the form of disturbances in the architecture and areas of homogenization of myometrial tissue, degenerative changes in muscle fibers and disorders of the microcirculatory tract. Conducted pathomorphological, histochemical and immunohistochemical studies suggest that the state of the myometrium, vascular component and regenerative capacity is much lower. Such changes can negatively manifest themselves with excessive functional load on the uterine wall during pregnancy and childbirth.

The analysis of predicting changes in IAPP of pregnant women in the population of women of childbearing age depending on the time of pregnancy and the incapability of US after previous CS allowed to determine the limit values of this indicator for each group of women in which the value of this indicator differed significantly from healthy women. diagnostic possibilities in determining the condition of the postoperative US after the previous CS, which are preventive measures to diagnose the failure of the postoperative scar.

Pre-pregnancy training and careful management of pregnancy and childbirth in women after a previous cesarean section has shown its high effectiveness.

Key words: non-pregnant women, pregnant women, uterine scar, incapable uterine scar, caesarean section, diagnosis optimization.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Список публікацій, де опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Ковида Н. Р. Сучасні погляди на оцінку неспроможності рубця на матці. East European Scientific Journal. 2020. Vol. 1, No. 10 (62). С. 49-55.

2. Гончарук Н. П., Ковида Н. Р. Психоемоциональное состояние женщины с рубцом на матке после кесаревого сечения. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2020. № 5. С. 556-563. *(Дисертант провела аналіз літературних джерел, написала вступ і сформулювала висновки статті)*

3. Ковида Н. Р., Гончарук Н. П. Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину. Здоровье женщины. 2020. № 8 (154). С. 42-47. *(Дисертант провела аналіз матеріалу і підготувала статтю до друку)*

4. Ковида Н. Р., Гончарук Н. П. Ультразвукова діагностика стану рубця на матці у вагітних та невагітних жінок. Здоровье женщины. 2020. № 9-10 (155-156). С. 39-44. *(Дисертант провела аналіз матеріалу, сформулювала висновки та підготувала статтю до друку)*

5. Ковида Н. Р., Гончарук Н. П. Дослідження перфузії судин матки при неспроможності рубця на матці після кесарева розтину. Репродуктивне здоров'я жінки. 2020. № 5 (45). С. 21-23. *(Дисертант провів аналіз літературних джерел, написала вступ і сформулювала висновки статті)*

6. Ковида Н. Р., Гончарук Н. П., Дядик О. О. Морфологічні особливості спроможності рубця на матці після попереднього кесарева розтину. Репродуктивна ендокринологія. 2020. № 51. С. 42-46. *(Дисертант самостійно провела набір клінічного матеріалу, виконала статистичну обробку результатів лабораторних досліджень, підготувала статтю до друку)*

Список публікацій, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Ковида Н. Р. Визначення ранніх предикторів неспроможності рубця на матці. Матеріали «XXIII Міжнародний медичний конгрес студентів та молодих вчених». Тернопіль: Укрмедкнига, 2019. С. 117.

2. Ковида Н. Р. Діагностика неспроможності рубця на матці. Матеріали «XXIV Міжнародний медичний конгрес студентів та молодих вчених». Тернопіль: Укрмедкнига, 2020. С. 83.

3. Ковида Н. Р. Медико-соціальні показники настання вагітності у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину. Український журнал військової медицини: матеріали III Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 29-ї Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH 2020». 2020 (додаток). Т. 1. № 3. С. 110–111.

4. Ковида Н. Р. Стан мікробіоценозу урогенітальних органів у невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину. Material IV International Scientific and Practical Conference «INTEGRATION OF SCIENTIFIC BASES INTO PRACTICE». Stockholm, Sweden, 2020. October 12–16. С. 226–230.

Список публікацій, які додатково відображають наукові результати дисертації

1. Ковида Наталя Романівна, Гончарук Наталія Петрівна. Шкала оцінки неспроможності рубця на матці у невагітних жінок. Авторське право і суміжні права. 2020. Бюлетень № 61. Свідоцтво № 100261. Дата реєстрації авторського права 06.10.2020.

2. Ковида Наталя Романівна, Гончарук Наталія Петрівна. Визначення індексу артеріальної перфузії для вагітних. Авторське право і суміжні права. Свідоцтво № 100486. Дата реєстрації авторського права 16.11.2020.

3. Ковида Наталя Романівна, Гончарук Наталія Петрівна. Визначення індексу артеріальної перфузії для невагітних. Авторське право і суміжні права. Свідоцтво № 100261. Дата реєстрації авторського права 16.11.2020.

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

5. Гончарук Н. П., Ковида Н. Р. Діагностика неспроможності рубця на матці. Корисна модель. 2019.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	13
ВСТУП.....	14
РОЗДІЛ 1 ПРОБЛЕМА РУБЦЯ ПІСЛЯ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ (огляд літератури).....	19
1.1 Стан репродуктивного здоров'я у жінок після попереднього кесарева розтину.....	19
1.2 Особливості перебігу вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з повторним кесаревим розтином.....	29
1.3 Неспроможність рубця на матці після кесарева розтину, діагностика та тактика ведення пологів.....	401
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	56
РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ ПІСЛЯ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ.....	65
3.1 Клінічна характеристика невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.....	65
3.2 Медико-соціологічний аналіз настання вагітності у жінок після попереднього кесарева розтину.....	69
3.3 Стан мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину	78
3.4 Клінічна характеристика вагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.....	82
3.5 Психоемоційний стан жінок з рубцем на матці після кесарева розтину.....	86
РОЗДІЛ 4 ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ.....	95
РОЗДІЛ 5 ДІАГНОСТИКА СТАНУ РУБЦЯ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ.....	102

5.1 Ультразвукова діагностика стану рубця після попереднього кесарева розтину при плануванні та під час вагітності.....	102
5.2 Морфологічний стан рубця після попереднього кесарева розтину.....	129
РОЗДІЛ 6 ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ.....	149
РОЗДІЛ 7 ПРЕГРАВІДАРНА ПІДГОТОВКА ТА ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ.....	157
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ.....	169
ВИСНОВКИ.....	176
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	179
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	180
ДОДАТКИ.....	203

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГСГ	– гістерографія
E ₂	– естрадіол
ЕС	– естріол
ІАП	– індекс артеріальної перфузії
ІАПВ	– індекс артеріальної перфузії у вагітних
ІГХД	– імуногістохімічне дослідження
К	– кортизол
КР	– кесарів розтин
МЦ	– менструальний цикл
МТ	– моноклональні антитіла
П	– прогестерон
Прл	– пролактин
РЗ	– репродуктивне здоров'я
РМ	– рубець на матці
УЗД	– ультразвукове дослідження
ХЗСО	– хронічні запальні захворювання статевих органів

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Нині проблема зростання частоти операції кесарева розтину (КР) викликає серйозне занепокоєння як у професійних колах, так і в суспільстві загалом. За останні 10–15 років частота абдомінального розродження поступово зросла до 20–30 % (В. К. Чайка, 2007; В. Н. Запорожан, 2008, Л. Є. Туманова, 2015, Ю. В. Давидова, 2018). Значною мірою, унаслідок зростання частоти планових КР, що обумовлено збільшенням кількості жінок з рубцем на матці після попереднього КР. У багатьох країнах рубець на матці у структурі показань до кесарева розтину займає перше місце, складаючи 15–23 %. Це створює нову проблему – ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці (В. П. Лакатош, 2016).

Резервом зниження частоти кесаревих розтинів у сучасному акушерстві є зменшення їх кількості у вагітних з рубцем на матці та розродження їх через природні пологові шляхи.

Завдяки сучасним дослідженням, були досягнуті значні успіхи в діагностиці стану післяопераційного рубця у жінок, що перенесли КР, але проблема визначення неспроможності РМ залишається актуальною. Відомі методи оцінки стану післяопераційного рубця, їх надійність не дає змоги достатньо точно судити про РМ після КР, тому необхідним є подальший пошук об'єктивних і високоінформативних, малоінвазивних методів оцінки стану РМ та удосконалення або оптимізація наявних (S. Erickson, B. J. Van Voorhis, 2009; А. В. Залесный, 2010; L. E. Derclii, G. Serafmi, N. Gandolfo, 2010; О. Р. Баев, 2012; F. A. Chervenak, Z. B. McCullough, 2012; D. Faustin, 2013).

Незважаючи на вирішення багатьох аспектів повторного КР, залишається не вивченим питання діагностичних критеріїв неспроможності рубця на матці, їх діагностичної цінності та використання на практиці, що обмежує можливість розродження через природні пологові шляхи у таких пацієнток.

З огляду на це, а також на високу частоту ускладнень у період гестації за наявності рубця на матці, вивчення діагностичних критеріїв повноцінності

рубця на матці є перспективним, що й обумовлює доцільність та актуальність обраної теми дослідження.

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

Тему дисертації та наукового керівника затверджено Вченою Радою Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України.

Мета роботи – підвищити частоту розродження через природні пологові шляхи у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину на підставі встановлення критеріїв діагностики неспроможності рубця.

Для реалізації зазначеної мети, необхідно виконати такі **завдання**:

1. Визначити особливості репродуктивного здоров'я та перебіг вагітності і пологів у жінок з рубцем на матці при різному інтергенетичному проміжку;
2. З'ясувати стан мікробіоцинозу статевих шляхів у невагітних та вагітних жінок з рубцем на матці;
3. Провести дослідження психоемоційного стану жінок з рубцем на матці (після КР);
4. Визначити критерії оцінки рубця на матці при ультразвуковому дослідженні та за допомогою доплерометрії на різних термінах вагітності;
5. Дослідити морфологічний стан рубця на матці після попереднього кесарева розтину;
6. Розробити алгоритм прогнозування неспроможності рубця на матці після попереднього кесарева розтину;

7. Розробити методи прегравідарної підготовки та ведення вагітності і пологів у жінок з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину.

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

Предмет дослідження – стан репродуктивного здоров'я, перебіг вагітності та пологів, стан плоду та новонародженого, стан мікробіоценозу статевих шляхів, психоемоційний стан, ультразвукові особливості стану рубця на матці та плоду, морфологічні особливості рубця на матці та матки після попереднього кесарева розтину.

Методи дослідження: клінічні; функціональні; ехографічні та доплерометричні; морфологічні; імуногістохімічні дослідження; мікробіологічні; дослідження показників крові; статистичні та математичні.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше в Україні визначено нові морфологічні особливості рубця на матці та ризику його неспроможності під час пологів.

Уточнено особливості стану репродуктивного здоров'я жінок з рубцем на матці, що стало важливим для розробки принципів прегравідарної підготовки таких жінок.

Доповнено дані щодо особливостей змін мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних та вагітних жінок з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину, що дало змогу з'ясувати, що підґрунтям для розвитку неспроможності рубця на матці є запальні процеси, що супроводжуються змінами мікробіоценозу.

Проаналізовано особливості психоемоційного стану жінок з рубцем на матці, які дали змогу врахувати необхідну психологічну підтримку та лікування при призначенні прегравідарної підготовки та спостереження під час вагітності.

Дістало подальшого розвитку наукове знання щодо перебігу вагітності у жінок з рубцем на матці, що сприяло визначенню інформативних клінічних та інструментальних ознак неспроможності рубця на матці, а також науковому обґрунтуванню нових діагностичних критеріїв оцінки неспроможності рубця на матці.

Практичне значення одержаних результатів. Запропоновано шкалу оцінки стану РМ після попереднього КР у невагітних жінок та визначено новий показник – індекс артеріальної перфузії вагітних (ІАПВ).

Розроблено алгоритм діагностичних дій у жінок з РМ після попереднього КР та запропоновано методи прогнозування змін показника ІАПВ у популяції жінок дітородного віку в залежності від терміну настання вагітності та наявності неспроможності РМ після попереднього КР.

Розроблено систему прегравідарної підготовки та спостереження під час вагітності і пологів жінок з РМ після попереднього КР.

Впроваджено в практику. Результати наукових досліджень впровадженні в діяльність низки лікувальних установ: КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», КНП «Перинатальний центр м. Києва», КНП «Київський міський пологовий будинок № 2», КНП «Консультативно-діагностичний центр» Печерського району.

Особистий внесок здобувача. Внесок автора є основним і полягає у виборі теми, плануванні і організації роботи, патентному пошуку, визначенні мети, формуванні завдань досліджень. Здобувачем самостійно проаналізовано наукову літературу та патентну інформацію з проблеми пошуку шляхів зниження КР. Розроблено спеціальні програми спостережень, до яких відноситься карта з детальним визначенням основних клінічних особливостей перебігу вагітності, пологів, стану новонароджених і віддалених наслідків для жінок. Самостійно проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 240 жінок, з них: 90 жінок з РМ після КР, яких спостерігали в період після попереднього КР до настання наступної бажаної вагітності, а також під час вагітності і пологів; 90 жінок з РМ після КР, яких спостерігали тільки за відомими нормативними протоколами МОЗ України; 30 здорових невагітних жінок та 30 здорових вагітних жінок.

Особисто дисертантом проведено статистичний аналіз результатів дослідження, написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та

практичні рекомендації, забезпечено їх впровадження в медичну практику та відображено в опублікованих працях.

Апробація результатів дослідження. Основні положення роботи оприлюднено на таких наукових конференціях: «XXIII Міжнародний медичний конгрес студентів та молодих вчених» (2019 р.); «XXIV Міжнародний медичний конгрес студентів та молодих вчених» (2020 р.); III науково-практичній конференції з міжнародною участю «Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 29-ї Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH 2020» (2020 р.); IV International Scientific and Practical Conference «INTEGRATION OF SCIENTIFIC BASES INTO PRACTICE» (2020 р.).

Публікації. Основні положення дисертаційного дослідження, теоретичні та практичні висновки й рекомендації висвітлено у 15 наукових працях, з них: 7 – у фахових наукових виданнях, рекомендованих Міністерством освіти і науки України; 3 – в іноземних журналах; 2 – деклараційні патенти на корисну модель та 3 – на авторське право і суміжні права.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається з анотації, вступу, семи розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 221 сторінку, з них основного тексту – 151 сторінка. Список використаних джерел налічує 227 найменувань (92 латиницею, 135 кирилицею) та займає 23 сторінки. Додатки розміщено на 19 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМА РУБЦЯ ПІСЛЯ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1 Стан репродуктивного здоров'я у жінок після попереднього кесарева розтину

Питання здоров'я населення у більшості країн світу є пріоритетними, оскільки саме зміцнення та профілактика здоров'я забезпечують сталий розвиток суспільства [33, 55, 70, 103, 111]. Складова загального здоров'я – РЗ населення потребує особливо пильної уваги, оскільки від його стану залежить здоров'я всієї нації та майбутніх поколінь [13, 33, 38, 41, 98].

Світові дослідження та дослідження вітчизняних учених [33, 55, 70, 111] довели, що стан РЗ є надзвичайно вразливим до дії різноманітних факторів, серед яких група соціально-економічних має найбільш суттєвий вплив [33, 103]. Військові дії на Сході нашої країни, значна міграція і зубожіння населення також позначилися на стані РЗ. Серед багатьох проблем РЗ населення нашої держави, питання безпечної та ефективної пологодопомоги залишаються найбільш важливими. Частота нормальних, тобто фізіологічних, пологів за останні роки значно знизилася [38]. За даними офіційної статистики, лише третину пологів, які відбуваються протягом року, можна вважати фізіологічними. Патологічними є пологи, які відбуваються шляхом оперативного розродження. Серед операцій, які застосовуються при пологодопомозі, КР посідає перше місце. Техніки проведення хірургічного втручання щороку значно удосконалюються, однак поряд з цим збільшується перелік показань до проведення цього хірургічного втручання [16, 29, 38, 41, 55, 128]. Водночас важливість найбільш поширеної в акушерстві операції є безперечною, оскільки сприяє уникненню у більшості випадків ускладнень як для матері, так і для плоду [28, 57, 60–61, 70].

Зростання кількості операцій КР відбувається не тільки в Україні, але і за кордоном. Зокрема, у розвинених країнах світу їх частота сягає понад 25 %, а в країнах, що розвиваються – до 60 % [21, 43, 60, 220]. На думку більшості дослідників, таке збільшення частоти КР обумовлене лібералізацією показань до їх проведення, оскільки раніше існувала хибна думка про те, що КР є альтернативним методом розродження, який дає змогу знизити показники материнської і перинатальної смертності [88, 131, 212]. Така тенденція зберігається і за нинішніх умов, коли кожна третя дитина народжується оперативним шляхом. Підвищення кваліфікації лікарів, відкриття сучасних пологопомічних установ з оснащеними операційними також стало факторами активізації операцій КР [66, 89, 216].

У сучасних умовах таке зростання КР створює проблеми з РЗ прооперованих жінок [28, 66, 70]. Відомо, що така операція проводиться за абсолютними та відносними показаннями. Нині до абсолютних показань відносяться анатомічні зміни кісткового тазу жінки (вузький таз II–III ступеня), зміни в м'яких тканинах (рубцеві зміни або пухлини), передлежання плаценти або її відшарування, а також загроза або розрив матки, що розпочався [97, 109, 166]. Відносними показання є тазове передлежання плоду з великою масою тіла або його дистрес, дискоординація скоротливої діяльності матки, наявність РМ.

КР проводиться або в плановому, або в ургентному порядку, частіше в плановому. За даними багатьох дослідників [1, 3, 10, 41, 107–108, 183, 193], зазвичай КР застосовується для розродження при передчасних пологах, тяжкому гестозі, передлежанні плаценти, тазовому передлежанні плоду та ознаках його дистресу на тлі плацентарної дисфункції.

Наразі частими показаннями до планового КР є наявність у жінки акушерської або екстрагенітальної патології у поєднанні з віком (понад 30 років), а також наявності РМ після КР, тазового передлежання плоду з великою масою тіла та/або його дистрес [41, 127, 130, 133, 154].

Збільшення частоти КР через розширення показань до операції не завжди виправдане і відбувається унаслідок підвищення відносних показань. Аналіз деяких досліджень доводить, що оперативне розродження жінок дає змогу знизити показники перинатальної смертності у понад двічі [41, 224]. Безумовно, такі результати КР є виправдані, оскільки призводять до зниження перинатальної захворюваності і смертності. Проте інші дослідники вважають, що зростання частоти КР за відносними показаннями не змінює показники перинатальної смертності, а підвищує ризик розвитку післяопераційних ускладнень та появу змін у стані РЗ жінок [3, 41, 117].

Постійне зростання частоти операції КР зумовлює проблему наявності РМ у жінок. За останні роки ця проблема стала однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві [94, 202, 221, 227]. Дослідження вчених свідчать, що жінки з РМ після КР при наступній вагітності розроджуються зазвичай шляхом повторного КР, і лише до 10 % жінок з РМ – народжують через природні пологові шляхом [38, 94, 98]. Новими у цьому напрямі є дослідження [41], які дали змогу розробити систему заходів для розродження жінок з РМ вагінальним шляхом, при цьому автору вдалося завдяки впровадженню цієї системи, збільшити до 65 % рівень фізіологічних пологів.

Новітні технології ведення вагітності в пологових залах сімейного типу з використанням родинно-орієнтованих технологій та партнерських пологів є надзвичайно важливими для зниження частоти акушерської і перинатальної патології та розродження жінок з РМ через природні пологові шляхи [41, 59, 92, 94].

Аналіз результатів хірургічного розродження, проведений багатьма вченими [20, 25, 47, 115, 139, 152, 194–195, 214], продемонстрував, що збільшення частоти абдомінального розродження не вирішує наявних проблем охорони здоров'я матері і дитини. Важливими є результати досліджень, які вказують, що материнська захворюваність і смертність після КР може бути до 25 разів вища, ніж при пологах через природні пологові шляхи [7, 72, 75, 114, 120, 144, 196].

Згідно з деякими іноземними дослідженнями матка, яка має розріз після КР у післяопераційному та віддалених періодах, є анатомічно та функціонально неповноцінним органом, що у майбутньому створює т. зв. проблему «оперованої матки» та проблему РМ. Саме тому перебіг репаративних процесів у ділянці рубця та наступне його формування є надзвичайно важливим для подальшого стану РЗ жінки, а також настання вагітності і майбутніх пологів [19, 63, 76, 85, 99, 113, 116, 120, 199, 215].

Гнійно-запальні захворювання у структурі післяопераційних ускладнень зустрічаються найчастіше, являють собою значну акушерську проблему і не мають тенденції до зниження. Відсоток післяопераційних захворювань досить високий і коливається від 5,2 % до 40 %, а при поєднанні декількох факторів може досягнути 91 % [23, 48, 125]. У понад 50 % пацієнток після КР переважає стерта симптоматика запального процесу. З огляду на це жінки після абдомінального розродження, особливо повторного, складають групу високого ризику з розвитку гнійно-запальних ускладнень [23]. Результати цих досліджень є надзвичайно важливими, оскільки дають змогу з'ясувати, що у вагітних із РМ частота соматичної і акушерсько-гінекологічної патології достовірно вища, ніж у вперше оперованих. Жінок із РМ необхідно віднести до групи підвищеного ризику з розвитку акушерських і перинатальних ускладнень як під час вагітності і пологів, так і в післяопераційному періоді [23]. При цьому репродуктивні втрати у жінок з РМ у 7 разів вищі порівняно з їх кількістю у вперше оперованих, а у жінок з неповноцінним рубцем у 1,3 рази вище, ніж у жінок із повноцінним РМ. Через це жінки, розроджені абдомінальним шляхом, підлягають винятковому нагляду на етапі диспансерного спостереження для відновлення репродуктивної функції організму [23].

Більшість учених схиляються до думки, що операція КР призводить до збільшення кількості жінок з розладами РЗ [22, 25, 29, 89]. Дослідження віддалених результатів стану РЗ у жінок з РМ після КР дали змогу з'ясувати, що частота патологічних змін у матці складає понад 46 %, з яких понад 36 % –

це гіперпластичні процеси ендометрію (з яких 62,9 % – поліпи ендометрію і 37,1 % – ендометріальна гіперплазія); наявність рубцевої сполучної тканини (10,3 %), лігатур (5,2 %) і дефектів рубця у вигляді ніш – 2,1 %. Після самостійного розродження жінок з РМ лише у 6,0 % діагностують наявність сполучної тканини в ділянці післяопераційного РМ [29].

Інші дослідження доводять, що репродуктивна функція після повторного КР повністю відновлюється лише у 40 % жінок [129, 131, 206]. У такому разі більш високий ризик ектопічної вагітності та викиднів [206, 210]. Наявні й поодинокі дослідження, присвячені особливостям перебігу вагітності та пологів у жінок з КР в анамнезі. Їхні результати дають змогу скласти загальне уявлення, що протягом наступної вагітності має місце більш висока питома вага акушерських ускладнень: передчасного переривання, прееклампсії, плацентарної дисфункції, аномалій прикріплення та розташування плаценти, передчасного її відшарування, тазового передлежання плоду [192].

Нині у світових наукових джерелах фігурує термін «хвороба оперованої матки» [77, 89, 122, 169]. Патогенетичний механізм цього порушення проявляється в місцевих змінах на рівні органу-мішені у поєднанні з імунологічними та ендокринологічними розладами. На тлі цього стану у жінок після КР часто розвивається порушення менструального циклу (МЦ) у вигляді альго- і поліменореї, виражений больовий синдром, нейроендокринні та гормональні розлади, зміни рецепторного апарату, які є визначальними факторами розбалансування функцій вісі «яєчники – гіпоталамус – гіпофіз – надниркові залози» [122]. З огляду на це, у жінок з РМ, які планують у майбутньому вагітності, складаються передумови підвищеної ймовірності перинатальних ускладнень унаслідок порушень умов росту й розвитку фетоплацентарного комплексу, а також схильності до невиношування й недоношування, аномалій скоротливої діяльності в пологах.

Дослідження віддалених наслідків КР показало, що синдром хронічних тазових болей спостерігався у 33,3 % жінок, що перенесли КР [105]. Інтенсивність больового синдрому, зазвичай, була пов'язана з фазами МЦ –

болі посилювалися напередодні менструації та знижувалися після. Також протягом року після КР 30,0 % жінок відмічали порушення МЦ. Окрім того, у прооперованих жінок серед клінічних симптомів виявлялися болісний статевий акт (у 20,0 %) і порушення сексуальної функції у вигляді зниження лібідо (33,3 %).

Інші дослідники також виявили вплив перенесеного КР на сексуальну функцію жінки. Зокрема [41, 54], було встановлено, що частота сексуальних дисфункцій у жінок через 1–3 роки після пологів через природні пологові шляхи становить 27,5 % та абдомінального розродження – 52,5 %, через 4–7 років – 16,9 % і 39,5 %, через 7–10 років – 55,6 % та 8,0 % відповідно. У жінок з абдомінальним розродженням в анамнезі ступінь вираженості та частота сексуальних порушень відзначалася удвічі частіше, ніж у жінок, які народжували природними пологовими шляхами [54].

Аналіз особливостей репродуктивної функції, проведений науковцями, показав наявність у 43,3 % жінок, які перенесли КР, високої частоти артифіційних абортів [105]. Частота мимовільних абортів була теж достатньо високою і становила 26,7 %, при цьому пізніх було 16,7 %, а передчасні пологи – 6,7 %. Окрім того, дослідженнями було доведено, що рівень гінекологічної захворюваності суттєво впливає на частоту і особливості розвитку різної акушерської патології. Найчастіше у жінок, які перенесли КР, відмічалися запальні процеси матки і придатків, а також діагностувався патологічний стан шийки матки. Зокрема, ці зміни спостерігалися у 40,0 % обстежуваних жінок [105]. Частота різних запальних уражень геніталій, таких, як ендометрит, метроендометрит, сальпінгоофорит, пельвіоперитоніт, спостерігалась у 66,7 % жінок, що перенесли КР. Іншим виявленим порушенням РЗ було порушення МЦ, що спостерігалось у 20,0 % жінок. Окрім того, достатньо часто після попереднього КР у жінок мали місце гінекологічні операції, а саме: з приводу позаматкової вагітності, апоплексії яєчника і доброякісних пухлин придатків, які коливалися від 6,7 % 10,0 %. На підставі проведених досліджень було визначено, що рівень генітальної патології, насамперед запальних

процесів, суттєво впливає на клінічний перебіг післяопераційного періоду при абдомінальному розродженні та за певних обставин може проявлятися розвитком гнійно-запальних ускладнень. Гінекологічні захворювання зустрічалися часто в поєднанні і виявилися несприятливим преморбідним фоном для розвитку ускладнень при наступній вагітності.

Чимало дослідників довели, що попередній КР може здійснювати негативний вплив на стан подальшого РЗ жінок, зокрема у таких жінок часто можуть виникати безпліддя, звичне невиношування та порушення МЦ [1, 19–20, 76, 120, 133, 139, 145, 152].

Дослідження стану здоров'я жінок та його катамнезу після перенесеного КР показали, що в більш пізньому періоді у жінок, які перенесли КР, спостерігались у 13–25 % болі, що викликали дискомфорт у житті жінки [1, 76, 113–114, 133, 154]. У таких жінок мали місце хронічні запальні процеси, які супроводжувалися злуковим процесом у ділянці органів малого тазу і обумовлювали зміщення матки [63, 112–113, 120, 154].

Спостереження за гінекологічною захворюваністю, сексуальним здоров'ям та розвитком післяопераційних ускладнень у жінок, що перенесли КР, виявило, що хронічні запальні процеси геніталій зустрічались у 30 % жінок, вторинне безпліддя – у 7 % жінок, порушення менструальної функції – у 40 % жінок, зниження лібідо – у 45 %, на тазовий біль скаржилося 35 % жінок, прояви ендометріозу спостерігались у 15 % жінок, неповноцінний РМ виявлявся у 15 % жінок, аномалії розташування матки – у 20 % та післяопераційні грижі виявлялись у 3 % [63, 76, 79, 112, 116].

Окрім того, відомо, що важливою складовою поняття РЗ є стан психічного здоров'я. Поодинокі дослідження [94] вивчення психологічного статусу у жінок, що перенесли КР, свідчать, що порушення психологічного статусу відіграють суттєву роль у розвитку ускладнень вагітності при повторній операції, зокрема високої частоти емоційної нестабільності (57,0 %), зниженого або мінливого настрою (53,0 %) та тривожного стану щодо майбутньої дитини (45,0 %).

Учені стверджують, що психоемоційні особливості у жінок з РМ залежать від методу розродження, при цьому варіант самостійних пологів є сприятливішим. Також проведені дослідження дали змогу підтвердити, що при самостійних пологах задоволені варіантом розродження були 78,0 % жінок, і лише 20,3 % жінок – при повторному КР. Високий рівень тривожності за стан дитини відмічений у 43,2 % жінок, розроджених оперативним шляхом, і лише у 2,0 % жінок цей показник виявлявся при природних пологах. Високий рівень самооцінки був відмічений у 86,0 % жінок після природних пологів і лише у 7,4 % жінок – після повторного КР.

Дослідження останніх років, присвячені вивченню стану психічного здоров'я у жінок, що перенесли КР, використовували різні психологічні методи та тести, які доповнювали за інформативністю один одного [41]. Зокрема, було з'ясовано, що у вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом спостерігаються зміни в стані психічного здоров'я, які проявлялися психоемоційною нестабільністю і супроводжувалися збільшенням показників ситуативної тривожності. У вагітних з РМ цей показник коливається від 22,7 % до 47,3 %, а також відбувається збільшення особистої тривожності від 23,3 % до 46,0 %. Особистість вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом характеризується психопатологічними розладами, труднощами в міжособистісних відносинах, невпевненістю у собі, нездатністю до прийняття самостійних рішень та відзначаються проявами тривоги і депресії. Такі жінки на ситуацію дезадаптації реагують проявами астенії, інертністю та пасивністю. Найбільш виражені зміни у психоемоційному стані вагітних з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом були виявлені у вигляді проявів помірної депресії у вагітних з РМ і спостерігалися у 18,7 % [41].

Дослідження стану РЗ у жінок після КР довели, що основним фактором адекватної підготовки жінок з РМ після КР до наступної спроби вагінальних пологів є психопрофілактична підготовка не тільки під час вагітності, а й на

етапі планування [105]. Окрім того, важливою є корекція змін у психоемоційному стані жінок після КР.

Згідно з дослідженнями комплекс діагностичних та лікувальних заходів на прегравідарному етапі жінкам за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу треба розпочинати не пізніше, як за півроку до планування вагітності з використанням психотерапії, аутотренінгу та емоційного розвантаження [41].

Вагомим параметром, що характеризує стан РЗ, є аборти. Нині в Україні основним методом планування сім'ї і регуляції народжуваності, як і раніше, залишається артіфіційний аборт, незважаючи на великий арсенал різних контрацептивних засобів. Зокрема, ускладнення після абортів спостерігаються у кожної третьої жінки. Провідними серед них є запальні хвороби геніталій, безпліддя, невиношування [33, 46–47, 58, 107, 114, 126, 141]. Проведені у цьому напрямі дослідження показали, що частота абортів у жінок, що перенесли КР, складає 43 %, що майже у 4,5 рази більше, ніж у тих, які народжували через природні пологові шляхи [53, 90, 128, 135]. Жінки з рубцем на матці перед першим КР у 16,8 % мали втрати вагітності [135], а перед повторним КР – 15 %. Ученими встановлено, що у жінок з неповноцінним РМ штучний аборт проводився у 1,6 рази частіше, ніж у пацієнток з повноцінним рубцем, і у 4,6 рази – ніж у жінок без РМ. Більшість досліджень доводять, що штучне переривання вагітності зазвичай призводить до росту гінекологічної захворюваності і може бути підґрунтям для материнської і перинатальної захворюваності та смертності [6, 24, 58, 90–91, 226–227].

Інший параметр, що характеризує стан РЗ, – це невиношування вагітності, частота якого в Україні коливається від 17 % до 20 % [24, 53, 107, 128, 226]. Проведені у цьому напрямі дослідження свідчать, що частота мимовільних викиднів у жінок після КР становила 17,6 % [135]. У жінок з неповноцінним РМ мимовільні викидні відбувались у 1,7 разів частіше, ніж у жінок після КР з повноцінним рубцем. Тобто жінки, розроджені КР,

мають обтяжений дітородний анамнез і складають групу високого перинатального ризику.

Максимальна загроза для репродуктивної функції жінки, інфікованої при КР, у третині випадків може стати причиною вторинного безпліддя [19, 63, 76, 114, 133].

У результаті проведених досліджень на прегравідарному етапі з'ясовано, що нормальний біоценоз спостерігався лише у 56,7 % жінок, що перенесли КР, у решти діагностувались явища бактеріального вагінозу [105].

Високий рівень хронічних запальних процесів геніталій у жінок після КР потребує проведення оцінки основних показників мікробіоценозу статевих шляхів. Результати проведених мікробіологічних досліджень показали, що у пацієнток після КР відмічається значне пригнічення лактофлори, яка забезпечує резистентність колонізації [102, 105]. На цьому тлі відбувається розширення спектру і збільшення чисельності умовно-патогенної мікрофлори. Хоча мікроскопічна картина вагінальних виділень характеризується відносним збільшенням мікробного малюнку, при бактеріологічному дослідженні у значній кількості виявляються асоціації мікроорганізмів, особливо їх анаеробні представники. Також ці дослідження продемонстрували, що така мікробіологічна картина становить загрозу РЗ жінки. З огляду на це, учені вважають за доцільне проводити не тільки бактеріоскопічне, але і детальне бактеріологічне дослідження для виявлення потенційних патогенів. Так як зміни мікроекології піхви несуть серйозну загрозу настанню вагітності, виникає необхідність їх своєчасної корекції [105].

За останні роки у провідних країнах світу, зокрема країнах Британської співдружності та Скандинавських країнах, почали використовувати класифікаційну систему – «Критерії М. Robson» у модифікації D. Farine, D. Shepherd, яка складається з 10 груп опису клінічних параметрів, за якими проводилося КР [88, 132]. Ця система оцінки дає змогу визначити адекватність показань до операції та співставлення у межах різних рівнів її проведення

(місцевого, регіонального, національного). Розробники цих критеріїв вважають, що такий аналіз дає змогу вплинути на зниження загального рівня КР.

Отже, огляд літературних джерел свідчить про те, що у жінок, які перенесли КР, відбуваються зміни в стані РЗ, що потребує подальших досліджень.

1.2 Особливості перебігу вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з повторним кесаревим розтином

Збільшення частоти абдомінального розродження жінок зумовлює важливу проблему наявності РМ [1, 38, 55, 193, 212]. Поодинокі літературні джерела, присвячені дослідженню перебігу наступної вагітності, свідчать про часте виникнення різних ускладнень вагітності під час пологів та в післяпологовому періоді, ускладнень з боку плоду [41]. Новонароджені у жінок з РМ народжуються з порушенням стану у разі повторного розродження шляхом КР [42, 79, 131, 144–145].

За даними дослідників, РМ визначає особливості виношування вагітності, яка часто перебігає з ознаками загрози переривання, плацентарної недостатності, неправильним положенням плоду, збільшенням частоти тазового передлежання тощо [36, 42, 50, 58, 64, 71]. Крім того, у жінок з РМ розвивається затримка внутрішньоутробного росту плоду, у зв'язку з плацентарною дисфункцією [36, 42]. Інші науковці акцентують на тому, що вже в першій половині вагітності найчастішим ускладненням є загроза її переривання, яка зустрічається від 16 % до 20 % випадків [24, 88, 105, 107, 157].

Визначення наявності соматичної захворюваності у жінок з РМ показало, що її рівень має не менш суттєве значення для перебігу вагітності [41]. Також було встановлено достатньо високу її частоту та наявність патологічних змін у різних органах і системах, зокрема серцево-судинної (до 26,0 %) та ендокринної (20,7%). Однак було відзначено високу частоту захворювань нирок (15,3 %) та захворювань шлунково-кишкового тракту (20,7 %). Також доведено, що

наявність екстрагенітальних захворювань в обстежених вагітних суттєво впливає не тільки на перебіг вагітності і пологів, але й на перебіг післяпологового періоду у жінок з РМ [41].

У другій половині вагітності у жінок з РМ зустрічаються, за даними деяких дослідників, різні ускладнення, серед яких переважає анемія вагітних (від 50 % до 60 %) [105]. Також у цей період вагітності у жінок з РМ часто зустрічається гестоз та плацентарна дисфункція [41]. При цьому визначали, що частота плацентарної дисфункції становила понад 15,3 %, прееклампсії – 13,3 %, а анемії – 18 %.

Інші науковці спостерігали більш високі показники плацентарної недостатності у жінок з РМ (понад 40 % жінок) [105]. Ці самі дослідження відзначають, що багатоводдя зустрічається у вагітних з РМ від 10 % до 20 %, а маловоддя – від 6,7 % до 13,3 %. При цьому досить часто у вагітних з РМ було діагностовано затримку внутрішньоутробного розвитку плоду, яка складала від 6,7 % до 16,7 %. Результати таких досліджень дають підстави стверджувати, що у вагітних з РМ зазвичай розвивається плацентарна дисфункція. Зокрема, за даними ультразвукового дослідження, проведеного на 32–33 тижні, відмічено достовірне зменшення розмірів голівки плоду, зниження його розмірів живота і грудної клітки, а також достовірне зменшення середньої довжини стегна на цьому терміні вагітності [12, 105, 139].

На думку більшості дослідників, для адекватної оцінки стану фетоплацентарного комплексу в динаміці вагітності, доцільно проводити кардіотокографічні дослідження [27, 40, 41, 51, 61, 100]. Ці результати показали, що у вагітних з РМ спостерігаються зміни стану плоду, які характеризуються як гіпоксичні. Вираженість гіпоксичних змін плоду залежить від акушерських ускладнень та особливостей попереднього репродуктивного анамнезу. Також виявляються відмінності в стані матково-плацентарно-плодового кровотоку. Згідно з дослідженнями показники кровотоку в артеріях пуповини на 32–33 тижні достовірно не змінюються у вагітних з РМ, а на 38–39

тижні вагітності було виявлено достовірне зменшення гемодинамічних показників при доплер-дослідженні [105].

Інші дослідження [41] щодо визначення особливостей матково-плацентарного і плодового кровообігу у жінок з РМ засвідчили появу гемодинамічних змін на більш ранньому терміні вагітності.

Розлади матково-плацентарно-плодової гемодинаміки у вагітних з РМ можуть зумовлювати відповідні зміни в стані плаценти [23, 41, 60, 61, 94, 100, 133]. За умови повторної вагітності, у жінок з РМ ймовірність аномальної плацентації збільшується до 10 разів. Проявами таких порушень є низька плацентація, передлежання плаценти та її справжнє прирощення [60, 121]. Тобто морфогенез плаценти залежить від стану розвитку матково-плацентарного кровотоку.

Окрім того, вже з 16–18 дня після імплантації відбувається інвазія інтерстиціального цитотрофобласта, а ще на 5–6 тижні вагітності – її перша хвиля, внаслідок якої з'являються клітини цитотрофобласта в ендометріальних сегментах спіральних артерій. Це призводить до розширення спіральних артерій та їх проникнення у міжворсинчастий простір, що створює умови для формування матково-плацентарного комплексу [49, 60, 73, 186, 213, 221].

Більш пізній термін (16–18 тиждень вагітності) визначається наступним етапом інвазії, за якого відбувається руйнація еластом'язових компонентів судин та їхнє заміщення фібриною, унаслідок міграції клітин внутрішньосудинного цитотрофобласта у міометральний сегмент спіральних артерій. Процес деструкції ендо- і міометральних сегментів спіральних артерій забезпечує зниження відповіді на вазопресинові фактори, внаслідок чого відбувається подальший розвиток матково-плацентарного комплексу [87, 60].

Ускладнений перебіг вагітності і пологів у жінок після попереднього КР може бути зумовлений наявністю післяопераційного РМ [1, 29, 41, 88, 100, 157]. Не частим є виникнення вагітності в ділянці післяопераційного рубця. Така імплантація плідного яйця в рубці після КР може призвести до розриву матки ще на ранніх термінах вагітності та значної кровотечі [10, 15, 19, 79, 133,

221, 227]. У разі, коли імплантоване в ділянці рубця плідне яйце продовжує розвиватися, більшість дослідників вказують на агресивний перебіг такої вагітності і вважають, що це зумовлено швидкою інвазією міометрію [75, 133, 134]. Загроза розриву матки суттєво обмежує змогу консервативного ведення такої вагітності [138, 143], оскільки акушерська ситуація вимагає більшої пильності, ніж у разі діагностики передлежання плаценти або вращення плаценти. Подібний стан є загрозливим як щодо виникнення ускладнень вагітності, так і розриву матки на будь-якому терміні [96, 195, 201].

Зазвичай причиною розриву матки уздовж рубця є розшарування рубцевої тканини. Серед жінок з неспроможністю рубця при наступній вагітності переважають ті, у яких інтервал між КР і наступною вагітністю складав менше 6 місяців [20].

Тривалі закордонні дослідження дали підстави стверджувати, що ризик розриву матки у жінок з рубцем після попереднього КР становить 1 на 25 тис. жінок. При цьому розрив матки за наявності рубця відбувається достатньо рідко, зазвичай таке загрозливе ускладнення виникає через передлежання плаценти, або через низьку плацентацию. Дослідники довели, що важливий негативний вплив може зумовлювати вишкрібання стінок матки в кінці операції, що призводить до руйнації ендометрію матки. Такі ускладнення у жінок з РМ після попереднього КР при наступній вагітності, на думку учених, обумовлює стани, коли плідне яйце імплантується низько, а деколи – в ділянці самого рубця. Зміни в стінці матки після вишкрібання під час КР спричиняють серйозні порушення в ендометрії, тому плацента виростає глибше – аж в міометрій, а іноді і в параметрій, що змушує проводити гістеректомію [64, 204].

Дослідження, які мали за мету визначити розташування плаценти за даними УЗ-досліджень під час вагітності [105], показали, що плацента у жінок з РМ після попереднього КР найчастіше локалізується уздовж задньої стінки матки (46,7 %) та в дні (33,3 %). При цьому вже на ранніх термінах вагітності у таких жінок відбувається розташування плаценти на передніх і бокових стінках, але значно рідше (по 10,0 %). На підставі проведених досліджень було

визначено частоту розміщення плаценти за чотирма основними варіантами її локалізації у вагітних з РМ [105]. Зокрема, перший варіант – задня стінка матки, – зустрічається у 30,0 % жінок; другий варіант – передня стінка матки поза рубцем, – зустрічається у 25,0 %; третій варіант – це безпосередньо в ділянці рубця на матці (у 25,0 % жінок) та четвертий варіант, коли плацента розташована у дні матки (у 20,0 % жінок). Збільшення частоти розташування плаценти на передній стінці матки у жінок з РМ необхідно враховувати при проведенні діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ехографічні зміни плаценти у жінок з РМ на терміні вагітності 32–33 тижні були більш виражені, що проявляються розширенням судин плаценти (16,6 %) і гіперехогенними включеннями в структурі плаценти (13,3 %). Зміни в плаценті за наявності РМ на 38–39 тижні вагітності продовжували поглиблюватися. При цьому майже в кожному третьому випадку було діагностовано варикозне розширення судин плаценти, гіперехогенні включення в її структурі та гіпертрофія [105].

Зростання кількості жінок з неповноцінним РМ після КР є наслідком хірургічного втручання в пологах, що, натомість, призводить у майбутньому до збільшення частоти повторного оперативного розродження жінок при наступних вагітностях. Саме тому виникає важливе питання, як безпечно і найкраще розродити жінку з РМ. Безсумнівно, насамперед необхідно чітко визначити ознаки морфофункціональної повноцінності матки. Однак стає очевидним, що питання морфогенезу рани матки недостатньо відображені в сучасній науковій літературі і тому потребують подальшого вивчення [17, 25, 35, 44].

Дослідження показань до КР та механізму розвитку ускладнень показали, що їх виконання, передусім, залежить від проведення найбільш відповідальних етапів операції – розрізу і зашивання рани на матці. КР за останні десятиліття зазнав певних змін як при проведенні самої операції, так і при використанні шовного матеріалу [55, 71, 106, 154, 164, 172, 174, 177, 197, 203, 214].

Важливим фактором для успішного проведення операції та розвитку післяопераційних ускладнень є тривалість хірургічного втручання. На думку дослідників, резервом скорочення тривалості операції є відмова від розтину міхурово-маткової складки та від її відшарування. Виключення цього етапу не призводить до зростання частоти інфікування та спайкового процесу і зменшує потребу в анальгетиках після операції [89].

Наступним важливим етапом проведення КР є зашивання рани на матці, яке зазнало змін у сучасних умовах. Цей етап операції дотепер залишається предметом обговорень і нових досліджень [7, 66, 106, 154, 164, 177]. Більшість дослідників [1, 3, 28, 55, 71] вважають найбільш доцільним накладання дворядного шва, а деякі доводять переваги однорядного шва. Погляди розходяться також у питанні, чи проколуювати слизову оболонку. Немає одностайності щодо того, який шов слід накладати на матку – безперервний або окремі [89]. Окремі м'язово-м'язові шви у два поверхи мають недоліком розташування вузлів першого ряду між дотичними поверхнями розрізу. Як більш гемостатичні й міцні, розглядають м'язово-слизові шви при зашиванні першого ряду. Запропоновано зав'язування вузлів першого ряду вбік порожнини матки, з проходженням шва через усі шари, і накладання другого ряду окремих подібних швів.

Дискусійним залишається питання щодо механізму зниження частоти інфікування шва і ризику розвитку ендометріозу рубця. Є припущення, що, можливо, зниженню частоти інфікування післяопераційного шва при КР сприяє перший ряд м'язово-слизових швів з використанням нитки [21, 23, 37, 81, 146, 148, 153, 219].

Прихильники однорядного ушивання наводять дедалі більше клінічних доказів того, що загальна частота запальних ускладнень при ушиванні однорядним швом є у 1,5–2 рази нижчою і значущою [44, 106, 146, 150, 153, 164]. При цьому найбільш зручним і швидко відтворюваним визнано безперервний «обвивний» або «скорняжний» м'язово-м'язовий або слизово-м'язовий шов.

Чимало вчених не відмовляються від дворядного шва або з часом повертаються до цієї технології, пропонуючи нові модифікації, аби забезпечити на майбутнє «спроможний» рубець [1, 3, 28, 55, 71, 106]. Ушивання однорядним швом, зокрема при модифікації КР за Stark, підтверджує подальше краще заживлення зони післяопераційного рубця, що забезпечує значно нижчу частоту розвитку ускладнень [37, 89, 106, 133].

На підставі численних досліджень встановлено вплив шовного матеріалу та техніки операції на заживлення післяопераційної рани [68, 89, 136].

Важливим питанням ведення вагітності та пологів у жінок з РМ є консультування жінки стосовно спроби пологів через природні пологові шляхи. При проведенні такого консультування, лікар акушер-гінеколог має ретельно визначити стан здоров'я жінки, з урахуванням повної інформації про перебіг попередньої вагітності та розродження жінки шляхом КР.

На думку вітчизняних дослідників [34, 62, 64, 67, 200], ведення пологів через природні пологові шляхи після КР повинно здійснюватися з урахуванням: чи був у жінки в анамнезі єдиний КР поперечним розрізом у нижньому сегменті матки, неускладнений перебіг післяопераційного періоду, головне передлежання плоду при наступній після КР вагітності, невеликі розміри плоду (вага не більше 3 500 г) і задовільний стан плоду, нормальні розміри тазу жінки, розміщення плаценти не в ділянці РМ, наявність досліджень, що підтверджують спроможний стан РМ, доношена вагітність, відсутність інших показань для розродження вагітної шляхом повторного КР.

Більшість науковців стверджують [1, 3, 28, 41, 55, 71, 88], що при виборі методу розродження жінок з РМ, необхідно зважати на протипоказання, які є абсолютними і відносними. До абсолютних протипоказань належать: попередній корпоральний КР або якірний розріз матки, гістеротомія в минулому, розрив матки в минулому, плацентація в рубці, інші протипоказання для проведення пологів природними шляхами, відмова пацієнтки. До відносних протипоказань до вагінальних пологів можна віднести: понад один РМ, макросомія (очікувана маса плоду понад 4 000 г), невідомий тип розрізу матки

(у разі великої ймовірності вертикального), тазове передлежання плоду, багатоплідна вагітність.

Запорукою проведення вдалив вагінальних пологів є забезпечення для матері та плоду, за наявності рубця на матці, безпеки їх здоров'ю та життю. При цьому, на думку більшості учених [2, 36, 41, 64, 65, 86], слід проводити: ретельний відбір вагітних з РМ до спроби вагінальних пологів; оцінку умов і протипоказань, визначених нормативними документами МОЗ України; визначення спроможності післяопераційного РМ; оцінку ризику ускладнень для кожної пацієнтки індивідуально; слід проводити вагінальні пологи тільки в стаціонарах, де є підготовлений висококваліфікований персонал та можливість безперервного моніторингу за станом плоду та матері, а за необхідності проведення екстреного КР, – достатню поінформованість вагітної щодо можливості вагінальних пологів з її особистою письмовою згодою.

Ведення вагінальних пологів у жінок з РМ після попереднього КР має свої особливості [41, 64]. Зокрема, в першому періоді пологів спостереження за роділлем від початку пологової діяльності повинно відбуватися тільки в пологовому блоці, обов'язкове ведення партограми, проведення пологів за протоколом нормальних пологів, за винятком постійної КТГ плоду, медикаментозне знеболення пологів з переважним використанням пери- або епідуральної анестезії. До особливостей проведення другого періоду пологів слід віднести: проведення вагінальних пологів відповідно до акушерської ситуації з можливим використанням, за необхідності, акушерських щипців, вакуум-екстракція плоду, епізео- та перінеотомії за акушерськими показаннями.

Аналіз ведення пологів у жінок з РМ після попереднього КР [105] показав, що майже у кожній п'ятій вагітній мав місце патологічний прелімінальний період (20,0 %), передчасний розрив плодових оболонок (20,0 %) і відзначалися аномалії пологової діяльності (23,3 %). У кожному десятому спостереженні за станом плоду виявлялася його прогресуюча внутрішньоутробна гіпоксія. Ускладнення другого періоду пологів у таких

жінок визначалися при вагінальних пологах загрозливим розривом промежини у понад 16,7 %.

Особливу увагу при вагінальних пологах у жінок з РМ після попереднього КР слід приділити ознакам загрози або початку розриву матки, що є, у такому разі, показаннями для екстреної лапаротомії та подальшого абдомінального розродження [64]. При цьому важливо зосередити увагу на: погіршенні стану плоду (за даними КТГ), появу напруження у надлобковій ділянці, появу кров'янистих виділень зі статевих шляхів, скарги на гострий біль у ділянці нижнього сегменту матки між і під час перейм та при його пальпації, раптова зупинка пологової діяльності.

Головним фактором ризику розриву матки у жінок з РМ є неадекватна пологодистимуляція. Ризик розриву матки зростає у 15,6 разу після пологодзбудження простагландинами. Дослідження багатьох учених виявили, що ймовірність розриву матки під час вагінальних пологів невелика і становить 0,5 % за умови, що пологи не стимулюються штучно [64, 71, 83, 204, 226]. Те, що пологодзбудження підвищує ризик розриву матки, підтверджено дослідженнями, проведеними серед 35 тис. жінок у Шотландії [1, 101, 187, 189].

Згідно з деякими дослідженнями [94] використання родинно орієнтованих технологій у жінок з РМ дає змогу поліпшити не тільки перебіг вагітності, знизити частоту порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу, але й нормалізувати психоемоційний статус жінок і сприяти розродженню через природні пологові шляхи без погіршення показників перинатальної патології і постнатальної адаптації новонароджених.

Третій період пологів у жінок з РМ необхідно проводити активно [64], з обов'язковою ручною ревізією порожнини матки. Зазвичай третій період пологів може ускладнюватися кровотечами [105]. Кровотечі у таких жінок у послідовому періоді були обумовлені інтимним частковим прикріпленням плаценти та дефектом плацентарної тканини і спостерігалися у 11,2 %.

Перинатальні наслідки розродження жінок з РМ залежать від причин його появи [49]. У дітей, народжених жінками після повторного КР, спостерігається:

вища частота клінічних ознак дистресу плоду (16,0 %), морфофункціональна незрілість (28,0 %), набряковий синдром (22,0 %), вегетативно-неврологічні розлади (8,0 %) та постгіпоксична енцефалопатія (24,0 %).

За даними більшості авторів [1, 3, 23, 28, 55, 741], понад 60 % жінок, які перенесли оперативне розродження, КР був здійснений переважно з урахуванням інтересів плоду. Проведені дослідження показали, що при розродженні шляхом КР для новонароджених характерна велика ймовірність розвитку пограничних та патологічних станів у ранньому неонатальному періоді. Неонатальна захворюваність у них утричі вища, ніж у народжених через природні родові шляхи [40, 45, 62, 66, 89, 100].

Проте проведення КР не гарантує можливих ускладнень для дитини, зокрема і травматичного характеру. Найбільш частими є утруднення при виведенні плоду з матки, які можуть виникати навіть при планових операціях, при високому розташуванні голівки над входом малого тазу і при великому розмірі плоду [89, 136].

Такі ускладнення під час операції для дитини можуть спостерігатися і при виведенні голівки у випадках її низького розташування у порожнині тазу, а також при виведенні голівки через розтин черевної стінки у разі її недостатньої дії анестезії і релаксації та за невідповідного за розміром розрізу на матці. Частота утруднень при виведенні голівки при КР у нижньому сегменті поперечним розрізом коливається у межах 0,3–6,7 % [27, 89, 119, 144, 197].

При вилученні дитини шляхом абдомінального розродження, можуть виникати ускладнення КР, зумовлені цим тривалим (понад 8–10 хв) процесом, у такому разі збільшується ризик народження дітей з низькою оцінкою за шкалою Апгар, з ацидозом, надмірною концентрацією норадреналіну в артерії пупкового канатика [19, 28, 41, 45, 89, 136]. Тому існує особлива проблема стану здоров'я дітей, які народжені шляхом КР. За даними дослідників, частота респіраторних розладів у доношених новонароджених, вилучених шляхом планового КР, коливається в широкому діапазоні від 1,8 % до 30 %, що значно

вище, ніж при проведенні КР у пологах (від 1,2 % до 11,2 %) та суттєво вище, ніж у дітей, народжених природним шляхом [89, 123].

У разі, коли у вагітної наявна екстрагенітальна патологія, загальний стан 27–30 % новонароджених має ознаки дистресу. Це відбувається як під час вагітності, так і під час пологів [40, 45]. Показники дистресу плоду у вагітних, які розроджуються за показаннями до початку пологової діяльності у 2–3 рази вищі, при цьому швидкий перехід плоду до позаутробного життя зумовлює несприятливий вплив на його загальний стан і порушує адаптаційні механізми, які виникають компенсаторно при вагінальних пологах [23, 40, 45]. Як показали проведені дослідження, кількість захворювань у розрахунку на одного малюка у жінок з РМ у 1,3 рази вище від захворюваності немовлят, народжених шляхом першого КР. Водночас захворюваність немовлят у жінок з неповноцінним рубцем у 1,5 рази вища, ніж у матерів з повноцінним рубцем та вперше оперованих. У немовлят, народжених шляхом повторного КР, особливо за наявності у матерів неповноцінного РМ, діагностуються своєрідні особливості ранньої постнатальної адаптації та властивість до переходу транзиторних станів у патологічні. Новонароджені абдомінальним шляхом складають групу високого ризику і потребують адекватного інтенсивного нагляду та допомоги [23]. При цьому репродуктивні втрати у жінок з РМ достовірно у 7 разів вищі порівняно з їх кількістю у вперше оперованих, а у жінок з неповноцінним рубцем теж достовірно у 1,3 рази вище, ніж у жінок з повноцінним рубцем. З огляду на це, жінки, розроджені абдомінальним шляхом, підлягають винятковому нагляду на етапі диспансерного спостереження для відновлення репродуктивної функції організму [23].

У післяпологовому періоді, за даними деяких дослідників, стан лактації у жінок з РМ після КР залежить від методу розродження і характеризується нормальним становленням лактації у 25,7 % жінок після повторного КР і в 88,0 % – після самостійних пологів, при цьому частота гіпогалакції знижується у 5,7 рази (з 68, % до 12,0 %), змішаного вигодовування – у 6,5 рази (з 73,5 % до

11,3 %) при одночасному поліпшенні якісних показників грудного молока (за вмістом білків, ліпідів, вітамінів і імуноглобулінів) [29].

Згідно з даними інших дослідників порушення лактаційної функції після повторного КР спостерігаються у 57 % жінок і проявляються пізнім становленням лактації та розвитком гіпогалакції [88, 131]. У разі вагінальних пологів, у жінок з РМ після попереднього КР у 78 % випадків відмічаються відсутність проблем у взаємовідносинах зі своєю дитиною та відсутність проблем з лактацією.

Отже, наведені літературні дані свідчать про необхідність подальшої розробки та наукового обґрунтування проблем, які виникають при вирішенні питань ведення вагітності та пологів у жінок з РМ після КР.

1.3 Неспроможність рубця на матці після кесарева розтину, діагностика та тактика ведення пологів

Незважаючи на значні успіхи в діагностиці в стані післяопераційного рубця у жінок, що перенесли КР, проблема визначення неспроможності РМ залишається актуальною. Відомі методи оцінки стану післяопераційного рубця не дають змоги достатньо точно судити про РМ після КР, тому актуальним є подальший пошук об'єктивних і високоінформативних, малоінвазивних методів оцінки стану РМ [12, 56, 155, 163, 167, 171].

Об'єктивна оцінка спроможності РМ після КР ще до настання вагітності має вирішальне значення для прогнозування майбутніх пологів. Практичну значущість мають контрастна гістерографія (ГСГ), подвійне контрастування гістероскопія і ультразвукове дослідження (УЗД).

Наразі УЗД заслужено зайняло одне з провідних місць у діагностиці патології матки і придатків. Визначення стану органів репродуктивної системи жінки «у реальному масштабі часу» та абдомінальне сканування дають змогу швидко дистанційно визначити стан цих органів та виявити патологічні зміни [72, 142].

За останні роки майже не проводилось УЗД стану органів репродуктивної системи у невагітних жінок з РМ після КР. Поодинокі сонографічні дослідження у жінок з РМ на етапі прегравідарної підготовки не дозволили ідентифікувати зміни в ділянці РМ, проте сприяли чіткому візуалізуванню спайкових процесів у вигляді гіперехогенних структур. Такі зміни спостерігались у 60,0 % жінок, натомість у 50,0 % таких жінок виявлялося зміщення органів малого тазу [105].

На думку інших авторів [5, 15, 69, 78, 105, 147], ультразвукова оцінка стану РМ можлива на етапі прегравідарної підготовки жінок до наступних пологів. Така оцінка стану рубця у невагітних жінок має передбачати визначення стану міометрію у ділянці рубця, наявності або відсутності видимих деформацій міометрію та порожнин, вимірювання товщини міометрію та визначення його ехогенності [149, 150, 151, 152, 218].

На жаль, під час вагітності перелік методик для оцінювання стану рубця доволі обмежений, можна застосовувати лише ехографію і доплерометрію [14, 140, 185]. Існують дослідження, які показують, що ехографія у I триместрі дає змогу виявити в кожній другій пацієнтки на 14–16 тижні вагітності в області перешийку матки гіпоехогенні зони, що може бути критерієм діагностики порушеного стану рубця після КР [104].

Застосуванням абдомінального УЗД не дає змогу виявити візуалізацію дефектів міометрію.

Проведення ендовагінального УЗД уможливорює отримання більш детальної картини стану органів малого тазу та стану РМ після КР [156]. При цьому ознаками неспроможного рубця слугують наявність нерівностей передньої стінки матки і зменшення її товщини, в порівнянні з її станом у неоперованих жінок [45].

Більшість дослідників [203, 205, 219] зазначають, що ультразвукова діагностика стану рубця після КР є найбільш надійним методом визначення неспроможності рубця, що дає змогу виділити вагітних жінок у групи високого та низького ризику щодо можливого розриву матки.

Аналіз УЗД стану післяопераційного рубця був співставлений [8] з фактичним станом РМ під час повторної операції. Було з'ясовано, що хибнопозитивні результати одержані у 7 % випадків, а хибнонегативні – у 19 %.

Інші дослідження [137] мали за мету співставлення сонографічної картини змін у м'яких тканинах матки з її гістологічною картиною. Було підтверджено, що результати, одержані при УЗД, детально відображають стан тканин м'язів, а гістологічне дослідження це підтверджує. При цьому автори вказують, що основними ознаками неспроможності РМ при УЗД є: наявність трикуткової зони, верхівка якої заглиблена в міометрій; нерівність зовнішнього контуру рубця; потовщення міометрію; переривчатість тіні рубця; локальне витончення рубця (менше 0,3 см) та значна кількість щільних включень [46–47].

Важливим при проведенні УЗД у жінок з РМ після КР є визначення стану нижнього сегменту матки [137, 161]. Найбільш інформативним методом дослідження оцінки РМ є ультразвукове на фоні «наповненого сечового міхура» на терміні вагітності 28–36 тижнів. При дослідженні звертають увагу на товщину нижнього сегменту матки, його рівномірність, наявність або відсутність акустичних ущільнень, їхню гетерогенність, фрагментарність, розміщення плаценти на передній стінці матки [23].

Вимірювання товщини міометрію [127] показали, що у багатьох пацієнток – 13,2 % відмічається при стоншенні основного шару міометрію збереження товщини матки у місці рубцевої тканини після КР. Дослідження у цьому напрямі [121, 188, 197] доводять, що товщина стінки нижнього сегменту матки достовірно нижча у жінок, які перенесли КР, ніж у жінок з неоперованою маткою.

Важливими є результати досліджень щодо визначення товщини нижнього сегмента матки, як одного з основних ехографічних маркерів. За даними цих досліджень, товщина нижнього сегменту на 16–19 тижні складає 10,8 мм, на 28–31 тижні – 7 мм, після 35 тижнів – від 3 мм при «неповноцінному» рубці до 5,2 мм – при «повноцінному» [93].

Результати досліджень щодо використання ультразвукового трансабдомінального доступу дали змогу встановити, що товщина стінки нижнього сегменту матки у місці рубця від 2 мм або менше, є потенційно загрозливим симптомом для розриву матки при вагітності [18, 23, 143].

Проведене трансвагінальне УЗД у жінок з РМ показало, що стоншення товщини стінки нижнього сегменту матки у місці рубця менше, ніж 2 мм у 74 % жінок мали неповний розрив матки, який був діагностований тільки під час повторного КР [199]. Інші дослідники вважають, що мінімальна товщина нижнього сегменту матки, яку не слід вважати загрозливою, становить 1 мм, але при цьому при УЗД слід враховувати сонографічні властивості, рухомість, еластичність, наявність дефектів тканини [188, 198].

Ультразвукові дослідження стану рубця після КР дозволили з'ясувати, що частота клініко-ехографічних ознак неспроможності РМ складає 33,0 %, однак під час операції це підтверджується тільки у 17,0 %, при цьому інформативність цих ознак становить 50,0 %, що свідчить про наявність резервів підвищення частоти самостійного розродження цих жінок [94].

На думку більшості авторів, і трансабдомінальне, і трансвагінальне УЗД може визначити дефект матки після КР та надати інформацію для передбачення розриву [100, 161, 165]. Однак нині за допомогою ультразвукового методу дослідження неможливо отримати дані, які могли б достовірно передбачили розрив матки уздовж рубця, оцінюючи лише стан рубця після КР [159, 173].

Оскільки дотепер не вирішеними залишаються деякі питання ехографічної оцінки спроможності РМ, були проведені дослідження, що визначили оптимальний строк для проведення УЗД, нормальний стан зони поперечного розрізу матки і ехографічні ознаки неспроможності нижнього сегменту матки [2, 58, 67, 86, 101, 209]. Ці дослідження довели, що оптимальним строком для проведення УЗД є 28–36-ий тиждень вагітності. Для нормального стану зони поперечного розрізу матки є такі ознаки: V-подібна форма його при товщині не менше 3–5 мм; локальні ділянки зниженої ультразвукопровідності на фоні нормальної акустичної щільності, що свідчить

про спроможність РМ після попереднього КР. У разі, коли виявляються ознаки неспроможності нижнього сегменту матки, з'являються: балоноподібна, або конусовидна форма нижнього сегменту матки; товщина менше 3 мм; симптом «ніші», який визначається в II, на початку III триместру вагітності; локальні стоншення нижнього сегменту на тлі нормальної товщини (понад 3,5 мм); висока акустична щільність уздовж РМ [74, 85, 109, 118, 211].

Останні дослідження [80, 147, 149, 152] визначають, що важливим критерієм стану рубця на матці після КР є його оцінка в післяопераційному періоді за допомогою ультразвукового обстеження. Підвищення ехогенності ділянок рубця на матці після кесарева розтину, особливо у місцях знаходження шовного матеріалу, може свідчити про накопичення ниток фібрину, що також може супроводжуватися збільшенням розмірів рубця, за рахунок накопичення у ньому інфільтрату. Іноді до локального запального процесу у ділянці шва додається утворення гематом у ділянці plicavesicouterina та поява набряку міометрію у нижньому сегменті матки. У разі, коли деформація рубця на матці виявляється за допомогою ультразвуку в післяопераційному періоді та з'являється порожнина у міометрії в ділянці рубця, можна передбачувати розвиток неспроможності післяопераційного рубця [147, 149, 152].

Важливим методом оцінки неспроможності РМ після КР є проведення доплерівського дослідження, яке під час вагітності дало змогу виявити порушення кровообігу уздовж нижнього сегменту, що створює передумови для аномалій скоротливої діяльності, розбалансування регуляторних механізмів забезпечення пологів при РМ після КР [140, 147, 217].

Детальне доплерівське дослідження показало, що у вагітних з РМ зміни доплерометричних показників відмічаються вже на 22–27 тижні вагітності у правій і лівій маткових артеріях. Такі самі зміни у цих вагітних у таких самих судинах відзначалися і на 28–34 тижні та понад 35 тижнів і характеризувалися зменшенням показників систоло-діастолічного відношення, індексу резистентності та пульсаційного індексу [147].

Зміна доплерометричних показників у маткових артеріях може бути, з одного боку, змінами в кровопостачанні, зумовленими оперативними втручаннями на матці, а з іншого – як доклінічні прояви подальших змін у судинах плоду. Зокрема в терміні вагітності 35 і більше відбувається зміна доплерометричних показників в артеріях пуповини та в середньо мозковій артерії плоду. Такі зміни в доплерометричних показниках в цьому терміні вагітності можна розглядати як підвищення резистентності основних маткових судин і судин плоду, що призводить до їхнього спазму і є одним із компенсаторних механізмів централізації кровообігу у плоду з переважанням кровопостачання у важливі органи при гіпоксії та метаболічних змінах [41].

Зважаючи на різні результати проведених УЗД та різні оцінки неспроможності післяопераційного РМ, можна констатувати, що ультразвукова діагностика стану рубця після КР потребує подальшого удосконалення і оптимізації.

Сучасна апаратура для ультразвукової діагностики надає додаткові можливості щодо пошуку нових критеріїв визначення стану рубця після КР. Ультразвукове зображення покращилося завдяки використанню цифрових технологій [176, 225]. За сучасних умов є змога використовувати для діагностики кольорове доплерівське картування та енергетичний доплер, із застосуванням контрастних агентів, що дає змогу реєструвати кровообіг у судинах з діаметром менше 1 мм, і більш детально оцінювати перфузію тканин. Застосування нових методик [84, 141, 183, 196] і контрастного підсилення розширює можливості УЗД. Використання 3D- і 4D-УЗД [141, 184] у комбінації з біконтрастною ехогістерографією сприяє виявленню у 60 % жінок з РМ після КР «глибокі ніші», величина яких сягає 80 % товщі міометрію [132, 156].

Важливими для діагностики стану післяопераційного рубця у жінок, що перенесли КР, є методи, які можна застосувати до настання наступної вагітності. Серед цих методів найбільш інформативними є гістеросальпінгографія та гістероскопія. Рентгенологічний метод ГСГ дає змогу визначити грубі анатомічні дефекти, оцінити поверхню матки, передусім,

перешийку, вивчати зміни внутрішньої поверхні післяопераційного РМ, наявність деформацій його стінки, визначати положення матки і форму її порожнини. На думку більшості авторів [45, 81, 85, 89, 94, 133, 140], навіть за відсутності рентгенологічних ознак, рубець може виявитися неповноцінним через переважання в ньому елементів сполучної тканини. Використовувати гістеросальпінгографію доцільно не раніше, ніж через 6 місяців після КР. Діагностичні можливості цього методу є актуальними і в більш пізні терміни, так як зміни, що відбулися в рубці, залишаються стійкими і можуть виявлятися навіть через 5 та більше років [37, 75, 204]. При цьому ознаками, що вказують на неповноцінність післяопераційного РМ при рентгенологічному дослідженні, є: різке зміщення матки в бік, або вгору, фіксація її до передньої черевної стінки, зміни контурів матки, витончення та сплюснення передньої стінки матки, утворення заглиблень у товщі м'язів матки, дефекти наповнення, нерівність контурів рубця у вигляді «ніш», «шпор», «мішків», гризів [45, 64, 118, 211]. Гістероскопічне дослідження у жінок з РМ має високу діагностичну цінність щодо визначення стану РМ після КР. Завдяки візуалізації внутрішнього контуру матки, таке дослідження є найбільш результативним. Проведення гістероскопії може прицільно виявити зміни м'язового або сполучнотканинного компонента [132, 133, 136, 140, 172]. Для діагностики стану післяопераційного рубця гістероскопію доцільно проводити вже через 8–12 місяців після операції КР, але іноді вона проводиться і в післяопераційному періоді [82, 97]. При гістероскопії рубець можна вважати морфологічно повноцінним, якщо елементи сполучної тканини не виявляються. Такі результати гістероскопії дають змогу з більшою ймовірністю припустити, що перебіг наступної вагітності буде задовільним, а пологи, за відсутності інших показань до КР, можна провести консервативно [72, 96, 110, 133, 158].

Гістероскопічні дослідження дали змогу виокремити п'ять видів патологічних змін: випрямлення рубця – утворення кутів та асиметрій; наявність заглиблень та випирань; удушення частини або всього рубця; зміна кольору над рубцем, майже до білого кольору; поєднання різних змін

[46, 47, 133]. Інші гістероскопічні дослідження [105] дозволили визначити в проекції рубця після КР зміни слизової у 70 %, дефекти у вигляді «ніші» в нижньому сегменті матки були виявлені у 55 %, у 10 % жінок виявлені т. зв. тонкі рубці, у 10 % жінок товсті рубці, прояви локальної залозистої гіперплазії виявили у 15 % жінок, у 40 % обстежених жінок був установлений діагноз хронічного ендометриту, у 10 % – аденоміозу та у 25 % – загального гіперпластичного процесу ендометрія (поліпів ендометрію).

Деякі автори вважають доцільним використання біконтрастної ехоскопії та гістероскопії вже у ранньому післяопераційному періоді для ранньої діагностики неспроможності післяопераційного рубця у жінок, що перенесли КР [72, 133, 194]. Такі дослідження дають змогу визначити не тільки умови, за яких відбуваються процеси регенерації рубця, але і ранні ознаки порушення цих процесів.

Дослідження, що мали за мету визначення ефективності ультразвукового та гістероскопічного дослідження [105], були проведені через 6 місяців після операції КР і показали, що співставлення результатів цих досліджень дали змогу визначити, що патологічні зміни в рубці виявляються при ультразвуковому скануванні значно рідше, ніж при гістероскопії відповідно у 56 % і 85 % випадків, а наявність активного спайкового процесу в післяопераційну періоді є фактором ризику неспроможності рубця в пізній період репарації [105].

У такий спосіб гістероскопічні дослідження у жінок з РМ мають високу діагностичну цінність в оцінці стану РМ після КР, завдяки візуалізації внутрішнього контуру матки. Метод дає змогу об'єктивно виявити дефекти ендометрію у проекції рубця. Гістероскопія в діагностиці гіперпластичних процесів ендометрію є найбільш результативною.

У сучасних умовах є можливість додаткової діагностики стану рубця після КР за допомогою МРТ [108, 168, 175]. Цей метод діагностики використовується з цією метою не часто, але проведені дослідження у цьому напрямі показали, що достовірність результатів ехографічної оцінки

спроможності рубця на матці становить понад 77 %, а МРТ – 60 % [26, 42, 50, 64, 71, 81, 223].

Для розуміння процесів загоєння та утворення спроможного, або неспроможного рубця після КР, деякі науковці проводили морфологічні дослідження [25, 41, 64, 133, 143, 191], результати яких дали змогу визначити стан рубця і зробити висновок, що у понад 70 % випадків існує можливість розширення показань до розродження жінок з РМ через природні пологові шляхи [25, 41, 64, 133].

Морфологічні дослідження (світлооптичні та ультраструктурні) та ехографічні дослідження дозволили авторам установити, що за морфофункціональною характеристикою стінка матки в ділянці ГСГ може регенерувати за трьома варіантами, з утворенням повноцінного, умовно повноцінного та неповноцінного рубця [23]. При цьому морфологічно повноцінний рубець характеризується ознаками завершеної репаративної регенерації лейоміоцитів, пластичності сполучнотканинних компонентів та міонейроваскулярних взаємовідносин, що забезпечує фізіологічні та біомеханічні властивості оперованої матки; умовно повноцінний рубець характеризується розрізненими пучками гіпертрофованих і частково вакуолізованих лейоміоцитів, неоформленою сполучнотканинною основою із зниженою кількістю еластинових пластин і пониженою щільністю мікрогемосудин, неповноцінний рубець характеризується вираженими дистрофічно-деструктивними змінами лейоміоцитів на тлі фіброзу, відсутності еластинових пластин і редукції компонентів гемомікроциркуляторного русла [23]. При проведенні цього дослідження автори акцентували увагу на: ступінь розвитку сполучнотканинних елементів (колагенових волокон та еластинових пластинок, клітини фібробластичного ряду різного ступеня зрілості), відновлення васкуляризації (щільність капілярного русла, відновлення структури стінки судин артеріальної та венозної ланки мікроциркуляторного русла), наявності лейоміоцитів із характерною для вагітної матки структурою. Такий підхід дав змогу визначити, що неповноцінний рубець після

попереднього КР характеризується: морфологічно-вираженими дистрофічно-деструктивними змінами лейоміоцитів на тлі фіброзу, відсутністю еластинових пластин і редукцією компонентів мікроциркуляторного русла. Порівняння цих результатів з ехографічними дослідженнями показало, що стінка нижнього сегменту матки має нерівномірні контури з товщиною менше 3–4 мм, або з локальними витонченнями до 2–3 мм, лійко- або балоноподібну форми, мозаїчність патологічних ехосигналів, що проявлялося гетерогенністю ехоструктури із ділянками підвищеної та зниженої акустичної щільності, вузлуватої ехогенності у вигляді трикутних тіней, клиноподібних дефектів, химерних ехоструктур та розташуванням плаценти в ділянці рубця [23].

Гістологічні дослідження [34, 64] уможливили виокремлення трьох варіантів гістологічної структури РМ після КР. При цьому варіанти структури рубця розміщено від 1 до 3, за ступенем зростання ризику для консервативного розродження:

1. Значна перевага м'язового компонента над сполучнотканинним, архітектоніка міометрію не порушена, велика кількість судин різного калібру;
2. Розростання сполучної тканини з перевагою м'язового компонента, м'язові волокна і шари розвинені добре в пухкій сполучній тканині, вогнища дистрофії, вогнища порушення кровообігу;
3. Значне розростання сполучної тканини – шари волокнистої сполучної тканини з гіалінозом, вогнищевий набряк.

Проведені певні клініко-морфологічні дослідження стану попереднього післяопераційного РМ дало змогу визначити його діагностичні критерії, з'ясувати клінічні, ультразвукові, доплерометричні та патогістологічні маркери неспроможності РМ, що уможливорює використання цих даних для прогнозу можливості вагінальних пологів у вагітних з РМ. Зокрема, патоморфологічне дослідження тканини плаценти жінок з акушерською патологією та обтяженим репродуктивним анамнезом дозволило установити патогенетичні механізми змін у матково-плацентарному комплексі, що призводить до розвитку

плацентарної недостатності різного ступеня вираженості та виникнення гіпоксії плоду у новонароджених в обстежених вагітних [39, 41].

Для розуміння процесів, які відбуваються у прооперованій матці, мають значення дослідження, що визначають процеси її заживлення. Безсумнівно, перебіг репаративних процесів після КР визначає морфофункціональний стан матки та її нижнього сегмента при наступній вагітності і наступних пологах [4, 52, 208]. До факторів, які визначають повноцінність репаративних процесів, відносять стан анатомічної зони розрізу на матці при першій операції КР та стан міометрію. Проведені у цьому напрямі дослідження дали підстави стверджувати, що основними факторами, які впливають на швидку регенерацію тканини і формування РМ після операції КР, є гарне кровопостачання у ділянці рубця, яке унеможливорює розвиток гіпоксії та ішемії у цій ділянці, а також відсутність або мінімалізацію запального процесу [9, 21, 29, 60, 146].

У процесі загоєння стінки матки після КР активну участь беруть цитокіни та фактори росту, а саме: основний фактор росту фібробластів, трансформівний α -фактор росту, епідермальний фактор росту та інші у процесі макрофагально-фібробластичної та колаген-фібробластичної взаємодії. Завдяки цим взаємодіям, відбувається взаємозв'язок між такими процесами, як продукція та розпад колагену [60, 146]. Дослідження довели, що чим тяжчий ступінь порушення мікроциркуляції, чим тяжчі порушення процесів транскапілярного обміну та оксигінації тканин у ділянці розрізу матки, тим гірше відбувається процес репарації [60, 160].

За даними багатьох досліджень, на процес репарації рубцевої тканини впливає низка факторів як до пологів, так і після операції, до яких відносять: наявність хронічних вогнищ інфекції; порушений преморбідний стан жінки; тривалість пологів та оперативного втручання; об'єм крововтрати та адекватність відновлення крововтрати, особливо у разі великого об'єму крововтрати; спосіб розрізу на матці, спосіб зашивання та шовний матеріал; особливості перебігу післяопераційного періоду [21, 29, 60, 146].

За даними літератури, процес загоєння поперечно розсіченої стінки матки у нижньому сегменті більш благоприємний: менше травмується нервово-судинний апарат, на рубець значно менше впливають протеолітичні ферменти плаценти. У біопсії тканини не спостерігалось явищ склерозу і деформації судин, некрозу рубця [34, 62, 64, 74].

Дослідження стану рубців після КР на передній черевній стінці показало, що патологічне заживлення післяопераційного рубця шкіри проявляє себе у вигляді надмірної клітинної проліферації тканин шкіри та грубоволокнистої сполучної тканин, що призводить до формування щільних пухлиноподібних утворень на поверхні шкіри, а саме келоїдних рубців. Порушення процесів заживлення післяопераційної рани, яке обумовлене порушенням вироблення та виділення колагену, можливе не тільки в бік надлишкового виділення колагену, але й у бік зменшення його виділення [39, 41, 222].

Нині актуальним і найважливішим завданням сучасного акушерства є розробка шляхів раціонального і безпечного ведення вагітності і пологів у жінок з РМ та вибору оптимального методу розродження таких жінок і профілактики акушерських та перинатальних ускладнень [31, 32, 162].

Незважаючи на значний обсяг досліджень з проблеми РМ після КР та наступних пологів, уже відомі загальноприйняті методи клінічної діагностики не дають змоги з достатньою ймовірністю стверджувати про функціональну спроможність РМ, що утруднює складання раціонального і клінічно обґрунтованого плану ведення вагітності і пологів. Оптимізація прогнозу вагітності і розродження, безперечно, має велике медичне, соціальне і економічне значення. На жаль, у літературі недостатньо висвітлені питання ранніх і віддалених ускладнень у матері і плоду, немає чітких рекомендацій визначення репродуктивного майбутнього оперованих жінок. Нагромаджені дані негативних сторін (високий відсоток ускладнень з боку матері і плоду) КР у вагітних з РМ пояснюють зростаючу увагу до їх розродження через природні родові шляхи. Однак у більшості лікувальних закладів України повторна операція КР у жінок з РМ проводиться у 90–100 % випадків. Відмова

вітчизняних акушерів від проведення консервативних пологів після абдомінального розродження здебільшого обумовлена побоюванням розриву матки [23, 29, 41, 88, 93].

Представлені в літературі дослідження [5, 79, 86, 95, 131] доводять, що важливим аспектом оптимізації ведення вагітності і вибору методу розродження у жінок з РМ є, насамперед, оцінка стану рубця, з урахуванням даних про попередні операції. Також ведення вагітної з РМ після КР потребує урахування таких даних, як: перебіг минулої і теперішньої вагітності, результати клінічного обстеження, вивчення анамнезу. Клінічне обстеження вагітної з РМ передбачає повний об'єм акушерського обстеження, передбачуваної маси плоду, пальпаторне обстеження рубця на передній черевній стінці та «нижнього сегменту» матки. Зокрема, про неповноцінність РМ свідчать такі ознаки: періодичні болі, які виникають у ділянці рубця, особливо якщо вони пов'язані з пальпацією цієї ділянки або рухами плоду, фізичними навантаженнями, іноді пальпаторно можуть виявлятися витончення, зазубленість та деформації передньої стінки матки, а при бімануальному дослідженні – різні зміщення матки вгору і вбік, фіксація до передньої черевної стінки [23, 31, 79, 182, 196].

Попередніми дослідженням визначено, що жінки, розроджені КР, мають обтяжений дітородний анамнез і складають групу високого перинатального ризику [135, 175].

У літературі проаналізовано випадки критичного витончення РМ діагностованого в першому триместрі, що може потребувати переривання вагітності через загрозу життю жінки та подальшої пластики стінки матки з висіченням старого рубця. Це, натомість, відтерміновує настання вагітності та створює ризики, пов'язані з протіканням післяопераційного періоду та заживленням нового рубця [44, 72, 151].

Більшість досліджень, присвячених аналізу перебігу вагітності у жінок з РМ, вказують на те, що основними ускладненнями вагітності у таких жінок є загроза переривання вагітності у першому та другому триместрах вагітності,

загроза передчасних пологів та порушений стан плоду, які проявляються у вигляді гіпоксії [30, 40, 55, 71]. Зазвичай у таких вагітних симптомами загрози передчасних пологів можуть бути перші ознаки неповноцінності РМ.

При веденні вагітних з РМ після КР, доцільно звертати увагу, що за даними різних авторів [60, 199], у таких вагітних у 5–10 разів збільшується ймовірність аномальної плацентації, а саме – справжнього прирощення плаценти, передлежання плаценти, а також низької плацентації.

Ведення пологів після КР потребує особливо ретельного моніторингу, а розродження таких жінок рекомендується в установах III рівня перинатальної допомоги. За належних умов материнська і дитяча смертність у цього контингенту не відрізняється від пологів у жінок без РМ [31, 40, 86, 95].

Вперше доведено, що проведення прегравідарної підготовки підвищує відсоток пологів через природні пологові шляхи до 60 % та покращує стан фетоплацентарного комплексу [41, 105]. Тільки активне систематичне і кваліфіковане лікарське спостереження жінок з РМ та ефективна інформаційно-просвітницька робота, планування сім'ї і підготовка до пологів дозволять покращити вирішення проблеми виношування вагітності і розродження таких жінок [15, 41, 69, 78, 90, 94, 105, 111, 135].

Провідними вченими визнано, що найбільш ефективним методом профілактики захворювань, патологічних процесів та різноманітних ускладнень є розробка методів прогнозування та моделювання цих станів [102, 103]. Такі дослідження були проведені щодо прогнозу повноцінності загоєння рани на матці за гістологічними ознаками [220]. На підставі цього розроблено морфологічний індекс (МІ), який містить 4 критерії: наявність периваскулярної лейкоцитарної інфільтрації, ступінь набряку тканин, розвиток капілярної сітки, ступінь проліферації ендотелію капілярів [71]. Розрахунок МІ проводять за формулою: $MI=A+B+C+D$, де: А – кількість капілярів у 3 полях зору при збільшенні 100; В – ступінь проліферації ендотелію при збільшенні 400; С – наявність і вираженість набряку міометрію у 3 полях зору при збільшенні 400; D – наявність запальної інфільтрації при збільшенні 400. Далі, залежно від суми

балів, одержаних у результаті гістологічного дослідження, прогнозують повноцінність загоєння рани на матці [220].

Дослідження щодо прогнозу можливості проведення вагінальних пологів у жінок з КР, дали змогу визначити фактори, які впливають на успіх спроби вагінальних пологів, та мають надійну доказову базу (рівень доказовості II-B) [88, 174, 178–179, 207]. Такими факторами є:

1. Тип розрізу. Поперечний та вертикальний розріз у нижньому сегменті мають незначний ризик розриву, тоді як класичний вертикальний або Т-розріз підвищують ризик розриву, а отже, мають вважатися за протипоказання до спроби пологів. Рівень розриву матки при класичному варіанті або Т-образному розрізі коливається у межах 4–9 %, при низькому вертикальному – у межах 1–7 %, при низькому поперечному – 0,2–1,5 %;

2. Варіант відновлення цілісності матки;

3. Із особливостей здоров'я матері мають значення ожиріння та вік понад 30 років;

4. Час після попереднього КР. Короткий інтергенетичний інтервал (визначається як відношення числа місяців після попередніх пологів до індексу пологів) підвищує ризики. У порівняльних даних щодо інтервалу у 24 міс., 18 міс., менше за 6 міс. продемонстровано доцільність вважати мінімальним інтервалом для наступного запліднення 15 міс. після КР;

5. Початок пологів. Індукція пологів, особливо простагландінами E2, E1, асоціюється з підвищенням ризику розриву матки;

6. Кількість попередніх КР. Попередні передчасні пологи шляхом КР підвищують ризик розривів матки.

Інші дослідники використали комбінацію вищезазначених факторів при складанні формули прогнозу ризику розриву матки [210]. Формула передбачає складання балів: 2 бали – за два або більше КР, 1 бал – за інтергенетичний інтервал 18 міс. або менше, 1 бал – за вік пацієнтки від 30 до 39 років, 2 бали – за вік понад 40 років та 1 бал – у разі попередніх вагінальних пологів при одному КР. Однак ці фактори не вичерпують усіх клінічних ознак жінки з КР в

анамнезі, зокрема, морфофункціональної характеристики оперованої матки, реального психологічного настрою на пологи тощо [104, 132].

У сучасній літературі представлені дані щодо питань прогнозування виникнення неповноцінного рубця після КР [26, 64]. Автори розробили алгоритм і математичну модель прогнозування цієї патології. Він визначив і розподілив за п'ятибальною шкалою провідні чинники ризику формування неповноцінного РМ після КР, а саме: запальні захворювання геніталій, гістерографія кетгутом, гістерографія вузловими швами, формування неповноцінного рубця за даними ехографії, субінволюція оперованої матки за даними динамічного УЗД, діагностичні та лікувальні втручання на матці до і під час вагітності.

Результати багатфакторного прогнозування, проведеного іншими дослідниками [41], дають змогу за допомогою розроблених формул алгоритмів прогнозування, передбачити можливість розродження шляхом вагінальних пологів та шляхом операції КР вагітних за наявності акушерської патології та обтяженого репродуктивного анамнезу, зокрема жінок з РМ після КР.

Отже, представлені дані літератури, які висвітлюють проблему рубця після КР в сучасних умовах, доводять, що накопичена інформація щодо стану РЗ у жінок, що перенесли КР, особливостей у них перебігу вагітності, пологів та стан новонароджених, сучасних діагностичних можливостей визначення неспроможності РМ після КР та тактики ведення пологів є важливою, але певною мірою неповною і суперечливою. У контексті цього важливо зосередити увагу на оптимізації діагностики та прогнозування неспроможності післяопераційного рубця у жінок, що перенесли КР, та розробці методів спостереження й за необхідності лікування таких жінок на прегравідарному етапі.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідженні брали участь 240 жінок. На першому етапі дослідження усім жінкам, які мали пологи шляхом КР в анамнезі та спостерігались в амбулаторних умовах щодо настання наступної планованої вагітності, було запропоновано взяти участь у дослідженні та отримано їх інформовано згоду. Усього було сформовано 4 групи:

I група – 90 жінок з РМ після КР, яка була розподілена на 3 підгрупи в залежності від терміну настання вагітності після попереднього КР:

Ia підгрупа – невагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли протягом року (30 жінок);

Iб підгрупа – невагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли від одного до трьох років (30 жінок);

Iв підгрупа – невагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли через понад три роки (30 жінок).

Ці самі жінки під час вагітності, яку жінка вирішила зберігати після попереднього КР, також становили 3 підгрупи:

Ia 1 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли протягом року (30 жінок);

Iб 2 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли від одного до трьох років (30 жінок);

Iв 3 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли через понад три роки (30 жінок).

У залежності від стану післяопераційного РМ після попереднього КР, жінки I групи були додатково розподілені на 4 підгрупи:

Iг підгрупа – невагітні жінки з РМ після попереднього КР зі спроможним післяопераційним рубцем – 67 жінок;

Id підгрупа – невагітні жінки з РМ після попереднього КР з неспроможним післяопераційним рубцем – 23 жінки.

Іг 1 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР зі спроможним післяопераційним рубцем – 71 жінка;

Ід 2 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР з неспроможним післяопераційним рубцем – 19 жінок.

Жінки цієї групи отримували, крім заходів, передбачених наявними нормативними протоколами МОЗ України, спеціально розроблений комплекс діагностичних та лікувальних заходів, що становили прегравідарну підготовку до наступної вагітності, та пильно спостерігалися під час бажаної вагітності;

ІІ група – 90 жінок з РМ після КР, яких спостерігали тільки за наявними нормативними протоколами МОЗ України, і які теж були розподілені на 3 підгрупи в залежності від терміну настання вагітності після попереднього КР:

ІІа підгрупа – невагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли протягом року (30 жінок);

ІІб підгрупа – невагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли від одного до трьох років (30 жінок);

ІІв підгрупа – невагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли через понад три роки (30 жінок).

ІІа1 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли протягом року (30 жінок);

ІІб2 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли від одного до трьох років (30 жінок);

ІІв3 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР, які завагітніли через понад три роки (30 жінок).

У залежності від стану післяопераційного РМ після попереднього КР, жінки ІІ групи також були додатково розподілені на 4 підгрупи:

ІІг1 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР зі спроможним післяопераційним рубцем – 73 жінки;

ІІд2 підгрупа – вагітні жінки з РМ після попереднього КР з неспроможним післяопераційним рубцем – 17 жінок;

ІІІ група – 30 здорових невагітних жінок;

IV група – 30 здорових вагітних жінок.

Дослідження було проведено у таких напрямках:

I. Інструментальні

Ультразвукове дослідження стану міометрію до та під час вагітності, імпульсно-хвильове доплерівське дослідження, та оцінка стану кровообігу за допомогою енергетичного та кольорового доплерівського картування виконувалося на апараті «Esaote MyLab Eight», з використанням трансабдомінального конвексного датчика та трансвагінального датчика.

Під час проведення імпульсно-хвильової доплерографії, були досліджені такі показники:

- систоло-діастолічне відношення (С/Д) або індекс Стюарта;
- індекс резистентності або індекс Пурсело (IP);
- пульсаційний індекс або індекс Гослінга.

Дослідження стану кровообігу було проведено в правій та лівій матковій артеріях, аркуатних, радіальних, базальних та спіральних артеріях.

Додатково у правій та лівій маткових артеріях визначався індекс артеріальної перфузії, який розраховувався за формулою:

$$\text{ІАП} = (V_{\text{volПМА}} + V_{\text{volЛМА}}) / V_{\text{матки}}, \quad 2.1$$

де:

$V_{\text{volПМА}}$ – показник об'ємного кровотоку правої маткової артерії;

$V_{\text{volЛМА}}$ – показник об'ємного кровотоку лівої маткової артерії;

$V_{\text{матки}}$ – об'єм матки.

Показник об'ємного кровотоку визначали за формулою:

$$V_{\text{vol}} (\text{мл}) = \pi d^2 / 4 \cdot V_{\text{mean}}, \quad 2.2$$

де V_{mean} – усереднена за часом швидкість кровотоку маткових артерій.

Об'єм матки визначали за формулою, запропонованою Brunn та співавторами:

$$V_{\text{матки}} = D \cdot \Pi \cdot T \cdot 0,52, \quad 2.3$$

де:

D – довжина тіла матки;

Ш – ширина тіла матки;

Т – товщина тіла матки.

У вагітних з РМ після попереднього КР показники кровотоку визначались у правій та лівій матковій артеріях, аркуатних, радіальних та базальних артеріях. Додатково показники кровотоку визначались в артеріях пуповини, середньомозковій артерії плоду та низхідній частині аорти плоду.

У результаті проведених досліджень було визначено та обчислено додатковий новий показник Індекс артеріальної перфузії під час вагітності (ІАПВ), який використовувався при подальшому проведенні обстежень жінок І та ІІ групи.

Однак визначення показника артеріальної перфузії під час вагітності ускладнене визначенням об'єму міометрію вагітної матки. Тому було запропоновано нову методику визначення об'єму міометрію, шляхом різниці визначення загального об'єму вагітної матки та подальшого віднімання об'єму внутрішньої порожнини матки від зовнішнього об'єму:

$$V_{\text{матки}} = V_{\text{зовн.}} - V_{\text{внутр.}} \quad 2.4$$

Отриманий об'єм було використано для визначення індексу артеріальної перфузії:

$$\text{ІАП} = [(d^2 \times 0.785 \times V_{\text{mean пр.}}) + (d^2 \times 0.785 \times V_{\text{mean л.}})] : V_{\text{матки}}, \quad 2.5$$

де: d – діаметр судини;

V_{mean} – кровотоку за часом швидкість кровотоку маткових артерій.

ІІ. Мікробіологічні, вірусологічні

Мікробіологічні дослідження були проведені із визначенням кількісного та видового складу бактерій. Для визначення стану мікробіоти використовувалася методика ПЛР тестування з визначенням ДНК вірусу простого герпесу 2 типу, цитомегаловірусу, вірусу папіломи людини, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma genitalium*. Визначення стану резидентної

мікрофлори проводилося методом ПЛР із застосуванням аналізу «Фемофлор» із визначенням кількості геномних еквівалентів, що відповідає кількості колоній утворюючих організмів. Серед представників резидентної мікрофлори проводилося визначення: стафілококу епідермального, стафілококу епідермального з гемолізом, стафілококу золотистого, стрептококу гемолітичного, стрептококу зеленявого, ентерококу, коринебактерій, кишкової палички, кишкової палички з гемолізом, клебсієли, ентеробактеру. Визначення *Candida spp.* проводилося із використанням середовища Сабуро.

III. Психологічні

Для діагностики міжособистісних відносин використовувався тест Т. Лірі. Тест Т. Лірі – це модифікований варіант інтерперсональної діагностики. Опитувальник дає опис характеру людини і призначений для вимірювання ступеня вираженості властивостей, що виявляються в міжособистісному спілкуванні: домінантність, упевненість у собі, незалежність, чуйність, товариськість. Поведінку людини оцінювали за допомогою двох перемінних, аналіз яких проводився у тримірному просторі, складеному трьома осями: домінування – підкорення, емоційність – аналітичність, товариськість – агресивність. За підсумками дослідження проводився підрахунок балів. Отримані бали переносили на дискограму та проводили оцінку даних. Для цього використовували «ключ», за допомогою якого виділяли 16 номерів, які нормують кожний з 8-ми октантів психограм. Типи відношення до оточуючих:

1. Авторитарний. 13–16 – власний, диктаторський, деспотичний характер, тип сильної особистості, яка лідирує в усіх видах групової діяльності. 9–12 – домінантний, енергійний, авторитетний лідер, який любить давати поради, потребує до себе уваги. Оточуючі відмічають цю власність, але не визнають цього. 0–8 – впевнена в собі людина, яка любить давати поради, але не обов'язково лідер.

2. Егоїстичний. 13–16 – особа, яка потребує бути понад усіма, одночасно віддалено від усіх. Відображає незалежний, нарцисний, самодостатній тип відносин. Присутні тенденції перекладати труднощі на інших, але сама особа

відноситься до них відсторонено. 0–12 – характеризують егоїстичні риси, акцентуація на собі, схильність до суперництва.

3. Агресивний. 13–16 – виявляє ворожість до оточуючих, різкість, агресивність, може бути асоціальна поведінка. 9–12 – присутня схильність в усьому обвинувачувати оточуючих, характерна роздратованість, прямолінійність, іронічність, жорстокість. 0–8 – проявляє енергійні, вперті, наполегливі риси особистості.

4. Недовірливий. 13–16 – відображає такі особливості міжособистісних відносин, як відчуження по відношенню до ворожого світу, вразливість, схильність до сумніву в усьому, скиглення по відношенню до оточуючих (шизоїдний тип характеру). 9–12 – критичний тип особистості, що відчуває труднощі в інтерперсональних контактах через невпевненість у собі; замкнутість, скептичність, розчарування у людях, прихованість, свій негативізм проявляє у вербальній агресії. 0–8 – тип особистості, який проявляє критичність по відношенню до всіх соціальних явищ та оточуючих людей.

5. Покірний. 13–16 – відображає покірність, схильність до самоприпинення, схильність поступатися всім та в усьому, прагне знайти підтримку в більш сильній особистості. 9–12 – присутня схильність бути підкореним більш сильною особистістю, незважаючи на ситуацію. 0–8 – емоційно стриманий тип, який не має особистої думки, схильний бути підкореним іншими.

6. Залежний. 13–16 – різко невпевнена в собі особистість, має нав'язливі страхи та залежність від інших. 9–12 – боязкий, безпомічний, вважає, що інші завжди мають рацію. 0–8 – м'який, чекає помочі та поради, довірливий, чемний.

7. Товариський. 9–16 – тип міжособистісних відносин, що відображає товариськість до оточуючих, орієнтованість на соціальне схвалення, прагнення бути добрим для всіх, незалежно від ситуації, емоційну лабільність (істероїдний тип характеру). 0–8 – схильність до співпраці, кооперації, компромісний під час

вирішення проблем та конфліктних ситуацій. Прагне допомагати, відчуває себе в центрі уваги, товариський, проявляє теплоту у відношеннях.

8. Альтруїстичний. 9–16 – відображає особливості осіб, які визначаються прагненням допомогти та співчувати людям, можуть бути нав'язливими у своїй допомозі, дуже активні по відношенню до оточуючих, беруть на себе відповідальність за інших. 0–8 – виявляє відповідальність по відношенню до людей. Емоційне відношення проявляється у співчутті, вміє заохотити, заспокоїти інших.

Кількісні показники за кожним із октантів – від 0 до 16 – відкладаються на відповідній номеру октанту координат, кожна з яких відмічена дугами; відстань між ними кратна чотирьом: 0, 4, 8, 12, 16.

Характеристики, які не виходять за межі 8-ми балів, відповідають гармонійним особам. Показники, які перевищують 8 балів, свідчать про акцентуацію властивостей. Бали, які досягають рівня 14–16 балів, свідчать про труднощі соціальної адаптації. Низькі показники за всіма октантами (0–3 балів) можуть бути результатом прихованості і неправдивості досліджуваного. Якщо в психограмі немає октантів, які заштриховані вище 4-х балів, то дані сумнівні щодо їх достовірності, досліджуваний не захотів оцінити себе правдиво.

Перші чотири типи міжособистісних відносин I, II, III, IV – характеризуються переважанням не комфортних тенденцій і схильністю до конфліктних проявів (III, IV), наполегливістю відстоювання особистої думки, тенденцією до лідерства та домінування (I і II). Інші чотири октанти – V, VI, VII, VIII – являють собою протилежну картину: перевага конформних установ, конгруентність у контактах з оточуючими (VII, VIII), невпевненість у собі, згода з думкою оточуючих, схильність до компромісів (V, VII).

Рівень психоемоційного стресу визначався за допомогою тесту Люшера. Тест Люшера ґрунтується на припущенні про те, що вибір кольору відображає спрямованість на певну діяльність, настрій і найбільш стійкі риси особи. Тест М. Люшера був використаний в класичному варіанті – короткий тест з використанням восьмикольорового ряду. Процедура тестування складалась в

упорядкуванні кольорів за ступенем їх суб'єктивного сприйняття. Досліджувани визначали найбільш приємний колір із восьми. Характеристика кольорів містить у собі 4 основних та 4 допоміжних кольори: синьо-зелений – почуття впевненості, наполегливість, упертість; оранжево-червоний – символізує силу волевого зусилля, агресивність, наступальні тенденції; жовтий – активність, прагнення до спілкування, експансивність, веселість. За відсутності конфлікту, в оптимальному стані основні кольори повинні займати переважно перші п'ять позицій. Додаткові кольори (фіолетовий, коричневий, чорний) – символізують негативні тенденції: тривожність, стрес, страх. За відсутності конфлікту основні кольори повинні займати перші позиції. Простота та зручність цієї методики дає змогу використовувати її у жінок із наркотичною залежністю.

IV. Морфологічні

Морфологічні дослідження РМ проводили після фіксації 10 % розчином нейтрального формаліну, парафінування та мікротомування. Фарбування отриманих препаратів здійснювалося гематоксиліном та еозином, а також за Ван Гізон та за Масоном. Мікроскопія зразків проводилася при збільшенні $\times 100$ та $\times 200$. Також проводилися імуногістохімічні дослідження з міченими антитілами. У макропрепараті рубця проводилося визначення індексу Керногана (відношення товщини tunica media судинної стінки до діаметру просвіту судини).

На наступному етапі, враховуючи результати попередніх, було проведено проспективне дослідження ефективності запропонованого оптимізованого переліку досліджень і лікувальних заходів на прегравідарному етапі та під час вагітності у жінок з РМ після попереднього КР.

V. Клініко-лабораторні

Під час комплексного дослідження було проведено загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма, загальний аналіз сечі.

VI. Прогнозування

Отримані дані дали змогу провести регресійний аналіз показників, які достовірно відрізнялися від групи контролю, та визначити їх вплив на

формування неспроможності РМ після попереднього КР. На цьому етапі показники зі слабким зв'язком із результуючою були вилучені з аналізу. На основі отриманих даних був сформований алгоритм прогнозування формування неспроможності РМ після попереднього КР у жінок із різним інтергенетичним інтервалом.

VII. Статистичні методи дослідження

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

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

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

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ ПІСЛЯ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Стан РЗ жінок фертильного віку (ЖФВ) є надзвичайно важливим, оскільки від показників здоров'я жінок залежить здоров'я майбутніх поколінь. Порухення РЗ у ЖФВ можуть бути тим несприятливим фоном, на якому можуть виникати інші порушення РЗ. Саме тому були проведені дослідження, спрямовані на з'ясування особливостей стану РЗ у жінок з РМ після КР.

Визначення стану РЗ було проведено у невагітних жінок, що перенесли КР, і які після попереднього КР знаходилися під пильним спостереженням, проходили спеціальні обстеження за розробленим алгоритмом та отримували комплекс лікувально-профілактичних заходів, що був сукупною прегравідарною підготовкою таких жінок до наступної вагітності.

3.1 Клінічна характеристика невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину

Визначення вікового складу жінок I групи (табл. 3.1) показав, що у всіх підгрупах обстежених невагітних жінок найбільша кількість жінок була у віці від 20 до 25 років, зокрема в Ia підгрупі 12 жінок (40,0 %), в Ib – 15 жінок (50,0 %) та в Iv – 6 жінок (20,0 %).

Таблиця 3.1

Розподіл обстежених невагітних жінок I групи за віком, абс. ч. (%)

Вік жінок, роки	Група жінок							
	Ia		Ib		Iv		III	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15–19	3	10,0 (9,0–11,0)	5	16,7 (15,03–18,37)	1	3,3 (2,97–3,63)*	3	10,0 (9,0–11,0)

Продовження табл. 3.1

20–25	12	40,0 (36,0–44,0)	15	50,0 (45,0–55,0)	10	33,3 (29,97–36,63)	10	33,3 (29,97–36,63)
26–30	8	26,7 (24–29,4)	7	23,3 (20,97–25,63)	6	20,0 (18,0–22,0)	11	36,7 (33,03–40,37)
31–35	4	13,3 (12,1–14,6)	3	10,0 (9,0–11,0)	5	16,7 (15,03–18,37)	3	10,0 (9,0–11,0)
36–40	3	10,0 (9–11)		–	7	23,3 (20,97–25,63)*	3	10,0 (9,0–11,0)
41–45		–		–	1	3,3 (2,97–3,63)		–
понад 45		–		–		–		–
Примірка: * – різниця достовірна між показниками підгрупами Іа, Іб, Ів та ІІІ групою, $p < 0,05$								

Було визначено особливості показників менструальної функції у невагітних жінок І групи до вагітності, що закінчилася КР (Додаток А).

Зокрема, з'ясовано, що у більшості жінок цієї групи менструальна функція розпочалася до 14 років, що відповідало показникам у групі контролю. За тривалістю МЦ найбільша кількість жінок мали періодичність появи місячних через 26–28 днів. Також найбільшу групу складали жінки з помірним обсягом крововтрати під час місячних. Найбільшу групу серед обстежених жінок І групи складали жінки з незначними больовими відчуттями під час місячних, та більшість обстежених жінок мали регулярний менструальний цикл.

Ці показники відповідали аналогічним у жінок ІІІ групи. Отже, у більшості обстежених жінок до настання вагітності, що закінчилася КР, спостерігалися нормальні показники менструальної функції. Лише у 3 жінок Іа підгрупи (10,0 %), у 2 жінок Іб підгрупи (6,7 %) та у 1 жінки Ів підгрупи (3,3 %) відмічалися не регулярні місячні, що обумовлено перенесеними гінекологічними захворюваннями.

Визначення анамнестичних даних щодо перенесених гінекологічних захворювань в обстежених невагітних жінок І групи до вагітності, що закінчилася КР (табл. 3.2), показало, що найчастіше у цих жінок спостерігалися ХЗСО, зокрема у жінок Іа підгрупи в 11 жінок (36,7 %), у жінок Іб підгрупи – у 8 (26,7 %) та у жінок Ів підгрупи – у 9 (30,0 %).

Таблиця 3.2

Гінекологічні захворювання в обстежених невагітних жінок

І групи до вагітності, що закінчилася кесаревим розтином, абс. ч. (%)

Нозологічна форма гінекологічних захворювань	Група жінок					
	Іа		Іб		Ів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронічні запальні захворювання статевих органів	11	36,7 (33,03–40,37)	8	26,7 (24,03–29,37)	9	30,0 (27,0–33,0)
Ерозія шийки матки	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)	5	16,7 (15,03–18,37)
Кісти яєчників	1	3,3 (2,97–3,63)	2	6,7 (5,93–7,37)	3	10,0 (9,0–11,0)
Лейоміома матки	–	–	1	3,3 (2,97–3,63)	2	6,7 (5,93–7,37)
Генітальний ендометріоз	–	–	1	3,3 (2,97–3,63)	1	3,3 (2,97–3,63)
Синдром полікістозних яєчників	1	3,3 (2,97–3,63)	2	6,7 (5,93–7,37)	3	10,0 (9,0–11,0)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

На тлі запальних захворювань статевих органів у жінок І групи спостерігалась ерозія шийки матки, яка виявлялася у 4 жінок (13,3 %) Іа підгрупи, у 3 жінок (10,0 %) Іб підгрупи та у 5 жінок (16,7 %) Ів підгрупи. Серед інших гінекологічних захворювань у жінок І групи до вагітності, що закінчилася КР, спостерігалися кісти яєчників – у 6 жінок (6,7 %), лейоміома матки – у 3 жінок (3,3 %), генітальний ендометріоз – у 2 (2,2 %) та синдром полікістозних яєчників – у 6 жінок (6,7 %).

До вагітності, що закінчилася КР, жінки І групи мали оперативні втручання (табл. 3.3), зокрема штучні аборти у жінок Іа підгрупи у 1 жінки (3,3 %), Іб підгрупи у 2 жінок (6,7 %) та у Ів – 2 (6,7 %); самовільні аборти,

відповідно за підгрупами: у 1 жінки (3,3 %), у 2 жінок (6,7 %) та у 1 жінки (3,3 %). На фоні виявлених кіст яєчників, розрив яєчника відбувався в 1 жінки Іа підгрупи (3,3 %) та 1 жінки Ів підгрупи (3,3 %). Позаматкова вагітність була у 2 жінок Іб групи (6,7 %).

Таблиця 3.3

**Гінекологічні оперативні втручання, перенесені обстеженими
невагітними жінками І групи до вагітності, що закінчилася кесаревим
розтином, абс. ч. (%)**

Нозологічна форма гінекологічних захворювань	Група жінок					
	Іа		Іб		Ів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аборти штучні	1	3,3 (2,97–3,63)	2	6,7 (5,93–7,37)	2	6,7 (5,93–7,37)
Аборти самовільні	1	3,3 (2,97–3,63)	2	6,7 (5,93–7,37)	1	3,3 (2,97–3,63)
Розрив яєчника	1	3,3 (2,97–3,63)		–	1	3,3 (2,97–3,63)
Позаматкова вагітність	–	–	2	6,7 (5,93–7,37)	–	–
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

Визначення анамнестичних даних про стан соматичного здоров'я у жінок І групи до вагітності, яка закінчилася КР, показало, що у них не спостерігалось тяжких форм екстрагенітальних захворювань.

Найчастіше спостерігалася судинна дистонія, яка була у 5 жінок Іа підгрупи (16,7 %), у 6 жінок Іб підгрупи (20,0 %) та у 7 жінок Ів підгрупи (23,3 %). Частими естрагенітальними захворюваннями були захворювання ЛОР-органів, зокрема хронічного тонзиліту, що виявлявся у 5 жінок Іа підгрупи (16,7 %), 7 жінок Іб підгрупи (23,3 %) та у 8 жінок Ів підгрупи (26,7 %). Зазвичай жінки І групи до вагітності страждали на захворювання сечовидільної системи, серед яких найчастіше був цистит: у 3 жінок Іа підгрупи (10,0 %), у 5 жінок Іб підгрупи (6,74 %) та у 6 жінок Ів підгрупи (20,0 %). Часті випадку циститу зумовлені захворюваністю на ХЗЗСО у цих жінок.

Серед інших екстрагенітальних захворювань у жінок І групи до вагітності, яка закінчилася КР, спостерігалися захворювання шлункова-

кишкового тракту. Зокрема, на гастрит хворіли 1 жінка Іа підгрупи (3,3 %) та жінки Ів підгрупи (6,7 %), а на холецистит хворіло 2 жінки Іб підгрупи (6,7 %).

Отже, у більшості випадків визначені екстрагенітальні захворювання, перенесені жінками до вагітності, що закінчилася КР, можна розглядати як наявність в організмі цих жінок хронічних вогнищ інфекції.

3.2 Медико-соціологічний аналіз настання вагітності у жінок після попереднього кесарева розтину

В обстежених невагітних жінок І групи до вагітності, що закінчилася КР, виявлялися зміни РЗ (Додаток Б). Зокрема, найбільш частим параметром, який характеризує стан РЗ, були запальні захворювання статевих органів, перенесені в дорослому віці. У жінок Іа підгрупи вони зустрічалися в 11 (36,7 %), у жінок Іб підгрупи – у 8 (26,7 %) та у Ів підгрупи – у 9 (30,0 %).

Інший параметр, що характеризує стан РЗ, – це соматичні захворювання, які перенесли жінки у дорослому віці. Цей параметр у Іа підгрупі зустрічався 14 жінок (63,7 %), у Іб підгрупи – у 22 жінок (73,3 %) та у Ів підгрупі – у 19 (63,3 %). Важливим параметром, що характеризує стан РЗ, є захворювання, перенесені в дитинстві. Серед таких були запальні захворювання статевих органів та кісти яєчників. У жінок І групи також спостерігалися соматичні захворювання, перенесені в дитинстві, найбільш частими були хронічний тонзиліт, який у жінок Іа підгрупи спостерігався у 4 жінок (13,3 %), у жінок Іб підгрупи – у 6 (20,0 %), у жінок Ів підгрупи – у 6 (20,0 %) та у 1 жінки Іб підгрупи хронічних холецистит (3,3 %).

На тлі запальних захворювань статевих органів, перенесених як у дитинстві, так і в дорослому віці, в обстежених жінок спостерігалися інші зміни, що теж характеризують стан РЗ. Зокрема, з приводу безпліддя до настання вагітності, що закінчилася КР, отримували лікування 1 жінка Іа групи (3,3 %) та 3 жінки Ів підгрупи (10,0 %). Порушення менструальної функції спостерігалось у 6,7 % жінок Іа підгрупи, у 13,3 % жінок Іб підгрупи та у

10,0 % жінок Ів підгрупи. Серед інших параметрів, що характеризують стан РЗ в обстежених жінок, виявлявся 1 випадок передракових захворювань та 1 – венеричних захворювань.

Визначення анамнезу настання вагітностей у жінок І групи показало, що не мали інших вагітностей до настання вагітності, яка закінчилася КР, більшість обстежених жінок І групи, зокрема, Іа підгрупі – це 28 жінок (93,3 %), в Іб підгрупі – 23 жінок (76,6 %) та в Ів підгрупі – 26 (86,7 %).

Тобто 77 жінок І групи (85,6 %) на момент настання вагітності, що закінчилася першим КР, були першовагітні. Серед обстежених жінок до настання вагітності, що закінчилася КР, 88 жінок (97,8 %) не народжували. Дві жінки, одна Іб підгрупи та одна Ів підгрупи, мали по одним пологах до наступної вагітності, що закінчилися КР. Повторновагітних серед обстежених жінок на момент настання вагітності, що закінчилася КР, було 13 (14,4 %).

Вагітність, яка закінчилася попереднім КР, у жінок І групи протікала з ускладненнями.

Гестози І половини вагітності досить часто зустрічалися у жінок усіх підгруп: Іа підгрупа у 33,3 % жінок, в Іб підгрупі у 20,0 % жінок та у 16,7 % жінок Ів підгрупи. З подібною частотою спостерігались і гестози ІІ половини вагітності. Частим ускладненням вагітності у цих жінок була загроза переривання вагітності та загроза передчасних пологів. Зокрема, загроза переривання вагітності у І триместрі у жінок Іа підгрупи була у 30,0 %, у Іб підгрупі – у 20,0 % та у Ів підгрупі – 23,3 %, а загроза переривання вагітності в ІІ триместрі спостерігалася відповідно за підгрупами у 3,3 % жінок, у 20,0 % жінок та у 16,7 % жінок. Протягом вагітності, яка закінчилася попереднім КР, у жінок І групи часто виявлявся дистрес плоду. Таке ускладнення реєструвалося у 56,7 % Іа підгрупі жінок, у 60,0 % – Іб підгрупі у 60,0 % та у 63,3 % – Ів підгрупі.

Пологи, які закінчилися попереднім КР, у жінок І групи часто ускладнювалися (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Частота ускладнень пологів, які закінчилися попереднім кесаревим розтином, у жінок І групи, абс. ч. (%)

Ускладнення пологів	Група жінок					
	Іа		Іб			Ів
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Несвоєчасне відходження навколоплідних вод	8	26,7 (24,03–29,37)	10	33,3 (29,97–36,63)	9	30,0 (37,0–33,0)
Слабкість родової діяльності	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)	–	–
Гіпоксія та дистрес плоду	27	90,0 (81,0–99,0)	28	93,3 (83,97–102,63)	28	93,3 (83,97–102,63)
Підвищена крововтрата	4	13,3 (11,97–14,63)	5	16,7 (15,03–18,37)	3	10,0 (9,0–11,0)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

Деякі ускладнення пологів, зокрема слабкість пологової діяльності у 4 жінок Іа підгрупи (13,3 %) та у 3 жінок Іб підгрупи (10,0 %), і гіпоксія та дистрес плоду в Іа підгрупі у 27 жінок (90,0 %), у 28 жінок Іб підгрупи (93,3 %) та у 28 жінок Ів підгрупи (93,3 %) стали показаннями для розродження цих жінок шляхом операції КР. Крім цих ускладнень, в обстежених жінок у пологах, що закінчилися КР, спостерігалось несвоєчасне відходження навколоплідних вод: у 8 жінок Іа підгрупи (26,7 %), у 10 жінок Іб підгрупи (33,3 %) та у 9 жінок Ів підгрупи (30,0 %). Достатньо високі показники цього ускладнення можуть бути ознаками інфікування та запального стану плодових оболонок. Інше ускладнення, яке виникало в пологах, – це підвищена крововтрата, яка спостерігалась у 12 жінок (13,3 %).

Більшість новонароджених, що народилися у жінок, розроджених попереднім КР (табл. 3.5), народилася в порушеному стані.

Таблиця 3.5

Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар, у жінок І групи при пологах, які закінчилися попереднім кесаревим розтином, абс. ч. (%)

Оцінка за шкалою Апгар, бали	Група новонароджених від жінок І групи					
	Іа		Іб		Ів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
8–9	12	40,0 (36,0–44,0)	13	43,4 (38,97–47,63)	11	36,7 (33,03–40,37)
6–7	11	36,7 (33,03–40,37)	10	33,3 (29,97–36,63)	12	40,0 (36,0–44,0)
4–5	7	23,3 (20,97–25,63)	7	23,3 (20,97–25,63)	7	23,3 (20,97–25,63)
2–3	–	–	–	–	–	–
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

З оцінкою за шкалою Апгар 6–7 балів народилося 11 немовлят (36,7%) у жінок Іа підгрупи, 10 (33,3 %) – у жінок Іб підгрупи і 12 (40,0 %) – у жінок Ів підгрупи. У стані більш вираженої гіпоксії з оцінкою за шкалою Апгар 4–5 балів народилося 7 немовлят Іа підгрупи (23,3 %), 7 – Іб підгрупи (23,3 %) та 7 – Ів підгрупи (23,3 %).

Ускладнення в післяопераційному періоді запального характеру зустрічались у всіх жінок І групи (табл. 3.6). У жінок Іа підгрупи ці ускладнення у вигляді інфільтрат рани рубця на черевній стінці виявлялись у 3 жінок (10,0 %), у жінок Іб підгрупи – у 4 (13,3 %), та у жінок Ів підгрупи – у 3 (10,0 %). Окрім цього, спостерігалася субінволюція матки: у жінок Іа підгрупи виявлялись у 5 осіб (16,7 %), у жінок Іб підгрупи – у 6 (20,0 %), та у жінок Ів підгрупи – у 4 (13,3 %).

Значна кількість жінок (23 жінки) в післяопераційному періоді мали анемію (25,5 %).

Таблиця 3.6

**Частота ускладнень у післяопераційному періоді у жінок І групи
після попередніх пологів, що закінчилися попереднім кесаревим розтином,
абс. ч. (%)**

Післяопераційні ускладнення	Група жінок					
	Іа		Іб		Ів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Субінволюція матки	5	16,7 (15,03–18,37)	6	20,0 (18,0–22,0)	4	13,3 (11,97–14,63)
Анемія	10	33,3 (29,97–36,63)	7	23,3 (20,97–25,63)	6	20,0 (18,0–22,0)
Інфільтрат рани рубця на черевній стінці	3	10,0 (9,0–11,0)	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)
Гематома рубця на матці	1	3,3 (2,97–3,63)	–	–	–	–
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

Визначення особливостей менструальної функції у невагітних жінок І групи після вагітності, що закінчилася КР, виявило її зміни (Додаток В).

Зокрема, у жінок І групи після перенесеного попереднього КР, змінилася тривалість МЦ і у більшості жінок вона становила 29–35 днів. У жінок Іа підгрупи така тривалість спостерігалась у 20 жінок (66,7 %), у Іб підгрупи – у 22 жінок (73,3 %) та у жінок Ів – у 21 (70,0 %). Після перенесеного КР в обстежених жінок змінився показник обсягу крововтрат під час місячних у бік збільшення крововтрати. Значний обсяг крововтрати було виявлено в 11 жінок Іа підгрупи і він становив 36,7 %, у 12 жінок Іб підгрупи – 40,0 % та у 13 жінок Ів підгрупи – 43,3 %. Зміни менструальної функції та прояви її порушень спостерігалось у 8 жінок І групи у вигляді міжменструальних кровотеч 2 і більше разів (8,9 %).

Окрім того, жінки відзначали, що відбулися зміни менструальної функції у вигляді появи сильних больових відчуттів під час місячних, які виявлялися у 12 жінок Іа підгрупи (40,0 %), у 10 жінок Іб підгрупи (33,3 %) та у 13 жінок Ів підгрупи (43,3 %). Після перенесеного КР, обстежені жінки І групи скаржилися на появу больових відчуттів у ділянці органів малого тазу та рубця у

міжменструальний період. Такі одноразові больові відчуття були у 6 жінок Іа підгрупи (20,0 %), у 4 жінок Іб підгрупи (13,3 %) та у 2 жінок Ів підгрупи (6,7 %). Деякі жінки відмічали, що такі болі з'являлися у міжменструальний період 2 і більше разів: 3 жінки Іа підгрупи (10,0 %), 2 жінки Іб підгрупи (6,7 %) та 2 жінки Ів підгрупи (6,7 %). Зокрема, у 2 жінок Іа підгрупи (6,7 %), в 1 жінки Іб підгрупи (3,3 %) та в 1 жінки Ів підгрупи (3,3 %) болі носили постійний характер, що можна трактувати як появу синдрому хронічної тазової болі після перенесеного КР.

Обстежені жінки І групи відмічали, що після перенесеного КР у них відбулися зміни в циклічності менструальної функції. У більшості жінок – 21 (70,0 %) Іа підгрупи місячні були регулярні, такі самі були у 23 жінок Іб підгрупи (76,7 %) та у 25 жінок Ів підгрупи (83,3 %). Однак у 9 жінок Іа підгрупи місячні стали не регулярні (30,0 %), у 7 жінок Іб підгрупи (23,3 %) та у 5 жінок Ів підгрупи (16,7 %).

У період після перенесеного КР та наступної вагітності, яку жінки вирішили зберігати, у них відбулися зміни в стані РЗ (табл. 3.7).

Такі зміни РЗ проявлялися, насамперед, у появі запальних захворювань статевих органів у 15 жінок Іа підгрупи (50,0 %), у 16 жінок Іб підгрупи (53,3 %) та у Ів підгрупи 13 (43,3 %). Перенесений КР та запальні захворювання статевих органів призводили до появи таких змін РЗ, як порушення менструальної функції: у 12 жінок Іа підгрупи (40,0 %), у 10 жінок Іб підгрупи (33,3 %) та у 7 жінок Ів підгрупи (23,3 %).

Таблиця 3.7

Зміни репродуктивного здоров'я у невагітних жінок І групи після вагітності, що закінчилася кесаревим розтином, абс. ч. (%)

Параметри стану репродуктивного здоров'я	Група жінок					
	Іа		Іб		Ів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7
Запальні захворювання статевих органів	15	50,0 (45,0–55,0)	16	53,3 (47,97–58,63)	13	43,3 (38,97–47,63)
Артифіційні аборти	2	6,7 (5,93–7,37)	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)

Продовження табл. 3.7

1	2	3	4	5	6	7
Безпліддя вторинне	1	3,3 (2,97–3,63)	2	6,7 (5,93–7,37)	1	3,3 (2,97–3,63)
Порушення менструальної функції	12	40,0 (36,0–44,0)	10	33,3 (29,97–36,63)	7	23,3 (20,97– 25,63)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

Також у деяких жінок виникало вторинне безпліддя. Не настання бажаної вагітності і лікування з цього приводу відмічали: 1 жінка Іа підгрупи (3,3 %), 2 жінки Іб підгрупи (6,7 %) та 1 жінка Ів підгрупи (3,3 %).

У 9 жінок І групи до настання вагітності, відбулись АА. Переривання вагітності в Іа підгрупі було у 2 жінок (6,7), в Іб підгрупі у 4 жінок (13,3 %) та у 3 жінок в Ів підгрупі (10,0 %).

Серед медико-соціальних показників настання наступної вагітності у жінок після пологів, які закінчилися КР (вагітність, яку жінка вирішила виношувати), був визначений час настання цієї вагітності (рис. 3.1).

Зокрема, через 6 місяців після КР наступна вагітність була наявна у 3 жінок Іа підгрупи (10,0 %) та у 2 жінок Іа підгрупи (6,7 %); через 8–9 місяців у 2 жінок Іа підгрупи (6,7 %) та у 3 жінок Іа підгрупи (10,0 %); через 10–11 місяців відповідно 2 (6,7 %) жінок та у 3 (10,0 %) жінок і через один рік відповідно у 23 (76,7 %) жінок та у 22 (73,3 %) жінок, тобто 7 жінок Іа підгрупи (23,3 %) та 8 жінок Іа підгрупи (26,7 %), у яких вагітність наступила до одного року після перенесеного КР, знаходилися в групах ризику щодо розвитку різних ускладнень вагітності і пологів.

Наступна вагітність, яку жінки вирішили виношувати після КР через 1 рік 1 місяць до 2 років, наступила у 12 жінок Іб підгрупи (40,0 %) та у 14 жінок Іб підгрупи (46,6 %), відповідно в терміні від 2 років 1 місяць до 3 років у цих групах вагітність наступила у 18 жінок (60,0 %) та 16 жінок (53,5 %). У термін через 3 роки 1 місяць до 4 років вагітність наступила у 25 жінок Ів підгрупи (83,3 %) та у 24 жінок Ів підгрупи (80,0 %) та в терміні від 4 років 1 місяць до 5 років відповідно – у 5 жінок (16,7 %) та у 6 жінок (20,0 %).

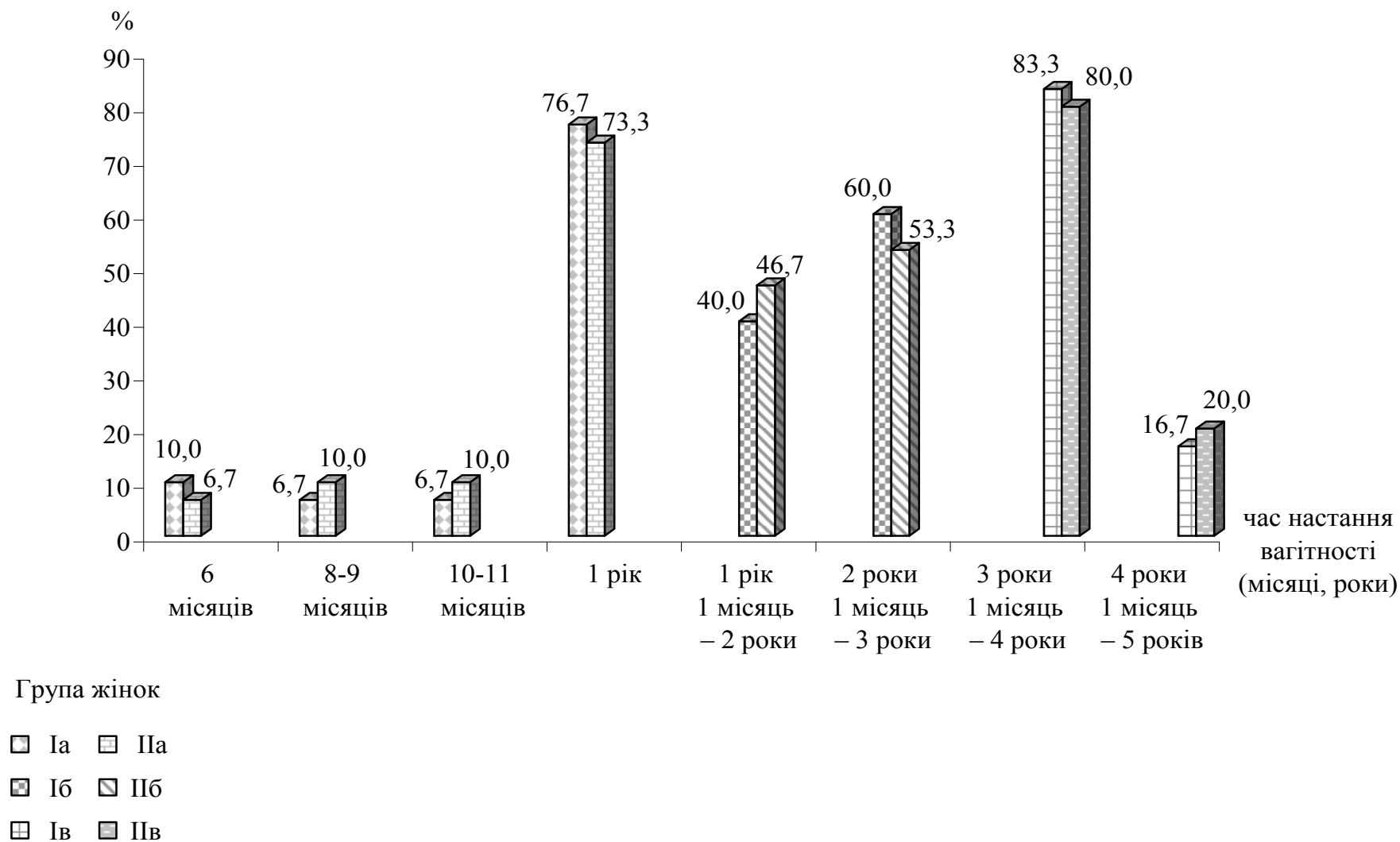


Рис. 3.1 Час настання наступної вагітності у жінок I та II групи після пологів, які закінчилися кесаревим розтином (вагітність, яку жінка вирішила виношувати), %

Аналіз медико-соціальних показників настання вагітності (Додаток Г) у жінок з РМ після КР (вагітність, яку жінка вирішила виношувати) показав, що бажана вагітність була у 20 жінок Іа підгрупи (66,7 %) та у 18 жінок Іа підгрупи (60,0 %), відповідно у жінок Іб та Іб підгрупи у 22 жінок (73,3 %) та у 23 жінок (76,7 %) і відповідно у жінок Ів підгрупи у 27 жінок (90,0 %) та у 26 жінок Ів підгрупи (86,7 %). З різних причин, здебільшого соціально-економічних, деякі обстежені жінки вважали, що вагітність, яку вони вирішили виношувати, є небажаною, таких у Іа підгрупі було 10 жінок (33,3 %), а в Іа підгрупі – 12 (40,0 %), відповідно в Іб підгрупі – 8 жінок (26,7 %) і в Іб підгрупі – 12 жінок (40,0 %) та в Ів підгрупі 3 жінки (10,0 %) та в Ів підгрупі 4 жінки (13,3 %). Більшість вагітностей у жінок з РМ були планові, тобто інколи свідомо бажали настання вагітності, зокрема 15 жінок Іа підгрупи (50,0 %) і 16 жінок Іа підгрупи (53,3 %), 19 жінок Іб підгрупи (63,3 %) та 20 жінок Іб підгрупи (66,7 %) та 25 жінок Ів підгрупи (83,3 %) і 24 жінки Ів підгрупи (80,0 %).

У разі, коли виникала незапланована вагітність, деякі обстежені жінки з РМ вважали її не бажаною. Зокрема, незапланована вагітність була у 15 жінок Іа підгрупи (50,0 %) і 14 жінок Іа підгрупи (46,7 %), відповідно 11 жінок Іб підгрупи (36,7 %) і 10 жінок Іб підгрупи (33,3 %) та 2 жінки Ів підгрупи (6,7 %) і 2 жінки Ів підгрупи (6,7 %). У більшості обстежених жінок вагітність настала після свідомої відмови від використання методів контрацепції: у 64 жінок І групи (71,1 %) та у 58 жінок ІІ групи (64,4 %).

Отже, у жінок, що перенесли КР при наступній вагітності, яку жінка вирішила виношувати, відзначено різні медико-соціальні зміни, що можуть бути факторами ризику виникнення ускладнень, що потребує урахування їх значення для прогнозу перебігу вагітності і пологів.

3.3 Стан мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину

Результати досліджень стану мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок I групи з РМ після КР (табл. 3.8) показали, що у жінок усіх досліджуваних підгруп цієї групи визначалося достовірне збільшення представників мікроорганізмів групи стафілококу порівняно з III групою. Зокрема, виявлялася висока колонізація статевих шляхів стафілококу з гемолітичними властивостями. У жінок Ia підгрупи цей вид мікроорганізмів зустрічався у $(4,2 \pm 0,02)$ lg КУО/мл, у жінок Ib підгрупи – $(4,3 \pm 0,02)$ lg КУО/мл та у жінок Ів підгрупи – у $(4,1 \pm 0,01)$ lg КУО/мл. Таку саму тенденцію спостерігали в обстежених жінок усіх підгруп щодо виявлення стафілококу золотистого.

У невагітних жінок I групи з РМ після КР виявлялися високі показники обсіменіння статевих шляхів стрептококом гемолітичним, у жінок Ia підгрупи цей патогенний мікроорганізм склав $(4,3 \pm 0,03)$ lg КУО/мл, у жінок Ib підгрупи – у $(3,9 \pm 0,02)$ lg КУО/мл та у жінок Ів підгрупи – у $(3,8 \pm 0,01)$ lg КУО/мл, тоді як у здорових невагітних жінок цей мікроорганізм не зустрічався взагалі.

При обстеженні жінок I групи, у 52 жінок (57,8 %) виявлялись асоціації різних видів умовно-патогенної мікрофлори, до складу яких входили грампозитивні коки, ентеробактерії (кишкова паличка та клебсієла, ентеробактер у поєднанні з грибами роду *Candida*).

Таблиця 3.8

Показники стану мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок I групи, lg КУО/мл

Мікроорганізми	Група жінок			
	Ia	Iб	Ів	III
Стафілокок епідермальний	$3,2 \pm 0,02$	$2,1 \pm 0,01$	$3,5 \pm 0,03$	$3,2 \pm 0,1$
Стафілокок епідермальний з гемолізом	$(4,2 \pm 0,02)^*$	$(4,3 \pm 0,02)^*$	$(4,1 \pm 0,01)^*$	$2,7 \pm 0,01$
Стафілокок золотистий	$(4,5 \pm 0,01)^*$	$(4,2 \pm 0,01)^*$	$(4,0 \pm 0,02)^*$	$2,0 \pm 0,02$
Стрептокок гемолітичний	$(4,3 \pm 0,03)^*$	$(3,9 \pm 0,02)^*$	$(3,8 \pm 0,01)^*$	-
Стрептокок зеленящий	$3,5 \pm 0,02$	$3,2 \pm 0,03$	$3,4 \pm 0,02$	$3,3 \pm 0,03$
Ентерокок	$4,0 \pm 0,02$	$4,1 \pm 0,01$	$3,6 \pm 0,01$	$3,8 \pm 0,02$

Крім цих показників, у невагітних жінок I групи з РМ після КР виявлялись інші представники інфекцій, що передаються статевим шляхом. Хламідії виявлялись у 14,4 % жінок, зокрема у 10,0 % жінок Ia підгрупи, у 16,7 % жінок Ib підгрупи та у 6,7 % жінок Iv підгрупи.

Уреаплазма гомініс виявлялася у 9 жінок I групи (10,0 %), а мікоплазма геніталіс у 2 жінок: в 1 жінки Ia підгрупи (3,3 %) та в 1 жінки Ib підгрупи (3,3 %).

Подібні показники стану мікробіоценозу статевих шляхів були отримані у невагітних жінок I групи з неспроможним РМ після КР (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

**Показники стану мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок
I групи з неспроможним рубцем на матці після кесарева розтину, Іг
КУО/мл**

Вид мікроорганізмів	Група жінок		
	Іг	Ід	ІІІ
Стафілокок епідермальний	3,0±0,01	3,4±0,02	3,2±0,01
Стафілокок епідермальний з гемолізом	3,2±0,01	(4,2±0,01)* Δ	2,7±0,02
Стафілокок золотистий	(3,3±0,01)*	(4,5±0,03)* Δ	2,0±0,02
Стрептокок гемолітичний	(3,8±0,02)*	(4,4±0,02)* Δ	–
Стрептокок зеленящий	3,1±0,01	3,8±0,01	3,3±0,03
Ентерокок	3,7±0,01	4,1±0,02	3,8±0,02
Коринебактерії	3,1±0,02	3,9±0,02	3,6±0,01
Кишкова паличка	3,0±0,02	3,9±0,01	3,5±0,03
Кишкова паличка з гемолізом	(3,0±0,01)*	(3,3±0,01)*	–
Клебсієла	(3,1±0,01)*	(3,7±0,02)*	2,2±0,01
Ентеробактер	(3,2±0,02)*	(3,6±0,03)*	2,1±0,02
Гриби р. Candida	(3,5±0,02)*	(4,3±0,03)*	2,0±0,03
Лактобацили	(4,5±0,02)*	(3,9±0,01)*	6,5±0,02
Примітка: * – різниця статистично-ймовірна порівняно з показниками, одержаними у здорових жінок, (p<0,05) Δ різниця статистично-ймовірна порівняно з показниками, одержаними у Іг жінок, (p<0,05)			

Колонізація патогенними видами стафілококу була вищою в підгрупі жінок з неспроможним РМ – підгрупа Ід в порівнянні з показником у здорових жінок та в підгрупи Іг. Також у жінок з неспроможним РМ висівалися представники умовно-патогенної мікрофлори при знижених показниках висіву лактобацил та збільшення висіву грибів р. Candida.

Виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом, у невагітних жінок I групи з РМ після КР показало, що у підгрупі жінок з неспроможним РМ вони виявлялися значно частіше, ніж у жінок зі спроможним РМ (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Показники виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом, у невагітних жінок I групи з неспроможним рубцем на матці після кесарева розтину, абс. ч. (%)

Вид мікроорганізмів	Група жінок			
	Іг		Ід	
	абс.	%	абс.	%
Хламідії трахоматіс	6	8,9 (8,01–9,79)	7	30,4 (27,0–33,8)*
Уреаплазма гомініс	4	5,9 (5,31–6,49)	5	21,7 (19,53–23,87)*
Мікоплазма геніталіс	–	–	2	8,7 (7,83–9,57)
Вірус геніального герпесу	4	5,9 (5,31–6,49)	6	26,1 (23,49–28,71)*
Вірус папіломи людини (онкогенні штами)	3	4,5 (4,05–4,95)	3	13,0 (11,7–14,3)*
Примітка: * – різниця статистично-ймовірна порівняно з показниками, одержаними у жінок Іг підгрупи (p<0,05)				

Хламідійне інфікування в Ід підгрупі було виявлено у 30,4 % жінок проти 8,9 % у жінок Іг підгрупи, а уреаплазмами – у 21,7 % проти 5,9 % відповідно. Мікоплазма геніталіс у жінок Іг підгрупи не виявлялася, тоді як у Ід підгрупі була виявлена у 8,7 % жінок. Також у жінок І підгрупи значно частіше (26,1 %) виявлявся вірус геніального герпесу та вірус папіломи людини (13,0 %).

Представники інфекцій, що передаються статевим шляхом, в обстежених жінок виявлялися в асоціаціях з кокобацилярною мікрофлорою та грибами р. *Candida* на тлі зниження висіву лактобацил. Мікробні агенти інфекції, що передаються статевим шляхом, виявлялися частіше у вигляді дво- (40,0 % жінок) та три- (60,0 % жінок) компонентних асоціацій. Така сама тенденція спостерігалась і у підгрупі жінок з неспроможним РМ після КР.

Отже, дослідження стану мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок з РМ після КР показало, що у них спостерігається обсіменіння статевих органів стафілококами та представниками умовно-патогенної мікрофлори в асоціації з грибами р. *Candida*, а також представниками мікробної флори, що передаються статевим шляхом.

Виявлені зміни мікробіоценозу статевих шляхів були більш виражені у підгрупі жінок з неспроможним РМ після КР. Зміни в стані мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок з РМ після КР співпадають з отриманими даними щодо частоти запальних захворювань статевих органів у цих жінок, що може бути однією з важливих патогенетичних ланок розвитку неспроможного РМ після КР.

3.4 Клінічна характеристика вагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину

У результаті дослідження клінічної характеристики вагітних жінок II групи встановлено, що більшість з них були у віковій категорії 20–25 років, що співпадало з результатами обстеження вагітних IV та I груп. Зокрема, у віці 20–25 років в Па 1 підгрупі було 36,7 % жінок, в Пб 2 підгрупі було 46,7 % жінок та в Пв 3 підгрупі було 33,3 % жінок. Найменшу вікову категорію у віці 36–40 років та 41–45 років склали жінки Пб 2 підгрупи, відповідно в віці 36–40 років була 1 вагітна (3,3 %) та у віці 41–45 років також 1 вагітна (3,3 %) (табл. 3.12).

Таблица 3.12

Розподіл обстежених вагітних II групи за віком, абс. ч. (%)

[illegible]

З'ясування показників менструальної функції вагітних II групи (Додаток Д) показало, що у більшості жінок II групи вона розпочиналася до 14 років. Жінки цієї групи в більшості мали тривалість МЦ тривалість 26–28 днів.

Помірний обсяг крововтрати під час місячних мали більшість жінок Па 1 підгрупи 18 (60,0 %). Значні крововтрати під час місячних мали 12 жінок Пб 2 підгрупи (40,0 %) та 11 жінок Пв 3 підгрупи (36,7 %). Жінки II групи, що перенесли КР, відмічали появу сильних больових відчуттів під час місячних. Таких жінок в Па 1 підгрупі було 13 (43,3 %), в Пб 2 підгрупі було 9 (30,0 %) та в Пв 3 підгрупі було 13 (43,3 %). Водночас 12 жінок II групи відмічали появу не регулярного МЦ (13,3 %).

Вагітні жінки II групи до вагітності перенесли різні гінекологічні захворювання (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Перенесені гінекологічні захворювання у вагітних II групи, абс. ч. (%)

Нозологічна форма гінекологічних захворювань	Група жінок					
	Па 1		Пб 2		Пв 3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронічні запальні захворювання статевих органів	12	40,0 (36,0–44,0)	10	33,3 (29,97–36,63)	7	23,3 (20,97–25,63)
Ерозія шийки матки	3	10,0 (9,0–11,0)	4	13,3 (11,97–14,63)	2	6,7 (5,93–7,37)
Кісти яєчників	1	3,3 (2,97–3,63)	1	3,3 (2,97–3,63)	2	6,7 (5,93–7,37)
Лейоміома матки		–		–	3	10,0 (9,0–11,0)
Генітальний ендометріоз	1	3,3 (2,97–3,63)	1	3,3 (2,97–3,63)	2	6,7 (5,93–7,37)
Синдром полікістозних яєчників	2	6,7 (5,93–7,37)	2	6,7 (5,93–7,37)	4	13,3 (11,97–14,63)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

Найбільш частими серед них були ХЗСО та ерозія шийки матки, зокрема у вагітних Па 1 підгрупи ці захворювання перенесли відповідно: 12 жінок і 3 жінки (40,0 % і 10,0 %), у Пб 2 підгрупі 10 і 4 жінки (33,3 % і 13,3 %) та в

Пв 3 підгрупі 7 жінок (23,3 %) і 2 жінки (6,7 %). Ерозія шийки матки найчастіше зустрічалась у вагітних Пб 2 підгрупи (13,3 %).

У період до настання вагітності, яку жінки II групи вирішили виношувати, вони перенесли гінекологічні оперативні втручання (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

**Перенесені гінекологічні оперативні втручання у вагітних II групи
після попереднього КР, абс. ч. (%)**

Нозологічна форма гінекологічних захворювань	Група жінок					
	Па 1		Пб 2		Пв 3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аборти штучні	2	6,7 (5,93–7,37)	3	10,0 (9,0–11,0)	4	13,3 (11,97–14,63)
Аборти самовільні	2	6,7 (5,93–7,37)	2	6,7 (5,93–7,37)	2	6,7 (5,93–7,37)
Кісти яєчника	–	–	1	3,3 (2,97–3,63)	1	3,3 (2,97–3,63)
Позаматкова вагітність	1	3,3 (2,97–3,63)	–	–	–	–
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

Найпоширенішими були АА та самовільні аборти. АА перенесли 2 вагітні (6,7 %) Па 1 підгрупи та 2 жінки (6,7 %) цієї підгрупи мали самовільні аборти. У вагітних Пб 2 підгрупи штучні аборти відбулись у 3 вагітних (10,0 %), а самовільні були у 2 (6,7 %) та в Пв 3 підгрупі аборти штучні відбулись у 4 вагітних (13,3 %), а самовільні у 2 (6,7 %). У 2 вагітних цієї групи відбулися гінекологічні оперативні втручання з приводу кіст яєчників.

В обстежених вагітних цієї групи не було тяжких форм екстрагенітальних захворювань. Найчастіше вагітні II групи хворіли на судинну дистонію, яка спостерігалась у жінок Па 1 підгрупи у 20,0 %, у жінок Пб 2 підгрупи у 10,0 % та у Пв 3 підгрупі у 13,3 %. Також спостерігалися захворювання ЛОР-органів у вигляді хронічного тонзиліту, який у жінок Па 1 підгрупи виявлявся у 16,7 %, у жінок Пб 2 підгрупи у 20,0 % та Пв 3 підгрупи у 23,3 %. Також 3,3 % вагітних Па 1 підгрупи перенесли отит. Захворювання сечовидільної системи, які проявлялися циститом: у 10 % жінок Па 1 підгрупи, у 10,0 % жінок Пб 2 підгрупи, у 13,3 % жінок Пв 3 підгрупи, а також пієлонефритом у 3,3 %

жінок Пб 2 підгрупи і 3,3 % жінок Пв 3 підгрупи.

Обстежені жінки II групи хворіли на захворювання шлунково-кишкового тракту, який у вигляді гастриту спостерігався у 6,7 % жінок та у 1,1 % жінок – у вигляді холециститу.

У період після вагітності, що закінчилася КР, у жінок II групи відбувалися зміни РЗ (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

**Зміни репродуктивного здоров'я у жінок II групи після вагітності,
що закінчилася кесаревим розтином, абс. ч. (%)**

Параметри стану репродуктивного здоров'я	Група жінок					
	Па 1		Пб 2		Пв 3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Запальні захворювання статевих органів	12	40,0 (36,0–44,0)	10	33,3 (29,97–36,63)	7	23,3 (20,97–25,63)
Аборти	4	13,3 (11,97–14,63)	5	16,7 (15,03–18,37)	6	20,0 (18,0–22,0)
Безпліддя вторинне	–	–	2	6,7 (5,93–7,37)	4	13,3 (11,97–14,63)
Порушення менструальної функції	14	46,7 (42,03–51,37)	12	40,0 (36,0–44,0)	9	30,0 (27,0–33,0)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

У жінок II групи в цей період були ХЗЗСО, аборти та порушення менструальної функції. ХЗЗСО зустрічались у 40,0 % жінок Па 1 підгрупи, у 33,3 % жінок – Пб 2 підгрупи та у 23,3 % жінок – Пв 3 підгрупи. Порушення менструальної функції спостерігався у 46,7 % жінок Па 1 підгрупи, у 40,0 % жінок Пб 2 підгрупи та у 30,0 % жінок Пв 3 підгрупи. Також 16,7 % жінок II групи перенесли аборти. АА були у 10,0 % жінок II групи, а самовільні аборти у 6,7 % жінок. При цьому найбільш часто аборти зустрічались у жінок Пв 3 підгрупи.

Також встановлено, що у 6,7 % жінок Пб 2 підгрупи та у 13,3 % – Пв 3 підгрупи на тлі ХЗЗСО та перенесеного КР виникало вторинне безпліддя, що є важливим параметром, який характеризує стан РЗ.

Отже, перенесені жінками гінекологічні та екстрагенітальні захворювання

3.5 Психоемоційний стан жінок з рубцем на матці після кесарева розтину

Психоемоційний стан жінок має значний вплив на стан здоров'я. Визначення показників психоемоційного стану невагітних жінок I групи з РМ після КР (за результатами тесту М. Люшера) показало, що у більшості жінок цієї групи спостерігаються зміни в психоемоційному стані (табл. 3.16).

Таблица 3.16

**Психоемоційний стан невагітних жінок І групи з рубцем на матці
після кесарева розтину, абс. ч. (%)**

Показник психоемоційного стану	Група жінок					
	Іа		Іб		Ів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відчуття незадоволеності, неспокою, невпевненості	4	13,3 (11,97–14,63)*	2	6,7 (5,93–7,37)	2	6,7 (5,93–7,37)
Ворожість до оточуючих	2	6,7 (5,93–7,37)	2	6,7 (5,93–7,37)	2	6,7 (5,93–7,37)
Емоційна лабільність	6	20,0 (18,0–22,0)	Δ 5	16,7 (15,03–18,37)	4	13,3 (11,97–14,63)
Емоційна байдужість, виснаженість	2	6,7 (5,93–7,37)	3	10,0 (9,0–11,0)	3	10,0 (9,0–11,0)
Розчарування у самій собі, зовнішньому світі	5	16,7 (15,03–18,37)	Δ 4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)
Впевненість, оптимізм, потреба в увазі	4	13,3 (11,97–14,63)*	Δ 6	20,0 (18,0–22,0)	7	23,3 (20,97–25,63)
Позитивний емоційний стан, прагнення до самоствердження	7	23,3 (20,97–25,63)	Δ 8	26,7 (24,03–29,37)	9	30,0 (27,0–33,0)

Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$
* різниця достовірна між показниками підгрупами Іа та Іб групою, $p < 0,05$
Δ достовірна різниця Іа та Ів групою, $p < 0,05$

Зокрема, у 23,3 % жінок Іа підгрупи він характеризувався як позитивний, сприятливий емоційний стан з прагненням до самоствердження.

Також у 13,3 % жінок цієї підгрупи психоемоційний стан характеризувався впевненістю жінок у собі, оптимізмом та увагою до себе. Психоемоційний стан 5 (16,7 %) жінок Іа підгрупи можна було розцінювати як такий, що потребує пильного спостереження, оскільки він характеризувався розчаруванням жінки у самій собі та у зовнішньому світі. Також у 8 жінок (26,7 %) Іа підгрупи виявлялись емоційна байдужість, емоційна лабільність та виснаженість, мали достатньо виражені психологічні проблеми. Більш серйозні порушення в психоемоційному стані, які виявлялися у ворожому ставленні до оточуючих, мали лише 2 жінки (6,7 %), а відчуття незадоволеності, неспокою і невпевненості – 4 жінки (13,3 %).

Подібні зміни психоемоційного стану невагітних жінок І групи (за результатами тесту М. Люшера) були виявлені в Іб та Ів підгрупах. Відмінністю у показниках психоемоційного стану жінок у цих підгрупах були більш виражені впевненість, оптимізм та потреба в увазі у 6 жінок (20,0 %) і 7 жінок (23,3 %) відповідно, а також серед них була більша кількість жінок із позитивним емоційним станом і прагненням до самоствердження у 8 жінок (26,7 %) і 9 жінок (30,0 %) відповідно.

Проведення психологічного тестування за допомогою тесту М. Люшера дозволило визначити стан адаптації обстежуваних жінок (табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Стан психологічної адаптації у невагітних жінок І групи з рубцем на матці після кесарева розтину, абс. ч. (%)

Показник психологічної адаптації	Група жінок					
	Іа		Іб		Ів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Адаптивність	11	36,7* (33,03–40,37)	14	46,7 (42,03–51,37)	16	53,3 (47,97–58,63)
Труднощі адаптації	5	16,7 Δ (15,03–18,37)	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)
Дезадаптація	8	26,7 (24,03–29,37)	8	26,7 (24,03–29,37)	7	23,3 (20,97–25,63)
Стрес	6	20,0* (18,0–22,0)	4	13,3 (11,97–14,63)	4	13,3 (11,97–14,63)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$ * різниця достовірна між показниками підгрупами Іа та Іб групою, $p < 0,05$ Δ достовірна різниця Іа та Ів групою, $p < 0,05$						

Згідно з одержаними результатами більшість жінок мали високі показники адаптації до умов існування. Зокрема, показник адаптивності реєструвався в 11 жінок Іа підгрупи (36,7 %), у 14 жінок Іб підгрупи (46,7 %) та у 16 жінок Ів підгрупи (53,3 %).

Деякі труднощі адаптації виявлялися у 5 жінок Іа підгрупи (16,7 %), у 4 жінок Іб підгрупи (13,3 %) та у 3 жінок Ів підгрупи (10,0 %). Значна кількість жінок І групи 23 (25,6 %) знаходилася в стані дезадаптації, при цьому показник у підгрупах був майже однаковим. У стані стресу в Іа підгрупі знаходилися 6 жінок (20,0 %), в Іб підгрупі 4 жінки (13,3 %) та у 4 жінок (13,3 %) Ів підгрупи.

Зважаючи на високі показники змін у психоемоційному стані жінок І групи, були проведені дослідження щодо визначення психоемоційного стану невагітних жінок І групи (табл. 3.18) з неспроможним РМ після КР (за результатами тесту М. Люшера).

**Психоемоційний стан невагітних жінок І групи з неспроможним
рубцем на матці після кесарева розтину
(за результатами тесту М. Люшера), абс. ч. (%)**

Показник психоемоційного стану	Група жінок			
	Іг		Ід	
	абс.	%	абс.	%
Відчуття незадоволеності, неспокою, невпевненості	4	5,9 (5,31–6,49)	4	17,4 (15,7–19,14)
Ворожість до оточуючих	2	2,9 (2,61–3,19)	4	17,4 (15,7–19,14)*
Емоційна лабільність	8	11,9 (10,71–13,09)	5	16,7 (15,03–18,37)
Емоційна байдужість, виснаженість	5	7,5 (6,75–8,25)	3	13,0 (11,7–14,3)*
Розчарування у собі, зовнішньому світі	9	13,4 (12,06–14,74)	3	13,0 (11,7–14,3)
Впевненість, оптимізм, потреба в увазі	15	22,4 (20,16–24,64)	2	8,7 (7,83–9,57)*
Позитивний емоційний стан, прагнення до самоствердження	24	35,8 (32,22–39,38)		–
Примітка: * – різниця достовірна при порівнянні підгруп Іг та Ід, $p < 0,05$				

Згідно з одержаними результатами у Ід підгрупі була значно більша кількість жінок (17,4 %) з відчуттям незадоволеності, неспокою і невпевненості проти 5,9 % – у Іг підгрупі. Також у Ід підгрупі жінок було більше тих, хто відчували ворожість до оточуючих – 17,4 % проти 2,9 % – у Іг підгрупі. Майже вдвічі у Ід підгрупі було жінок з емоційною лабільністю (30,4 %) проти 11,9 % – у Іг підгрупі. Емоційну байдужість і виснаженість мали 3 жінки Ід підгрупи (13,0 %) проти 5 жінок в Іг підгрупі (7,5 %). Кількість обстежених жінок, що відмічали розчарування собою та зовнішнім світом в обстежуваних підгрупах, була майже однаковою і складала 13,4 % у Іг підгрупі та 13,0 % у Ід підгрупі.

Жінки, психоемоційний стан яких був сприятливим та нормальним, здебільшого відносилися до Іг підгрупи, у цій підгрупі таких було 39 (43,3 %), у Ід підгрупі лише 2 жінки відмічали впевненість, оптимізм в увазі (8,7 %), а жінок з позитивним емоційним станом у цій підгрупі не відмічалось.

Дослідження стану психологічної адаптації у невагітних жінок І групи з неспроможним РМ після КР (табл. 3.19) показало, що високі показники адаптивності виявлялись у 39 жінок Іг підгрупи (58,2 %) проти 2 жінок в Ід підгрупі (8,7 %), труднощі адаптації спостерігалися приблизно в однаковій кількості обстежених жінок, зокрема у Іг підгрупі було 13,4 % жінок та у Ід підгрупі 13,0 % жінок.

Таблиця 3.19

Стан психологічної адаптації у невагітних жінок І групи з неспроможним рубцем на матці після кесарева розтину, абс. ч. (%)

Показник психологічної адаптації	Група жінок			
	Іг		Ід	
	абс.	%	абс.	%
Адаптивність	39	58,2 (52,38–64,02)	2	8,7 (7,83–8,87)*
Труднощі адаптації	9	13,4 (12,06–14,74)	3	13,0 (11,7–14,3)
Дезадаптація	13	19,5 (17,55–21,45)	10	43,5 (39,15–47,87)*
Стрес	6	8,9 (8,01–9,79)	8	34,8 (31,32–38,28)*
Примітка: * – різниця достовірна при порівнянні підгруп Іг та Ід, $p < 0,05$				

У жінок Ід підгрупи у психоемоційному стані дезадаптація виявлялась у 10 жінок (43,5 %) проти 13 жінок Іг підгрупи (19,5 %), а стрес – у 8 жінок Ід підгрупи (34,8 %) проти 6 жінок Іг підгрупи (8,9 %).

Діагностика міжособистісних відносин, проведена за тестом Лірі, дала змогу створити психограму аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з РМ після КР у кожній підгрупі І групи. Зокрема, психограма аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з РМ після КР Іа групи (рис. 3.2) дозволила з'ясувати, що у більшості жінок переважали конформні установи та конгруентність у контактах з оточуючими, що відповідало сьомому і восьмому октантам. Водночас для цих октантів, що виявлялися у жінок Іа підгрупи, характеристика міжособистісних відносин свідчить про невпевненість у собі, але присутня згода з думкою оточуючих та виражена схильність до

компромисів. За кількістю балів жінки, що мали таку оцінку, становили 9–16, які відносяться до альтруїстичного типу особи і визначаються прагненням допомагати і співчувати людям.

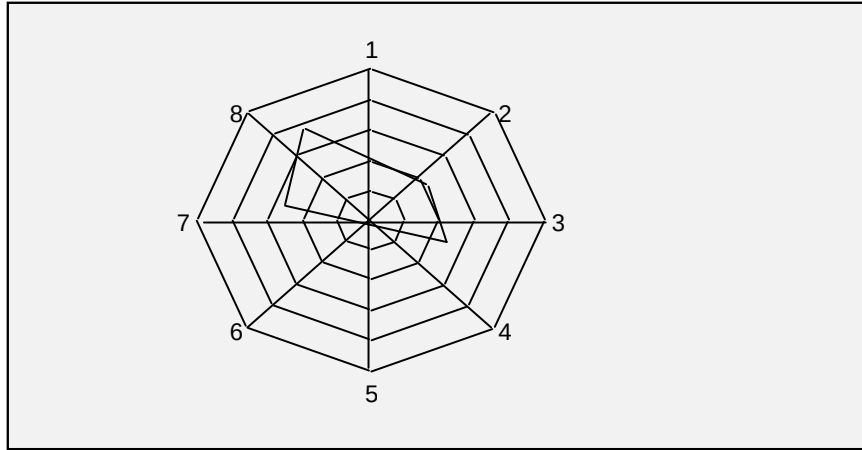


Рис. 3.2 Психограма аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину Іа підгрупи, бали

Присутність у цих жінок другого, третього і четвертого октантів свідчить про невиражену схильність до конфліктних проявів. За кількістю балів показники, що перевищували 8 балів та досягали 9–13 балів, свідчили про труднощі соціальної адаптації. Такі жінки мали відчуття страху до труднощів життя.

Психограма аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з РМ після КР Іб підгрупи (рис. 3.3) дала змогу з'ясувати, що у більшості жінок присутній восьмий октант, який характеризує тих, хто схильний до компромісів та налаштований на конгруентність у відносинах з оточуючими. За кількістю балів – 9–16, такий тип жінок є дуже активним по відношенню до оточуючих. Такі жінки здатні брати на себе відповідальність за інших. Також у жінок Іб підгрупи реєструвався другий октант, який відповідає егоїстичному та недовірливому типу міжособистісних стосунків, а оцінка у 12–16 балів характеризує цих жінок як готових перекладати труднощі на оточуючих у міжособистісних стосунках через невпевненість у собі.

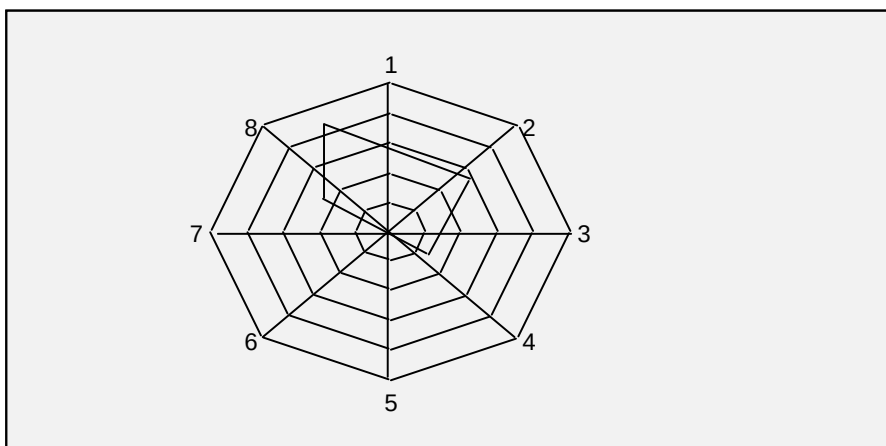


Рис. 3.3 Психограма аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину Іб підгрупи, бали

Психограма аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з РМ після КР Ів підгрупи (рис. 3.4) була подібна до рисунку психограми жінок Іб підгрупи, але з більш виявленими проявами у четвертому октанті, що свідчить про недовірливий тип міжособистісних відносин в обстежених жінок.

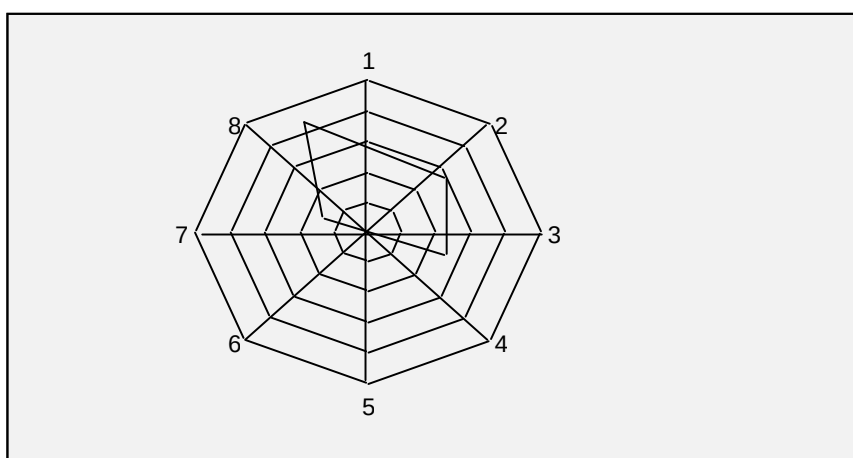


Рис. 3.4 Психограма аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину Ів підгрупи, бали

Оцінка в 13–16 балів відображає такі особливості міжособистісних відносин, як відчуження по відношенню до оточуючого світу, які вважають ворожим, у цих жінок спостерігається вразливість, схильність до сумніву в усьому та по відношенню до оточуючих.

Особливу увагу було зосереджено на аналізі міжособистісної поведінки невагітних жінок з неспроможним РМ після КР. На психограмі цих жінок (рис. 3.5) видно, що низька бальна оцінка у п'ятому, шьомому і восьмому октантах у 3–4 бали може свідчити про прихованість і неправдивість досліджуваних. Однак присутність у частині жінок показників шьомого і восьмого октанту свідчить про емоційну лабільність та схильність до співпраці і компромісу під час вирішення проблем та конфліктних ситуацій. Такі жінки прагнуть допомоги і бажають проявляти теплоту у стосунках.

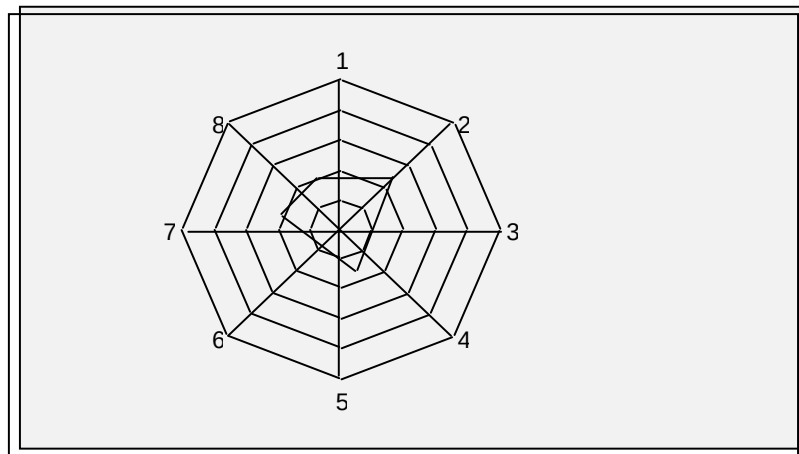


Рис. 3.5 Психограма аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з неспроможним рубцем на матці після кесарева розтину, бали

Отже, проведені дослідження психоемоційного стану жінок з РМ після КР показали, що у цих невагітних жінок присутні психологічні зміни. У більшості досліджуваних спостерігаються порушення процесів адаптації. Кожна шоста жінка відчувала труднощі адаптації, а кожна четверта – мала ознаки дезадаптації. У частини обстежених жінок виявилися прояви психоемоційного стресу. Найбільш негативні порушення відмічались у жінок з інтергенетичним інтервалом до 1 року. Також більш виражені зміни психоемоційного стану жінок діагностувалися у підгрупі жінок з неспроможних РМ після КР. Жінки, що перенесли КР, зазнали змін у міжособистісних стосунках. Виявлені зміни потребують корекції та особливої уваги в комплексі заходів з прегравідарної підготовки жінок з РМ після КР.

Висновки до Розділу 3

1. Проведений аналіз результатів досліджень довів, що у більшості випадків у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину наявні зміни РЗ. Найбільшим за частотою параметром, що характеризує стан РЗ жінок, були ХЗСО – у 32,2 % жінок, аборти – у 16,7 % жінок та порушення менструальної функції – у 38,9 % жінок.

2. Дослідження стану мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок з РМ після КР показало, що у таких жінок спостерігається обсіменіння статевих органів стафілококами (27,4 %) та представниками умовно-патогенної мікрофлори в асоціації з грибами р. *Candida* (22,2 %), незалежно від інтергенетичного проміжку. Виявлені зміни мікробіоценозу статевих шляхів спостерігалися більш виражено у підгрупі жінок з неспроможним рубцем.

3. Дослідження психоемоційного стану довели, що у жінок з інтергенетичним проміжком до року, його зміни були більш виражені, тоді як у жінок з інтергенетичним проміжком понад рік – показники були більш сприятливі. Виражені зміни в психоемоційному стані також мали жінки з неспроможним рубцем після КР.

Одержані у цьому розділі результати було опубліковано у таких працях:

1. Ковида Н.Р., Гончарук Н.П. Психоемоциональное состояние женщины с рубцом на матке после кесаревого сечения // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2020. № 5. С. 556–563.

2. Ковида Н.Р. Медико-соціальні показники настання вагітності у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину // Матеріали III Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 29-ї Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH 2020» // Український журнал військової медицини. 2020 (додаток). Т. 1. № 3. С. 110–111.

3. Ковида Н.Р. Стан мікробіоценозу урогенітальних органів у невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину // Material IV International Scientific and Practical Conference «INTEGRATION OF SCIENTIFIC BASES INTO PRACTICE». Stockholm, Sweden, 2020. October 12–16. С. 226–230.

РОЗДІЛ 4

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Дослідження перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок з РМ після попереднього КР передбачало визначення структури показань до перенесеного попереднього КР в обстежених жінок та дало змогу з'ясувати, що найчастіше розродження шляхом операції КР відбувалося у разі діагностики дистресу плоду під час пологів (Додаток Е).

У середньому 70 жінок I групи (77,8 %) та 72 жінки II групи (80,0 %) були прооперовані за показаннями з боку різкого погіршення стану плоду під час пологів.

На другому місці за показаннями до КР, як у I так і в II групі, було тазове передлежання плоду, яке в Ia 1 підгрупі зустрічалось у 4 жінок (13,3 %), а в IIa 1 підгрупі у 5 жінок (16,7 %), у Ib 2 підгрупі у 3 жінок (10,0 %) та в IIb 2 підгрупі у 4 жінок (13,3 %) та у 2 жінок Iv 3 підгрупи (6,7 %) і у 3 жінок IIv 3 підгрупи (10,0 %). Поодинокими показаннями до попереднього розродження шляхом КР в обох групах були: передчасне відшарування плаценти у 6 жінок I групи (6,7 %) та у 3 жінок (3,3 %) II групи, слабкість пологової діяльності у 3 жінок I групи (3,3 %) та у 2 жінок (2,2 %) II групи та випадіння петель пуповини у 2 жінок I групи (2,2 %) та у 1 жінки (1,1 %) II групи.

У більшості жінок I та II групи попереднє розродження шляхом операції КР відбувалося в ургентних умовах (рис. 4.1). Найвищий показник ургентного КР був у жінок Iv підгрупи, що обумовило тільки у 6,7 % жінок цієї підгрупи проведення КР у плановому порядку.

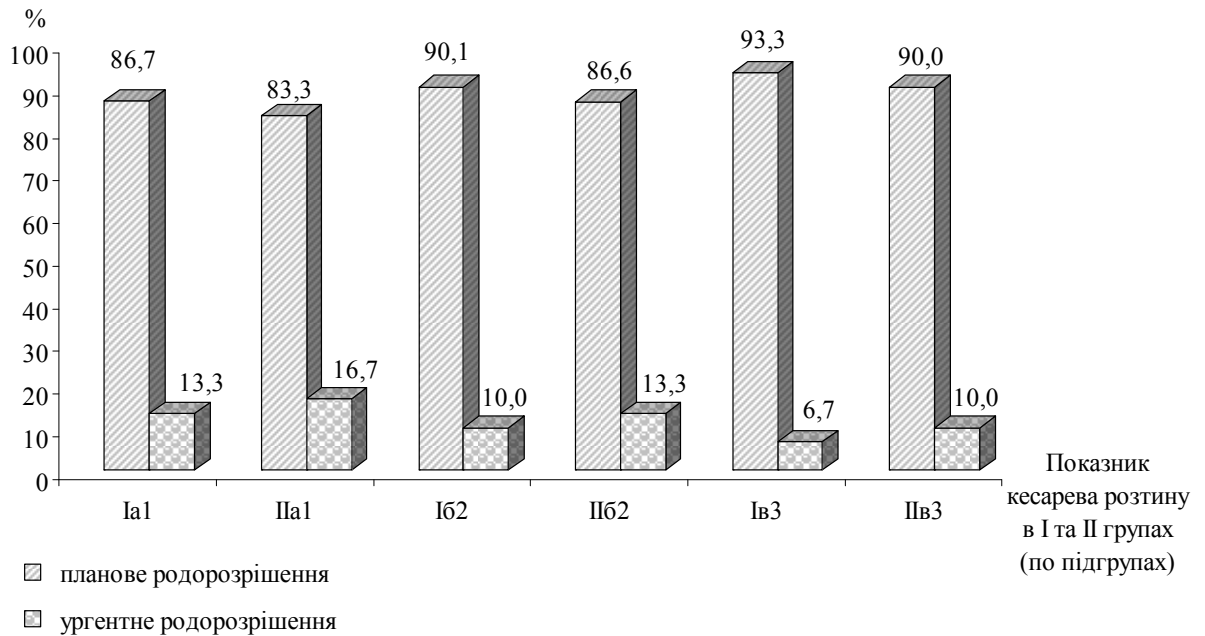


Рис. 4.1 Показники планового та ургентного розродження обстежених жінок при попередньому КР (у %)

Вагітність в обстежених жінок з РМ після попереднього КР (табл. 4.1) часто ускладнювалася. Найбільш частими ускладненнями була загроза переривання вагітності в різні терміни вагітності. Найчастіше такі ускладнення вагітності зустрічались у жінок II групи. У жінок Ia 1 підгрупи у I триместрі загроза переривання вагітності спостерігалась у 4 жінок (13,3 %) проти 9 жінок у IIa 1 підгрупі (30,0 %), відповідно у жінок Ib 2 підгрупи цей показник виявлявся у 4 жінок (13,3 %) та у 10 жінок (33,3 %) IIb 2 підгрупи, а також у жінок Ib 3 підгрупи у 3 жінок (10,0 %) проти 8 жінок (26,7 %) IIb 3 підгрупи. Загроза переривання вагітності у II триместрі зустрічалась у 3 жінок Ia 1 підгрупи (10,0 %) проти 8 жінок (26,7 %) у IIa 1 підгрупі, у Ib 2 підгрупі у 4 жінок (13,3 %) проти 9 жінок (30,0 %) IIb 2 підгрупи, а також у 3 жінок Ib 3 підгрупи (10,0 %) проти 7 жінок (23,3 %) IIb 3 підгрупи.

Таблиця 4.1

Частота ускладнень вагітності у жінок з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину, абс. ч. (%)

Ускладнення вагітності	Група жінок											
	Ia 1		Iб 2		Iв 3		IIa 1		IIб 2		IIв 3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гестози: – I половини вагітності;	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)	3	10,0 (9,0–11,0)	8	26,7 (24,03–29,37)*	7	23,3 (20,97–25,63)*	6	20,0 (18,0–22,0)*
– II половини вагітності	3	10,0 (9,0–11,0)	3	10,0 (9,0–11,0)	3	10,0 (9,0–11,0)	6	20,0 (18,0–22,0)*	6	20,0 (18,0–22,0)*	7	23,3 (20,97–25,63)*
Загроза переривання вагітності – I триместр;	4	13,3 (11,97–14,63)	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)	9	30,0 (37,0–33,0)*	10	33,3 (29,97–36,63)*	8	26,7 (24,03–29,37)*
– II триместр	3	10,0 (9,0–11,0)	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)	8	26,7 (24,03–29,37)*	9	30,0 (37,0–33,0)*	7	23,3 (20,97–25,63)*
Загроза передчасних пологів	3	10,0 (9,0–11,0)	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)	7	23,3 (20,97–25,63)*	8	26,7 (24,03–29,37)*	6	20,0 (18,0–22,0)*
Дистрес плоду		–		–		–	5	16,7 (15,03–18,37)	6	20,0 (18,0–22,0)	5	16,7 (15,03–18,37)
Анемія	4	13,3 (11,97–14,63)	3	10,0 (9,0–11,0)	3	10,0 (9,0–11,0)	3	10,0 (9,0–11,0)	4	13,3 (11,97–14,63)	4	13,3 (11,97–14,63)
Примірка: * – різниця достовірна між показниками у підгрупах: Ia 1 – IIa 1, Iб 2 – IIб 2, Iв 3 – IIв 3, p<0,05												

Високі показники були і загрози переривання вагітності II групи, які удвічі перевищували ці показники жінок I групи. Дистрес плоду під час вагітності клінічно у жінок I групи не виявлявся, тоді як у жінок II групи це ускладнення в середньому зустрічалося у 16 вагітних (17,8 %). Серед інших ускладнень, які виникали в обстежених жінок, була анемія, яка зустрічалася у жінок I та II групи майже рівнозначно.

У разі, коли в обстежених жінок відбулися вагінальні пологи, в пологах у цих жінок з РМ після попереднього КР (табл. 4.2) спостерігалися різні ускладнення, які частіше виявлялись у жінок II групи.

Таблиця 4.2

Частота ускладнень пологів у жінок при перших пологах, абс. ч. (%)

Група жінок	Абс. ч. (%)	Ускладнення пологів			
		Несвоєчасне відходження навколоплідних вод	Слабкість пологової діяльності	Гіпоксія та дистрес плоду	Підвищена крововтрата
Ia 1	абс.	2	1	—	—
	%	9,1 (8,19–10,01)	4,5 (4,05–4,95)	—	—
Iб 2	абс.	1	—	—	2
	%	4,2 (3,78–4,62)	—	—	8,3 (7,47–9,13)
Iв 3	абс.	3	—	—	—
	%	13,0 (11,7–14,3)	—	—	—
IIa 1	абс.	3	1	1	1
	%	42,9 (38,61–47,19)*	14,3 (12,87–15,73)*	14,3 (12,87–15,73)	14,3 (12,87–15,73)*
IIб 2	абс.	3	2	2	1
	%	37,5 (33,75–41,25)*	25,0 (22,5–27,5)	25,0 (22,5–27,5)	12,5 (11,25–13,75)*
IIв 3	абс.	2	1	1	
	%	28,6 (25,74–31,46)*	14,3 (12,87–15,73)	14,3 (12,87–15,73)	
Примірка: * – різниця достовірна між показниками у підгрупах: Ia 1 – IIa 1, Iб 2 – IIб 2, Iв 3 – IIв 3, $p < 0,05$					

Несвоєчасне відходження навколоплідних вод у жінок I групи відбулося у 6 жінок (8,7 %) проти 8 жінок (36,4 %) II групи, ($p < 0,05$). Частим ускладненням у жінок II групи була слабкість пологової діяльності – у 4 жінок (18,2 %) проти 1 жінки Ia 1 підгрупи (4,5 %). У жінок II групи в пологах діагностувалася гіпоксія та дистрес плоду, які піддавалися медикаментозній корекції в 1 жінки IIa 1 підгрупи (14,3 %), у 2 жінок IIб 2 підгрупи (25,0 %), та в 1 жінки IIв 3 підгрупи (14,3 %). Таких змін з боку плоду у жінок I групи не було. Підвищена крововтрата спостерігалась у 1 жінок IIa 1 підгрупи (14,3 %), та 1 жінок IIб 2 підгрупи (12,5 %). Також підвищена крововтрата була у 2 жінок IIб 2 підгрупи (8,3 %).

Більшість жінок II групи народжували шляхом КР. У I групі шляхом операції КР було розроджено 21 жінку (23,3 %), з них у 19 жінок (21,1 %) КР був виконаний через діагностику неспроможності рубця після попереднього КР, зокрема цей діагноз був підтверджений інтраопераційно. Одна жінка IIб 2 підгрупи (3,3 %) була розроджена шляхом КР через тазове передлежання та 1 (3,3 %) жінка Ia 1 підгрупи через слабкість пологової діяльності, яку не вдалося вирішити медикаментозно.

Усі жінки, що мали неспроможний рубець після попереднього КР, відмовилися від спроби вагінальних пологів. До початку пологів неспроможний стан рубця після попереднього КР був діагностований у 17 жінок (18,9 %) II групи, але в пологах такий стан РМ ще виявлений додатково у 9 жінок цієї групи, тому за показаннями неспроможний стан післяопераційного РМ після попереднього КР було прооперовано шляхом КР 26 жінок II групи (28,8 %).

Найбільш частим показанням до розродження жінок II групи шляхом КР був дистрес плоду в пологах. У IIa 1 підгрупі було розроджено 40,0 % жінок, у IIб 2 підгрупі – 46,7 % жінок і в IIв 3 підгрупі – 40,0 % жінок. У жінок I групи серед показань до КР дистрес плоду в пологах не виявлявся.

За структурою методів розродження вагітних з РМ після попереднього КР 76,7 % жінок I групи були розроджені через вагінальні пологи, а 23,3 % жінок шляхом КР (рис. 4.2).

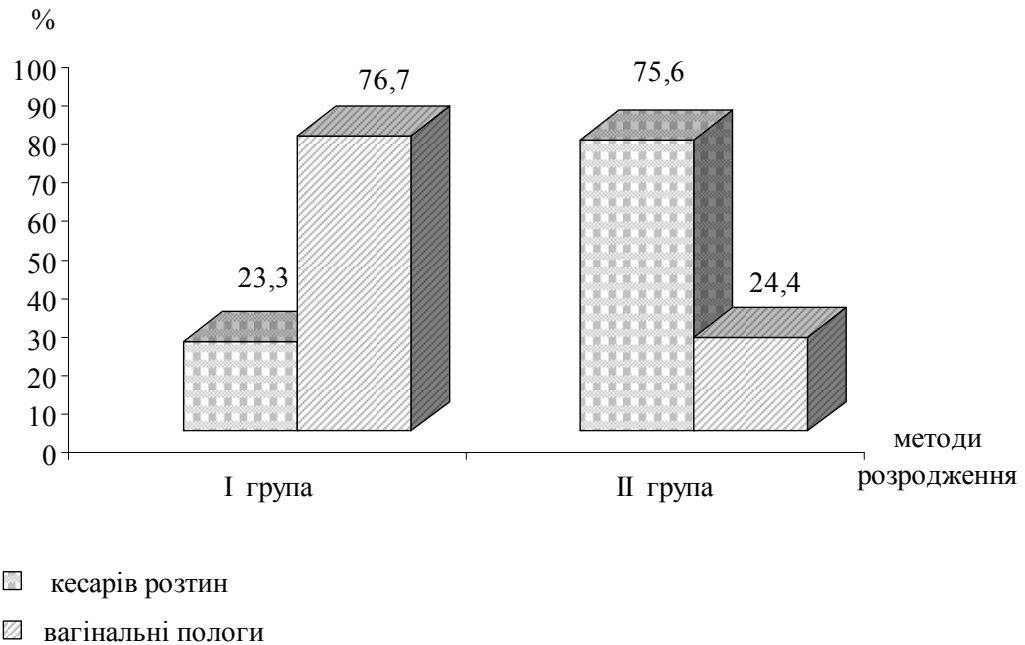


Рис. 4.2 Структура методів розродження вагітних з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину, %

У II групі лише 24,4 % жінок було розроджено через вагінальні пологи, а більшість жінок 75,6 % були розроджені шляхом операції КР.

Проведена прегравідарна підготовка та пильне спостереження за вагітною до пологів дали змогу значно знизити частоту ускладнень в післяопераційному періоді в обстежених жінок I групи, що були розроджені шляхом КР. У жінок цієї групи у Ia1 підгрупі у 1 жінки (10,0 %) була діагностована субінволюція матки та у 1 жінки (12,5 %) Ib 1 підгрупи в післяпологовому періоді виявлялась анемія. Інших ускладнень у жінок I групи не було.

У жінок II групи в післяпологовому періоді спостерігалася значна кількість ускладнень. Субінволюція найчастіше спостерігалась у IIa1 та IIb 2 підгрупах, відповідно у 16,7 % жінок та у 13,3 % жінок. Анемія у жінок II групи виявлялась у 8,9 % жінок.

Інфільтрати рубця на черевній стінці виявлені у 6,7 % жінок IIa 1 підгрупи, у 10,0 % жінок IIb2 підгрупи та у 3,3 % жінок IIb3 підгрупи. У 3,6 % жінок IIb2 підгрупи утворилася гематома в ділянці зашивання розрізу.

Новонароджені у жінок I групи народились в кращому стані, ніж у жінок II групи (Додаток Є).

З оцінкою за шкалою Апгар 10 балів з'явилося 22 новонароджених (24,4 %) проти 7 (7,8 %) у жінок II групи. Також високу оцінку 8–9 балів мали 59 новонароджених I групи (65,6 %) проти 24 від жінок II групи (26, %). У стані гіпоксії різного ступеня тяжкості народилося 59 новонароджених II групи (65,6 %). Проте в стані гіпоксії легкого ступеня за оцінкою 6–7 балів з'явилося лише 9 новонароджених (10,0 %) у I групі жінок.

У жінок I групи ознак інфікування плоду та новонароджених не виявлено. У жінок II групи у 32 % випадках спостерігалось інфікування плоду і новонароджених.

Висновки до Розділу 4

Аналіз перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок з РМ після попереднього КР показав, що вагітність і пологи у жінок з РМ після попереднього КР супроводжується ускладненим порушенням стану плоду і новонароджених. Більш виражені зміни та частіше вагітність, пологи та стан новонароджених ускладнювались у жінок II групи порівняно з жінками I групи, що обумовлено прегравідарною підготовкою жінок I групи та пильним спостереженням їх під час вагітності.

Одержані результати досліджень цього розділу опубліковано у такій науковій праці:

Ковида Н.Р., Гончарук Н.П. Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину // Здоров'є жінщини. 2020. Випуск 8 (154). С. 42–47.

РОЗДІЛ 5

ДІАГНОСТИКА СТАНУ РУБЦЯ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

5.1 Ультразвукова діагностика стану рубця після попереднього кесарева розтину при плануванні та під час вагітності

Ультразвукові дослідження матки проведені у невагітних жінок з РМ після попереднього КР (І група) дали змогу виявити різноманітні зміни (табл. 5.1).

При УЗД вогнища ендометріозу у невагітних жінок І групи виявлялися у 11 жінок (12,2 %), зокрема ці вогнища у жінок зі спроможним рубцем були лише у 2 жінок (2,9 %) та у 9 жінок з неспроможним рубцем (39,1 %). Поодинокі гіперехогенні включення зустрічались у 5 невагітних жінок І групи (5,6 %). За підгрупами цей показник не зустрічався в Іг підгрупі, а наявний у Ід підгрупі у 5 жінок (21,7 %). У частини невагітних жінок І групи – 22 жінки (24,4 %) мали лейоміоми матки на відстані 5 мл від РМ після попереднього КР, у Іг підгрупі такі вузли мали 4 жінки (5,9 %), а в Ід підгрупі – 18 жінок (78,3 %). Лейоміому матки на відстані 10 мл від РМ мали 5 невагітних жінок І групи (5,6 %), у підгрупах цей показник становив в Іг підгрупі у 1 жінки (1,5 %) та в Ід підгрупі у 4 жінок (1,4 %). Наявність інвагінацій у міометрії в ділянці рубця було виявлено у 11 невагітних жінок І групи (12,2 %), при цьому в Іг підгрупі у 2 жінок (2,9 %) та в Ід у 9 жінок (39,1 %). Також при УЗД було виявлена нерівність контуру порожнини матки у 4 невагітних жінок з РМ (4,4 %). У жінок Іг підгрупи цей показник не виявлявся, а виявлявся у 4 жінок Ід підгрупи (17,4 %). У 23 невагітних жінок І групи було виявлено порожнину у міометрії в ділянці післяопераційного РМ (25,6 %). Такі зміни у Іг підгрупі виявлялись у 5 жінок (7,5 %) та в Ід підгрупі у 18 жінок (78,3 %).

Таблиця

Зміни матки та рубця на матці після попереднього кесарева розтину виявлені у невагітних жінок при ультразвуковому дослідженні, абс. ч. (%)

Показники змін матки та рубця на матці	Групи та підгрупи жінок					
	I		Iг		Iд	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вогнища ендометріозу	11	12,2 (10,98–13,42)	2	2,9 (2,61–3,19)	9	39,1 (35,19–43,01)
Поодинокі гіперехогенні включення	5	5,6 (5,04–6,16)	0	0	5	21,7 (19,53–23,87)
Наявність лейоміоми матки на відстані 5 мм від рубця	22	24,4 (21,96–26,84)	4	5,9 (5,31–6,49)	18	78,3 (75,33–86,13)
Наявність лейоміоми матки на відстані 10 мм від рубця	5	5,6 (5,04–6,16)	1	1,5 (1,35–1,65)	4	17,4 (15,66–19,14)
Наявність інвагінації у міометрії в ділянці рубця	11	12,2 (10,98–13,42)	2	2,9 (2,61–3,19)	9	39,1 (35,19–43,01)
Нерівність контуру порожнини матки	4	4,4 (3,96–4,84)	0	0	4	17,4 (15,66–19,14)
Наявність порожнини у міометрії в ділянці рубця	23	25,6 (23,04–28,16)	5	7,5 (6,75–8,25)	18	78,3 (75,33–86,13)
Товщина міометрію в ділянці рубця 6–10 мм	4	4,4 (3,96–4,84)	3	4,5 (4,05–4,95)	1	4,3 (3,87–4,73)
Товщина міометрію в ділянці рубця 3–5 мм	11	12,2 (10,98–13,42)	2	2,9 (2,61–3,19)	9	39,1 (35,19–43,01)
Товщина міометрію в ділянці рубця менше 3 мм	23	25,6 (23,04–28,16)	4	5,9 (5,31–6,49)	19	82,6 (74,34–91,2)
Наявність гіперехогенних включень у структурі рубця	11	12,2 (10,98–13,42)	2	2,9 (2,61–3,19)	9	39,1 (35,19–43,01)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$						

УЗД товщини міометрію у ділянці післяопераційного рубця показало, що у 4 невагітних жінок І групи (4,4 %) товщина міометрію становила від 6 до 10 мм, відповідно у підгрупах у Іг підгрупі у 3 жінок (4,5 %) і в Ід підгрупі у 1 жінки (4,3 %). Товщина міометрію від 3 до 5 мм була діагностована у 11 невагітних жінок І групи (12,2 %), відповідно у Іг підгрупі у 2 жінок (2,9 %) та в Ід підгрупі у 9 жінок (39,1 %). Товщина міометрію у ділянці рубця після попереднього КР менше 3 мм зустрічалась у 23 невагітних жінок І групи (25,6 %), що у підгрупах відповідно становило в Іг підгрупі у 4 жінок (5,9 %) та в Ід підгрупі у 19 жінок (82,6 %). У 11 невагітних жінок І групи виявлялася наявність гіперехогенних включень у структуру рубця (12,2 %). Такі зміни у жінок Іг підгрупи були лише у 2 жінок (2,9 %) та у 9 жінок Ід підгрупи (39,1 %). У інших невагітних жінок І групи при УЗД виявлялась наявність гіпоехогенних включень у структурі рубця, що у підгрупах становило в Іг підгрупі у 2 жінок (2,9 %) та в Ід підгрупі у 9 жінок (39,1 %).

Подальша оцінка та статистичне і математичне обрахування результатів ультразвукового обстеження матки та післяопераційного РМ після попереднього КР у невагітних жінок І групи дали змогу створити шкалу оцінки стану РМ після попереднього КР у невагітних жінок (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

**Шкала оцінки стану рубця на матці після попереднього КР у
невагітних жінок**

Назва показника	Кількість балів
Морфологічні зміни міометрію у ділянці рубця	Немає змін – 0 балів, вогнища ендометріозу – 1 бал ($r=0,348$), наявність лейоміоми матки на відстані 5 мм від рубця ($r=0,723$) – 2 бали
Наявність деформації міометрію	Немає змін – 0 балів, наявність інвагінації у міометрії у ділянці рубця ($r=0,348$) – 1 бал, наявність порожнини у міометрії у ділянці рубця ($r=0,712$) – 2 бали
Товщина міометрію у ділянці рубця	Немає змін – 0 балів, товщина міометрію 3–5 мм – 1 бал ($r=0,366$), товщина міометрію у ділянці рубця ($r=0,684$) менше 3 мм – 2 бали
Ехоструктура рубця	Немає змін – 0 балів, наявність гіперехогенних включень ($r=0,366$) – 1 бал, наявність гіпоехогенних включень ($r=0,366$) – 1 бал

На початку цього дослідження в шкалу було включено 14 показників різних змін матки та РМ після КР у невагітних жінок, виявлених при УЗД після проведення статистичної обробки результатів отриманих даних та визначення показника Альфа Кронбаха, який склав 85,4 % (стандартизований показник 81 %). Такі показники, які були включені в шкалу, як поодинокі гіперехогенні включення ($r=-0,71$), наявність лейоміоми матки на відстані 10 мм від рубця ($r=0,213$), нерівність контуру порожнини ($r=-0,134$), товщина міометрію 3 ділянці рубця 6-10 мм ($r=-0,24$) були вилучені як такі, що мають низьку кореляційну залежність з підсумковим результатом.

Оцінка стану РМ у невагітних жінок за цією шкалою проводиться в балах.

Кількість балів визначали за міжелементною кореляційною матрицею, за наявності коефіцієнтів кореляції до 0,3 оцінка становить – 0 балів, за наявності коефіцієнтів кореляції від 0,3 до 0,5 – 1 бал та від 0,5 до 1 – 2 бали. При оцінці показника шкали в 2 бали можна діагностувати неспроможний стан РМ після попереднього КР.

Ультразвукове дослідження стану плоду в динаміці вагітності у жінок І групи показало, що після проведеної прегравідарної підготовки та пильного спостереження під час вагітності ехографічні показники стану плоду наближались до таких, як у жінок IV групи (Додаток Ж). Деякі відмінності спостерігалися у жінок Іа підгрупи щодо окружності голови (ОГ) плоду на 35–36 тижнів. Цей показник був дещо нижчий і достовірно відрізнявся від показника у жінок IV групи. Також на 29–30 тижні вагітності у жінок Іа і Іб підгрупи спостерігалось достовірне зменшення окружності живота (ОЖ) плоду, а у жінок Іа підгрупи ще й на 35–36 тижні, порівняно з IV групою.

Виявлені зміни не були розцінені як порушення стану плоду, але потребують уваги, як прояви диспропорції у розвитку.

У вагітних Іа підгрупи на 19–20 тижні спостерігалися зміни біпаріетального розміру (БПР), ОГ та ОЖ плоду у порівнянні з показниками IV групи (Додаток З).

Лише у вагітних Іг підгрупи в терміні вагітності 19–20 та 29–30 тижнів спостерігалася достовірна відмінність ОЖ від показника у здорових вагітних, що можна розцінювати як диспропорцію росту плоду, характерних загалом для показників в І групі.

Проте у вагітних Ід підгрупи всі ехографічні показники плоду відрізнялись у всіх термінах вагітності, виняток становив розмір довжини плечової кістки (ДПК) на 19–20 тижні вагітності, у порівнянні з показниками вагітних ІV групи ($p < 0,05$), що може свідчити про порушений стан плоду у цих вагітних.

Важливим ультразвуковим діагностичним критерієм стану рубця після попереднього КР стало визначення середнього значення доплерометричних показників судин матки у невагітних жінок (табл. 5.4).

У жінок з РМ, які завагітніли після попереднього КР, на прегравідарному етапі визначалися зміни кровообігу у маткових артеріях та зміни ІАП. У жінок з РМ, які завагітніли через рік після попереднього КР та отримували комплекс допологової підготовки, визначалися найбільш виразні зміни кровообігу в маткових артеріях, аркуатних, радіальних, базальних та спіральних артеріях. Індeksi судинного опору в маткових артеріях у жінок Іа групи достовірно відрізнялися від таких показників у групі контролю.

Подібні зміни спостерігалися у маткових артеріях у жінок Іб підгрупи. У жінок Ів групи індeksi судинного опору в правій і лівій матковій артеріях були підвищеними, у порівнянні з групою контролю, але в меншій степені, ніж у Іа групі.

Показники стану кровообігу в аркуатних артеріях у жінок Іа підгрупи були змінені в бік підвищення резистентності судин, у порівнянні з такими показниками групи контролю. Така сама тенденція до збільшення показників індексів судинного опору в аркуатних артеріях спостерігалась і у жінок Іб та Ів підгруп. Значення індексів судинного опору у радіальних артеріях жінок Іа підгрупи були вищими порівняно з показниками групи контролю.

**Середнє значення доплерометричних показників судин матки у
невагітних жінок I групи**

Назва судини	Доплер-показники	Ia 1	Iб 2	Iв 3	III
Права маткова артерія	С/Д	(9,44±0,07)*	(7,47±0,07)*	(3,55±0,04)*	2,52±0,15
	ІР	(0,88±0,01)*	(0,85±0,07)*	(0,86±0,02)*	0,73±0,06
	ПІ	(3,14±0,32)*	(2,99±0,36)*	(3,2±0,27)*	1,51±0,25
Ліва маткова артерія	С/Д	(9,51±0,12)*	(7,38±0,12)*	(3,49±0,07)*	2,6±0,09
	ІР	(0,88±0,06)*	(0,87±0,06)*	(0,85±0,05)*	0,77±0,08
	ПІ	(3,09±0,44)*	(2,95±0,35)*	(3,18±0,47)*	1,63±0,13
Права та ліва маткові артерії	ІАП	(2,28±0,18)*	(2,42±0,2)*	(2,37±0,13)*	2,53±0,26
Аркуатні артерії	С/Д	(4,1±0,11)*	(3,51±0,06)*	(3,87±0,1)*	2,97±0,12
	ІР	(0,86±0,07)*	(0,88±0,03)*	(0,88±0,05)*	0,64±0,05
	ПІ	(2,74±0,29)*	(2,71±0,13)*	(2,7±0,3)*	1,41±0,27
Радіальні артерії	С/Д	(3,12±0,06)*	2,89±0,11	2,88±0,1	2,2±0,31
	ІР	(0,77±0,05)*	0,73±0,05	0,74±0,05	0,52±0,16
	ПІ	(1,1±0,28)*	0,93±0,3	1,15±0,25	0,81±0,13
Базальні артерії	С/Д	(2,89±0,14)*	2,25±0,05	2,55±0,08	1,96±0,14
	ІР	(0,62±0,08)*	0,56±0,07	0,58±0,06	0,45±0,4
	ПІ	(1,14±0,33)*	0,98±0,37	0,89±0,2	0,71±0,08
Спіральні артерії	С/Д	2,28±0,12	2,26±0,21	(2,35±0,06)*	1,74±0,24
	ІР	0,37±0,11	0,39±0,07	(0,34±0,09)*	0,37±0,05
	ПІ	0,65±0,1	0,43±0,08	(0,75±0,08)*	0,67±0,09
Примітка: * – достовірність різниці з показниками Ia, Ib, Iv підгруп та групою здорових жінок (III), при p<0,05					

Кровообіг у базальних артеріях жінок Ia підгрупи також був порушений, індекси судинного опору були збільшені порівняно з показниками судинного опору у жінок контрольної групи.

Збільшеними показники індексів судинного опору були також у спіральних артеріях у жінок Iv підгрупи та становили С/Д (2,35±0,06),

ІР ($0,34 \pm 0,09$), ІІ ($0,75 \pm 0,08$) у порівнянні з показниками групи контролю, а саме С/Д ($1,74 \pm 0,24$), ІР ($0,37 \pm 0,05$), ІІ ($0,67 \pm 0,09$).

Значення індексу артеріальної перфузії у жінок Іа підгрупи становило ($2,28 \pm 0,18$) та знижувався, у жінок Ів підгрупи значення цього показника становило ($2,37 \pm 0,13$). У жінок Іб підгрупи зменшення цього показника було нижчим, ніж у двох інших досліджуваних підгрупах, але також достовірно відрізнялося від групи контролю та становило ($2,42 \pm 0,2$).

Визначення середнього значення доплерометричних показників судин матки у невагітних жінок з РМ після попереднього КР І групи, що мали спроможний та неспроможний РМ (табл. 5.5), показало, що більш виражені зміни кровообігу в судинах спостерігалися у вагітних Ід підгрупи.

Таблиця 5.5

Середнє значення доплерометричних показників судин матки у невагітних жінок І групи, які мали спроможний та неспроможний рубець на матці

Назва судини	Доплер-показники	Іг	Ід	ІІІ
Права маткова артерія	С/Д	($3,32 \pm 0,07$)*	($9,72 \pm 0,07$)*	$2,52 \pm 0,15$
	ІР	($0,82 \pm 0,07$)*	($0,92 \pm 0,01$)*	$0,73 \pm 0,06$
	ІІ	($1,87 \pm 0,35$)*	($3,2 \pm 0,33$)*	$1,51 \pm 0,25$
Ліва маткова артерія	С/Д	($7,16 \pm 0,12$)*	($9,8 \pm 0,12$)*	$2,6 \pm 0,09$
	ІР	($0,80 \pm 0,06$)*	($0,91 \pm 0,06$)*	$0,77 \pm 0,08$
	ІІ	($1,89 \pm 0,34$)*	($3,18 \pm 0,45$)*	$1,63 \pm 0,13$
Права та ліва маткові артерії	ІАП	$2,43 \pm 0,19$	($2,23 \pm 0,19$)*	$2,53 \pm 0,26$
Аркуатні артерії	С/Д	$3,01 \pm 0,06$	($4,19 \pm 0,11$)*	$2,97 \pm 0,12$
	ІР	$0,74 \pm 0,03$	($0,89 \pm 0,07$)*	$0,64 \pm 0,05$
	ІІ	$1,56 \pm 0,13$	($2,82 \pm 0,3$)*	$1,41 \pm 0,27$
Радіальні артерії	С/Д	$2,83 \pm 0,11$	($3,24 \pm 0,06$)*	$2,2 \pm 0,31$
	ІР	$0,62 \pm 0,05$	($0,79 \pm 0,05$)*	$0,52 \pm 0,16$
	ІІ	$0,85 \pm 0,29$	($1,13 \pm 0,29$)*	$0,81 \pm 0,13$
Базальні артерії	С/Д	$2,21 \pm 0,05$	($2,95 \pm 0,14$)*	$1,96 \pm 0,14$
	ІР	$0,55 \pm 0,07$	($0,63 \pm 0,08$)*	$0,45 \pm 0,4$
	ІІ	$0,75 \pm 0,36$	($1,16 \pm 0,34$)*	$0,71 \pm 0,08$
Спіральні артерії	С/Д	$2,17 \pm 0,2$	($2,35 \pm 0,12$)*	$1,74 \pm 0,24$
	ІР	$0,37 \pm 0,07$	($0,48 \pm 0,11$)*	$0,37 \pm 0,05$
	ІІ	$0,69 \pm 0,08$	($0,78 \pm 0,1$)*	$0,67 \pm 0,09$
Примітка: * – достовірність різниці з показниками Іг, Ід підгруп та групою здорових жінок (ІІІ), при $p < 0,05$				

У жінок із неспроможним РМ визначалися виразні зміни кровообігу у артеріях матки на всіх рівнях – у правій матковій артерії, у лівій матковій артерії, у аркуатних артеріях, радіальних артеріях, базальних артеріях та спіральних артеріях. Усі ці показники були достовірно вищими, ніж у групі контролю.

У жінок із спроможним РМ показники кровообігу майже не відрізнялися від тих показників, що були у групі контролю. Незначні зміни виявлялись у правій матковій артерії С/Д ($3,32 \pm 0,07$), ІР ($0,82 \pm 0,07$), ПІ ($1,87 \pm 0,35$) та лівій матковій артерії С/Д ($7,16 \pm 0,12$), ІР ($0,80 \pm 0,06$), ПІ ($1,89 \pm 0,34$) у жінок цієї підгрупи.

Показник індексу артеріальної перфузії у жінок з неспроможним РМ був найнижчим серед досліджуваних підгруп на прегравідарному етапі і становив ($2,23 \pm 0,19$), ($p < 0,05$), а у групі контролю цей показник становив ($2,53 \pm 0,26$).

Проведені ультразвукові доплерометричні дослідження дали змогу з'ясувати середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у вагітних жінок з РМ, після попереднього КР Іа підгрупи в динаміці вагітності (табл. 5.6).

У жінок, які завагітніли через рік після попереднього КР та отримували комплекс допологової підготовки, зміни, що виявлялись у стані маткової перфузії та материнсько-плодового кровообігу були менш виразними, ніж зміни, які були у жінок, які під час вагітності спостерігалися за протоколами МОЗ України.

У жінок Іа 1 групи кровообіг у маткових артеріях найбільше відрізнявся від показників групи контролю на 28–34 тижні у правій матковій артерії С/Д ($2,02 \pm 0,14$), ІР ($0,6 \pm 0,16$), ПІ ($0,93 \pm 0,22$) та лівій матковій артерії С/Д ($2,07 \pm 0,26$), ІР ($0,71 \pm 0,11$), ПІ ($0,94 \pm 0,18$) проти показників кровообігу у групі контролю на цьому терміні вагітності відповідно у правій матковій артерії С/Д ($1,94 \pm 0,13$), ІР ($0,57 \pm 0,14$), ПІ ($0,8 \pm 0,19$) та лівій матковій артерії С/Д ($1,93 \pm 0,23$), ІР ($0,6 \pm 0,1$), ПІ ($0,79 \pm 0,21$).

Таблиця 5.6

**Середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду
у жінок Іа 1 підгрупи в динаміці вагітності**

Назва судини	Доплер-показники	Група вагітних					
		Ia 1	IV	Ia 1	IV	Ia 1	IV
		Термін вагітності					
		22–27		28–34		35 і більше	
1	2	3		4		5	
Права маткова артерія	С/Д	2,28± ±0,17	2,19± ±0,15	(2,02± ±0,14)*	1,94± ±0,13	1,99± ±0,12	1,73± ±0,11
	ІР	0,7± ±0,18	0,66± ±0,16	0,6± ±0,16	0,57± ±0,14	0,55± ±0,14	0,51± ±0,12
	ІІІ	1,02± ±0,25	0,89± ±0,22	(0,93± ±0,22)*	0,8± ±0,19	0,77± ±0,19	0,71± ±0,17
Ліва маткова артерія	С/Д	2,36± ±0,29	2,2± ±0,26	(2,07± ±0,26)*	1,93± ±0,23	1,93± ±0,23	1,75± ±0,21
	ІР	0,78± ±0,13	0,67± ±0,11	(0,71± ±0,11)*	0,6± ±0,1	0,61± ±0,1	0,52± ±0,09
	ІІІ	0,99± ±0,21	0,91± ±0,18	(0,94± ±0,18)*	0,79± ±0,21	0,78± ±0,24	0,74± ±0,15
Права та ліва маткові артерії	ІАПВ	(3,61± ±0,09)*	4,14± ±0,1	(3,72± 0,09)*	4,61± ±0,11	(3,98± ±0,1)*	5,15± ±0,13
Аркуатні артерії	С/Д	(2,36± ±0,37)*	2,11± ±0,32	(2,15± ±0,32)*	1,92± ±0,28	(1,78± ±0,28)*	1,68± ±0,25
	ІР	(0,64± ±0,1)*	0,59± ±0,09	(0,58± ±0,09)*	0,53± ±0,08	(0,53± ±0,08)*	0,47± ±0,07
	ІІІ	(0,94± ±0,08)*	0,91± ±0,07	(0,81± ±0,07)*	0,79± ±0,06	(0,72± ±0,06)*	0,69± ±0,05
Радіальні артерії	С/Д	2,11± ±0,36	1,94± ±0,32	1,92± ±0,32	1,76± ±0,29	1,68± ±0,3	1,57± ±0,26
	ІР	0,61± ±0,08	0,58± ±0,07	0,54± ±0,07	0,5± ±0,06	0,48± ±0,06	0,44± ±0,05
	ІІІ	0,86± ±0,23	0,84± ±0,2	0,74± ±0,2	0,73± ±0,18	0,67± ±0,18	0,65± ±0,16
Базальні артерії	С/Д	1,99± ±0,33	1,91± ±0,29	1,79± ±0,29	1,72± ±0,26	1,61± ±0,26	1,52± ±0,23
	ІР	0,49± ±0,1	0,47± ±0,09	0,43± ±0,09	0,4± ±0,08	0,39± ±0,08	0,36± ±0,07
	ІІІ	0,81± ±0,11	0,79± ±0,1	0,7± ±0,1	0,69± ±0,09	0,68± ±0,09	0,62± ±0,08
Артерія пуповини 1	С/Д	2,97± ±0,35	2,88± ±0,32	2,65± ±0,31	2,57± ±0,28	2,61± ±0,29	2,25± ±0,25
	ІР	0,72± ±0,11	0,66± ±0,1	(0,63± ±0,1)*	0,58± ±0,09	0,59± ±0,09	0,52± ±0,08
	ІІІ	1,02± ±0,32	0,94± ±0,28	(0,92± ±0,29)*	0,85± ±0,25	0,82± ±0,24	0,76± ±0,22

1	2	3	4	5			
Артерія пуповини 2	С/Д	5,05± ±0,37	4,72± ±0,33	4,47± ±0,32	4,18± ±0,29	4,49± ±0,29	3,77± ±0,26
	ІР	0,69± ±0,1	0,64± ±0,09	(0,63± ±0,09)*	0,58± ±0,08	0,54± ±0,08	0,51± ±0,07
	ІІІ	0,95± ±0,14	0,93± ±0,13	0,85± ±0,13	0,83± ±0,12	0,76± ±0,12	0,73± ±0,11
Середня мозкова артерія плоду	С/Д	2,81± ±0,36	2,73± ±0,32	2,49± ±0,32	2,42± ±0,28	2,46± ±0,27	2,12± ±0,24
	ІР	1,23± ±0,11	1,21± ±0,1	1,08± ±0,1	1,06± ±0,09	1,02± ±0,09	0,94± ±0,08
	ІІІ	2,21± ±0,15	2,07± ±0,13	1,96± ±0,12	1,83± ±0,11	1,76± ±0,11	1,66± ±0,1
Аорта плоду	С/Д	7,04± ±0,46	6,77± ±0,4	6,18± ±0,41	5,94± ±0,36	6,1± ±0,36	5,2± ±0,32
	ІР	0,86± ±0,14	0,82± ±0,12	0,75± ±0,13	0,71± ±0,11	0,63± ±0,11	0,62± ±0,1
	ІІІ	2,33± ±0,3	2,04± ±0,27	2,07± ±0,26	1,82± ±0,24	1,72± ±0,24	1,61± ±0,22
Примітка: * – достовірність різниці з показниками Іа підгрупи та групою здорових у вагітних (IV), при $p < 0,05$							

Зміни у кровообігу плоду характеризувалися підвищенням індексів резистентності у артеріях пуповини 1 і 2 на термінах вагітності 28–34 тижні.

У жінок Іа групи індекси судинного опору в аркуатних артеріях були підвищеними на усіх термінах спостереження під час вагітності порівняно з групою контролю. Показник ІАПВ змінювався відносно групи контролю на всіх термінах вагітності і становив у 22–27 тижнів у жінок Іа групи (3,61±0,09) і (4,14±0,1) у жінок групи контролю. У жінок Іа групи у 28–34 тижнів (3,72±0,09), а у жінок групи контролю (4,61±0,11), та у 35 тижнів вагітності та більше значення цього показника у жінок цієї становило (3,98±0,1), а у жінок групи контролю (5,15±0,3).

Проведені ультразвукові доплерометричні дослідження дали змогу також з'ясувати середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у вагітних жінок Іб підгрупи в динаміці вагітності (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

**Середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду
у жінок Іб 2 підгрупи в динаміці вагітності**

Назва судини	Доплер-показники	Група вагітних					
		Іб 2	IV	Іб 2	IV	Іб 2	IV
		Термін вагітності					
		22–27		28–34		35 і більше	
1	2	3		4		5	
Права маткова артерія	С/Д	(2,34± ±0,17)*	2,19± ±0,15	2,39± ±1,56	1,94± ±0,13	1,82± ±0,13	1,73± ±0,11
	ІР	(0,75± ±0,18)*	0,66± ±0,16	0,51± ±0,31	0,57± ±0,14	0,58± ±0,14	0,51± ±0,12
	ПІ	(0,97± ±0,24)*	0,89± ±0,22	0,94± ±0,1	0,8± ±0,19	0,8± ±0,19	0,71± ±0,17
Ліва маткова артерія	С/Д	(2,36± ±0,3)*	2,2± ±0,26	2,18± ±0,21	1,93± ±0,23	2± ±0,24	1,75± ±0,21
	ІР	(0,71± ±0,12)*	0,67± ±0,11	0,62± ±0,1	0,6± ±0,1	0,55± ±0,1	0,52± ±0,09
	ПІ	(1,03± ±0,2)*	0,91± ±0,18	0,93± ±0,16	0,79± ±0,21	0,81± ±0,17	0,74± ±0,15
Права та ліва маткові артерії	ІАПВ	4,06± ±0,11	4,14± ±0,1	(4,26± ±0,11)*	4,61± ±0,11	4,87± ±0,14	5,15± ±0,13
Аркуатні артерії	С/Д	2,43± ±0,37	2,11± ±0,32	1,94± ±1,05	1,92± ±0,28	1,85± ±0,28	1,68± ±0,25
	ІР	0,67± ±0,1	0,59± ±0,09	0,37± ±0,08	0,53± ±0,08	0,51± ±0,08	0,47± ±0,07
	ПІ	1,01± ±0,08	0,91± ±0,07	0,8± ±0,25	0,79± ±0,06	0,8± ±0,06	0,69± ±0,05
Радіальні артерії	С/Д	2,13± ±0,36	1,94± ±0,32	1,84± ±1,23	1,76± ±0,29	1,74± ±0,3	1,57± ±0,26
	ІР	0,61± ±0,08	0,58± ±0,07	0,34± ±0,05	0,5± ±0,06	0,49± ±0,06	0,44± ±0,05
	ПІ	0,95± ±0,22	0,84± ±0,2	0,69± ±0,24	0,73± ±0,18	0,71± ±0,18	0,65± ±0,16
Базальні артерії	С/Д	2,2± ±0,33	1,91± ±0,29	1,79± ±0,98	1,72± ±0,26	1,7± ±0,26	1,52± ±0,23
	ІР	0,5± ±0,1	0,47± ±0,09	0,3± ±0,09	0,4± ±0,08	0,39± ±0,08	0,36± ±0,07
	ПІ	0,85± ±0,11	0,79± ±0,1	0,56± ±0,1	0,69± ±0,09	0,71± ±0,09	0,62± ±0,08
Артерія пуповини 1	С/Д	3,23± ±0,36	2,88± ±0,32	3,47± ±1,33	2,57± ±0,28	2,59± ±0,28	2,25± ±0,25
	ІР	0,69± ±0,11	0,66± ±0,1	0,71± ±0,1	0,58± ±0,09	0,57± ±0,09	0,52± ±0,08
	ПІ	0,99± ±0,32	0,94± ±0,28	1,22± ±0,31	0,85± ±0,25	0,85± ±0,24	0,76± ±0,22
Артерія пуповини 2	С/Д	5± ±0,38	4,72± ±0,33	3,64± ±1,33	4,18± ±0,29	4,34± ±0,29	3,77± ±0,26
	ІР	0,71± ±0,1	0,64± ±0,09	0,62± ±0,1	0,58± ±0,08	0,58± ±0,08	0,51± ±0,07
	ПІ	1,02± ±0,14	0,93± ±0,13	1,33± ±0,31	0,83± ±0,12	0,84± ±0,12	0,73± ±0,11

1	2	3	4	5			
Середня мозкова артерія плоду	С/Д	2,95± ±0,36	2,73± ±0,32	8,26± ±0,82	2,42± ±0,28	2,4± ±0,27	2,12± ±0,24
	ІР	1,38± ±0,11	1,21± ±0,1	1,14± ±0,21	1,06± ±0,09	1,01± ±0,09	0,94± ±0,08
	ПІ	2,38± ±0,15	2,07± ±0,13	1,63± ±0,1	1,83± ±0,11	1,83± ±0,11	1,66± ±0,1
Аорта плоду	С/Д	7,31± ±0,44	6,77± ±0,4	6,03± ±0,42	5,94± ±0,36	5,73± ±0,36	5,2± ±0,32
	ІР	0,89± ±0,14	0,82± ±0,12	1,24± ±0,21	0,71± ±0,11	0,71± ±0,11	0,62± ±0,1
	ПІ	2,22± ±2,46	2,04± ±0,27	1,75± ±0,52	1,82± ±0,24	3,11± ±1,31	1,61± ±0,22
Примітка: * – достовірність різниці з показниками Іб підгрупи та групою здорових вагітних (IV), при $p < 0,05$							

У жінок з РМ, які завагітніли через три роки після попереднього КР та отримували комплекс допологової підготовки, в динаміці вагітності зміни у матковому та матково-плодовому кровообігу були найменш виразними серед усіх груп жінок, які отримували комплекс допологової підготовки та майже не відрізнялися від показників групи контролю.

Зміни в індексах судинного опору виявлялись у маткових артеріях на терміні 22–27 тижнів та становили відповідно у правій матковій артерії С/Д (2,34±0,17), ІР (0,75±0,18), ПІ (0,97±0,24), у лівій матковій артерії С/Д (2,36±0,3), ІР (0,71±0,12), ПІ (1,03±0,2). У групі контролю ці показники становили відповідно у правій матковій артерії С/Д (2,19±0,15), ІР (0,66±0,16), ПІ (0,89±0,2), у лівій матковій артерії С/Д (2,2±0,26), ІР (0,67±0,11), ПІ (0,91±0,18). У жінок Іб підгрупи значення ІАПВ були достовірно меншими на 28–34 тижні вагітності (4,26±0,11), при показнику у групі контролю (4,61±0,11).

Проведені ультразвукові доплерометричні дослідження дали змогу також з'ясувати середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у вагітних жінок з РМ, після попереднього КР Ів підгрупи в динаміці вагітності (табл. 5.8).

**Середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у
жінок Ів 3 підгрупи в динаміці вагітності**

Назва судини	Доплер-показники	Група вагітних					
		Ів 3	IV	Ів 3	IV	Ів 3	IV
		Термін вагітності					
		22–27		28–34		35 і більше	
1	2	3		4		5	
Права маткова артерія	С/Д	2,26± ±0,17	2,19± ±0,15	2,18± ±0,14	1,94± ±0,13	1,89± ±0,12	1,73± ±0,11
	ІР	0,68± ±0,18	0,66± ±0,16	0,64± ±0,15	0,57± ±0,14	0,56± ±0,14	0,51± ±0,12
	ПІ	0,99± ±0,24	0,89± ±0,22	0,91± ±0,21	0,8± ±0,19	0,77± ±0,19	0,71± ±0,17
Ліва маткова артерія	С/Д	2,43± ±0,29	2,2± ±0,26	2,08± ±0,26	1,93± ±0,23	1,98± ±0,24	1,75± ±0,21
	ІР	0,72± ±0,12	0,67± ±0,11	0,67± ±0,11	0,6± ±0,1	0,54± ±0,1	0,52± ±0,09
	ПІ	0,98± ±0,26	0,91± ±0,18	0,92± ±0,25	0,79± ±0,21	0,75± ±0,22	0,74± ±0,15
Права та ліва маткові артерії	ІАПВ	(3,83± ±0,1)*	4,14± ±0,1	(3,98± ±0,1)*	4,61± ±0,11	(4,43± ±0,12)*	5,15± ±0,13
Аркуатні артерії	С/Д	2,41± ±0,36	2,11± ±0,32	2,21± ±0,32	1,92± ±0,28	1,88± ±0,28	1,68± ±0,25
	ІР	0,64± ±0,1	0,59± ±0,09	0,54± ±0,09	0,53± ±0,08	0,52± ±0,08	0,47± ±0,07
	ПІ	0,96± ±0,08	0,91± ±0,07	0,84± ±0,07	0,79± ±0,06	0,78± ±0,06	0,69± ±0,05
Радіальні артерії	С/Д	(2,15± ±0,35)*	1,94± ±0,32	1,94± ±0,32	1,76± ±0,29	1,74± ±0,29	1,57± ±0,26
	ІР	(0,66± ±0,08)*	0,58± ±0,07	0,55± ±0,07	0,5± ±0,06	0,48± ±0,06	0,44± ±0,05
	ПІ	(0,97± ±0,22)*	0,84± ±0,2	0,82± ±0,2	0,73± ±0,18	0,74± ±0,18	0,65± ±0,16

У жінок з РМ, які завагітніли через понад три роки після попереднього КР та отримували комплекс допологової підготовки, в динаміці вагітності визначалися найменші зміни індексів судинного опору. Зміни у жінок цієї групи визначалися у басейні радіальних артерій у термін вагітності 22–27 тижнів С/Д ($2,15 \pm 0,38$), ІР ($0,66 \pm 0,08$), ПІ ($0,97 \pm 0,22$) у порівнянні з показниками у жінок групи контролю С/Д ($1,94 \pm 0,32$), ІР ($0,58 \pm 0,07$), ПІ ($0,84 \pm 0,2$).

Показник ІАПВ жінок цієї групи на терміні вагітності 22–27 тижнів становив ($3,83 \pm 0,1$), а у жінок групи контролю ($4,14 \pm 0,1$), на терміні вагітності 28–33 тижнів цей показник становив ($3,98 \pm 0,1$), а у жінок групи контролю ($4,61 \pm 0,11$). Значення ІАПВ у жінок Ів підгрупи на терміні вагітності 35 тижнів і більше становило ($4,43 \pm 0,12$), а у групі контролю ($5,15 \pm 0,13$).

У залежності від стану післяопераційного РМ, було визначено середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у вагітних жінок Іг підгрупи в динаміці вагітності (табл. 5.9).

Значення індексів судинного опору у жінок зі спроможним РМ майже не відрізнялося від показників, які були виявлені у групі контролю.

Таблиця 5.9

Середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у жінок Іг підгрупи в динаміці вагітності

Назва судини	Доплер-показники	Група вагітних					
		Іг 1	IV	Іг 1	IV	Іг 1	IV
		Термін вагітності					
		22–27		28–34		35 і більше	
1	2	3		4		5	
Права маткова артерія	С/Д	$2,37 \pm 0,17$	$2,19 \pm 0,15$	$2,13 \pm 0,14$	$1,94 \pm 0,13$	$1,85 \pm 0,12$	$1,73 \pm 0,11$
	ІР	$0,71 \pm 0,18$	$0,66 \pm 0,16$	$0,62 \pm 0,16$	$0,57 \pm 0,14$	$0,55 \pm 0,14$	$0,51 \pm 0,12$
	ПІ	$0,98 \pm 0,24$	$0,89 \pm 0,22$	$0,88 \pm 0,21$	$0,8 \pm 0,19$	$0,75 \pm 0,19$	$0,71 \pm 0,17$
Ліва маткова артерія	С/Д	$2,32 \pm 0,29$	$2,2 \pm 0,26$	$2,1 \pm 0,25$	$1,93 \pm 0,23$	$1,93 \pm 0,24$	$1,75 \pm 0,21$
	ІР	$0,74 \pm 0,12$	$0,67 \pm 0,11$	$0,66 \pm 0,11$	$0,6 \pm 0,1$	$0,57 \pm 0,1$	$0,52 \pm 0,09$
	ПІ	$0,96 \pm 0,27$	$0,91 \pm 0,18$	$0,87 \pm 0,17$	$0,79 \pm 0,21$	$0,74 \pm 0,21$	$0,74 \pm 0,15$

За несприятливого стану післяопераційного РМ було визначено середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у вагітних жінок Ід підгрупи в динаміці вагітності (табл. 5.10).

Таблиця 5.10

Середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у вагітних жінок Ід2 підгрупи з неспроможним рубцем на матці після попереднього кесарева розтину, в динаміці вагітності

Назва судини	Доплер-показники	Група вагітних					
		Ід 2	IV	Ід 2	IV	Ід 2	IV
		Термін вагітності					
		22–27		28–34		35 і більше	
1	2	3		4		5	
Права маткова артерія	С/Д	2,78± ±0,17	2,19± ±0,15	(2,54± ±0,14)*	1,94± ±0,13	2,34± ±0,13	1,73± ±0,11
	ІР	0,87± ±0,18	0,66± ±0,16	(0,74± ±0,16)*	0,57± ±0,14	0,66± ±0,14	0,51± ±0,12
	ПІ	1,16± ±0,25	0,89± ±0,22	(1,03± ±0,21)*	0,8± ±0,19	0,92± ±0,19	0,71± ±0,17
Ліва маткова артерія	С/Д	2,81± ±0,3	2,2± ±0,26	(2,43± ±0,25)*	1,93± ±0,23	2,22± ±0,23	1,75± ±0,21
	ІР	0,86± ±0,13	0,67± ±0,11	(0,82± ±0,11)*	0,6± ±0,1	0,66± ±0,1	0,52± ±0,09
	ПІ	1,18± ±0,31	0,91± ±0,18	(1,06± ±0,25)*	0,79± ±0,21	0,93± ±0,25	0,74± ±0,15
Права та ліва маткові артерії	ІАПВ	(3,41± ±0,11)*	4,14± ±0,1	(3,52± ±0,08)*	4,61± ±0,11	(3,63± ±0,12)*	5,15± ±0,13
Аркуатні артерії	С/Д	2,74± ±0,36	2,11± ±0,32	2,4± ±0,31	1,92± ±0,28	2,2± ±0,28	1,68± ±0,25
	ІР	0,77± ±0,1	0,59± ±0,09	0,68± ±0,09	0,53± ±0,08	0,63± ±0,08	0,47± ±0,07
	ПІ	1,16± ±0,08	0,91± ±0,07	1,0± ±0,07	0,79± ±0,06	0,92± ±0,06	0,69± ±0,05
Радіальні артерії	С/Д	2,58± ±0,36	1,94± ±0,32	2,22± ±0,32	1,76± ±0,29	2,03± ±0,3	1,57± ±0,26
	ІР	0,76± ±0,08	0,58± ±0,07	0,67± ±0,07	0,5± ±0,06	0,55± ±0,06	0,44± ±0,05

Продовження табл. 5.10

1	2	3		4		5	
	ПІ	1,08± ±0,22	0,84± ±0,2	0,93± ±0,2	0,73± ±0,18	0,83± ±0,18	0,65± ±0,16
Базальні артерії	С/Д	2,54± ±0,33	1,91± ±0,29	2,29± ±0,29	1,72± ±0,26	1,99± ±0,26	1,52± ±0,23
	ІР	0,61± ±0,1	0,47± ±0,09	0,55± ±0,09	0,4± ±0,08	0,46± ±0,08	0,36± ±0,07
	ПІ	1,05± ±0,11	0,79± ±0,1	0,87± ±0,1	0,69± ±0,09	0,78± ±0,09	0,62± ±0,08
Артерія пуповини 1	С/Д	3,6± ±0,36	2,88± ±0,32	3,26± ±0,31	2,57± ±0,28	2,86± ±0,29	2,25± ±0,25
	ІР	0,88± ±0,11	0,66± ±0,1	0,77± ±0,1	0,58± ±0,09	0,67± ±0,09	0,52± ±0,08
	ПІ	1,23± ±0,32	0,94± ±0,28	1,15± ±0,28	0,85± ±0,25	1,01± ±0,24	0,76± ±0,22
Артерія пуповини 2	С/Д	6,14± ±0,37	4,72± ±0,33	5,27± ±0,32	4,18± ±0,29	4,79± ±0,3	3,77± ±0,26
	ІР	0,86± ±0,1	0,64± ±0,09	0,73± ±0,09	0,58± ±0,08	0,67± ±0,08	0,51± ±0,07
	ПІ	1,24± ±0,15	0,93± ±0,13	1,1± ±0,14	0,83± ±0,12	0,95± ±0,12	0,73± ±0,11
Середня мозкова артерія плоду	С/Д	3,49± ±0,36	2,73± ±0,32	3,03± ±0,31	2,42± ±0,28	2,71± ±0,27	2,12± ±0,24
	ІР	1,55± ±0,11	1,21± ±0,1	1,41± ±0,1	1,06± ±0,09	1,23± ±0,09	0,94± ±0,08
	ПІ	2,75± ±0,15	2,07± ±0,13	2,32± ±0,12	1,83± ±0,11	2,16± ±0,11	1,66± ±0,1
Аорта плоду	С/Д	8,46± ±0,46	6,77± ±0,4	7,78± ±0,41	5,94± ±0,36	6,77± ±0,37	5,2± ±0,32
	ІР	1,04± ±0,14	0,82± ±0,12	0,96± ±0,12	0,71± ±0,11	0,79± ±0,11	0,62± ±0,1
	ПІ	2,71± ±0,3	2,04± ±0,27	2,31± ±0,27	1,82± ±0,24	2,04± ±0,25	1,61± ±0,22

Примітка: * – достовірність різниці з показниками Ід підгрупи та групою здорових вагітних (IV), при $p < 0,05$

У жінок із неспроможним РМ визначалися найбільш виразні зміни показників індексів судинного опору в артеріях матки. Показники індексів судинного опору правої маткової артерії були збільшені у порівнянні з показниками групи контролю та становили на 28–34 тижні вагітності С/Д ($2,54 \pm 0,14$), ІР ($0,74 \pm 0,16$), ПІ ($1,03 \pm 0,21$), а у групі контролю С/Д ($1,94 \pm 0,13$), ІР ($0,57 \pm 0,14$), ПІ ($0,8 \pm 0,19$).

Такі самі зміни спостерігались і у показниках індексів судинного опору лівої маткової артерії на терміні 28–34 тижні С/Д ($2,43 \pm 0,25$), ІР ($0,82 \pm 0,11$), ПІ ($1,06 \pm 0,25$), а у жінок групи контролю значення цих показників становило ($1,93 \pm 0,23$), ІР ($0,6 \pm 0,1$), ПІ ($0,79 \pm 0,21$). Показник ІАПВ у досліджуваній групі був меншим, ніж у жінок групи контролю і становив на 22–27 тижнях ($3,4 \pm 0,11$), на 28–34 – ($3,52 \pm 0,08$), на 35 тижнів і більше – ($3,63 \pm 0,12$).

Проведені ультразвукові доплерометричні дослідження дали змогу з'ясувати середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у вагітних жінок. На підгрупи в динаміці вагітності і показали, що вагітні жінки, які до вагітності та під час вагітності спостерігалися відповідно до наявних протоколів МОЗ, мали значно гірші показники матково-плодової перфузії за всіма досліджуваними показниками, порівняно з показниками у здорових вагітних (табл. 5.11).

Середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду були також гіршими, ніж у вагітних, які отримували запропоновану прегравідарну підготовку та пильне спостереження під час вагітності.

Таблиця 5.11

Середнє значення доплерометричних показників у жінок Па 1 підгрупи в динаміці вагітності

Назва судини	Доплер-показники	Група вагітних					
		Па 1	IV	Па 1	IV	Па 1	IV
		Термін вагітності					
		22–27		28–34		35 і більше	
1	2	3		4		5	
Права маткова артерія	С/Д	(2,77± ±0,21)*	2,19± ±0,15	(2,42± ±0,17)*	1,94± ±0,13	(2,12± ±0,15)*	1,73± ±0,11
	ІР	(0,8± ±0,23)*	0,66± ±0,16	(0,73± ±0,2)*	0,57± ±0,14	(0,61± ±0,18)*	0,51± ±0,12
	ПІ	(1,13± ±0,31)*	0,89± ±0,22	(0,98± ±0,27)*	0,8± ±0,19	(0,87± ±0,24)*	0,71± ±0,17
Ліва маткова артерія	С/Д	(2,71± ±0,36)*	2,2± ±0,26	(2,4± ±0,32)*	1,93± ±0,23	(2,19± ±0,3)*	1,75± ±0,21
	ІР	(0,83± ±0,15)*	0,67± ±0,11	(0,78± ±0,149)*	0,6± ±0,1	(0,65± ±0,12)*	0,52± ±0,09
	ПІ	(1,11± ±0,28)*	0,91± ±0,18	(0,96± ±0,23)*	0,79± ±0,21	(0,86± ±0,18)*	0,74± ±0,15
Права та ліва маткові артерії	ІАПВ	(3,5± ±0,09)*	4,14± ±0,1	(3,65± ±0,09)*	4,61± ±0,11	(3,71± ±0,09)*	5,15± ±0,13
Аркуатні артерії	С/Д	(2,61± 0,45)*	2,11± ±0,32	(2,35± ±0,41)*	1,92± ±0,28	(2,04± ±0,36)*	1,68± ±0,25
	ІР	(0,72± ±0,14)*	0,59± ±0,09	(0,65± ±0,12)*	0,53± ±0,08	(0,59± ±0,1)*	0,47± ±0,07
	ПІ	(1,11± ±0,1)*	0,91± ±0,07	(0,97± ±0,09)*	0,79± ±0,06	(0,85± ±0,08)*	0,69± ±0,05
Радіальні артерії	С/Д	(2,38± ±0,48)*	1,94± ±0,32	(2,2± ±0,42)*	1,76± ±0,29	(1,92± ±0,38)*	1,57± ±0,26
	ІР	(0,7± ±0,1)*	0,58± ±0,07	(0,61± ±0,09)*	0,5± ±0,06	(0,52± ±0,08)*	0,44± ±0,05
	ПІ	(1,04± ±0,29)*	0,84± ±0,2	(0,9± ±0,27)*	0,73± ±0,18	(0,79± ±0,23)*	0,65± ±0,16

Проведені ультразвукові доплерометричні дослідження дали змогу також з'ясувати середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у вагітних жінок РМ, після попереднього КР Пб підгрупи в динаміці вагітності (табл. 5.12).

Таблиця 5.12

Середнє значення доплерометричних показників у жінок Пб 2 підгрупи в динаміці вагітності

Назва судини	Доплер-показники	Група вагітних					
		Пб 2	IV	Пб 2	IV	Пб 2	IV
		Термін вагітності					
		22–27		28–34		35 і більше	
1	2	3		4		5	
Права маткова артерія	С/Д	(2,34± ±0,17)*	2,19± ±0,15	(2,08± ±0,14)*	1,94± ±0,13	(1,82± ±0,12)*	1,73± ±0,11
	ІР	(0,69± ±0,18)*	0,66± ±0,16	(0,6± ±0,16)*	0,57± ±0,14	0,54± ±0,13	0,51± ±0,12
	ПІ	(0,94± ±0,25)*	0,89± ±0,22	(0,86± ±0,22)*	0,8± ±0,19	0,75± ±0,2	0,71± ±0,17
Ліва маткова артерія	С/Д	(2,36± ±0,29)*	2,2± ±0,26	(2,07± ±0,26)*	1,93± ±0,23	(1,86± ±0,24)*	1,75± ±0,21
	ІР	(0,7± ±0,12)*	0,67± ±0,11	(0,64± ±0,11)*	0,6± ±0,1	0,56± ±0,1	0,52± ±0,09
	ПІ	(0,93± ±0,21)*	0,91± ±0,18	(0,87± ±0,19)*	0,79± ±0,21	0,76± ±0,25	0,74± ±0,15
Права та ліва маткові артерії	ІАПВ	(3,98± ±0,11)*	4,14± ±0,1	(4,13± ±0,11)*	4,61± ±0,11	(4,72± ±0,12)*	5,15± ±0,13
Аркуатні артерії	С/Д	(2,22± ±0,36)*	2,11± ±0,32	(2,02± ±0,32)*	1,92± ±0,28	(1,78± ±0,28)*	1,68± ±0,25
	ІР	(0,62± ±0,1)*	0,59± ±0,09	(0,56± ±0,09)*	0,53± ±0,08	0,5± ±0,08	0,47± ±0,07
	ПІ	(0,96± ±0,08)*	0,91± ±0,07	(0,83± ±0,07)*	0,79± ±0,06	0,72± ±0,06	0,69± ±0,05
Радіальні артерії	С/Д	(2,04± ±0,37)*	1,94± ±0,32	(1,85± ±0,33)*	1,76± ±0,29	(1,68± ±0,29)*	1,57± ±0,26
	ІР	(0,62± ±0,08)*	0,58± ±0,07	(0,55± ±0,07)*	0,5± ±0,06	0,46± ±0,06	0,44± ±0,05
	ПІ	(0,89± ±0,23)*	0,84± ±0,2	(0,77± ±0,2)*	0,73± ±0,18	0,69± ±0,18	0,65± ±0,16
Базальні артерії	С/Д	(2,01± ±0,32)*	1,91± ±0,29	(1,81± ±0,29)*	1,72± ±0,26	(1,6± ±0,26)*	1,52± ±0,23
	ІР	(0,5± ±0,1)*	0,47± ±0,09	(0,43± ±0,09)*	0,4± ±0,08	0,38± ±0,08	0,36± ±0,07
	ПІ	(0,84± ±0,11)*	0,79± ±0,1	(0,73± ±0,1)*	0,69± ±0,09	0,66± ±0,09	0,62± ±0,08

1	2	3	4	5			
Артерія пуповини 1	С/Д	(3,08± ±0,37)*	2,88± ±0,32	(2,75± ±0,32)*	2,57± ±0,28	2,36± ±0,29	2,25± ±0,25
	ІР	(0,69± ±0,11)*	0,66± ±0,1	(0,61± ±0,1)*	0,58± ±0,09	0,55± ±0,09	0,52± ±0,08
	ПІ	(0,99± ±0,32)*	0,94± ±0,28	(0,89± ±0,29)*	0,85± ±0,25	0,8± ±0,25	0,76± ±0,22
Артерія пуповини 2	С/Д	(5,05± ±0,37)*	4,72± ±0,33	(4,47± ±0,32)*	4,18± ±0,29	4,0± ±0,3	3,77± ±0,26
	ІР	(0,67± ±0,1)*	0,64± ±0,09	(0,61± ±0,09)*	0,58± ±0,08	0,55± ±0,08	0,51± ±0,07
	ПІ	(1,0± ±0,15)*	0,93± ±0,13	(0,89± ±0,13)*	0,83± ±0,12	0,77± ±0,13	0,73± ±0,11
Середня мозкова артерія плоду	С/Д	(2,89± ±0,37)*	2,73± ±0,32	(2,57± ±0,32)*	2,42± ±0,28	2,27± ±0,27	2,12± ±0,24
	ІР	(1,29± ±0,11)*	1,21± ±0,1	(1,13± ±0,1)*	1,06± ±0,09	1,0± ±0,09	0,94± ±0,08
	ПІ	(2,21± ±0,15)*	2,07± ±0,13	(1,96± ±0,13)*	1,83± ±0,11	(1,76± ±0,11)*	1,66± ±0,1
Аорта плоду	С/Д	(7,11± ±0,44)*	6,77± ±0,4	(6,24± ±0,4)*	5,94± ±0,36	(5,57± ±0,36)*	5,2± ±0,32
	ІР	(0,87± ±0,13)*	0,82± ±0,12	(0,75± ±0,12)*	0,71± ±0,11	(0,66± ±0,11)*	0,62± ±0,1
	ПІ	(2,14± ±0,31)*	2,04± ±0,27	(1,91± ±0,27)*	1,82± ±0,24	(1,72± ±0,24)*	1,61± ±0,22
Примітка: * – достовірність різниці з показниками Пб підгрупи та групою здорових вагітних (IV), при $p < 0,05$							

Отримані дані показали, що у вагітних цієї підгрупи на терміні 22–27 тижні вагітності та на терміні вагітності 28–34 тижні всі досліджувані доплерометричні показники були достовірно гіршими, ніж у вагітних IV групи.

Лише на терміні 35 тижнів і більше у вагітних цієї підгрупи відмічалось вирівнювання показників матково-плодової перфузії порівняно зі здоровими вагітними, але деякі показники все-таки достовірно відрізнялися, зокрема у правій матковій артерії С/Д становило (1,82±0,12) проти (1,73±0,11) у здорових вагітних, у лівій матковій артерії С/Д становило відповідно (1,86±0,24) проти (1,75±0,21) у здорових вагітних.

При цьому достовірно відрізнявся ІАПВ і становив (4,72±0,12) проти (5,15±0,13). У вагітних цієї підгрупи достовірно відрізнявся показник С/Д в аркуатних, радіальних та базальних артеріях порівняно з вагітними IV групи і

становив відповідно: $(1,78 \pm 0,28)$, $(1,68 \pm 0,29)$ і $(1,6 \pm 0,26)$ проти $(1,68 \pm 0,25)$, $(1,57 \pm 0,26)$ і $(1,52 \pm 0,23)$. У вагітних цієї підгрупи на терміні 35 тижнів і більше у ІІІ в середньомозковій артерії плоду достовірно відрізнявся ІІ і становив $(1,76 \pm 0,11)$ проти $(1,66 \pm 0,1)$ у вагітних ІV групи. В аорті плоду показники С/Д, ІР, ІІІ достовірно відрізнялися від показників у здорових вагітних.

Проведені ультразвукові доплерометричні дослідження дали змогу також з'ясувати середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду у вагітних жінок з РМ, ІІв підгрупи в динаміці вагітності (табл. 5.13). У вагітних цієї підгрупи діагностувалася достовірна відмінність всіх доплерометричних показників від таких у здорових вагітних.

У вагітних ІІв підгрупи середнє значення доплерометричних показників судин матки і плоду були більш зміненими, ніж ці показники у вагітних Ів підгрупи.

Достатньо виражені зміни матково-плодової гемодинаміки, яке підтверджено при проведенні доплерометричних досліджень у вагітних ІІв підгрупи, виявлялися вже на 22–27 тижні вагітності і зберігалися на інших термінах вагітності. Певне покращення цих показників відбувалися на терміні 35 тижнів вагітності і більше, але доплерометричні показники, незважаючи на це, достовірно відрізнялися від таких на цих термінах вагітності у вагітних ІV групи.

Таблиця 5.13

Середнє значення доплерометричних показників у жінок Пв 3 підгрупи в динаміці вагітності

Назва судини	Доплер-показники	Група вагітних					
		Пв 3	IV	Пв 3	IV	Пв 3	IV
		Термін вагітності					
		22–27		28–34		35 і більше	
1	2	3		4		5	
Права маткова артерія	С/Д	(2,61± ±0,19)*	2,19± ±0,15	(2,28± ±0,15)*	1,94± ±0,13	(1,98± ±0,13)*	1,73± ±0,11
	ІР	(0,75± ±0,2)*	0,66± ±0,16	(0,68± ±0,18)*	0,57± ±0,14	(0,58± ±0,16)*	0,51± ±0,12
	ПІ	(1,06± ±0,27)*	0,89± ±0,22	(0,92± ±0,24)*	0,8± ±0,19	(0,8± ±0,22)*	0,71± ±0,17
Ліва маткова артерія	С/Д	(2,53± ±0,32)*	2,2± ±0,26	(2,24± ±0,28)*	1,93± ±0,23	(2,05± ±0,27)*	1,75± ±0,21
	ІР	(0,78± ±0,13)*	0,67± ±0,11	(0,73± ±0,12)*	0,6± ±0,1	(0,61± ±0,11)*	0,52± ±0,09
	ПІ	(1,02± ±0,29)*	0,91± ±0,18	(0,91± ±0,19)*	0,79± ±0,21	(0,81± ±0,24)*	0,74± ±0,15
Права та ліва маткові артерії	ІАПВ	(3,72± ±0,1)*	4,14± ±0,1	(3,86± ±0,1)*	4,61± ±0,11	(4,25± ±0,12)*	5,15± ±0,13
Аркуатні артерії	С/Д	(2,46± ±0,4)*	2,11± ±0,32	(2,22± ±0,36)*	1,92± ±0,28	1,9± ±0,32	1,68± ±0,25
	ІР	(0,69± ±0,12)*	0,59± ±0,09	(0,62± ±0,1)*	0,53± ±0,08	(0,56± ±0,09)*	0,47± ±0,07
	ПІ	(1,06± ±0,09)*	0,91± ±0,07	(0,92± ±0,08)*	0,79± ±0,06	(0,79± ±0,07)*	0,69± ±0,05
Радіальні артерії	С/Д	(2,22± ±0,42)*	1,94± ±0,32	(2,06± ±0,37)*	1,76± ±0,29	(1,83± ±0,34)*	1,57± ±0,26
	ІР	(0,67± ±0,09)*	0,58± ±0,07	(0,58± ±0,08)*	0,5± ±0,06	(0,49± ±0,07)*	0,44± ±0,05
	ПІ	(0,98± ±0,26)*	0,84± ±0,2	(0,85± ±0,24)*	0,73± ±0,18	(0,75± ±0,2)*	0,65± ±0,16

У такий спосіб ультразвукові дослідження матки, проведені у невагітних жінок I групи з РМ, дали підстави виявити різноманітні зміни.

Статистичне і математичне обрахування результатів ультразвукового обстеження матки та післяопераційного РМ після попереднього КР у невагітних жінок I групи дозволила створити шкалу оцінки стану РМ після попереднього КР у невагітних жінок, що є новими діагностичними критеріями для визначення стану матки і РМ після попереднього КР, та може бути важливим для оптимізації діагностики неспроможності РМ після КР.

Ультразвукове дослідження стану плоду у динаміці вагітності у жінок I групи показало, що після проведеної прегравідарної підготовки та пильного спостереження під час вагітності ехографічні показники стану плоду наближались до таких, як у вагітних жінок III групи і були кращими, ніж у жінок II групи.

Важливим ультразвуковим діагностичним критерієм стану рубця після попереднього КР є визначення середнього значення доплерометричних показників судин матки у невагітних жінок. При цьому визначаються зміни кровообігу у маткових артеріях та зміни ІАП. Найбільш виразні зміни кровообігу спостерігаються в маткових артеріях, аркуатних, радіальних, базальних та спіральних артеріях, що підтверджуються достовірними змінами показників індексів судинного опору. Зміни матково-плодової гемодинаміки спостерігаються більш значущі при настанні наступної вагітності через рік у жінок з РМ після попереднього КР.

У динаміці вагітності зміни середнього значення доплерометричних показників судин матки і плоду більш виражені у жінок II групи.

5.2 Морфологічний стан рубця після попереднього кесарева розтину

При морфологічному дослідженні в IV групі було характерним збереження архітекtonіки міометрію з чіткими окремими пучками м'язових

волокон (рис. 5.1), дрібними крововиливами та незначними проявами набряку стромы.

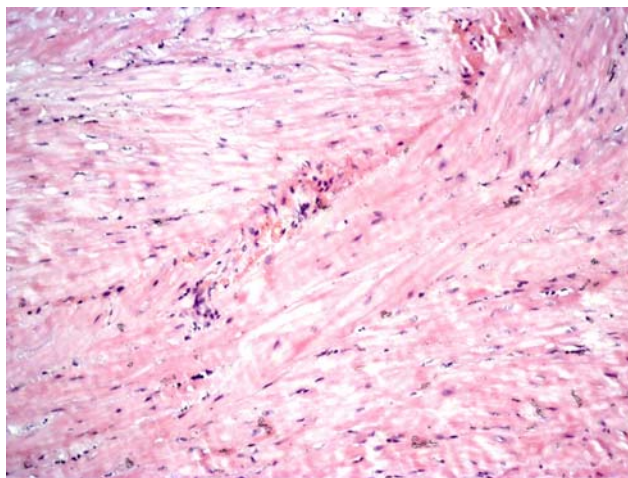


Рис. 5.1 IV група. Фрагмент тканини міометрію з чітко збереженою архітектонікою малюнку м'язових волокон. Забарвлення гематоксилін-еозин. Збільшення x100

Стромально-фіброзний компонент був переважно слабо виражений та виявлявся в периваскулярних зонах. Відмічалось нерівномірне підвищення ядерності тканини міометрію, що являється варіантом норми для вагітної матки (рис. 5.2).

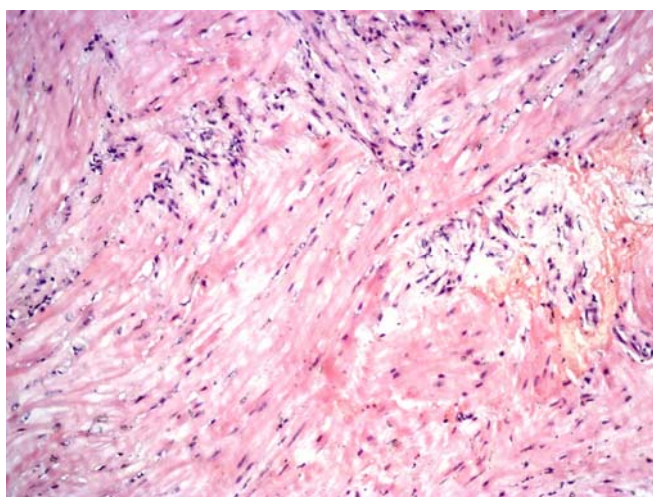
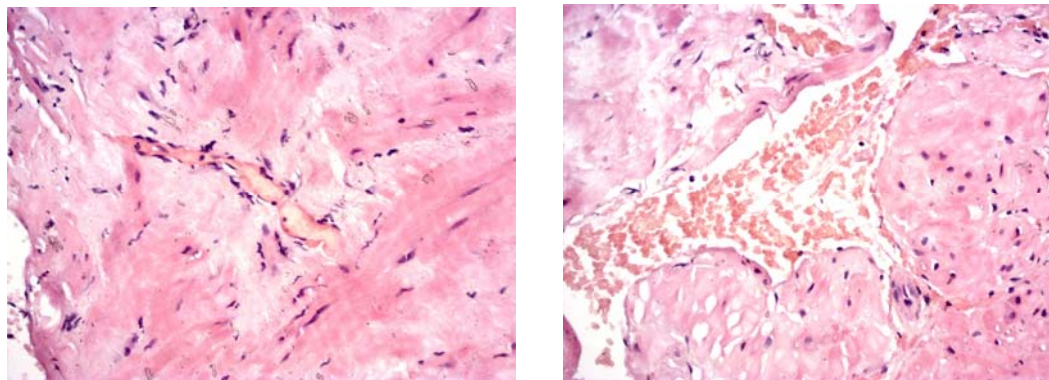


Рис. 5.2 IV група. Ділянки повнокров'я у периваскулярних зонах. Забарвлення гематоксилін-еозин. Збільшення x100

Судини повнокровні, без виражених ознак порушення мікроциркуляції. У поодиноких судинах спостерігались еритростази (рис. 5.3).

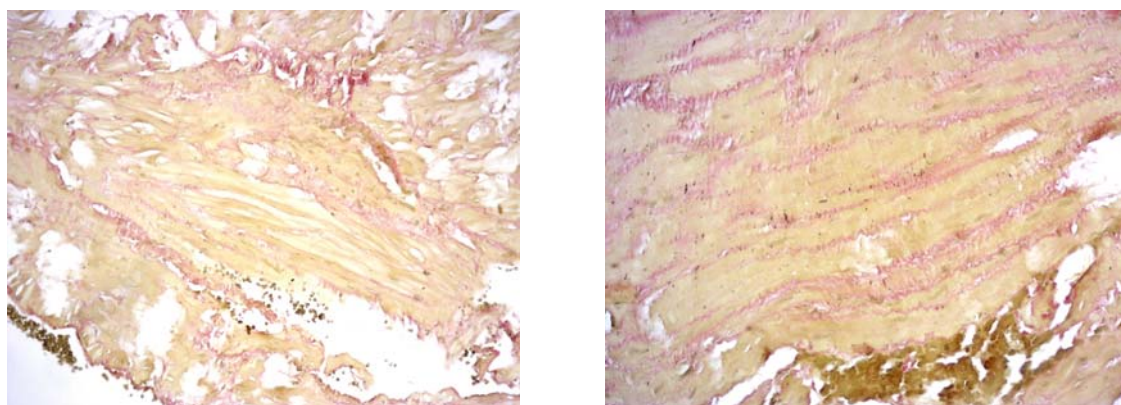


а)

б)

Рис. 5.3 IV група: а) судина дрібного калібру міометрію, що оточена пухкою, помірно набряклого фіброзною тканиною. Забарвлення гематоксилін-еозин. Збільшення $\times 200$; б) незначні прояви набряку тканини міометрію з повнокров'ям судинного компоненту, еритростаз. Забарвлення гематоксилін-еозин. Збільшення $\times 200$

При забарвленні за ван Гізоном фіброзна тканина набувала рівномірного рожевого забарвлення, що ніжними упорядкованими пучками розміщувалися серед масивних волокон м'язової тканини (рис. 5.4). Подекуди можна спостерігати незначні периваскулярні фіброзні зміни.



а)

б)

Рис. 5.4 IV група: а) візуалізація фіброзної тканини, що забарвлена в рожевий колір, котра займає невелику частину площі поля зору. Забарвлення за ван Гізоном. Збільшення $\times 100$; б) фіброзна тканина між м'язевими волокнами, яка

представлена пучками дещо звивистих рожевих волокон. Забарвлення за ван Гізоном. Збільшення x200

Забарвлення за Массоном виявляє рівномірний розподіл колагенових волокон з рівномірною інтенсивністю забарвлення (рис. 5.5), що може бути морфологічним проявом збереження метаболічної функції судинного компоненту. У зонах різноспрямованих м'язових волокон кількість колагенової тканини помірно зростає.

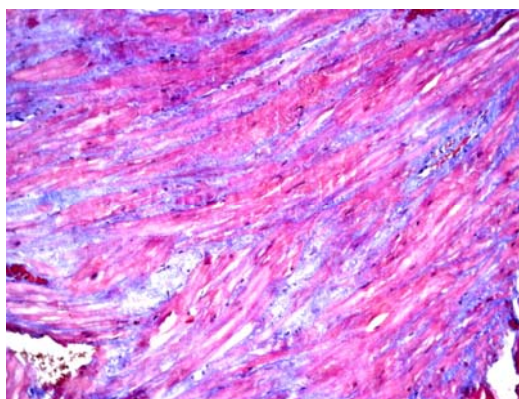
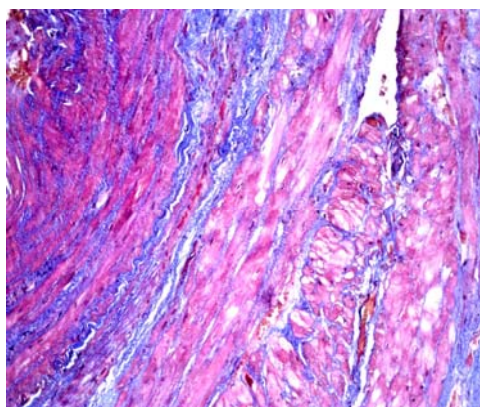
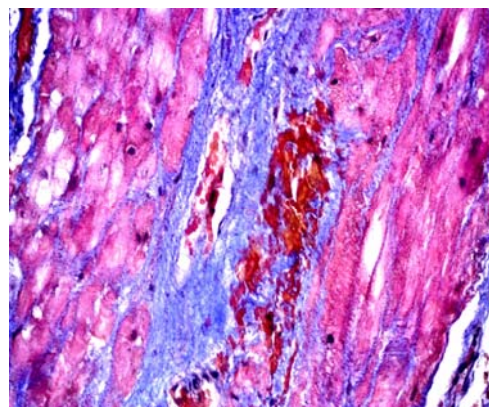


Рис. 5.5 IV група. Колагенові волокна в помірній кількості рівномірно розподілені між пучками односпрямованої м'язової тканини. Забарвлення за Массоном (візуалізація колагенових волокон). Збільшення x100

Така сама тенденція спостерігається й у периваскулярних ділянках (рис. 5.6).



а)



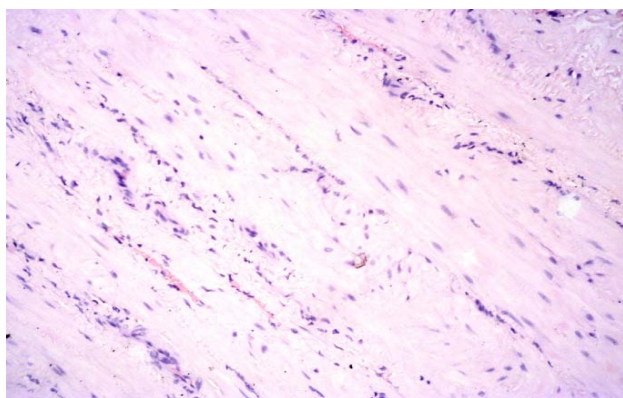
б)

Рис. 5.6 IV група: а) помірне збільшення кількості колагенових волокон у зонах переходу повздовжнього та поперечного напрямлення м'язових волокон.

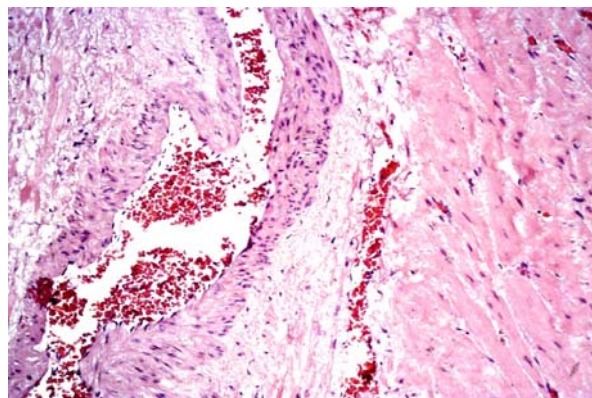
Забарвлення за Массоном (візуалізація колагенових волокон). Збільшення $\times 100$;
 б) чіткі структурні пасма колагенових волокон у периваскулярних ділянках, ділянки еритростазів. Забарвлення за Массоном (візуалізація колагенових волокон). Збільшення $\times 200$

Проведені морфологічні дослідження показали, що морфологічна картина при використанні стандартного забарвлення гематоксилін-еозином, гістохімічними методами відповідає нормальній тканині міометрію у період вагітності без виражених патологічних змін.

Дослідження, проведені в Іг підгрупі, довели, що у тканині рубців цієї підгрупи відмічалися фрагменти тканини міометрію з порушеною архітектонікою. М'язові волокна без чітких меж структурних одиниць. Відмічаються осередки розростання фіброзної тканини як серед м'язевих волокон, так і в периваскулярних ділянках (рис. 5.7).



а)



б)

Рис. 5.7 І група Іг підгрупа: а) тканина міометрію з порушеною архітектонікою, без чіткої візуалізації напрямлення м'язових волокон. Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення $\times 100$; б) виражені прояви розростання пухкої фіброзної тканини навколо судин крупного калібру з дрібними вогнищами крововиливів. Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення $\times 100$

Частина м'язової тканини з вираженими дегенеративними змінами, що проявляється нерівномірністю забарвлення, різнокаліберністю діаметру волокон та помірним ядерним поліморфізмом. Судинний компонент з

вираженим повнокров'ям, у просвіті частини судин відмічаються прояви еритростазів та на окремих ділянках ознаки пристінкового тромбоутворення (рис. 5.8). Навколо судин крупного калібру можна спостерігати дрібні крововиливи з частковим гемолізом еритроцитів.

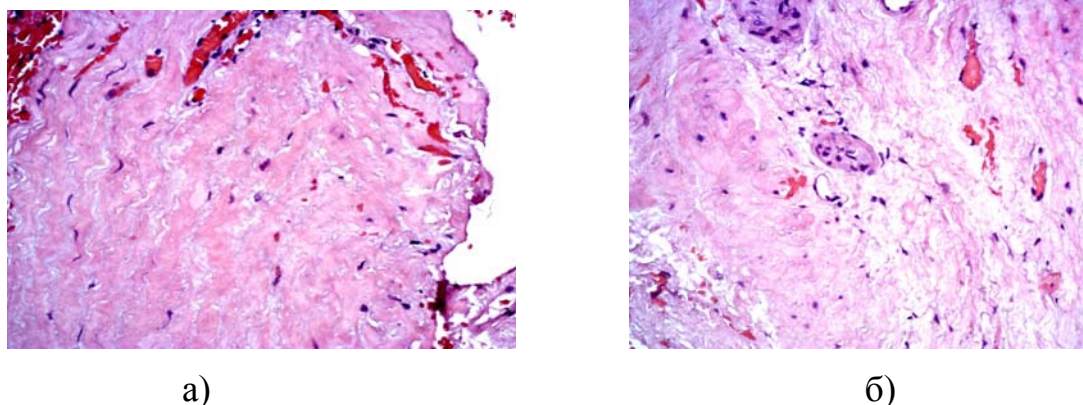


Рис. 5.8 I група Іг підгрупа: а) волокна міометрію з ділянками, у яких важко розрізняються структурні одиниці м'язової тканини. Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення x200; б) ділянка рубця міометрію з вираженим фіброзним компонентом, що оточує окремі м'язові волокна з вираженими дегенеративними змінами. Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення x200

При забарвленні за ван Гізоном серед м'язової тканини рожевим кольором контрастуються грубі волокна фіброзної тканини, які мають хаотичне направлення. У периваскулярних ділянках ріст сполучної тканини більш виражений, ніж у IV групі (рис. 5.9).

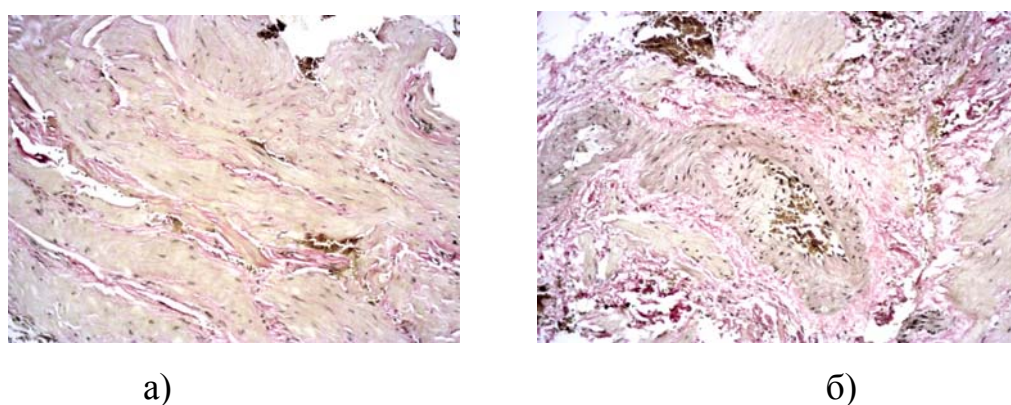


Рис. 5.9 I група Іг підгрупа: а) відносне збільшення площі фіброзних волокон порівняно з контрольною групою, та набуття ними вираженого «грубого» малюнку. Забарвлення за ван Гізоном. Збільшення x100; б) виражені

пучки грубих волокон фіброзної тканини в периваскулярних зонах, що розповсюджується між прилеглими м'язовими волокнами. Забарвлення за ван Гізоном. Збільшення $\times 100$

В окремих полях зору відмічається рівнопропорційне співвідношення м'язових та фіброзних волокон (рис. 5.10).

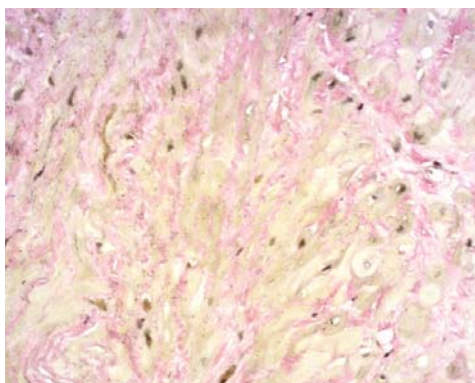
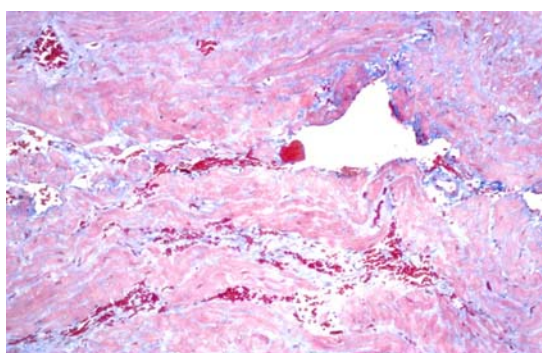
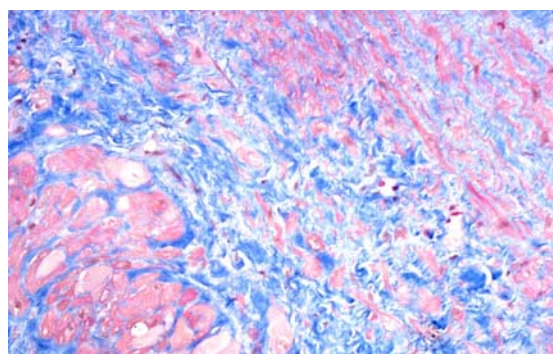


Рис. 5.10. I група Іг підгрупа. Ділянки тканини міометрію, де співвідношення фіброзної та м'язової тканини сягає майже 1:1. Забарвлення за ван Гізоном. Збільшення $\times 200$

При візуалізації колагенових волокон за допомогою гістохімічної реакції за Массоном відмічається їх збільшення у зонах з більш вираженими змінами м'язової тканини, що може свідчити про компенсаторно-приспосувальні зміни тканини у цих ділянках (рис. 5.11).



а)

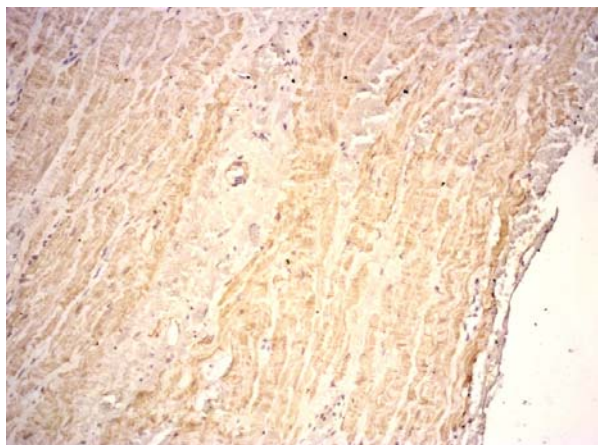


б)

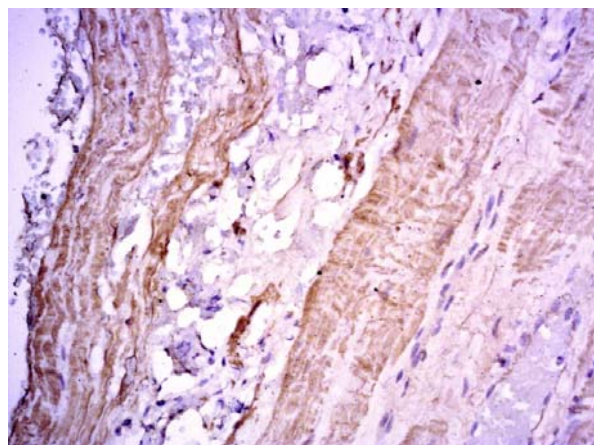
Рис. 5.11 I група Іг підгрупа: а) ділянка рубця міометрію з помірним розростанням колагенових волокон. Забарвлення за Массоном (візуалізація колагенових волокон). Збільшення $\times 100$; б) ділянка рубця міометрію з вираженим розвитком колагенових волокон між осередками дистрофічно

зміненої м'язової тканини. Забарвлення за Массоном (візуалізація колагенових волокон). Збільшення $\times 200$

При проведенні імуногістохімічного дослідження (ІГХД), з використанням моноклональних антитіл (МАТ) до α -SMA, можна відмітити рівномірність розподілу експресії у м'язових волокнах, рівень якої сягає від ++ до ++++. У зонах з фіброзними змінами пучки м'язової тканини чітко візуалізуються та мають рівномірно виражений рівень експресії (рис. 5.12).



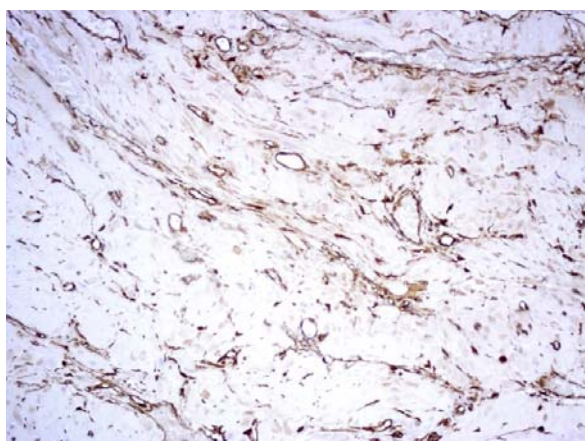
а)



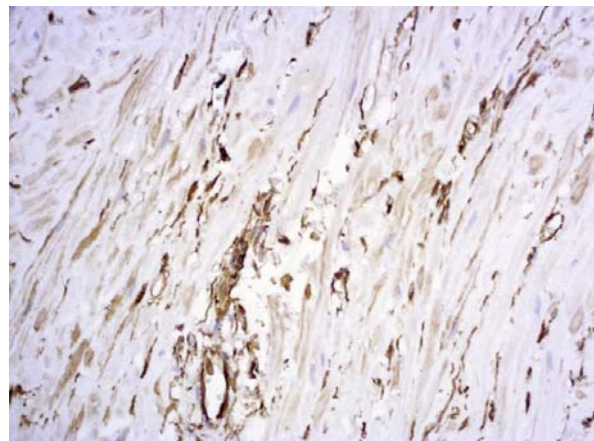
б)

Рис. 5.12 I група Іг підгрупа: а) рівномірна інтенсивність експресії від ++ до +++ тканини міометрію в зоні рубця. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до α -SMA. Збільшення $\times 100$; б) клітини міометрію з вираженою експресією до +++ та чіткою візуалізацією окремих волокон. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до α -SMA. Збільшення $\times 200$

При проведенні ІГХД з МАТ до віментину відмічається виражена позитивна реакція у товщі стінок судин у переважній кількості фібробластів та в частині м'язових волокон (рис. 5.13).



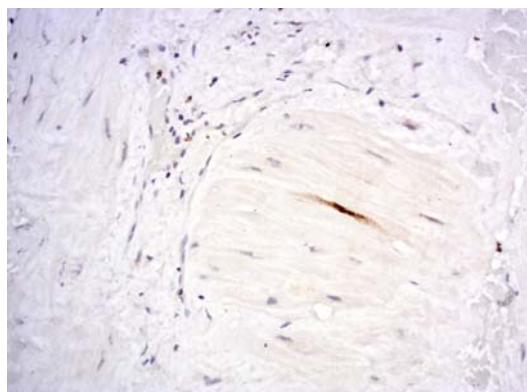
а)



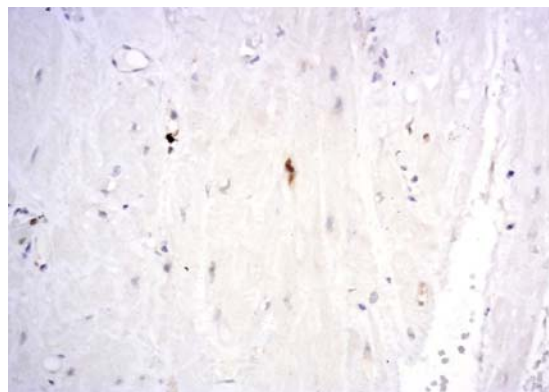
б)

Рис. 5.13 I група Іг підгрупа: а) виражена інтенсивність експресії +++ у стінках судин та фіброзній тканині. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до Vimentin. Збільшення $\times 100$; б) інтенсивність експресії +++ у стінці судин, фіброзній тканині та інтенсивність експресії до ++ в окремих волокнах біометрії, які носять нерівномірний характер. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до Vimentin. Збільшення $\times 200$

Досліджуючи проліферативну активність тканини клінічно «спроможних» рубців, спостерігалася наявність близько 4–5 мітозів в одному полі зору при збільшенні $\times 200$. У ділянках з переважанням фіброзної тканини, або в зонах із більш вираженими дегенеративними змінами, кількість мітозів зменшувалася до 1–3 мітозів у полі зору (рис. 5.14).



а)

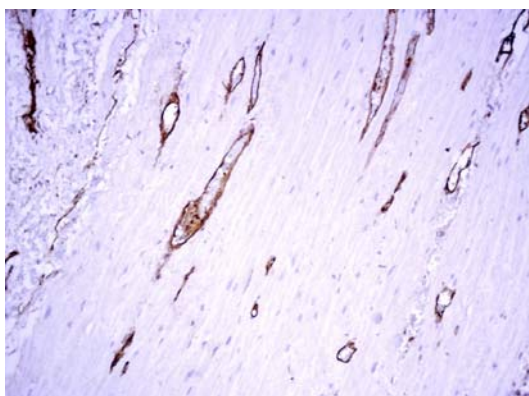


б)

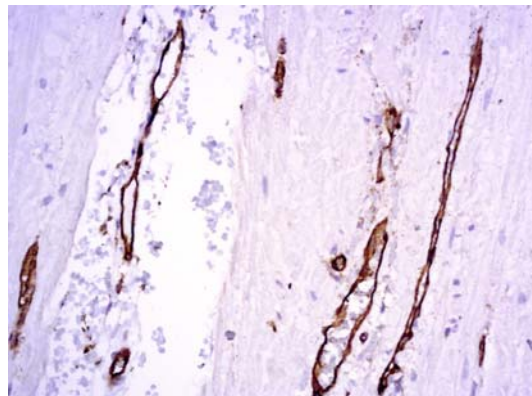
Рис. 5.14 I група Іг підгрупа: а) поодинокі мітотично активні ядра в полі зору. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл

до Ki-67. Збільшення x200; б) присутні ділянки, де в одному полі зору можна спостерігати до 4–5 мітозів. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до Ki-67. Збільшення x200

При ІГХД з МАТ до CD31 виявлялася виражена позитивна експресія у клітинах судинної стінки, що представлена безперервними ланцюгами позитивних клітин з інтенсивністю забарвлення до +++ . Така позитивна реакція спостерігалась у судинах як великого, так і дрібного калібру (рис. 5.15).



а)



б)

Рис. 5.15 I група Іг підгрупа: а) виражена експресія клітинами ендотелію, що утворюють безперервні ланцюжки з інтенсивністю експресії до +++ в судинах різного калібру. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до CD31 Збільшення x200; б) малюнок судин із збереженими чіткими контурами, як безпосередньо між м'язовими волокнами, так і в осередках фіброзу. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до CD31. Збільшення x200

Рівень експресії МАТ до p53, який проявлявся рівномірно розташованими позитивними клітинами з інтенсивністю експресії до ++ у незначній кількості в полі зору, свідчить про помірні апоптотичні явища в тканині міометрію (рис. 5.16).

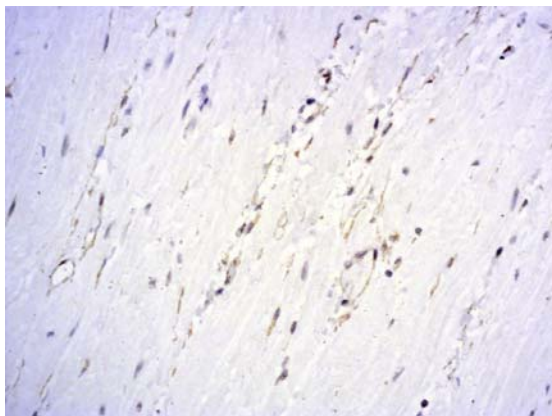


Рис. 5.16 I група Іг підгрупа. У полі зору відмічається незначна кількість позитивних клітин з інтенсивністю експресії до +. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до p53. Збільшення x200

Дослідження проведені у I групі Ід підгрупі довели, що морфологічно відмічалось наростання проявів дегенеративних змін з боку м'язової тканини, поява ділянок гомогенізації (ділянки м'язових волокон набували зливного характеру) (рис. 5.17).

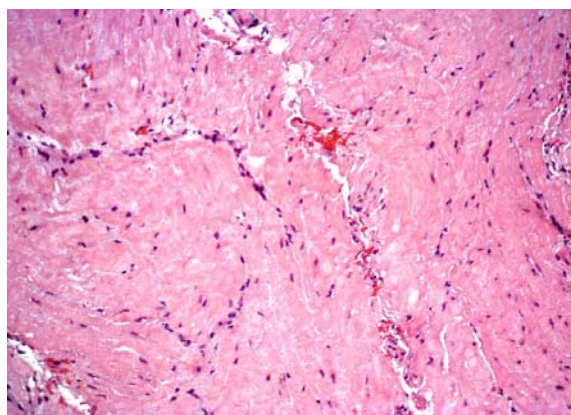
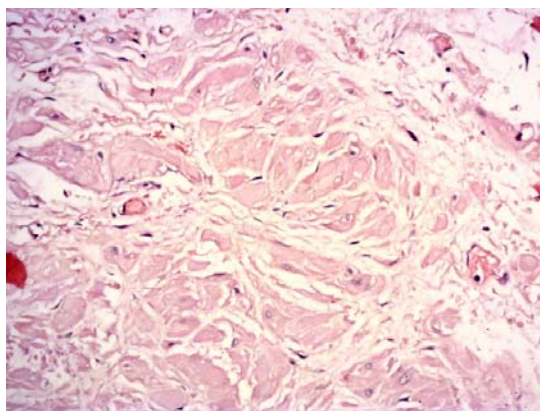
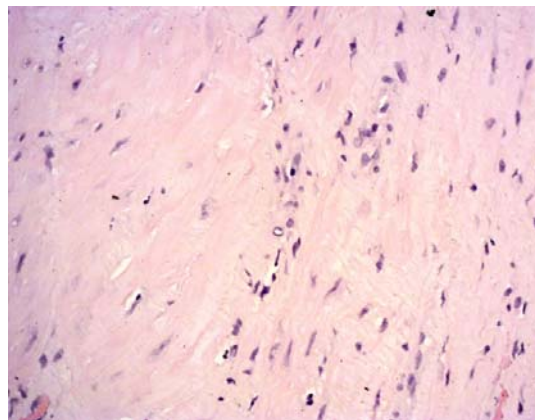


Рис. 5.17 I група Ід підгрупа. Тканина міометрію з вираженими дегенеративними змінами волокон, виражені зміни архітекτονіки. Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення x100

Також зростають фіброзні прояви, від чого м'язова тканина представлена окремими віддаленими пучками дегенеративно змінених м'язових волокон (рис. 5.18).



а)



б)

Рис. 5.18 I група Ід підгрупа: а) виражене розростання сполучної тканини серед клітин біометрію, дегенеративні зміни, що проявляються ділянками гомогенізації та просвітленими ядрами волокон міометрію. Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення $\times 200$; б) тканина рубця міометрію представлена грубою фіброзною тканиною та вогнищево збереженими волокнами міометрія з ядрами «тінями». Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення $\times 200$

Водночас присутні прояви неоангіоматозу з появою розширених тонкостінних судин, у частині яких значні прояви порушень мікроциркуляції, що виявляється розділенням формених елементів та рідкої частини крові й гемолітичними явищами еритроцитів (рис. 5.19).

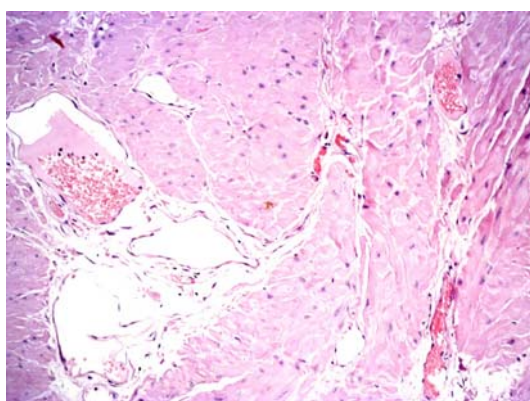
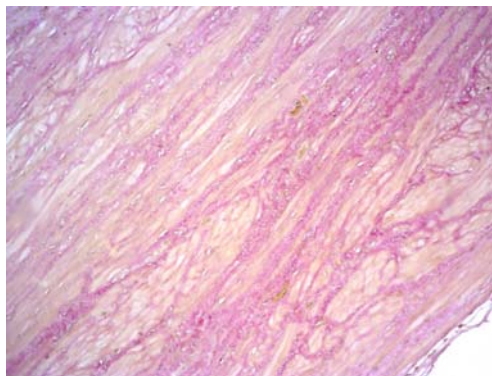
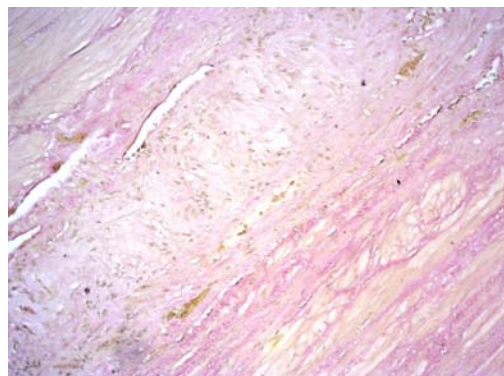


Рис. 5.19 I група Ід підгрупа. Ділянка рубця з вираженим неоангіоматозом та внутрішньосудинне розшарування крові на рідку частину та формені елементи, крайове стояння еритроцитів. Забарвлення гематоксилін-еозином. Збільшення $\times 100$

При забарвленні за ван Гізоном у тканині неспроможних РМ після попереднього КР відмічається хаотичне розростання сполучної тканини. У зонах значних дегенеративних змін м'язових волокон фіброзний компонент набуває кількісної більшості (рис. 5.20).



а)



б)

Рис. 5.20 I група Ід підгрупа: а) фрагмент рубця з неоднорідним розростанням сполучної тканини. Забарвлення за ван Гізоном. Збільшення $\times 100$; б) частково збережена тканина міометрію з вираженими дегенеративними змінами, що оточена масивним фіброзним валом. Забарвлення за ван Гізоном. Збільшення $\times 100$

В окремих полях зору заміщення фіброзною тканиною сягає до 75–85 % (рис. 5.21).

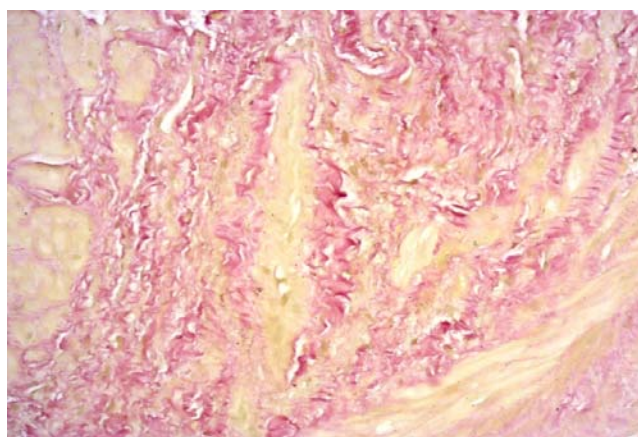


Рис. 5.21 I група Ід підгрупа. Грубі волокна фіброзної тканини, що витісняють нормальну м'язову тканину (фіброзний компонент близько 85 % поля зору). Забарвлення за ван Гізоном. Збільшення $\times 200$

Колагенова тканина забарвлюється неоднорідно з ділянками гіперхромії та гіпохромії, що свідчить про гіпоксично-дегенеративні зміни (рис. 5.22).

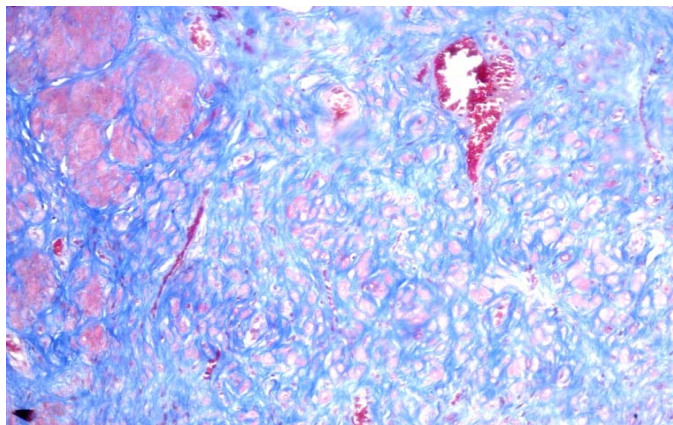


Рис. 5.22 I група Ід підгрупа. Майже все поле зору заповнене колагеновими волокнами без чіткої структурності. Забарвлення за Массоном (візуалізація колагенових волокон). Збільшення x100

Особливо важливим є розростання різнокаліберних волокон з хаотичною структурою у зонах ізольованих м'язових волокон з вираженими дегенеративними змінами (рис. 5.23).

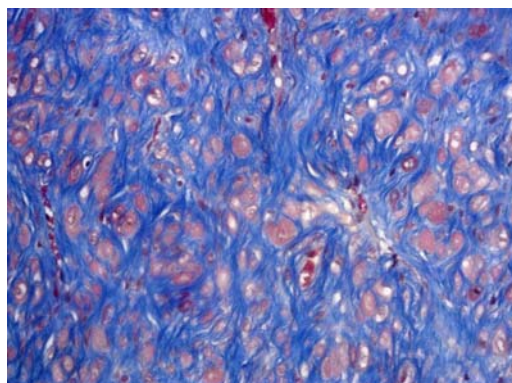
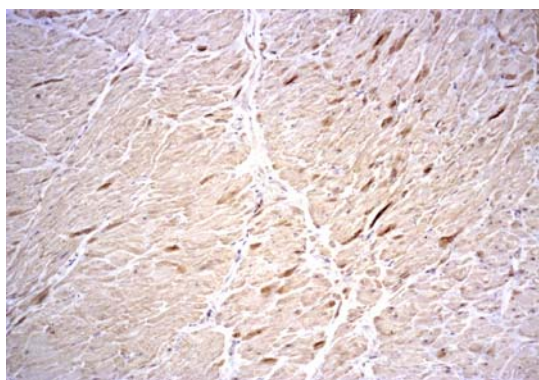
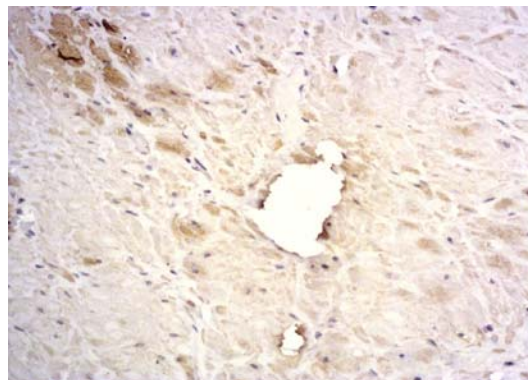


Рис. 5.23 I група Ід підгрупа. Поодинокі частково збережені м'язові волокна з вираженими дегенеративними змінами, які оточені щільними пучками колагенових волокон, фіброзною тканиною з неоднорідною інтенсивністю забарвлення. Забарвлення за Массоном (візуалізація колагенових волокон). Збільшення x200

При проведенні ІГХД з МАТ до α -SMA відмічається, на відміну від групи із «спроможними» рубцями, рівень експресії нерівномірний, у здебільшого м'язові волокна мають невелику інтенсивність забарвлення до +. Лише в деяких зонах можна спостерігати поодинокі волокна з інтенсивністю до +++ (рис. 5.24).



а)



б)

Рис. 5.24 I група Ід підгрупа: а) нерівномірна експресія в окремих м'язових та фіброзних волокнах, що сягає від + до +++ . Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до α -SMA. Збільшення $\times 100$; б) окремі клітини та волокна з інтенсивністю експресії до +++ без чіткої структури та з нерівномірним розповсюдженням серед волокон з інтенсивністю експресії до +. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до α -SMA. Збільшення $\times 200$

Порівняно з I групою Іг підгрупою, експресія віментину зберігається в частині судинних стінок, фібробластах (рис. 5.25).

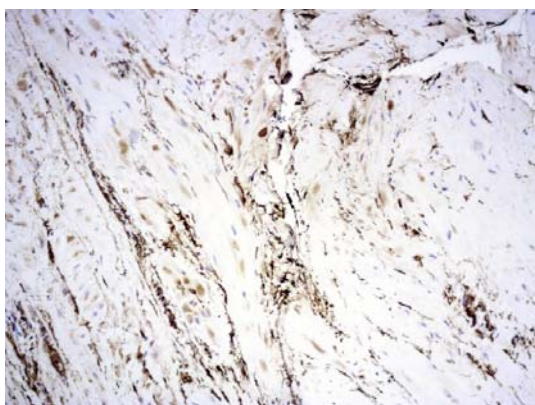


Рис. 5.25 I група Ід підгрупа. Експресія переважно відмічається в судинній стінці та фіброзній тканині, експресія у тканині міометрію слабо виражена та представлена дрібними позитивними вогнищами. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до Vimentin. Збільшення $\times 100$

Натомість у м'язовій тканині експресія переважно відсутня. Лише в деяких полях зору можна спостерігати поодинокі позитивні м'язові волокна зі слабким рівнем експресії (рис. 5.26).

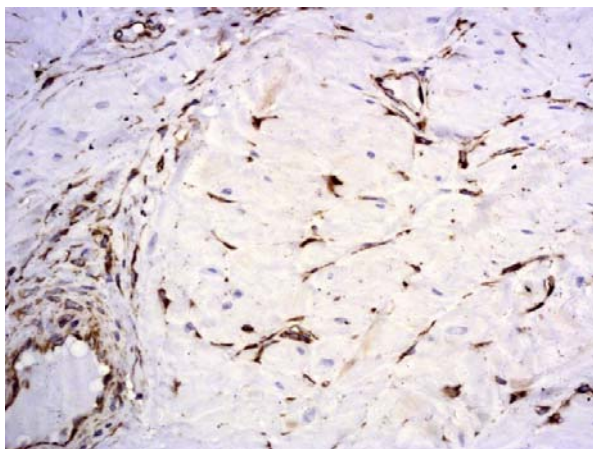
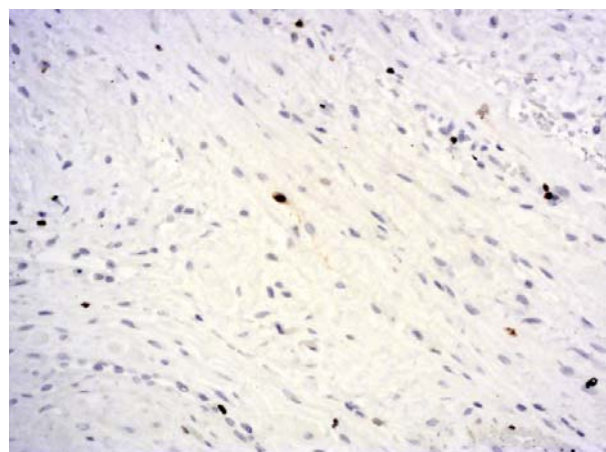


Рис. 5.26 I група Ід підгрупа. Позитивна експресія у волокнах міометрію відсутня та наявна лише у фібробластих та сполучній тканині, в стінках частини судин. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до Vimentin. Збільшення x200

Для цієї підгрупи здебільшого мітози зустрічалися нерівномірно та складали 3–4 мітози на декілька полів зору, що характеризує знижену регенеративну активність. Мітотична активність переважно зберігалася в зонах відносно збереженого міометрію (рис. 5.27).



а)



б)

Рис. 5.27 I група Ід підгрупа: а) ділянки полів зору з відсутністю мітозів. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до

Ki-67. Збільшення x200; б) наявність 3–4 мітозів у полі зору переважно в периваскулярних ділянках. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до Ki-67. Збільшення x200

При ІГХД з МАТ до CD31 у цій підгрупі відмічається, що лише в частині судинних стінок спостерігалася позитивна реакція та переважно була представлена відокремленими поодинокими клітинами або дрібними групами клітин з інтенсивністю забарвлення до + – ++, які слабо нагадували контури судин. Така картина свідчить про порушення регенерації та виражені судинні розлади (рис. 5.28).

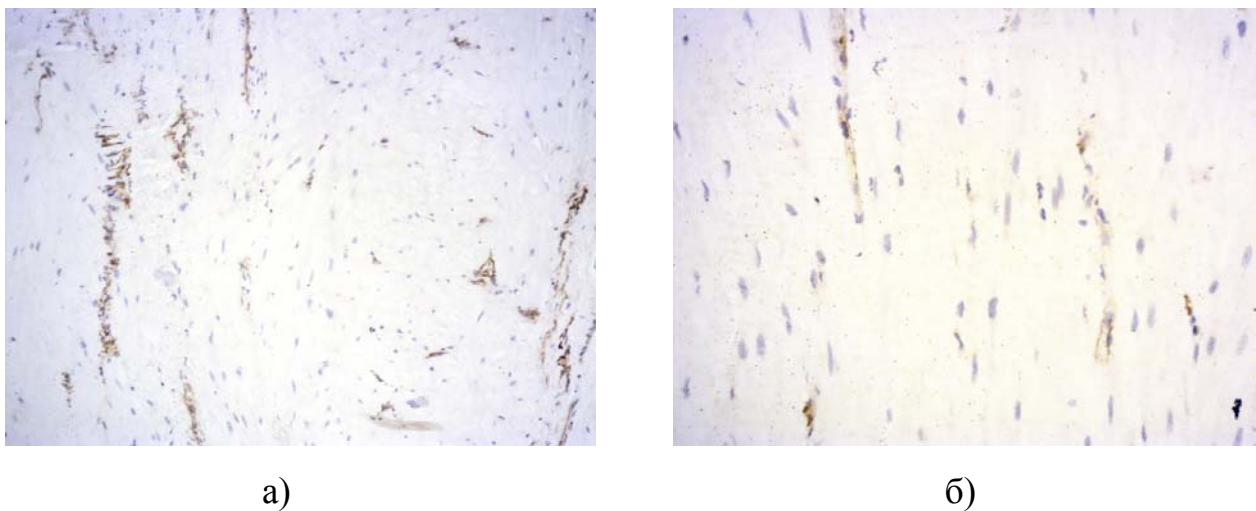


Рис. 5.28 I група Ід підгрупа: а) судинний малюнок слабо виражений, переривчастий, з інтенсивністю експресії клітинами ендотелію до + – ++. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до CD31. Збільшення x100; б) поле зору, де судини представлені щілиноподібними просвітами, з інтенсивністю експресії до +. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до CD31. Збільшення x200

Порівнюючи попередню підгрупу з цією, рівень апоптозу був майже однаковий, що підтверджувалося якісними та кількісними аналогічними показниками (рис. 5.29).

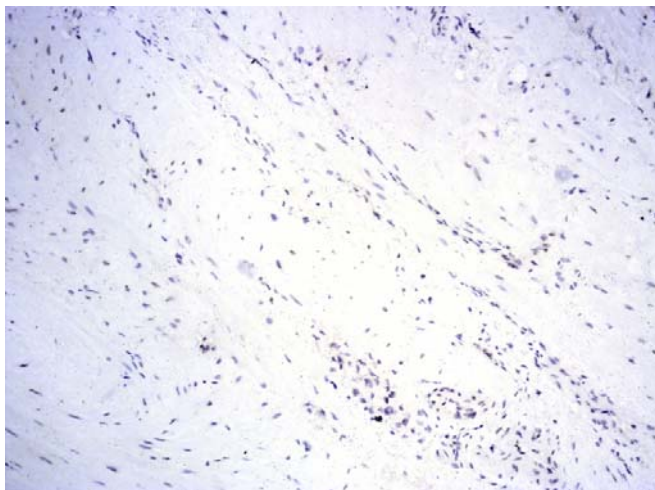


Рис. 5.29 I група Ід підгрупа. Експресія відмічається в поодиноких клітинах та за інтенсивністю експресії до +. Імуногістохімічні дослідження з використанням моноклональних антитіл до p53. Збільшення x100

Отже, патоморфологічне дослідження не виявило патологічних змін міометрію у IV групі. Виявлені зміни у вигляді судинного повнокров'я, ділянок з підвищеною клітинністю, були притаманні для тканини міометрію у період вагітності.

Зміни проліферативного індексу у Іг підгрупі були більш виражені за своїми кількісними та якісними характеристиками, що проявлялося більшою кількістю мітозів у полі зору та більш вираженою інтенсивністю окрасу позитивних клітин.

Неспроможний стан рубця після попереднього КР характеризувався, при забарвленні гематоксилін-еозином, більш вираженими структурними змінами у вигляді порушення архітекtonіки та ділянок гомогенізації тканини міометрію, дегенеративних змін власне м'язових волокон та порушень з боку мікроциркуляторного русла.

При диференціюванні фіброзної сполучної тканини за допомогою методу окраски за ван Гізоном, у Ід підгрупі були виявлені виражені прояви як заміщення м'язової тканини сполучною тканиною з утворенням окремо замуrowаних волокон м'язової тканини, так і периваскулярні фіброзні зміни.

Аналіз стану колагенових волокон у Ід підгрупі показав, що волокна нерівномірно профарбовані, мають більш поліморфну картину, що свідчить про гіпоксично-дегенеративні зміни та нерівномірність дозрівання колагенової тканини.

Імуногістохімічне дослідження з МАТ до віментину та α -SMA дало змогу виявити дегенеративно-ішемічні зміни саме у Ід підгрупі, що підтверджувалось як нерівномірною експресією МАТ до α -SMA у тканині міометрію, так і масивними полями відсутності експресії з МАТ до віментину.

На підставі проведеного імуногістохімічного дослідження з МАТ до CD31 можна стверджувати, що судинний компонент у Ід підгрупі зазнав виражених патологічних змін, що проявляється порушенням цілісності та змінами структури судин великого та дрібного калібру.

Визначення стану апоптозу, проведеного за допомогою рівня експресії МАТ до p53 у Іг підгрупі та Ід підгрупі, свідчить про відносно однакові показники у цих підгрупах.

Висновки до Розділу 5

1. Запропонований на підставі одержаних результатів додатковий новий показник, який визначається при доплерометричному дослідженні судин матки і є ІАПВ, дав змогу з'ясувати, що у жінок з РМ після попереднього КР у динаміці вагітності відбувається його зниження на всіх термінах вагітності відносно здорових вагітних. Показник ІАПВ у вагітних із неспроможним РМ після попереднього КР був меншим, ніж у жінок групи контролю. Визначення запропонованого нового показника при проведенні доплерометричного дослідження може оптимізувати діагностику неспроможності РМ після КР під час вагітності.

2. Проведені патоморфологічні, гістохімічні та імуногістохімічні дослідження дають підстави стверджувати, що стан власне міометрію, судинного компоненту та регенераторних можливостей в Ід підгрупі є набагато

нижчий, ніж у Іг підгрупі та у ІV групі. Такі зміни можуть негативно проявити себе при надмірному функціональному навантаженні стінки матки в період вагітності та пологів.

Одержані результати досліджень цього розділу опубліковано у таких працях:

1. Ковида Н.Р., Гончарук Н.П. Ультразвукова діагностика стану рубця на матці у вагітних та невагітних жінок // Здоровье женщины. 2020. Випуск 9–10 (155–156). С. 39–44.

2. Ковида Н.Р., Гончарук Н.П. Дослідження перфузії судин матки при неспроможності рубця на матці після кесарева розтину // Репродуктивне здоров'я жінки. 2021. Випуск 5. С. 21–23.

3. Ковида Н.Р., Гончарук Н.П., Дядик О.О. Морфологічні особливості спроможності рубця на матці після попереднього кесарева розтину // Репродуктивна ендокринологія. 2020. № 51. С. 42–46.

РОЗДІЛ 6

ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

З метою проведення прогнозування неспроможності РМ після КР на підставі проведення тесту Ст'юдента, були визначені показники, які достовірно відрізнялися від групи контролю та мали статистично достатню кількість спостережень для використання їх у подальшому аналізі. Отримання цих даних дало змогу провести регресійний аналіз показників, які достовірно відрізнялися від групи контролю, та визначити їх вплив на формування неспроможності РМ після попереднього КР. На цьому етапі показники зі слабким зв'язком із результуючою були вилучені із аналізу. На основі отриманих даних був сформований алгоритм прогнозування формування неспроможності РМ у жінок із різною давністю настання вагітності після попередніх пологів. Алгоритм базується на силі взаємозв'язку фактору та результуючої. Зокрема, наявність, або відсутність зміни фактору позначається у формулі одиницею або нулем, сукупність коефіцієнтів взаємозв'язку факторів із результуючою визначають можливості формування неспроможності РМ у досліджуваних жінок. У результаті проведеного математичного обрахування була створена формула прогнозування розвитку неспроможності РМ після попереднього КР у вагітних, які народили через рік після попередніх пологів (формула 6.1).

Формула прогнозування розвитку неспроможності РМ після попереднього КР у вагітних, які народили через рік після попередніх пологів = $(0,99 \cdot (\text{ІАП}) + 2,004 \cdot (\text{ІАПВ}_{22-27}) + 14,747 \cdot (\text{Киш. пал. з гем.}) + 0,554 \cdot (\text{Рад. арт. С/Д}_{28-34}) + 0,851 \cdot (\text{Рад. арт. ПП}_{28-34}) + 0,774 \cdot (\text{Ср. моз. арт. ПП}_{35+}) + 2,736 \cdot (\text{Клебс}) + 1,39 \cdot (\text{Гр. р. Канд.}) + 5,527 \cdot (\text{Ентеробакт.}) + 0,918 \cdot (\text{Прав. мат. арт. С/Д}_{28-34}))$ (6.1)

Умовні позначення факторів, що увійшли до формули:

ІАП – зміни показника індексу артеріальної перфузії;

ІАПВ₂₂₋₂₇ – зміни показника індексу артеріальної перфузії вагітних на 22–27 тижні;

Киш. пал. з гем. – поява у виділеннях із статевих органів патогенного мікроорганізму – кишкової палички з гемолізом;

Рад. арт. С/Д₂₈₋₃₄ – зміна показника систоло-діастолічного відношення в радіальних артеріях на 28–34 тижні;

Рад. арт. ПІ₂₈₋₃₄ – зміна показника пульсаційного індексу в радіальних артеріях на 28–34 тижні;

Ср. моз. арт. ПІ₃₅₊ – зміна показника пульсаційного індексу в середньомозковій артерії на 35 тижні і більше;

Клебс. – поява у виділеннях із статевих органів патогенного мікроорганізму – клебсієли;

Гр. р. Канд. – поява у виділеннях із статевих органів патогенного мікроорганізму – грибів роду *Candida*;

Ентеробакт. – поява у виділеннях із статевих органів патогенного мікроорганізму – ентеробактерій;

Прав. мат. арт. С/Д₂₈₋₃₄ – зміна показника систоло-діастолічного відношення в правій матковій артерії на 28–34 тижні.

Результуюча за формулою прогнозування розвитку неспроможності РМ після попереднього КР у вагітних, які народили через рік після попередніх пологів, складає 10,16. При одержанні такого результату за цією формулою він трактується як прогнозування низького ризику розвитку неспроможності РМ після попереднього КР у вагітних, які народили через рік після попередніх пологів. У разі, коли результуюча за формулою прогнозування становить 21,2 та більше, цей результат трактується як прогнозування середнього ступеня ризику розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили через рік після попередніх пологів. За умови, коли результуюча за формулою прогнозування становить 30,5 та більше, цей результат трактується як прогнозування високого

ступеня ризику розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили через рік після попередніх пологів.

Було також створено формулу прогнозування розвитку неспроможності РМ після попереднього КР у вагітних, які народили в період від 1 до 3 років після попередньої вагітності (формула 6.2).

Формула прогнозування неспроможності РМ після попереднього КР у вагітних, які народили в період від 1 до 3 років після попередньої вагітності = $1,425 * (\text{Лів. мат. арт. С/Д}) + 0,293 * (\text{Прав. мат. арт. С/Д}) + 0,851 * (\text{Рад. арт. ПІ}_{28-34}) + 1,303 * (\text{Баз. арт. ПІ}_{22-27}) + 2,736 * (\text{Клебс.}) + 1,39 * (\text{Гр.р.Канд.}) + 5,527 * (\text{Ентеробакт.}) + 0,918 * (\text{Прав. мат. арт. С/Д}_{28-34})$ (6.2)

Умовні позначення факторів, що увійшли до формули:

Лів. мат. арт. С/Д – зміна показника систоло-діастолічного відношення у правій матковій артерії;

Прав. мат. арт. С/Д – зміна показника систоло-діастолічного відношення у правій матковій артерії;

Рад. арт. ПІ₂₈₋₃₄ – зміна показника пульсаційного індексу в радіальних артеріях на 28–34 тижні;

Баз. арт. ПІ₂₂₋₂₇ – зміна показника пульсаційного індексу у базальних артеріях на 22–27 тижні;

Клебс. – поява у виділеннях із статевих органів патогенного мікроорганізму – клебсієли;

Гр. р. Канд. – поява у виділеннях із статевих органів грибів роду *Candida*;

Ентеробакт. – поява у виділеннях із статевих органів ентеробактерій;

ІАП – зміни показника індексу артеріальної перфузії;

ІАПВ – зміни показника індексу артеріальної перфузії вагітних;

Киш. пал. з гем. – поява у виділеннях із статевих органів кишкової палички з гемолізом.

Результуюча за формулою прогнозування розвитку неспроможності РМ після попереднього КР у вагітних, які народили в період від 1 до 3 років після

попередньої вагітності, складає 5,1. При одержанні такого результату, за цією формулою він трактується як прогнозування низького ризику розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили в період від 1 до 3 років після попередньої вагітності. У разі, коли результуюча за формулою прогнозування становить 10,2 та більше, цей результат трактується як прогнозування середнього ступеня ризику розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили в період від 1 до 3 років після попередньої вагітності. За умови, коли результуюча за формулою прогнозування становить 15,4 та більше, цей результат трактується як прогнозування високого ступеня ризику розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили в період від 1 до 3 років після попередньої вагітності.

Результати математичної обробки отриманих даних дали змогу також створити формулу прогнозування розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили понад через три роки після попередніх пологів (формула 6.3).

Формула прогнозування неспроможності РМ після попереднього КР у вагітних, які народили більше ніж через три роки після попередніх пологів = $0,738 * (\text{Рад. арт. IP}_{22-27}) + 3,368 * (\text{Арт. пупов. IP}_{22-27}) + 0,918 * (\text{Прав. мат. арт. С/Д}_{28-34}) + 2,736 * (\text{Клебс.}) + 1,39 * (\text{Гр. р. Канд.}) + 5,527 * (\text{Ентеробакт.})$ (6.3)

Умовні позначення факторів, що увійшли до формули:

Рад. арт. IP – зміна показника індексу резистентності у радіальних артеріях;

Арт. пупов. IP – зміна показника індексу резистентності в артеріях пуповини;

Прав. мат. арт. С/Д₂₈₋₃₄ – зміна показника систоло-діастолічного відношення у правій матковій артерії на 28–34 тижні;

Клебс. – поява у виділеннях із статевих органів патогенного мікроорганізму – клебсієли;

Гр. р. Канд. – поява у виділеннях із статевих органів патогенного мікроорганізму – грибів роду Candida;

Ентеробакт. – поява у виділеннях із статевих органів патогенного мікроорганізму – ентеробактерій.

Результуюча за формулою прогнозування розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили через понад три роки після попередніх пологів, складає 5,2. При одержанні такого результату за цією формулою, він трактується як прогнозування низького ризику розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили через понад три роки після попередніх пологів. У разі, коли результуюча за формулою прогнозування становить 10,4 та більше, цей результат трактується як прогнозування середнього ступеня ризику розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили через понад три роки після попередніх пологів. За умови, коли результуюча за формулою прогнозування становить 15,6 та більше, цей результат трактується як прогнозування високого ступеня ризику розвитку неспроможності РМ у вагітних, які народили через понад три роки після попередніх пологів.

Ураховуючи результати обстежень показників змін кровообігу у жінок з РМ, було з'ясовано, що вони достовірно відрізнялися від таких показників у контрольній групі. На підставі цього були створені відповідні регресійні моделі для визначення групи факторів, які впливають на значення показників ІАП. Наступним етапом було проведення прогнозування змін показника цього індексу у популяції жінок дітородного віку, з урахуванням факторів, які впливають на значення цього показника (табл. 6.1).

На основі побудованої регресійної моделі було обраховано математичне очікування $M_x(Y)$. Використовуючи метод інтервальних оцінок, було проведено оцінку кожного значення X та вираховано середнє значення результатів математичного очікування для кожного із спостережень, надійність інтервальної оцінки була задана як 1- α . У результаті проведених обрахунків можна визначити, наскільки може змінюватися в популяції показник, який був обчислений в окремій групі пацієнток.

**Прогнозоване значення показників індексу артеріальної перфузії
вагітних**

Назва групи	Термін вагітності	Прогнозоване середнє значення показника ІАПВ	Прогнозоване мінімальне значення показника ІАПВ	Прогнозоване максимальне значення показника ІАПВ
Ia	22–27	3,6±0,05	3,55	3,65
Ia	28–34	3,73±0,05	3,68	3,78
Ia	35+	3,98±0,06	3,93	4,04
Iб	28–34	4,27±0,06	4,21	4,33
Iв	28–34	3,97±0,06	3,91	4,03
Iв	35+	4,43±0,07	4,36	4,5
Id	22–27	3,4±0,08	3,33	3,48
Id	28–34	3,52±0,05	3,47	3,57
Id	35+	3,64±0,07	3,57	3,72
IIa	22–27	3,53±0,05	3,47	3,58
IIa	28–34	3,65±0,05	3,6	3,7
IIa	35+	3,7±0,05	3,65	3,75
IIб	22–27	3,98±0,06	3,92	4,05
IIб	28–34	4,15±0,06	4,08	4,21
IIб	35+	4,7±0,08	4,63	4,78
IIв	22–27	3,74±0,07	3,67	3,8
IIв	28–34	3,86±0,06	3,8	3,92
IIв	35+	4,27±0,07	4,2	4,34

У такий спосіб показник ІАПВ у жінок, які народили через рік після попередніх пологів на терміні вагітності 22–27 тижні, та спостерігалися за оптимізованою методикою у популяції жінок дітородного віку із ймовірністю 95 %, набуватиме значень від 3,55 до 3,65; значення ІАПВ у таких жінок на терміні вагітності від 28 до 34 тижнів набуватиме значень від 3,68 до 3,78, а на терміні вагітності понад 35 тижнів у таких жінок значення ІАПВ знаходитиметься у межах

від 3,93 до 4,04. У жінок, які народили в період від 1 до 3 років після попередньої вагітності, значення ІАП на терміні 28–34 тижні становитиме від 4,21 до 4,33. У жінок, які народили через понад три роки після попередніх пологів на терміні вагітності від 28 до 34 тижнів, значення цього показника у популяції становитиме від 3,91 до 4,08, а на терміні вагітності понад 35 тижнів у популяції жінок, які народили через понад три роки після попередніх пологів із ймовірністю 95 %, значення цього показника становитиме від 4,36 до 4,5. У жінок із неспроможним РМ на 22–27 тижні вагітності, які спостерігалися за оптимізованою методикою, значення показника ІАПВ у популяції жінок із 95 % ймовірністю набуватиме значення від 3,33 до 3,48, значення цього показника; у жінок із неспроможним РМ на терміні вагітності від 28 до 34 тижнів цей показник знаходитиметься у межах від 3,47 до 3,57, а на терміні вагітності понад 35 тижнів значення ІАПВ знаходитиметься у межах від 3,57 до 3,72. Значення показника ІАПВ на терміні вагітності 22–27 тижні у жінок, які завагітніли через рік після попередніх пологів та спостерігались за протоколами МОЗ, із ймовірністю 95 % у популяції має становити від 3,47 до 3,58, на терміні вагітності 28–34 тижні у таких жінок значення ІАПВ має становити від 3,6 до 3,7, а на терміні вагітності понад 35 тижнів значення ІАПВ має становити від 3,65 до 3,75.

У популяції жінок, які завагітніли у проміжку від одного до трьох років після попередніх пологів та спостерігалися за протоколами МОЗ із ймовірністю 95 % значення ІАП на терміні вагітності від 22 до 27 тижнів становитиме від 3,92 до 4,05, значення ІАПВ у таких жінок на терміні вагітності від 28 до 34 тижнів знаходитиметься у межах від 4,08 до 4,21, на терміні від 35 тижнів у таких жінок значення цього показника становитиме від 4,63 до 4,78. У жінок, які завагітніли через понад три роки після попередніх пологів та спостерігалися за протоколами МОЗ, із ймовірністю 95 % значення ІАПВ на терміні вагітності від 22 до 27 тижнів у популяції набуватиме від 3,67 до 3,8, значення ІАПВ у таких жінок на терміні вагітності від 28 до 34 тижнів становитиме від 3,8 до 3,92, у популяції жінок, які завагітніли через понад три роки після попередніх пологів та спостерігалися за протоколами МОЗ із ймовірністю 95 % значення ІАПВ на терміні вагітності понад 35 тижнів знаходитиметься у межах від 4,2 до 4,34.

Висновки до Розділу 6

1. Проведений аналіз прогнозування змін показника ІАПВ у популяції жінок дітородного віку в залежності від терміну настання вагітності та наявності неспроможності РМ після попереднього КР, дали змогу визначити граничні значення цього показника для кожної групи жінок, у якій значення цього показника достовірно відрізнялося від показників III та IV групи.

2. З'ясовано, що основними прогностичними факторами спроможності та неспроможності рубця на матці є показники доплерометричних досліджень та мікробіоцинозу статевих шляхів.

Одержані результати досліджень цього розділу опубліковано таких наукових працях:

1. Ковида Наталя Романівна, Гончарук Наталія Петрівна. Шкала оцінки неспроможності рубця на матці у невагітних жінок. Авторське право і суміжні права. 2020. Бюлетень № 61. Свідоцтво № 100261. Дата реєстрації авторського права 06.10.2020.

2. Ковида Наталя Романівна, Гончарук Наталія Петрівна. Визначення індексу артеріальної перфузії для вагітних. Авторське право і суміжні права. Свідоцтво № 100486. Дата реєстрації авторського права 16.11.2020.

3. Ковида Наталя Романівна, Гончарук Наталія Петрівна. Визначення індексу артеріальної перфузії для невагітних. Авторське право і суміжні права. Свідоцтво № 100261. Дата реєстрації авторського права 16.11.2020.

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

РОЗДІЛ 7

ПРЕГРАВІДАРНА ПІДГОТОВКА ТА ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Усім жінкам на прегравідарному етапі та при настанні бажаної вагітності проводився комплекс лікувально-діагностичних заходів відповідно до наявних протоколів МОЗ України. Окрім цього, жінок I групи додатково вели за розробленим комплексом організаційних, профілактичних та лікувально-діагностичних заходів, який передбачав: спостереження жінок на прегравідарному етапі лікарем акушер-гінекологом вже відразу після закінчення післяпологового періоду, також огляд лікар-терапевтом, а за необхідності, і лікарями інших спеціалізацій. Особливу увагу зосереджено на визначенні попереднього стану РЗ у жінок, які мали КР.

Під час консультації зверталася пильна увага на психологічний стан жінок та на особливості перебігу вагітності та пологів, що закінчилися КР. Крім того, обов'язково проводився огляд стану післяопераційного рубця, УЗД та доплер-дослідження стану органів малого тазу з визначенням стану післяопераційного РМ.

Усім жінкам із РМ після попереднього КР проводилося визначення стану мікробіоценозу статевих шляхів. При виявленні носійства патогенної мікрофлори, проводилися відповідні лікувально-профілактичні заходи з обов'язковим обстеженням і, за необхідності, лікуванням статевого партнера. Водночас жінки, які мали КР, отримували консультацію психолога з тестуванням стану їх психічного здоров'я (з використанням тесту Люшера, методики Лірі та інших).

Жінкам обов'язково проводили клінічне обстеження з визначенням аналізу. При виявленні змін реологічних властивостей крові, за показаннями та під контролем розширеного аналізу крові, таким жінкам призначалися вітамінотерапія з рекомендуванням препаратів вітамінів групи В та в залежності від вираженості реологічних змін, призначався аспірин по 0,5 двічі

на добу протягом 10 діб. У разі виявлення підозри на неспроможність РМ у поєднанні зі змінами реологічних властивостей крові та змінами показників загального аналізу крові, призначався препарат L-аргініну.

У разі виявлення УЗД ознак неспроможності післяопераційного РМ, таким жінкам призначалися додатково гістероскопічні обстеження або гістерорезектоскопія.

Жінки І групи в інтергенетичний період після перенесеного КР оглядалися один раз у квартал. Таке пильне спостереження давало змогу не тільки виявити початок змін у стані соматичного, або репродуктивного здоров'я жінок, але і визначити перші доклінічні ознаки змін у стані післяопераційного РМ. У разі, коли жінки І групи планувала вагітність, усі вищезазначені заходи проводились їм за розробленою індивідуальною схемою, з урахуванням наявних факторів ризику.

За умови настання бажаної вагітності, всі обстежені жінки І групи підлягали більш пильному спостереженню, яке передбачало ретельне обстеження соматичного здоров'я, визначення особливостей мікробіоценозу статевих шляхів у кожному триместрі вагітності, а за необхідності – частіше, ретельним ультразвуковим та доплерометричним дослідженням судин матки, плоду та стану післяопераційного рубця за розробленою індивідуальною схемою, але не рідше одного разу на триместр.

Під час вагітності особливу увагу приділяли визначенню психоемоційного стану жінок І групи. З цією метою проводилися не тільки психологічні тестування, консультації психолога, а за необхідності, спостереження психолога протягом усієї вагітності.

Розроблений лікувально-профілактичний комплекс для жінок І групи довів свою ефективність. Зокрема, показники стану мікробіоценозу статевих шляхів під час вагітності у жінок І групи відповідали показникам нормального стану мікробіоценозу (табл. 7.1).

Обстеження вагітних II групи для з'ясування показників стану мікробіоценозу статевих шляхів показало, що стан мікробіоценозу у них був достовірно гіршим порівняно із жінками IV групи (табл. 7.3). Жінки II групи за результатами обстеження мікробіоценозу отримували лікування відповідно до протоколів МОЗ України.

Таблиця 7.3

Показники стану мікробіоценозу статевих шляхів у вагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину II групи, lg КУО/мл

Мікроорганізми	Група жінок			
	Па 1	Пб 2	Пв 3	IV
Стафілокок епідермальний	3,3±0,01	3,4±0,01	3,4±0,03	3,2±0,03
Стафілокок епідермальний з гемолізом	(5,2±0,01)*	(4,5±0,02)*	(4,5±0,01)*	2,8±0,02
Стафілокок золотистий	(4,1±0,02)	(4,3±0,02)	(4,2±0,01)	–
Стрептокок гемолітичний	(4,2±0,02)	(4,1±0,01)	3,9±0,02	–
Стрептокок зеленящий	3,1±0,01	3,4±0,02	3,2±0,01	–
Ентерокок	4,3±0,02	4,2±0,02	4,0±0,02	3,8±0,03
Коринебактерії	3,5±0,02	3,8±0,01	3,9±0,02	3,7±0,02
Кишкова паличка	4,2±0,01	(4,5±0,02)*	4,3±0,01	3,5±0,03
Кишкова паличка з гемолізом	3,1±0,01	3,0±0,02	3,2±0,03	–
Клебсієла	(3,7±0,03)*	(3,5±0,01)*	(3,6±0,02)*	2,2±0,01
Ентеробактер	(3,4±0,02)*	(3,6±0,03)*	(3,2±0,01)*	2,1±0,02
Гриби р. Candida	(4,5±0,01)*	(4,2±0,02)*	(4,4±0,02)*	2,0±0,04
Лактобацили	(4,1±0,01)*	(4,2±0,02)*	(4,1±0,01)*	6,5±0,03
Примірка: * – різниця достовірна між показниками у підгрупах: Па 1, Пб 2, Пв 3 та IV групою, p<0,05				

Також жінки II групи були обстежені на виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом (табл. 7.4).

Таблиця 7.4

Показники виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом, у вагітних жінок II групи, абс. ч. (%)

Вид мікроорганізмів	Група жінок					
	Па 1		Пб 2		Пв 3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7
Хламідії трахоматіс	3	10,0 Δ (9,0–11,0)	4	13,3 (11,97–14,63)	6	20,0 (18,0–2,0)
Уреаплазма гомініс	3	10,0 (9,0–11,)	5	16,7 (15,03–18,37)	3	10,0 (9,0–11,)
Мікоплазма геніталіс	2	6,7 (6,03–7,34)	2	6,7 (6,03–7,34)	1	3,3 (2,97–3,63)

1	2	3	4	5	6	7
Вірус геніального герпесу	4	13,3 (11,97–14,63)	5	16,7 (15,03–18,37)	4	13,3 (11,97–14,63)
Вірус папіломи людини (онкогенні штами)	3	10,0 Δ (9,0–11,)	2	6,7 (6,03–7,34)	1	3,3 (2,97–3,63)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$ Δ – різниця достовірна відносно ІІв 3, $p < 0,05$						

Отримані дані показали, що у вагітних ІІ групи досить часто зустрічалися представники інфекцій, що передаються статевим шляхом, зокрема: хламідії – у 14 вагітних (14,4 %), уреаплазма – у 11 вагітних (12,2 %), вірус геніального герпесу – у 14 вагітних (14,4 %).

Такі високі показники інфікування збудниками, що передаються статевим шляхом, у вагітних ІІ групи дають підстави стверджувати, що пильне визначення мікробіоценозу у жінок І групи був більш ефективним. Це дозволило краще підготувати вагітних цієї групи до настання вагітності.

Визначення психоемоційного стану вагітних жінок з РМ після КР (за результатами тесту М. Люшера) (табл. 7.5) виявило, що жінки І групи всіх підгруп мали кращий психологічний стан, прояви стресу та дизадаптації зустрічались значно рідше порівняно з жінками всіх підгруп ІІ групи (табл. 7.6). Безумовно, на кращий стан психічного здоров'я у жінок І групи вплинуло застосування розроблених комплексів лікування та діагностики, які передбачали визначення психоемоційного стану до вагітності та при виражених його змінах корекції і відповідного спостереження психологом. Таке саме спостереження за змінами психічного здоров'я жінки отримували і до настання вагітності на етапі прегравідарної підготовки.

Таблиця 7.5

**Психоемоційний стан вагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (за результатами тесту
М. Люшера), абс. ч. (%)**

Показник психоемоційного стану	Група жінок											
	Ia 1		Iб 2		Iв 3		IIa 1		IIб 2		IIв 3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Відчуття незадоволеності, неспокою, невпевненості	1	3,3* (2,97– 3,63)	1	3,3 (2,97–3,63)	1	3,3 (2,97– 3,63)	4	13,3 (11,97– 14,63)	3	10,0 (9,0–11,)	2	6,7 (6,03– 7,34)
Ворожість до оточуючих	1	3,3* (2,97– 3,63)	2	6,7 (6,03–7,34)	1	3,3 (2,97– 3,63)	3	10,0 (9,0–11,0)	2	6,7 (6,03– 7,34)	2	6,7 (6,03– 7,34)
Емоційна лабільність	3	10,0* (9,0–11,)	4	13,3* (11,97– 14,63)	3	10,0 (9,0–11,)	7	23,3 (20,97– 25,63)	7	23,3 (20,97– 25,63)	5	16,7 (15,03– 18,37)
Емоційна байдужість, виснаженість	2	6,7 (6,03– 7,34)	2	6,7 (6,03–7,34)	1	3,3 (2,97– 3,63)	4	13,3 (11,97– 14,63)	3	10,0 (9,0–11,)	2	6,7 (6,03– 7,34)
Розчарування у собі, зовнішньому світі	1	3,3* (2,97– 3,63)	1	3,3* (2,97–3,63)	2	6,7* (6,03– 7,34)	6	20,0 (18,0–22,0)	6	20,0 (18,0– 22,0)	5	16,7 (15,03– 18,37)
Упевненість, оптимізм, потреба в увазі	8	26,7* (24,03– 29,37)	7	23,3* (20,97– 25,63)	10	33,4* (30,06– 36,74)	2	6,7 (6,03–7,34)	4	13,3 (11,97– 14,63)	7	23,3 (20,97– 25,63)
Позитивний емоційний стан, прагнення до самоствердження	12	40,0* (36,0– 44,0)	11	36,7* (33,03– 40,37)	12	40,0* (36,0– 44,0)	4	13,3 (11,97– 14,63)	5	16,7 (15,03– 18,37)	7	23,3 (20,97– 25,63)

Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$ * – різниця достовірна відносно II групи, $p < 0,05$

Таблиця 7.6

**Стан психологічної адаптації у вагітних жінок з рубцем на матці
після кесарева розтину, абс. ч. (%)**

Група жінок	Абс. ч. (%)	Показник психологічної адаптації			
		Адаптивність	Труднощі адаптації	Деадаптація	Стрес
Іа 1	абс.	20	3	5	2
	%	66,6* (59,94–73,26)	10,0* (9,0–11,0)	16,7* (15,03–18,37)	6,7* (6,03–7,34)
Іб 2	абс.	18	3	6	3
	%	60,0* (54,0–66,0)	10,0* (9,0–11,0)	20,0* (18,0–22,0)	10,0 (9,0–11,0)
Ів 3	абс.	22	2	4	2
	%	73,3* (65,97–80,63)	6,7* (6,03–7,34)	13,3* (11,97–14,63)	6,7 (6,03–7,34)
Іа 1	абс.	6	6	11	7
	%	20,0 (18,0–22,0)	20,0 (18,0–22,0)	36,7 (33,03–40,07)	23,3 (20,97–25,63)
Іб 2	абс.	9	6	10	5
	%	30,0 (27,0–33,0)	20,0 (18,0–22,0)	33,3 (29,97–36,63)	16,7 (15,03–18,37)
Ів 3	абс.	14	5	7	4
	%	46,7 (42,03–51,37)	16,7 (15,03–18,37)	23,3 (20,97–25,63)	13,3 (11,97–14,63)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$ * – різниця достовірна відносно ІІ групи, $p < 0,05$					

Визначення психоемоційного стану вагітних з неспроможним РМ після КР (за результатами тесту М. Люшера) (табл. 7.7) показало, що жінок ІІ групи у всіх підгрупах показники психоемоційного стану були значно гіршими, ніж у жінок І групи. Це проявлялося відчуттям незадоволеності та неспокою і невпевненості у собі у більшості жінок ІІ групи.

Таблиця 7.7

Психоемоційний стан вагітних з неспроможним рубцем на матці після кесарева розтину (за результатами тесту М. Люшера), абс. ч. (%)

Показник психоемоційного стану	Група жінок											
	Іа 1		Іб 2		Ів 3		Іа 1		Іб 2		Ів 3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Відчуття незадоволеності, неспокою, невпевненості	2	10,5 (9,45–11,55)		–		–	4	23,5 (21,15–25,85)	2	11,8 (10,62–12,98)	1	5,8 (5,22–6,38)
Ворожість до оточуючих	1	5,2 (4,68–5,72)	1	5,2 (4,68–5,72)		–	1	5,8 (5,22–6,38)	1	5,8 (5,22–6,38)	1	5,8 (5,22–6,38)
Емоційна лабільність	2	10,5 (9,45–11,55)	2	10,5 (9,45–11,55)	1	5,2 (4,68–5,72)	1	5,8 (5,22–6,38)	1	5,8 (5,22–6,38)	1	5,8 (5,22–6,38)
Емоційна байдужість, виснаженість	2	10,5 (9,45–11,55)	2	10,5 (9,45–11,55)	1	5,2 (4,68–5,72)	1	5,8 (5,22–6,38)	1	5,8 (5,22–6,38)		–
Розчарування у собі, зовнішньому світі	1	5,2 (4,68–5,72)	2	10,5 (9,45–11,55)	1	5,2 (4,68–5,72)	1	5,8 (5,22–6,38)	1	5,8 (5,22–6,38)		–
Упевненість, оптимізм, потреба в увазі	1	5,2 (4,68–5,72)		–		–		–		–		–
Позитивний емоційний стан, прагнення до самоствердження		–		–		–		–		–		–
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$												

Показники стресу у вагітних з неспроможним РМ після КР були значно вищими порівняно з показниками у вагітних зі спроможним рубцем (табл. 7.8).

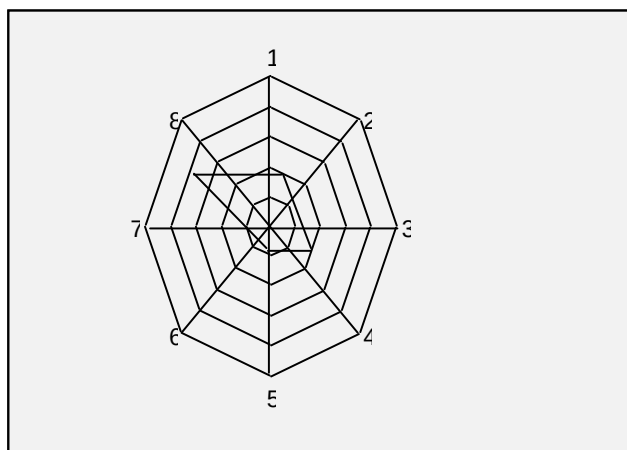
Таблиця 7.8

Стан психологічної адаптації у вагітних з неспроможним рубцем на матці після кесарева розтину, абс. ч. (%)

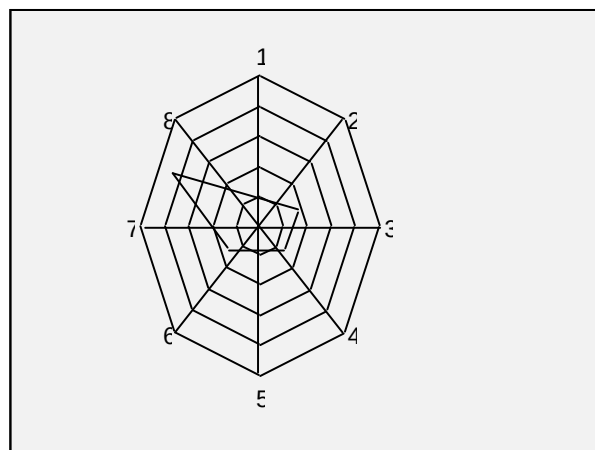
Показник психологічної адаптації	Група жінок							
	Іг 1		Ід 2		Іг 1		Ід 2	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Адаптивність	59	83,1* (74,79–91,41)	1	5,3 (4,5–5,83)	29	39,7 (35,73–43,67)	–	–
Труднощі адаптації	4	5,6* (5,04–6,16)	4	21,0* (18,9–23,1)	15	20,5 (18,45–22,55)	2	11,8 (10,62–12,98)
Дезадаптація	5	7,04* (6,34–7,74)	10	52,6* (47,34–57,86)	23	31,5 (28,35–34,65)	5	29,4 (26,46–32,34)
Стрес	3	4,2 (3,78–4,62)	4	21,0* (18,9–23,1)	6	8,2 (7,65–9,02)	10	58,8 (52,92–64,68)
Примітка: достовірність тесту Вальда, $p < 0,05$ * – різниця достовірна відносно ІІ групи, $p < 0,05$								

Зокрема, у вагітних Ід 2 підгрупи цей показник становив 58,8 % проти 8,2 % у жінок Іг 1 підгрупи. У жінок І групи у разі виявлення неспроможного рубця (Ід 2 підгрупа), цей показник становив 21,0 % проти 4,2 % у Іг 1 підгрупі і виявлено біль удвічі менший за показники у жінок Ід 2 підгрупи.

Аналіз міжособистісної поведінки вагітних жінок Іа 1 і Іб 2 підгруп показав, що у них відбувалося зміщення октантів у бік 6, 7 та переважно 8, що свідчить про переваги конформних установ, конгруентність контактів з оточуючими (рис. 7.1). У жінок спостерігалася поява згоди з думкою з оточуючими та схильність до компромісів.



Ia 1 підгрупа



Iб 2 підгрупа

Рис. 7.1 Психограма аналізу міжособистісної поведінки вагітних жінок Ia 1 і Ib 2 підгруп, бали

Аналіз міжособистісної поведінки вагітних жінок з РМ після КР Ib 3 підгрупи показав, що у них відбувалося зміщення октантів у бік 8, як і у жінок Ia 1 і Ib 2 підгруп. Це свідчило про переваги конформних установ, конгруентність контактів з оточуючими. У жінок спостерігалася поява згоди з думкою з оточуючими та схильність до компромісів (рис. 7.2).

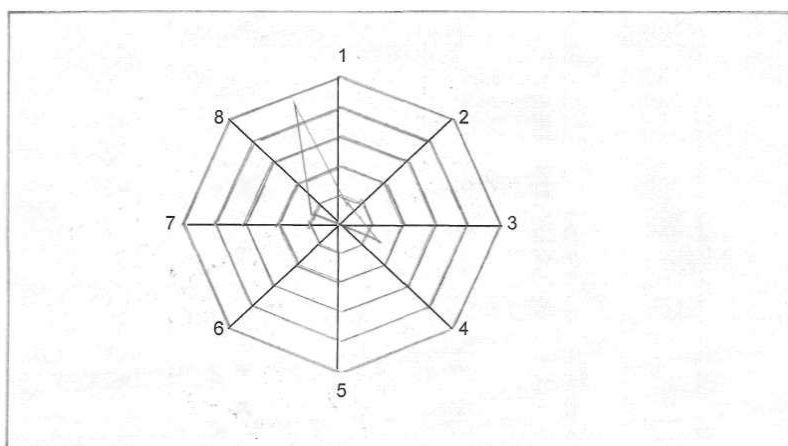


Рис. 7.2 Психограма аналізу міжособистісної поведінки жінок Ib 3 підгрупи, бали

Аналіз міжособистісної поведінки жінок Id 2 підгрупи показав, що у них переважали 1 і 3 октанти, які характеризуються наявністю некомфортних тенденцій і конфліктних проявів, наполегливістю відстоювання особистої

думки та проявами домінування, що може бути ознакою змін у міжособистісних стосунках вагітних жінок з оточуючими (рис. 7.3).

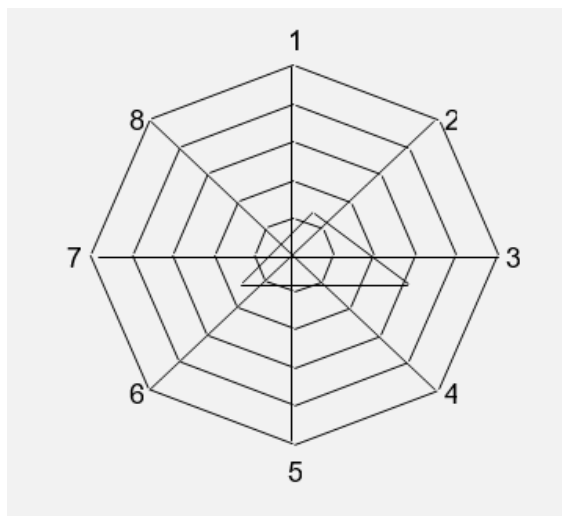
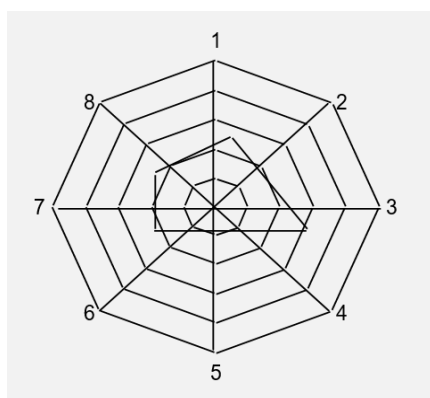
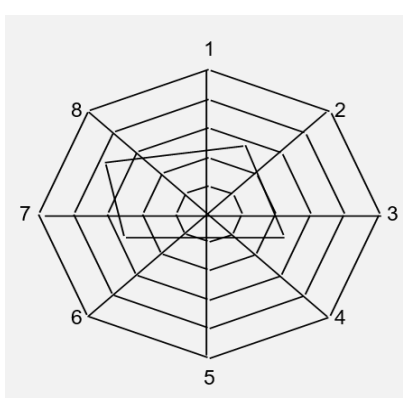


Рис. 7.3 Психограма аналізу міжособистісної поведінки вагітних жінок з неспроможним рубцем на матці після кесарева розтину Ід 2 підгрупи, бали

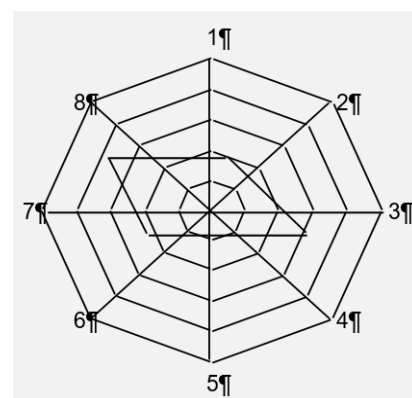
Психограми аналізу міжособистісної поведінки жінок Па 1 підгрупи, Пб 2 підгрупи та Пв 3 підгрупи (рис 7.4) майже не відрізнялися один від одного, але різко відрізнялися від психограм жінок Іа 1 підгрупи, Іб 2 підгрупи та Ів 3 підгрупи. У вагітних І групи переважали 1 та 3 октант, що характеризували наявність переважно некомфортних тенденцій та схильністю до конфліктних проявів.



Па 1 підгрупа



Пб 2 підгрупа



Пв 3 підгрупа

Рис. 7.4 Психограма аналізу міжособистісної поведінки жінок Па 1, Пб 2 і Пв 3 підгруп, бали

Аналіз міжособистісної поведінки жінок Пд 2 підгрупи показав, що у них переважали 1 і 3 октанти, які характеризувалися наявністю некомфортних тенденцій і конфліктних проявів, наполегливістю відстоювання особистої думки та проявами домінування, що може бути ознакою змін їх міжособистісних стосунків з оточуючими (рис. 7.5).

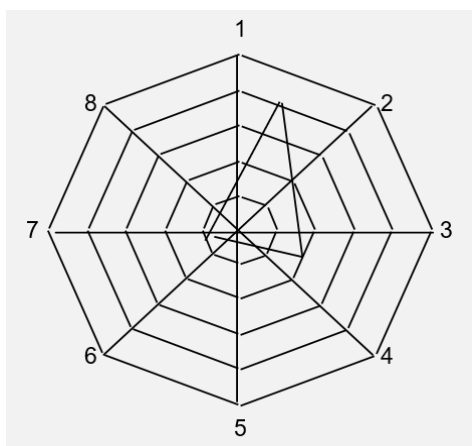


Рис. 7.5 Психограма аналізу міжособистісної поведінки жінок Пд 2 підгрупи, бали

Отже, показники стану жінок I групи були більш сприятливими порівняно з жінками II групи, що може свідчити про ефективність проведеної прегравідарної підготовки, перебігу вагітності, стану плоду і новонародженого за розробленим комплексом лікувально-профілактичних заходів.

Одержані результати досліджень цього розділу опубліковано у такій науковій праці:

1. Ковида Н.Р. Стан мікробіоценозу урогенітальних органів у невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину // Material IV International Scientific and Practical Conference «INTEGRATION OF SCIENTIFIC BASES INTO PRACTICE». Stockholm, Sweden, 2020. October 12–16. С. 226–230.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Стан здоров'я жінок є одним із найважливіших показників розвитку суспільства, тому збереження їх як соматичного, так і репродуктивного здоров'я є головним завданням держави. За останні роки в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості жінок, які народжують шляхом КР. Не завжди ця операція проводиться за показанням, які відповідають нормативним документам. Зокрема, недостатнє обстеження жінок під час вагітності, особливо на прегравідарному етапі, обумовлює розвиток різних ускладнень, а саме: неспроможність післяопераційного рубця, що викликає загрози для здоров'я жінки та впливає на перебіг наступних вагітностей і пологів.

Проведені дослідження показали, що серед усіх підгруп невагітних жінок І групи найбільша кількість була у віці від 20 до 25 років, зокрема у Іа підгрупі 40,0 %, у Іб – 50,0 % та у Ів – 20,0 %.

Окрім того, у більшості жінок цієї групи менструальна функція розпочалася до 14 років, що відповідало показникам у групі контролю. Періодичність МЦ у них здебільшого становила 26–28 днів з помірним обсягом крововтрати та незначними больовими відчуттями. Визначення анамнестичних даних щодо перенесених гінекологічних захворювань в обстежених невагітних жінок І групи показало, що найчастіше у них спостерігалися ХЗЗСО, зокрема у 36,7 % жінок Іа підгрупи, у 26,7 % жінок Іб підгрупи та у 30,0 % жінок Ів підгрупи. На тлі запальних захворювань статевих органів у жінок І групи спостерігалась ерозія шийки матки, яка виявлялася у 13,3 % жінок Іа підгрупи, у 10,0 % жінок Іб підгрупи та у 16,7 % жінок Ів підгрупи. Серед інших гінекологічних захворювань у жінок цієї групи до вагітності діагностувалися кісти яєчників (6,7 %), лейоміома матки (3,3 %), геніальний ендометріоз (2,2 %) та синдром полікістозних яєчників (6,7 %). Також до вагітності, що закінчилася КР, у цих жінок в анамнезі мали оперативні втручання, зокрема штучні аборти у 3,3 % – Іа підгрупи, у 6,7 % – Іб підгрупи, у 6,7 % – у Ів підгрупі, а також

самовільні аборти у 3,3 %, у 6,7 % та у 3,3 % жінок підгруп відповідно. Також на тлі виявлених кіст яєчників, розрив яєчника відбувався у 3,3 % жінок Іа підгрупи та 3,3 % – Ів підгрупи, а позаматкова вагітність була у 6,7 % Іб підгрупи.

З анамнестичних даних про стан соматичного здоров'я у жінок І групи до вагітності не спостерігалось тяжких форм екстрагенітальних захворювань. Установлено, що більшість із них не мали інших вагітностей до настання вагітності, яка закінчилася КР (93,3 % Іа підгрупи, 76,6 % Іб підгрупи, 86,7 % Ів підгрупи). Окрім того, вагітність, яка закінчилася попереднім КР, у жінок І групи протікала з ускладненнями, а пологи теж часто ускладнювалися та мали запальний характер. Значна кількість жінок (25,5 %) у післяопераційному періоді мали анемію.

У жінок І групи після КР змінилася тривалість МЦ і у більшості жінок вона становила 29–35 днів. Зокрема, у жінок Іа підгрупи така тривалість спостерігалась у 66,7 % жінок, у Іб підгрупи – у 73,3 % жінок та у 70,0 % жінок Ів підгрупи. Після перенесеного КР у обстежених жінок також збільшився об'єм крововтрат. Окрім змін тривалості МЦ, у 8,9 % жінок діагностувалися міжменструальні кровотечі. Також жінки відмічали, що відбулися зміни менструальної функції у вигляді появи сильних больових відчуттів під час місячних.

Результати досліджень стану мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок І групи показали, що у всіх жінок визначалося достовірне збільшення представників мікроорганізмів групи стафілококу порівняно з жінками ІІІ групи. Зокрема, у 57,8 % жінок виявлялись асоціації різних видів умовно-патогенної мікрофлори грампозитивних коків, ентеробактерій (кишкова паличка, клебсієла, ентеробактер) у поєднанні з грибами роду *Candida*. Окрім того, у невагітних жінок І групи з неспроможним РМ інфекції, що передаються статевим шляхом, виявляються частіше, ніж у жінок з спроможним РМ. Найчастішими представниками інфекцій, що передаються статевим шляхом, у обстежених жінок виявлялись асоціації кокобацилярної мікрофлори та грибів

роду *Candida* на тлі зниження лактобацил. Виявлення змін мікробіоценозу статевих шляхів було більш виражене у підгрупі жінок з неспроможним РМ.

Із акушерського анамнезу жінок II групи було встановлено, що менструальна функція у більшості з них розпочиналася до 14 років, а тривалість МЦ теж становила 26–28 днів.

Жінки цієї групи до вагітності, що закінчилася КР, перенесли різні гінекологічні захворювання. Найбільш частими серед них були ХЗСО та ерозія шийки матки. Також у цей період вони перенесли гінекологічні оперативні втручання, серед яких найбільш частими теж були АА та самовільні аборти. У цієї когорти жінок також не було тяжких форм екстрагенітальних захворювань.

У період після вагітності, що закінчилася КР, у жінок II групи відбувалися також зміни РЗ, найбільш частими з-поміж яких були ХЗСО, аборти та порушення менструальної функції. Констатовано, що наявні в організмі цих жінок хронічні вогнища інфекції можуть бути факторами ризику виникнення ускладнень вагітності і пологів, а також порушення стану плоду та новонародженого.

Визначення показників психоемоційного стану невагітних жінок I групи (за результатами тесту М. Люшера) показало, що у більшості жінок цієї групи спостерігаються зміни в психоемоційному стані. Зокрема, у 23,3 % жінок Ia підгрупи психоемоційний стан характеризувався як позитивний, з прагненням до самоствердження. Також одержані результати показали, що більшість жінок мали високі показники адаптації до умов існування. Зокрема, показник адаптивності реєструвався у 36,7 % жінок Ia підгрупи, у 46,7 % жінок Ib підгрупи та у 53,3 % жінок Iv підгрупи. Діагностика міжособистісних відносин, проведена за тестом Лірі, дала змогу проаналізувати міжособистісну поведінку невагітних жінок у кожній підгрупі. Особливу увагу було приділено аналізу міжособистісної поведінки невагітних жінок з неспроможним РМ. Із отриманих психограм цих жінок було встановлено низьку бальну оцінку у п'ятому, шьомому і восьмому октантах (3–4 бали), що може свідчити про

прихованість і неправдивість наданих даних.

Дослідження перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок з РМ після попереднього КР передбачало визначення особливостей завершення вагітності у них. Зокрема, зі структури показань до попереднього КР в обстежених жінок встановлено, що найбільш часто жінки розроджувалися шляхом КР, унаслідок дистресу плоду в пологах. У середньому 77,8 % жінок І групи та 80,0 % жінок ІІ групи були прооперовані через різке погіршення стану плоду в пологах.

У більшості жінок І та ІІ групи попереднє розродження шляхом КР відбувалося в ургентних умовах. Вагітність в обстежених жінок з РМ після попереднього КР часто ускладнювалася. Найбільш частими ускладненнями була загроза переривання вагітності на різних термінах вагітності. Зокрема, такі ускладнення вагітності зустрічались у жінок ІІ групи. Високі показники були і загрози переривання вагітності ІІ групи, які удвічі перевищували ці показники жінок І групи. Дистрес плоду під час вагітності у жінок І групи клінічно не виявлявся, тоді як у жінок ІІ групи це ускладнення в середньому зустрічалось у 17,8 % вагітних. У разі, коли в обстежених жінок відбулися вагінальні пологи, то під час них спостерігалися різні ускладнення, які найчастіше виявлялись у жінок ІІ групи. Більшість жінок ІІ групи була розроджена шляхом КР.

У І групі шляхом КР було розроджено 23,3 % жінок, з них у 21,1 % – КР був виконаний через своєчасну діагностику неспроможності рубця, що був підтверджений інтраопераційно. До початку пологів неспроможність рубця була діагностована у 18,9 % жінок ІІ групи, але в пологах такий стан РМ ще було додатково виявлено у 10,0 % жінок цієї групи.

Проведена прегравідарна підготовка та пильне спостереження за вагітною до пологів дали змогу значно знизити частоту ускладнень у післяопераційному періоді в обстежених жінок І групи. При цьому у жінок ІІ групи в післяпологовому періоді спостерігалася значна кількість ускладнень. Також новонароджені у жінок І групи народились у кращому стані, ніж у жінок

II групи. Більш виражені зміни та частіше виявлення ускладнень з боку матері плоду було у жінок II групи, що обумовлено повноцінною прегравідарною підготовкою жінок I групи та пильне спостереження їх під час вагітності.

Ультразвукові дослідження матки проведені у невагітних жінок I групи дали змогу виявити наявність різних змін. Проведена оцінка, статистичне і математичне обрахування результатів ультразвукового обстеження матки та післяопераційного РМ у невагітних жінок I групи дозволили створити шкалу оцінки стану РМ після попереднього КР, що може бути важливим для оптимізації діагностики неспроможності РМ після КР. Ультразвукове дослідження стану плоду в динаміці вагітності у жінок I групи показало, що після проведеної прегравідарної підготовки та пильного їх спостереження під час вагітності, ехографічні показники стану плоду наближалися до таких, як у жінок IV групи. У жінок II групи зміна ехографічних показників плоду була більш вираженою, у порівнянні із здоровими вагітними. Отримані дані змін ехографічних показників плоду у вагітних II групи в динаміці вагітності продемонстрували, що вже з другого триместру відбувається зменшення основних показників розвитку плоду. Важливим ультразвуковим діагностичним критерієм стану РМ після попереднього КР стало визначення середнього значення доплерометричних показників судин матки у невагітних жінок.

У жінок з РМ, які завагітніли після попереднього КР, на прегравідарному етапі визначалися зміни кровообігу у маткових артеріях та зміни ІАП. Зокрема, у жінок I групи, які завагітніли через рік після попереднього КР, відмічалися найбільш виразні зміни кровообігу у маткових артеріях, аркуатних, радіальних, базальних та спіральних артеріях. Індeksi судинного опору у маткових артеріях у жінок Ia групи достовірно відрізнялися від таких показників у групі контролю. Визначення середнього значення доплерометричних показників судин матки у невагітних жінок I групи показало, що більш виражені зміни кровообігу в судинах спостерігалось у вагітних Id підгрупи. Проведені ультразвукові доплерометричні дослідження дали змогу визначити середнє

значення показників судин матки і плоду у вагітних жінок I групи в динаміці та щодо спроможності РМ. У жінок із неспроможним РМ визначалися найбільш виразні зміни показників індексів судинного опору в артеріях матки. Показники індексів судинного опору правої маткової артерії були збільшені порівняно з показниками групи контролю. У результаті проведених доплерометричних досліджень судин матки було запропоновано додатковий новий показник – ІАПВ. Цей показник дав змогу з'ясувати, що у жінок з неспроможним РМ у динаміці вагітності відбувається його зниження відносно такого у здорових вагітних, та становив у 22–27 тижні ($3,4 \pm 0,11$), у 28–34 тижні ($3,52 \pm 0,08$), у 35 тижнів і більше ($3,63 \pm 0,12$).

При морфологічному дослідженні РМ було встановлено, що неспроможний РМ характеризувався більш вираженими структурними змінами у вигляді порушення архітекτονіки та ділянок гомогенізації тканини міометрію, дегенеративних змін власне м'язових волокон та порушень з боку мікроциркуляторного русла. Аналіз стану колагенових волокон у Ід підгрупі показав, що волокна нерівномірно профарбовувалися, мали більш поліморфну картину. Це свідчило про гіпоксично-дегенеративні зміни та нерівномірність дозрівання колагенової тканини у РМ. Проведені патоморфологічні, гістохімічні та імуногістохімічні дослідження дають змогу стверджувати, що стан власне міометрію, судинного компоненту та регенераторних можливостей у Ід підгрупі були набагато нижчими, ніж у Іг підгрупі та в IV групі. Такі зміни можуть негативно проявити себе при надмірному функціональному навантаженні стінки матки в період вагітності та пологів.

У подальшому за допомогою методу прогнозування на основі мікробіотичних та УЗД змін, зокрема показника ІАПВ, було розроблено формули прогнозування неспроможності рубця на матці у різні терміни вагітності. Окрім того, дані дослідження дали змогу достовірно визначити граничні значення ІАПВ для кожної групи жінок, що розширює його діагностичні можливості при визначенні стану післяопераційного РМ та подальшого визначення неспроможності післяопераційного рубця.

Проведена прегравідарна підготовка та пильне ведення вагітності і пологів у жінок після КР показали свою високу ефективність. Показники стану жінок I групи були більш сприятливими порівняно з жінками II групи, що може свідчити про ефективність проведеної прегравідарної підготовки, перебігу вагітності, стану плоду і новонародженого за розробленим лікувально-профілактичним комплексом.

ВИСНОВКИ

1. Літературні джерела свідчать про те, що у жінок, що перенесли КР, відбуваються зміни в стані РЗ, які впливають на подальше життя жінки, настання наступних вагітностей, перебіг вагітності та пологів у цих жінок. Розродження через природні родові шляхи жінок з рубцем на матці дасть змогу знизити показники материнської захворюваності і покращити здоров'я жінок і дітей у нашій країні.

2. Проведений аналіз результатів досліджень показав, що у більшості випадків у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину визначені зміни РЗ. Найбільшим за частотою параметром, що характеризує стан РЗ жінок, були ХЗЗСО – у 32,2 % жінок, аборти – у 16,7 % жінок та порушення менструальної функції – у 38,9 % жінок. У вагітних з РМ зустрічалися такі ускладнення вагітності: загроза переривання у I триместрі 30,0 %, загроза переривання у II триместрі 26,7 %, загроза передчасних пологів 23,3 %, дистрес плоду 17,8 % та анемія 12,2 %.

3. Дослідження стану мікробіоценозу статевих шляхів у невагітних жінок з РМ після КР показало, що у таких жінок спостерігається обсіменіння статевих органів стафілококами (27,4 %) та представниками умовно-патогенної мікрофлори в асоціації з грибами роду *Candida* (22,2 %), незалежно від інтергенетичного проміжку. Виявлені зміни мікробіоценозу статевих шляхів спостерігалися більш виражено у підгрупі жінок з неспроможним рубцем. Тому порушення мікробіоценозу статевих шляхів є однією із важливих патогенетичних ланок розвитку неспроможного РМ.

4. Дослідження психоемоційного стану показало, що у жінок з інтергенетичним проміжком до року, виявлялися більш виражені його зміни (незадоволеність – 13,3 %, емоційна лабільність – 20,0 %, дезадаптація – 26,7 %, стрес – 20 %), тоді як у жінок з інтергенетичним проміжком понад рік – показники були більш сприятливі. Виражені зміни в психоемоційному стані також мали жінки з неспроможним рубцем після КР (дезадаптація – 43,5 %, стрес – 30,0 %, емоційна лабільність – 20,0 %, незадоволеність – 13,3 %).

стрес – 34,8 %, незадоволеність – 17,4 %, ворожість – 17,4 %, емоційна лабільність – 16,7 %, низька адаптивність – 8,7 %).

5. Важливим ультразвуковим діагностичним критерієм щодо можливості вагінальних пологів є визначення доплерометричних показників судин матки у вагітних жінок, а саме: систоло-діастолічного відношення у маткових артеріях, пульсаційного індексу у базальних артеріях та зміни ІАПВ на 22–27 тижні, пульсаційного індексу у радіальних артеріях на 28–34 тижні та пульсаційного індексу у середньомозковій артерії на 35 тижні.

За даними УЗД матки, проведених у невагітних з неспроможним рубцем, найбільш часто діагностувалися такі зміни: у 25,6 % випадків – наявність порожнини у міометрії в ділянці рубця, у 25,6 % – товщина міометрію менше 3 мм та у 24,4 % – наявність лейоміоми матки на відстані 5 мм від рубця.

6. Морфологічні дослідження довели, що неспроможний стан рубця після попереднього КР характеризувався більш вираженими структурними змінами у вигляді порушення архітекτονіки та наявністю ділянок гомогенізації тканини міометрію, дегенеративних змін власне м'язових волокон та порушень з боку мікроциркуляторного русла. При цьому були виявлені виражені прояви як заміщення м'язової тканини сполучною тканиною з утворенням окремо замуrowаних волокон м'язової тканини, так і виражені периваскулярні фіброзні зміни. З'ясовано, що колагенові волокна мають більш поліморфну картину. Також у жінок з неспроможним рубцем на матці при його імуногістохімічному дослідженні з МАТ до CD31 дало змогу виявити низький рівень експресії в клітинах судинної стінки (+/++), з МАТ до p53 – наростання проявів дегенеративних змін з боку м'язової тканини, з МАТ до α -SMA – нерівномірну експресію у м'язових і фіброзних волокнах, а з Ki-67 – низький рівень мітозів (0/+).

7. Розроблений алгоритм діагностики та прогнозування розвитку неспроможності рубця на матці у жінок з різними інтергенетичними

інтервалами дає змогу оптимізувати тактику ведення вагітності і пологів у вагітних з РМ.

8. Розроблений лікувально-профілактичний комплекс із застосуванням прегравідарної підготовки, психологічної підтримки, санації статевих шляхів, покращення метаболічних процесів та мікроцеркуляції сприяв збільшенню кількості вагінальних пологів з 24,4 % до 76,7 %.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Жінки на прегравідарному етапі повинні починати пильне спостереження лікарем акушер-гінекологом вже відразу після закінчення післяпологового періоду.

2. На прегравідарному етапі жінки з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину мають проходити більш пильне обстеження та діагностику стану соматичного, репродуктивного здоров'я і стану післяопераційного рубця не менше, ніж один раз на три місяці протягом року і більше, за бажання, наступної вагітності.

3. Стан післяопераційного рубця має бути діагностований на прегравідарному етапі з використанням ультразвукових та доплерометричних методів дослідження, із застосуванням оптимізованих методів діагностики (визначення нових розроблених показників при проведенні доплерометричного дослідження). Таку пильну діагностику стану післяопераційного рубця слід проводити в кожному триместрі наступної після попереднього кесарева розтину вагітності.

4. У разі виявлення ознак неспроможності рубця на матці після попереднього кесарева розтину, додатковими методами дослідження мають бути гістероскопія (з використанням гістерорезектоскопа).

5. Пильної діагностики потребує стан мікробіоценозу урогентальних органів як на прегравідарному етапі, так і під час вагітності у жінок з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину, а за необхідності – призначення лікувальних заходів.

6. Жінки з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину потребують діагностики психоемоційного стану та у разі виявлення змін, – його корекції на прегравідарному етапі та під час вагітності.

7. Жінкам з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину при проведенні аналізів крові слід звертати особливу увагу на реологічні характеристики кровообігу в організмі, а при виявленні змін – призначати корекцію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамченко В.В. Акушерские операции. Санкт-Петербург : ООО «НОРДМЕДИЗДАТ», 2014. 640 с.
2. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. Москва : Видар, 2000. 112 с.
3. Айламазян Э.А. Акушерство : учебник для медицинсиких вузов. Санкт-Петербург : Специальная литература, 2013. 528 с.
4. Айламазян Э.К., Андреева В.Ю., Кузьминых Т.У. Оптимизация репаративних процессов миометрия после кесарева сечения (клинико-экспериментальное исследование). *Журнал акушерства и женских болезней*. № 64 (4). 2015. С. 4–12.
5. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У., Поленов Н.И., Шелаева Е.В., Колобов А.В. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарева сечения к родоразрешению. *Журнал акушерства и женских болезней*. Т. LVII (1). 2008. С. 3–10.
6. Актуальные вопросы акушерства / под ред. Е.В. Коханевич. Киев : ТМК, 2001. 152 с.
7. Ананьев В.А. Результаты кесарева сечения при наложении однорядного и двухрядного шва на матку. *Акушерство и гинекология*. 2010. № 4. С. 26–29.
8. Аржанова О.Н., Корсак В.С., Орлова О.О. Течение и исход беременности у женщин с бесплодием в анамнезе. *Проблемы репродукции*. 2009. № 3. С. 54–58.
9. Артамонов В.С., Сольский С.Я., Жесткова І.В., Марущенко Ю.Л. Профілактика та лікування ускладнень гнійно-септичного характеру після операції кесаревого розтину. *ПАГ*. 2010. № 4. С. 211–214.
10. Аршавский И.А. Роль эндокринных желез матери в механизмах антенатального развития организма. *Становление эндокринных функций в зародышевом развитии*. Москва : Наука, 2006. С. 280–295.

11.Баев О.Р. Аномалии прикрепления плаценты. *Акушерство и гинекология*. 2009. № 5. С. 3–6.

12.Баев О.Р., Хататбе М.И. Совершенствование эхографической оценки факторов риска гнойно-септических осложнений после кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 2012. № 3. С. 14–18.

13.Байрамов А.А., Нехорошева А.А., Джаубаев Т.Р., Буров А.Ю. Частота встречаемости распространенных эндокринных форм бесплодия (по данным Саратовского областного центра планирования семьи и репродукции). *Вестник Российского государственного медицинского университета*. 2015. № 2. С. 75–76.

14.Белоусов М.А., Мареева Л.С., Серова Р.Ф. Двойное контрастирование при УЗИ исследовании области шва на матке после операции кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 2011. №11. С. 36–39.

15.Богатырева Р.В., Венцовский Б.М., Вовк И.Б. Руководство по планированию семьи. Киев : Блиц-Принт, 2010. 212 с.

16.Бойкова Ю.В. Изучение влияния скорости миграции плаценты на течение и исходы беременности по данным эхографии. *Ультразвуковая диагностика*. 1999. № 1. С. 12–15.

17.Боцюра Д.І. Гістологічні зміни в стінці матки після кесаревого розтину. *Вісник морфології*, 2000. № 2. С. 221–222.

18.Боярский Н.Ю. Овариальная стимуляция и фолликулогенез в конце 90-х годов: на пороге будущего (обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2011. №4. С. 61–68.

19.Брехман Г.И., Парейшвили В.В., Данилов С.А. Аномалии родовой деятельности и частота кесаревых сечений : тезисы доклада I съезда Российской ассоциации акушеров-гинекологов «Проблемы хирургии в акушерстве и гинекологии» (г. Москва, 2012 г.). Москва, 2012. С. 25–26.

20.Бухарин О.В. Роль микробного фактора в патогенезе мужского бесплодия. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2008. № 2. С. 106–110.

21.Буянова С.Н., Сенчакова Т.Н., Щукина Н.А. Диагностика, лечение и профилактика отсроченных осложнений кесарева сечения. *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*. 1997. № 1. С. 65–68.

22.Буянова С.Н., Пучкова Н.В. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивный прогноз. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2011. № 11 (4). С. 36–38.

23.Вакалюк Л., Гудивок І., Стоцький С., Любінець В. Профілактика акушерсько-перинатальних ускладнень у вагітних з рубцем на матці. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2012. № 1. С. 67–70.

24.Вакалюк Л. Репродуктивний анамнез жінок, розроджених кесаревим розтином. *Здоровье женщины*. 2014. № 4. С. 108–110.

25.Вакалюк Л.М. Рубець на матці після кесарева розтину за клінічним та морфофункціональним аналізом. *Здоровье женщины*. 2014. № 3. С. 91–93.

26.Вакалюк Л.М. Чинники ризику і прогнозування утворення неповноцінного рубця на матці в жінок після кесаревого розтину. *Буковинський медичний вісник*. 2007. № 3. С. 16–19.

27.Введенский Д.В. Ведение беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным разрезом матки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01. Минск, 2010. 19 с.

28.Вдовиченко Ю., Гойда Н., Юзько О. Вагітність та пологи у жінок з рубцем на матці після кесарського розтину. Частина II. Київ, 2011. С. 345–348.

29.Вдовиченко Ю., Шлапак І. Повторний кесарів розтин: діагностика і профілактика перинатальної патології, відновлення репродуктивного здоров'я. *Здоровье женщины*. 2015. № 3. С. 153–155.

30.Вдовиченко Ю., Гончарук Н., Гурженко О. Аналіз випадків абдомінального пологорозрішення при гострій гіпоксії плода. *Здоровье женщины*. 2017. Випуск 7. № 5. С. 28-31.

31.Вдовиченко Ю., Гончарук Н., Полуянова О. Вагітність і пологи у жінок з рубцем на матці після кесаревого розтину реальна небезпека чи безпідставний страх. *Здоровье женщины*. 2013. № 3. С. 124–129.

32.Вдовиченко Ю., Гончарук Н. Шляхи збільшення кількості вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину. *Здоровье женщины*. 2014. № 6. С. 75–76.

33.Венцківський Б. Роль планування сім'ї в зниженні материнської та перинатальної захворюваності і смертності. *ПАГ*. 1997. № 2. С. 52–54.

34.Воронін К.В., Потапов В.О., Черненко Д.В., Колобова О.В. Прогноз природного розродження у вагітних із рубцем на матці після кесаревого розтину. *Медичні перспективи*. 2003. Т. 8. № 2. С. 80–84.

35.Воронин К.В., Черненко Д.В., Пономаренко И.А., Резниченко В.В. Морфофункциональная оценка рубца на матке после кесарева сечения. *Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики*. Київ; Луганськ, 2004. Вип. 11. С. 32–37.

36.Габидуллина Р.И., Шайхутдинова Л.Р., Фаткуллин И.Ф. Сравнительная оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения. *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии*. 2002. Т. 1. № 1. С. 140.

37.Гайдуков С., Иванова С., Резник В. Особенности заживления раны матки при повторном кесаревом сечении. *Врач*. 2012. № 1. С. 69–72.

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

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

40.Гончарук Н.П. Сомнительное состояние плода как показание к проведению кесарева сечения. *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа*. 2018. Том 8. № 4. С. 551–555.

41.Гончарук Н.П. Шляхи зниження частоти кесаревих розтинів при акушерській патології та обтяженому репродуктивному анамнезі : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01. Київ, 2019. 352 с.

42.Горбунова О.В. Патологія репродуктивної системи у жінок з оперованою маткою : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01 / Національний

університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2006. 257 с.

43. Горин В.С. Аномалии расположения плаценты: акушерские и перинатальные аспекты. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2010. № 6. С. 26–31.

44. Григоренко А.П. Особливості репарації післяопераційного рубця на матці після кесаревого розтину. *Вісник морфології*, 2000. № 2. С. 272–274.

45. Грицан А.И., Колесниченко А.П. Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома у взрослых и детей. Красноярск, 2012. 202 с.

46. Грищенко В.І., Танько О.П., Котлік Ю.А. Досвід корекції деяких порушень імунної системи при імунологічній неплідності. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. 2013. № 1. С. 103–105.

47. Грищенко В.І., Козуб М.І., Ілієш Є.О. Застосування променевої аргонної коагуляції при лікуванні хворих з безпліддям // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Київ : «Фенікс», 2001. С. 175–177.

48. Гудивок І.І., Вакалюк Л.М. Діагностика та профілактика ускладнень у вагітних з рубцем на матці : методичні рекомендації. Київ, 2006. 22 с.

49. Гузь В.І. Плацентарна дисфункція у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії. *Здоров'я жінчини*. 2016. № 2 (108). С. 87–89.

50. Гулик М.Т. Особливості перебігу вагітності та прогноз пологів у жінок після перенесеного кесаревого розтину : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. Київ, 2001. 21 с.

51. Густоварова Т.А. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке: клинко-морфологические и диагностические аспекты : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01. Москва, 2007. 245 с.

52. Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Доросевич А.Е., Бехтерева И.А., Коржуев С.И. Клинико-морфологические параллели состояния рубца на матке. *Вестник Смоленского государственной медицинской академии*. 2007. № 4. С. 34–38.

53. Деришов В.В. Реабилитация генеративной функции после искусственного прерывания беременности // *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*. Київ : «Інтермед», 2003. С. 99–101.

54. Жук С.І. Шляхи зниження материнської смертності: українські реалії та міжнародний досвід. *Жіночий лікар*. 2015. № 2 (58). С. 18–20.

55. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Кесарів розтин. *Акушерство та гінекологія*. Київ : Здоров'я, 2006. С. 78–84.

56. Залесный А.В. Комплексная оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2010. Т. LIX (5). С. 118–126.

57. Зота Е.Г., Герман М.С. Вагинальные роды после кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 2012. № 2. С. 24–25.

58. Иванова О. Реальны ли роды с рубцом на матке? «9 месяцев». 2002. № 1. С. 18–20.

59. Казарян Р.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01. Москва, 2012. 24 с.

60. Киричук В.О. Передлежання плаценти у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (оглядова стаття). *Здоровье женщины*. 2017. № 8 (124). С. 105–107.

61. Киселевич М.Ф., Киселевич М.М., Киселевич В.М. Течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. *Медицина и фармакология*. 2014. № 2. С. 20–24.

62. Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Оптимизация кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 2010. № 1. С. 14–16.

63. Колгушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии. Минск : Вышэйш. шк., 2012. 331 с.

64. Корчинська О.О., Волошина У.В., Гребя Н.М. Сучасний погляд на проблему вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці (огляд літератури). *Україна. Здоров'я нації : науково-практичне видання*. Київ : 2010. № 4. С. 140–146.

65. Крамарский В.А., Раевская Л.Ю., Дудакова В.Н. Морфологический индекс как прогностический критерий заживления раны на матке после кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 2002. № 5. С. 56–57.

66. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н., Чечнева М.А., Ахвледиани К.Н. Результаты оперативной активности в современном акушерстве. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2015. Том 4. Выпуск 2. С. 53–59.

67. Краснопольский В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки. Москва : Миклош, 2005. 160 с.

68. Краснопольский В.И., Капустина М.В., Федосенко Л.И., Долгиева Л.У. Оценка влияния на выбор метода родоразрешения при индуцированной беременности факторов, связанных с причиной и длительностью бесплодия, возрастом пациенток и количеством выполненных процедур экстракорпорального оплодотворения. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2011. № 2. С. 44–48.

69. Кузьмина Т.Е., Пашков В.М., Клиндухов И.А. Прегравидарная подготовка. Современные концепции. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2015. № 14 (5). С. 47–54.

70. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. Москва : Медицина, 2010. С. 37–39.

71. Кулаков С.И. Дискуссионные вопросы кесарева сечения // Мать и дитя : материалы VI Российского форума (г. Москва, 2004 г.). Москва, 2004. С. 109–112.

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

73. Курицина С.А. Факторы риска и варианты миграции аномально расположенной плаценты. *Здоровье женщины*. 2011. № 2 (58). С. 177–178.

74. Кучеренко М.А. Применение Трифамокса ИБЛ (амоксцициллина / сульбактама) для профилактики инфекционных осложнений при кесаревом сечении. *Consilium medicum*. 2007. Т. 9. № 6. С. 12–13.

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

76. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии : руководство для акушеров-гинекологов, эмбриологов, специалистов, занимающихся организацией здравоохранения / под ред. В.И. Кулакова. Москва : МИА, 2009. 589 с.

77. Лихачев С.А., Усова Н.Н., Савостин А.П., Линков М.В. Синдром центральной сенситизации. *Медицинские новости*. 2018. № 1 (280). С. 19–23.

78. Макаров И.О., Шешукова Н.А., Овсянникова Т.В. Особенности прегравидарной подготовки у женщин с инфекционным генезом невынашивания беременности. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2011. № 5 (1). С. 5–9.

79. Мамутова Д.М. Течение и исход беременности и родов у юных, пожилых и старых первородящих женщин : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01. Фрунзе, 2006. 25 с.

80. Мамытбекова З.М. Оценка состояния рубца на матке в первые три месяца после кесарева сечения. *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 2010. № 3. С. 57–59.

81. Манухин И.Б., Бурдули Г.М., Селиванова Г.Б. Сепсис после осложненных родов. *Акушерство и гинекология*. 2010. № 5. С. 34–38.

82. Мареева Л.С., Левашова И.И., Мильман Д.Б. Диагностика состояния рубца на матке после кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 1989. № 3. С. 37–38.

83. Мареева Л.С., Левашова И.И., Мельников А.П. Проблемы и перспективы родоразрешения беременных с рубцом на матке после кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 1993. № 1. С. 22–27.

84. Медведев М.В., Хохолин В.Л. Ультразвуковое исследование матки. *Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике*. Москва, 2012. Т. 3. С. 76–119.

85. Минцер А.П. Статистические методы исследования в клинической медицине. *Клиническая медицина*. 2010. № 10. С. 23–29.

86. Мирон И.М., Курников В.С. Возможности оптимизации исходов абдоминального родоразрешения. *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии*. 2001–2002. Т. 1. № 1. С. 53–54.

87. Мяделец О.Д. Основы цитологии, эмбриологии и общей гистологии. Нижний Новгород : Изд-во НГМА, 2002. С. 250–259.

88. Назаренко Л.Г., Дуброва Л.Ю. Актуальні аспекти вагітності та пологів у жінок з кесаревим розтином в анамнезі (оглядова стаття). *Здоров'я жінчини*. 2014. № 1. С. 11–15.

89. Назаренко Л.Г., Дуброва Л.Ю., Недорезова К.М. Дискусійні питання оперативної активності в сучасному акушерстві (клінічна лекція). *Здоров'я жінчини*. 2015. № 9 (105). С. 10–14.

90. Назаренко Л.Г., Ромадина О.В., Бабаджанян Э.Н. Прекоцепционная профилактика репродуктивных потерь как новый подход к планированию семьи // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Київ : «Фенікс», 2001. С. 461–463.

91. Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Зыряева Н.А. Ановуляторное бесплодие у женщин: методы и схемы индукции овуляции. *Акушерство и гинекология*. 2009. № 4. С. 58–61.

92. Наказ МОЗ України від 24.01.2011 р. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Вагінальні пологи після кесарського розтину”». Київ, 2011. 39 с.

93. Нежданов И.Г., Павлов Р.В., Аксененко В.А., Телегина И.В. Некоторые аспекты разрыва матки по рубцу после операции кесарева сечения. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2012. № 2. С. 82–83.

94. Нецкар І.П. Оптимізація тактики ведення жінок з рубцем на матці з використанням родинно орієнтованих технологій та партнерських пологів. *Здоровье женщины*. 2016. № 8 (114). С. 82–84.

95. Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Давыдова Д.Н. Методы родоразрешения женщин с рубцом на матке. *Медицинский журнал*. 2012. № 4 (42). С. 74–75.

96. Никонов А.П., Волков Н.И., Краснопольская К.В. Возможности гистероскопии в оценке состояния матки после кесарева сечения. *Вопросы охраны материнства и детства*. 2014. № 7. С. 58–61.

97. Оден М. Кесарево сечение: Безопасный выход или угроза будущему? *Международная школа традиционного акушерства*. Москва, 2006. С. 21–34.

98. Основы репродуктивной медицины : практическое руководство / под ред. В.К. Чайки. Донецк : Альматео, 2011. С. 275–321.

99. Панфилов С.А., Фомичев О.М., Тарасов М.В., Магомедов Р.А. Диагностические возможности трехмерного ультразвукового исследования. *Визуализация в клинике*. 2010. № 16. С. 65–75.

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

101. Погорелова А.Б. Определение состоятельности рубца на матке у беременных после кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 1989. № 4. С. 52–55.

102. Подольський Вл.В. Профілактика та прогнозування акушерських і перинатальних порушень у жінок, що перенесли хронічні запальні

захворювання статевих органів // Журнал національної академії медичних наук України : матеріали Конференції молодих вчених, присвяченої 20-річчю Національної академії медичних наук України. 2013. Том 19. С. 109–110.

103. Подольський Вл.В., Подольський В.В. Перинатальні та акушерські наслідки перенесених хронічних захворювань статевих органів у жінок фертильного віку. *Здоров'я України*. 2018. № 4. С. 30–32.

104. Поленов Н.И., Павлова Н.Г., Айламазян Э.К. Морфофункциональная оценка нижнего сегмента матки в конце физиологической беременности и у беременных с рубцом. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2006. № 4. С. 11–18.

105. Полуянова О.М. Оптимізація прегравідарної підготовки у жінок з рубцем на матці після кесаревого розтину : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01. Київ, 2014. 26 с.

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

107. Преждевременные роды: руководство по эффективной помощи при беременности и родах / под ред. Элеонор Энкин. Санкт-Петербург : Нормед-издат., 2009. С. 361–374.

108. Пробачий Н.И., Ганжа Н.Н. Возможности ультразвукового сканирования в диагностике трубного бесплодия у женщин : тезисы докладов II съезда ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине (г. Москва, 1995 г.). Москва, 1995. С. 31.

109. Репина М.А. Разрывы матки. Ленинград : Медицина, 1984. 208 с.

110. Родкина Р.А., Утков Б.А. Гистохимические критерии оценки рубца матки при кесаревом сечении : тезисы докладов Всесоюзного и Всероссийского научного общества акушеров-гинекологов. Объединенный пленум (г. Москва, 1989 г.). Москва, 1989. С. 84–85.

111. Савельева Г.М. Прегравидарная подготовка в профилактике преждевременных родов. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2017. № 16 (6). С. 24–29.

112. Самарина В.Н. Экологическая чистота брака как социальная проблема : материалы научно-практической конференции «Социальная педиатрия: проблемы, поиски, решения» (г. Санкт-Петербург, 2008 г.). Санкт-Петербург, 2008. С. 38–39.

113. Соболев В.Б., Зыряева Н.В., Ананьев В.А. Материнская смертность после кесарева сечения : сборник трудов Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии «Современное акушерство и кесарево сечение». Москва, 2007. С. 172–176.

114. Стрелко Г. Лікування безпліддя, що викликане синдромом полікістозних яєчників з застосуванням допоміжних репродуктивних технологій : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01. Київ, 2004. 19 с.

115. Стрельченко М.Б. Особенности течения беременности после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01. Москва, 2002. 23 с.

116. Стрижаков А.И., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Модификация кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 2007. № 1. С. 33–37.

117. Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2002. Том 1. № 2. С. 40–46.

118. Талаш В. Морфологічні особливості перебігу раневого процесу в оперованій матці та її придатках при застосуванні шовного матеріалу біофілу (анатомо-експериментальне дослідження) : дис. ... канд. мед. наук : 14.03.01 / Харківський державний медичний університет. Харків, 2004. 21 с.

119. Токарчук М., Левчук Г., Карголь О. Пологи з рубцем на матці. *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 2010. № 3. С. 20–21.

120. Тиктинский О.Л., Кореньков Д.Г., Александров В.П. Коррекция иммунного бесплодия у мужчин методами эфферентной терапии. *Урология*. 2012. № 5. С. 52–55.

121. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты : тезисы докладов Научно-практической конференции «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивное здоровье» (г. Омск, 2005 г.). Омск, 2005. С. 59–62.

122. Титченко Л.И., Белоусов М.А., Жиленко М.И. Оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения с помощью эхографии. *Акушерство и гинекология*. 2010. № 11. С. 70.

123. Фаткуллин И.Ф., Галимова И.Р., Федотов С.В. Кесарево сечение при недоношенной беременности. *Акушерство и гинекология*. 2009. № 3. С. 46–48.

124. Фаткуллин И.Ф. Роды через естественные родовые пути после кесарева сечения. *StatusPraesens*. 2009. № 1 [2] 11. С. 15–19.

125. Хаджиева Э.Д. Перитонит после кесарева сечения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01. Санкт-Петербург, 2006. 49 с.

126. Ханча Ф. Комплексна реабілітація репродуктивної функції у жінок з трубно-перитонеальною формою безпліддя : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01. Київ, 2008. 172 с.

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

128. Чайка В.К. Основы репродуктивной медицины : практическое руководство. Донецк : ООО «Альматео», 2001. 608 с.

129. Чернуха Е.А. Кесарево сечение. *Родовой блок*. Москва, 2009. С. 480–516.

130. Чернуха Е.А. Кесарево сечение настоящее и будущее. *Акушерство и гинекология*. 2010. № 5. С. 22–28.

131. Чернуха Е.А. Ведение беременности и выбор метода родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. *Справочник фельдшера и акушерки*. 2012. № 4. С. 15–22.

132. Шлапак И.М. Эхографические и морфологические особенности состояния рубца при повторном кесаревом сечении. *Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики*. 2011. № 22. С. 57–65.

133. Шлапак І. Повторний кесарів розтин: діагностика і профілактика перинатальної патології, відновлення репродуктивного здоров'я : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01. Київ, 2015. 293 с.

134. Юнда И.Ф. Бесплодие в супружестве. Киев : Здоровья, 2007. 462 с.

135. Ющик В.В. Аутогемотрансфузія при операції кесарського розтину // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Сімферополь, 1998. С. 405–406.

136. Andreea Creanga A., Bateman Brian T. Morbidity associated with cesarean delivery in the United States: is placenta accrete an increasingly important contributor? *American Journal of Obstetrics Gynecology*. 2013. V. 213. Is. 3. P. 384.

137. Ayida G., Kennedy S., Barlow D., Chamberlain P. Contrast sonography for uterine cavity assessment: a comparison of conventional two-dimensional with three-dimensional transvaginal ultrasound (a pilot study). *Fertil. Steril.* 2006. Vol. 66 (5). P. 848–850.

138. Azziz R., Gumming J., Naeye R. Acute myometritis and chorioamnionitis during cesarean section of asymptomatic women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 159 (5). P. 1137–1139.

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

140. Basic E., Basic Cetkovic V., Kozaric H., Rama A. Ultrasound evaluation of uterine scar after Cesarean section and next birth. *Medicinski Arhiv*. 2012. Vol. 66. No. 3. P. 41–44.

141. Besinger R., Niebyl J.R., Keyes W.G. Randomized comparative trial of indomethacin and ritodrine for the long-term treatment of preterm. *Gynecol.* 2012. Vol. 164. P. 981.

142. Bij de Vaate AJ, Brolmann HA, van der Voet LF. Ultrasound evaluation of the cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011. № 37. P. 93–99.

143. Bom N. Principles, Recent Advances and Future Prospects of 3-D1 Echo Imaging Techniques // European Congress of Radiology. Vienna, 2007. Vol. 71. P. 57.

144. Boulvain M., William D., Brisson-Carroll G. Trial of labour after caesarean Section in sub-saharan Africa: a meta-analysis. *Br.J. Obstet Gynaecol.* 2012. Vol. 104. P. 1385–1390.

145. Bourne T.H., Schwarzler P., Shah K. Ultrasound in infertility: The use of «pivotal scan» incorporating hystero contrast sonography (HyCoSy) to investigate infertility // European Congress of Radiology. Vienna, Austria, 2009. P. 159.

146. Broughton G., Janis J.E., Attinger C.E. Wound healing: An overview. *Plast. Reconstr. Surg.* 2006. № 117. P. 1–32.

147. Brunn J., Block U., Ruf G., Bos I., Kunze W.P., Scriba P.C. Volumetrie der Schilddrüsenlappenmittels Real-time-Sonographie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift.* 2008. № 106 (41). S. 1338–1340.

148. Buhimschi C.S., Buhimschi I.A., Patel S., Malinow A.M., Weiner C.P. Rupture of the uterine scar during term labour: contractility or biochemistry? *BJOG.* 2005. № 112 (1). P. 38–42.

149. Buhimschi C.S., Buhimschi I.A., Yu C. The effect of dystocia and previous cesarean uterine scar on the tensile properties of the lower uterine segment. *Am J Obstet Gynecol.* 2006. № 194 (3). P. 873–883.

150. Buhimschi C.S., Zhao G., Sora N., Madri J., Buhimschi I.A. Myometrial wound healing post-Cesarean delivery in the MRL/MpJ mouse model of uterine scarring. *Am J Pathol.* 2010. № 177 (1). P. 197–207.

151. Buhimschi C.S., Buhimschi I.A., Malinow A.M., Weiner C.P. Myometrial thickness during human labor and immediately post partum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003. № 188 (2). P. 553–559.
152. Ceci O., Bettocchi S., Marelllo F. Sonographic, hysteroscopic and histologic evaluation of the endometrium in postmenopausal women with breast cancer receiving tamoxifen. *J.Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 2011. Vol. 7 (1). P. 77–81.
153. Chang K., Lubo Zhang. Review article: steroid hormones and uterine vascular adaptation to pregnancy. *Reprod Sci.* 2008. Vol. 15 (4). P. 336–348.
154. Chapman S.J., Owen J., Hauth J.C. One-versus two-layer closure of a low transverse cesarean: the next pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 2011. Vol. 89 (1). P. 16–18.
155. Chervenak F.A., McCullough Z.B. An ethically justified algorithm for offering, recommending, and performing cesarean delivery and its application in managed care practice. *Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 87 (2). P. 302–305.
156. Cheung V.Y., Yang F., Leung K.Y. 2D versus 3D transabdominal sonography for the measurement of lower uterine segment thickness in women with previous cesarean delivery. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2011. Vol. 114. No. 3. P. 234–237.
157. Cohen S.B., Bouaziz J., Bar On. A., Orvieto R. Fertility success rates in patients with secondary infertility and symptomatic cesarean scar niche undergoing hysteroscopic niche resection. *Gynecological Endocrinology*. 2020. P. 1–5.
158. Colgan T.J., Shah R., Leyland N. Post-hysteroscopic ablation reaction-a histopathologic study of the effects of the electrosurgical ablation. *Int J Gyn Path.* 1999. Vol. 18 (4). P. 325–331.
159. Cousins Z.M., Teplick F.B., Poeltler D.M. Pre-cesarean blood bank Orders: a safe and less expensive Approach. *Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 87 (6). P. 912–916.
160. Darby I.A., Hewitson T.D. Fibroblast differentiation in wound healing and fibrosis. *Int. Rev. Cytol.* 2007. № 257. P. 143–147.

161. Dashow E.E., Read T.A., Coleman F.H. Randomized comparison of five irrigations at cesarean section. *Obstet. Gynecol.* 2010. Vol. 68 (4). P. 473–478.
162. Dean S.V., Lassi Z.S., Imam A.M., Bhutta Z.A. Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reproductive Health*, 2014. Vol. 11 (Suppl. 3). P. 1.
163. Derclii L.E., Serafmi G., Gandolfo N. Ultrasound in gynecology. *Eur. Radiol.* 2010. Vol. 11 (11). P. 2137–2155.
164. Doğanay M., Tonguc E.A., Var T. Effects of method of uterine repair on surgical outcome of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010. Vol. 111 (2). P. 175–178.
165. Donnenfeld A.E., Otis C., Weiner S. Antibiotic prophylaxis in cesarean section. Comparison of intrauterine lavage and intravenous administration. *J. Reprod. Med.* 2013. Vol. 31 (1). P. 15–18.
166. Emmons S.L. Development of wound infections among women undergoing cesarean section. *Obstet. Gynecol.* 2009. Vol. 62 (4). P. 559–564.
167. Erickson S.S., Van Voorhis B.J. Intermenstrual bleeding secondary to cesarean scar diverticula report of three cases. *Obstet Gynecol.* 2009. Vol. 93 (5). P. 802–805.
168. Exacoustos C., Zupi E., Amadio A. Recurrence of endometriomas after laparoscopic removal: sonographic and clinical follow-up and indication for second surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013. Vol. 13 (4). P. 281–288.
169. Fall M., Baranowski A.P., Elneil S., Engeler D., Hughes J., Messelink E.J., Williams A.D.C. Синдром хронической тазовой боли. *Европейская ассоциация урологов*. 2011. № 5. С. 101.
170. Farine D., Shepherd D. Classification of caesarean sections in Canada: the modified robson criteria, *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2012. Vol. 34. № 10. P. 976–979.
171. Faustin D. Relationship of ultrasound findings after cesarean section to operative morbielity. *Obstet. Gynecol.* 2013. Vol. 66 (2). P. 195–198.

172. Fuld Ch.S. Surgical techniques for cesarean section. *Obstet. Gynecol.* 2013. Vol. 15 (4). P. 657–672.
173. Gallardo E.A., Barber I.M., Serrano A. Correlation between highresolution ultrasound and microscopic anatomy in the evaluation of the biceps tendon disorders || European Congress of Radiology. Vienna, Austria, 2010. P. 210.
174. Gedikbasi A., Akyol A., Ulker V. Cesarean techniques in cases with on previous cesarean delivery: comparison of modified Misgav Ladach and Pfannenstiel Kerr. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2011. Vol. 283. No. 4. P. 711–716.
175. Gonzalez N., Tulandi T. Cesarean Scar Pregnancy: A Systematic Review. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2017. Vol. 24 (5). P. 731–738.
176. Grossman-Donowitz L. The efficacy of antibiotic prophylaxis in the prevention of post-cesarean section endometritis. *Infect-control.* 2009. Vol. 6 (5). P. 189–193.
177. Hey A.A., Singh R. N., Bubey L.S. Catgut versus suntetic absorbable suture (A comparative clinical study). *Ind. J. Surg.* 2012. Vol. 48 (3). P. 101–105.
178. Hruban L., Jankù P., Ventruba P. Vaginal birth after previous caesarian section outcomes analysis 2007–2010. *Ceská Gynekologie.* 2012. Vol. 77. No. 2. P. 127–132.
179. Hudic I., Fatusic Z., Kameric L. Vaginal delivery after Misgav Ladach cesarean section is the risk of uterine rupture acceptable? *The Journal Of Maternal Fetal & Neonatal Medicine.* 2010. Vol. 23. No. 10. P. 1156–1159.
180. Jensen E, Wood C.E, Keller-Wood M. Chronic alterations in bovine maternal corticosteroid levels in fluence uterine blood flow and placental and fetal growth. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2005. Vol. 288. P. 54–61.
181. Karlstrum A., Nystedt A., Hildingsson I. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2011. Vol. 2. № 3. P. 93–99.

182. Komatsu R., Ando K., Flood P.D. Factors associated with persistent pain after childbirth: a narrative review. *British Journal of Anaesthesia*. 2020. P. 1–14.
183. Kozarzewski M., Szaflik K., Pertynski T. Evaluation of the value of clinical doppler sonography and sonographic contrast media for assessment of tubal patency. *Ginekol. Pol.* 2006. Vol. 66 (11). P. 633–637.
184. Kucera J., Kucera J.Jr. Medical and population genetics problems in primary non-tubal female sterility. *Cesk. Gynekol.* 2011. Vol. 53. № 3. P. 164–173.
185. Kushtagi P., Garepalli S. Sonographic assessment of lower uterine segment at term in women with previous cesarean delivery. *Archives Of Gynecolog And Obstetrics*. 2011. Vol. 283. No. 3. P. 455–459.
186. Laguens R., Lagrutta J. Fine structure of human uterine muscle in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1964. Vol. 89. P.1040.
187. Landon M.B., Hauth J.C., Leveno K.J. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N. EngL J. Med.* 2004. Vol. 351(25). P. 2581–2589.
188. Larson B. Prevention of postoperative formation and reformation of pelvic adhesions. *Pertitoneal adhesions* / Ed. by K.N. Treatner, V. Schumpelick. Berlin : Springer, 2011. P. 331–334.
189. Lydon-Rochelle M., Holt V.L., Easterling T.K., Martin D.P. Risk of uterine rupture during labor among women with prior cesarean delivery. *N. EngL J. Med.* 2001. Vol. 345 (1). P. 54–55.
190. Macones G.A., Cleary K.L., Parry S. The timing of antibiotics at cesarean: a randomized controlled trial. *American Journal Of Perinatology*. 2012. Vol. 29. № 4. P. 273–276.
191. Magness R.R., Rosenfeld C.R. Local and systemic estradiol-17 beta: effects on uterine and systemic vasodilation. *Am J Physiol.* 1989. Vol. 256. P. 536–542.
192. Maisonneuve A.S., Haumonte J.B., Carcopino X. Obstetrical outcome and risk of uterine rupture following a caesarean section before 32 weeks. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 2011. Vol. 40. No. 4. P. 334–339.

193. Minkoff H.L., Schwarz R.H. The rising cesarean section rate. Can it safely be reversed? *Obstet. Gynecol.* 2011. Vol. 56 (2). P. 135–143.
194. Mintz P., Herlicoviez M., Tilliard I.D. Uterus cicatriciel et dehiscence uterine. A propos de 20 observations. *Rev. Franc. Gynecol. Obstet.* 2011. Vol. 82 (2). P. 97–105.
195. Nelson K.B., Grether J.K. Can magnesium sulfate reduce the risk of cerebral palsy in very low birthweight infants? *Pediatrics.* 2012. Vol. 95. P. 263–269.
196. Nikolajsen L., Sorensen H.C., Jensen T.S., Kehlet H. Chronic pain following Caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2013. Vol. 48 (1). P. 111–116.
197. Palot M. Cesarean section: anesthesia techniques and postoperative care. *S. Genecoh Obst. Biol.* 2011. Vol. 29 (2). P. 96–107.
198. Papatheodoru A., Takis F., Lyra S. Ultrasound: Frequently asked questions, tips and protocols // European Congress of Radiology. Vienna, Austria, 2012. P. 400.
199. Perrot N., Frey I., Mergui J.L. Sonohysterography: a new study method of the uterine cavity: evaluation of 84 cases and comparison to hys-teroscopy. *Contracept Fertil Sex.* 2007. Vol. 25 (4). P. 325–329.
200. Quilligan E.J. Vaginal birth after Cesarean section: 270 degrees. *J Obstet Gynecol.Res.* 2001. Vol. 27. P. 169–173.
201. Qureshi B., Inafuku K., Oshima K. Ultrasonographic evaluation of lower uterine segment to predict the integrity and quality of cesarean scar during pregnancy: a prospective study. *Tohoku J. Exp. Med.* 2007. Vol. 183 (1). P. 55–65.
202. Rajakumar C., Agarwal S., Khalil H. Cesarean scar pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2015. Vol. 37. P. 199–200.
203. Rauburn W.F., Schwartz W.J. Refinements in performing a Cesarean Delivery. *Obstet. Gynecol. Survey.* 2012. Vol. 51 (7). P. 445–451.
204. Ravica D.J., Wood S.L., Pollard J.K. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000. Vol. 183 (5). P. 1176–1179.

205. Risager J.K., Uldbjerg N., Glavind J. Cesarean scar thickness in non-pregnant women as a risk factor for uterine rupture. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020. P. 1–6.

206. Roberge S., Boutin A., Chaillet N. Systematic review of cesarean scar assessment in the non pregnant state: imaging techniques and uterine scar defect. *American Journal Of Perinatology*. 2012. Vol. 29. No. 6. P. 465–471.

207. Roberts C.L., Rowlands I.J., Nguyen M. The contribution of maternal age to increasing caesarean section rates. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2012. Vol. 52. No. 3. P. 308–309.

208. Roeder H.A., Cramer S.F., Leppert P.C. A Look at Uterine Wound Healing Through a Histopathological Study of Uterine Scars. *Reproductive Sciences*. 2012. Vol. 19 (5). P. 463–473.

209. Smith G.C.S., Pell J.P., Pasupathy D., Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study. *BMJ*. 2004. Vol. 329. P. 375–377.

210. Shipp T.D., Zelop C., Lieberman E. Assessment of the rate of uterine rupture as the first prenatal visit: a preliminary evaluation. *Fetal Neonatal Med*. 2008. Vol. 21. No. 2. P. 129–133.

211. Shipp T.D., Zelop C., Cohen A. Post-Cesarean Delivery Fever and Uterine Rupture. *Subsequent Trial of Labor, Obstetrics and Gynecology*. 2003. Vol. 101 (1). P. 136–139.

212. Simsek Y., Celen S., Ertas E. Alarming rise of cesarean births: a single center experience. *European Review For Medical And Pharmacological Sciences*. 2012. Vol. 16. No. 8. P. 1102–1106.

213. Singh P.M., Rodrigues C., Gupta A.N. Placenta previa and previous cesarean section. *Acta Obstet. Gynecol. Stand*. 1981. № 60. P. 367–368.

214. Stark M., Finkel A.R. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean. *Europ. J. of Obstet. Gynecol. and Reprod. Biol*. 2012. Vol. 53. P. 121–122.

215. Swalm Z.S., Holste C.S., Waller K. Ultrasound after priter cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 92 (3). P. 390–393.
216. Takahashi H., Watanabe N., Sugibayashi R. Increased rate of cesarean section in primiparous women aged 40 years or more: a singlecenter study in Japan. *Archives Of Gynecology And Obstetrics.* 2012. Vol. 285. № 4. P. 937–941.
217. Thaler I., Manor D., Itskovitz J., Rottem S., Levit N., Timor-Tritsch I., Brandes J.M. Changes in uterine blood flow during human pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1990. Vol. 162 (1). P. 121–125.
218. Tower A.M., Frishman G.N. Cesarean Scar Defects: An Underrecognized Cause of Abnormal Uterine Bleeding and Other Gynecologic Complications. *Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2013. Vol. 20 (5). P. 562–572.
219. Trinder J., Cahill D.J. Endometriosis and infertility: the debate continues. *Hum. Fertil. (Camb).* 2012. Vol. 5. № 1. P. 21–27.
220. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. *Am. College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol.* 2004. Vol. 104 (54). P. 303–312.
221. Wang J.H., Xu K., Lin J. Methotrexate therapy for cesarean section scar pregnancy with and without suction curettage. *Fertility and Sterility.* 2015. Vol. 92. P. 1208–1213.
222. Weedon D. Pathology of the Skin. *Churchill Livingstone.* New York, 1997. P. 298–299.
223. Weinstein D., Benshushan A., Tanos V. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996. Vol. 174. P. 192–198.
224. Wennberg A.L., Opdahl S., Bergh C. Effect of maternal age on maternal and neonatal outcomes after assisted reproductive technology. *Fertil Steril.* 2016. Vol. 106 (5). P. 1142–1149.
225. Westrom L.V. Chlamydia and its effect on reproduction. *J. Br. Fer. Soc.* 2012. Vol. 1. № 1. P. 23–30.

226. William W., Beck I.R. Акушерство и гинекология / пер. с англ.; гл. ред. Г.М. Савельева. Москва, 1997. С. 315–318.

227. Yela A.A., Marchiani N. Conservative management of ectopic pregnancy in cesarean scar: case report. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2013. Vol. 35. P. 233–237.

Додаток В

Показники менструальної функції невагітних жінок І групи після вагітності, що закінчилися кесаревим розтином,
абс. ч. (%)

Показник менструальної функції	Група жінок					
	Іа		Іб		Ів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7
Тривалість циклу:						
– 21-25 днів;	4	13,3 (11,97-14,63)	3	10,0 (9,0-11,0)	3	10,0 (9,0-11,0)
– 26-28 днів;	6	20,0 (18,0-22,0)	5	16,7 (15,03-18,37)	6	20,0 (18,0-22,0)
– 29-35 днів	20	66,7 (60,03-73,37)	22	73,3 (65,97-80,63)	21	70,0 (63,0-77,0)
Крововтрати під час місячних:						
– незначний;	10	33,3 (29,97-36,63)	8	26,7(24,03-29,37)	6	20,0 (18,0-22,0)
– помірний;	9	30,0 (37,0-33,0)	10	33,3 (29,97-36,63)	11	36,7 (33,03-40,37)
– значний	11	36,7 (33,03-40,37)	12	40,0 (36,0-44,0)	13	43,3 (38,97-47,63)
Міжменструальні кровотечі:						
– одноразово;	5	16,7 (15,03-18,37)	3	10,0 (9,0-11,0)	2	6,7 (5,93-7,37)
– два і більше	4	13,3 (11,97-14,63)	3	10,0 (9,0-11,0)	1	3,3 (2,97-3,63)
Больові відчуття під час місячних:						
– відсутні;	11	36,7 (33,03-40,37)	14	46,7 (42,03-51,37)	12	40,0 (36,0-44,0)

Додаток Г

Медико-соціальні показники настання вагітності у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (вагітність, яку жінка вирішила виношувати), абс. ч. (%)

Медико-соціальні показники	Група жінок											
	Іа		Іб		Ів		Іа		Іб		Ів	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Бажана вагітність	20	66,7 (60,03-73,37)	22	73,3 (65,97-80,63)	27	90,0 (91,0-99,0)	18	60,0 (54,0-66,0)	23	76,7 (69,03-84,37)	26	86,7 (78,03-95,37)
Не бажана вагітність	10	33,3 (29,97-36,63)	8	26,7 (24,03-29,37)	3	10,0 (9,0-11,0)	12	40,0 (36,0-44,0)	7	23,3 (20,97-25,63)	4	13,3 (11,97-14,63)
Планова вагітність	15	50,0 (45,0-55,0)	19	63,3 (56,97-69,63)	25	83,3 (74,97-91,63)	16	53,3 (47,97-58,63)	20	66,7 (59,93-73,47)	24	80,0 (72,0-88,0)
Незапланована вагітність	15	50,0 (45,0-55,0)	11	36,7 (33,03-40,37)	2	6,7 (5,93-7,37)	14	46,7 (42,03-51,37)	10	33,3 (29,97-36,63)	2	6,7 (5,93-7,37)

Додаток Д

Показники менструальної функції у вагітних II групи, абс. ч. (%)

Показник менструальної функції	Група жінок							
	IIa 1		IIб 2		IIв 3		IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Термін початку менструальної функції: - до 14 років;	25	83,3 (74,97-91,63)	26	86,7 (78,03-95,37)	28	93,3 (83,97-102,63)	28	93,3 (83,97-102,63)
- після 14 років	5	16,7 (15,03-18,37)*	4	13,3 (11,97-14,63)*	2	6,7 (5,93-7,37)	2	6,7 (5,93-7,37)
Тривалість менструального циклу:								
– 21-25 днів;	8	26,7 (24,03-29,37)	7	23,3 (20,97-25,63)	11	36,7 (33,03-40,37)	10	33,3 (29,97-36,63)
– 26-28 днів;	17	56,7 (51,03-62,37)	19	63,3 (56,97-69,63)*	17	56,7 (51,03-62,37)	10	33,3 (29,97-36,63)
– 29-35 днів	5	16,7 (15,03-18,37)*	4	13,3 (11,97-14,63)*	2	6,7 (5,93-7,37)*	10	33,3 (29,97-36,63)
Обсяг крововтрат під час місячних:								
– незначний;	6	20,0 (18,0-22,0)	8	26,7 (24,03-29,37)	9	30,0 (37,0-33,0)	7	23,3 (20,97-25,63)

Група новонароджен их	Абс. ч. (%)	Оцінка за шкалою Апгар, (бали)				
		10	8-9	6-7	4-5	2-3
Іа	абс.	7	19	4	-	-
	%	23,3 (20,97- 25,63)	63,3 (56,97- 69,63)	13,3 (11,97- 14,63)*	-	-
Іб	абс.	8	20	2	-	-
	%	26,7 (24,03- 29,37)	66,6 (59,94- 73,26)	6,7 (6,03- 7,34)*	-	-
Ів	абс.	7	20	3	-	-
	%	23,3 (20,97- 25,63)	66,7 (60,03- 73,37)	10,0 (9,0- 11,0)*	-	-
Іа	абс.	2	8	16	3	1
	%	6,7 (6,03- 7,34)*	26,7 (24,03- 29,37)*	53,3 (47,97- 58,63)	10,0 (9,0- 11,0)	3,3 (2,97- 3,63)
Іб	абс.	3	9	15	3	-
	%	10,0 (9,0- 11,0)*	30,0 (27,0- 33,0)*	50,0 (45,0- 55,0)	10,0 (9,0- 11,0)	-
Ів	абс.	2	7	18	2	1
	%	6,7 (6,03- 7,34)*	23,3 (20,97- 25,63)*	60,0 (54,0- 76,0)	6,7 (6,03- 7,34)	3,3 (2,97- 3,63)
Примірка: * – різниця достовірна між показниками у підгрупах: Іа 1 – Іа 1, Іб 2 – Іб 2, Ів 3 – Ів 3, p<0,05						

І групи в динаміці вагітності, мм

Примітка: * – достовірність різниці з показниками Ia, Ib, Iv підгруп та групою здорових вагітних (IV), при $p < 0,05$

Примітка: * – достовірність різниці з показниками Ia, Ib, Iv підгруп та групою здорових вагітних (IV), при $p < 0,05$

II групи в динаміці вагітності, мм

Примітка: * – достовірність різниці з показниками Ia, Ib, Iv підгруп та групою здорових вагітних (IV), при $p < 0,05$

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Список публікацій, де опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Ковида Н.Р. Сучасні погляди на оцінку неспроможності рубця на матці (огляд літератури) // East European Scientific Journal. 2020. Volume 1. № 10 (62). С. 49–55.

2. Ковида Н.Р., Гончарук Н.П. Психоемоциональное состояние женщины с рубцом на матке после кесарева сечения // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2020. № 5. С. 556–563.

3. Ковида Н.Р., Гончарук Н.П. Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину // Здоровье женщины. 2020. Выпуск 8 (154). С. 42–47.

4. Ковида Н.Р., Гончарук Н.П. Ультразвукова діагностика стану рубця на матці у вагітних та невагітних жінок // Здоровье женщины. 2020. Выпуск 9–10 (155–156). С. 39–44.

5. Ковида Н.Р., Гончарук Н.П. Дослідження перфузії судин матки при неспроможності рубця на матці після кесарева розтину // Репродуктивне здоров'я жінки. 2021. Выпуск 5. С. 21–23.

6. Ковида Н.Р., Гончарук Н.П., Дядик О.О. Морфологічні особливості спроможності рубця на матці після попереднього кесарева розтину // Репродуктивна ендокринологія. 2020. № 51. С. 42–46.

Список публікацій, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Ковида Н.Р. Визначення ранніх предикторів неспроможності рубця на матці // Матеріали «XXIII Міжнародний медичний конгрес студентів та молодих вчених». Тернопіль: Укрмедкнига, 2019. С. 117.

2. Ковида Н.Р. Діагностика неспроможності рубця на матці // Матеріали «XXIV Міжнародний медичний конгрес студентів та молодих вчених». Тернопіль: Укрмедкнига, 2020. С. 83.

3. Ковида Н.Р. Медико-соціальні показники настання вагітності у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину // Матеріали III Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 29-ї Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH 2020» // Український журнал військової медицини. 2020 (додаток). Т. 1. № 3. С. 110–111.

4. Ковида Н.Р. Стан мікробіоценозу урогенітальних органів у невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину // Material IV International Scientific and Practical Conference «INTEGRATION OF SCIENTIFIC BASES INTO PRACTICE». Stockholm, Sweden, 2020. October 12–16. С. 226–230.

Список публікацій, які додатково відображають наукові результати дисертації

1. Ковида Наталя Романівна, Гончарук Наталія Петрівна. Шкала оцінки неспроможності рубця на матці у невагітних жінок. Авторське право і суміжні права. 2020. Бюлетень № 61. Свідоцтво № 100261. Дата реєстрації авторського права 06.10.2020.

2. Ковида Наталя Романівна, Гончарук Наталія Петрівна. Визначення індексу артеріальної перфузії для вагітних. Авторське право і суміжні права. Свідоцтво № 100486. Дата реєстрації авторського права 16.11.2020.

3. Ковида Наталя Романівна, Гончарук Наталія Петрівна. Визначення індексу артеріальної перфузії для невагітних. Авторське право і суміжні права. Свідоцтво № 100261. Дата реєстрації авторського права 16.11.2020.

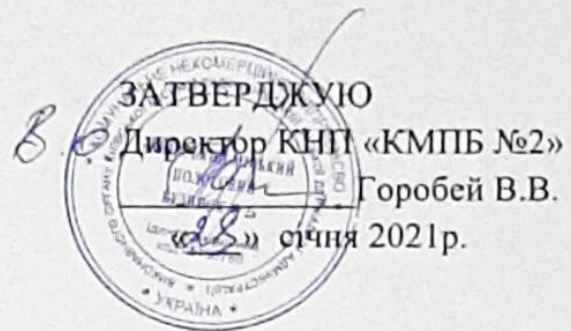
4. Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. Спосіб прогнозування вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці // Корисна модель. 2019.

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

Додаток Б

Основні положення дисертаційної роботи та результати проведених досліджень доповідались на:

- XXIII Міжнародному медичному конгресі студентів та молодих вчених (15-17 квітня 2019 року, Тернопіль), тема «Визначення ранніх предикторів неспроможності рубця на матці» (доповідь, тези);
- XXIV Міжнародному медичному конгресі студентів та молодих вчених (13-15 квітня 2020 року, Тернопіль), тема «Діагностика неспроможності рубця на матці» (тези);
- III науково-практичній конференції з міжнародною участю «Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 29-ї Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH 2020» (7-9 жовтня 2020 року, Київ), тема «Медико-соціальні показники настання вагітності у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину» (тези);
- IV International Scientific and Practical Conference «INTEGRATION OF SCIENTIFIC BASES INTO PRACTICE» (12-16 жовтня 2020 року, Стокгольм, Швеція), тема «Стан мікробіоценозу урогенітальних органів у невагітних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину» (тези).



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** алгоритм діагностики неспроможності рубця на матці після кесарева розтину
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці:** кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9;
Автори: Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук
3. **Джерело інформації:**
 1. Ковида Н.Р. Спосіб прогнозування вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель. – 2019.
 2. Ковида Н.Р. Психоемоциональное состояние женщины с рубцом на матке после кесаревого сечения/ Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - № 5. - 2020. - С. 556-563.
 3. Ковида Н.Р. Ультразвукова діагностика стану рубця на матці у вагітних та невагітних жінок/ Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук // Здоровье женщины. - 2020. - Випуск 9-10 (155-156). – С. 39-43.
4. **Місце впровадження:** КНП «КМПБ №2»
5. **Термін впровадження:** 2019-2020 рр.
6. **Переважність впровадженої пропозиції:** ефективність впровадження відповідає критеріям, наведеним у джерелах інформації.
7. **Ефективність впровадження:** розроблено алгоритм діагностики неспроможності рубця на матці після кесарева розтину, що дозволяє оптимізувати критерії відбору пацієнток для спроби вагінальних пологів з рубцем на матці після попередньої операції кесарів розтин. Це сприяє збільшенню кількості фізіологічних пологів.
8. **Зауваження, пропозиції:** не вносились

Відповідальний за впровадження:

Ковида Н.Р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор

КНП

«Консультативно-діагностичний
Центр»

Печерського району

Кравчук Л.В.

« »

20

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: алгоритм діагностики неспроможності рубця на матці

2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9;
Автор: Ковида Наталя Романівна, старший лаборант

3. Джерело інформації:

1. Ковида Н.Р. Спосіб прогнозування вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель. – 2019.
2. Ковида Н.Р. Психоемоциональное состояние женщины с рубцом на матке после кесаревого сечения/ Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - № 5. - 2020. - С. 556-563.
3. Ковида Н.Р. Ультразвукова діагностика стану рубця на матці у вагітних та невагітних жінок/ Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук // Здоровье женщины. - 2020. - Випуск 9-10 (155-156). – С. 39-43.

4. Місце впровадження: жіночі консультації, акушерські стаціонари.

5. Термін упровадження: 2019-2020 рр.

6. Переважність впровадженної пропозиції: ефективність впровадження відповідає критеріям, наведеним у джерелах інформації.

7. Ефективність впровадження: розроблено алгоритм діагностики неспроможності рубця на матці після кесарева розтину.
Завдяки якому, збільшилася кількість вагінальних пологів у стаціонарі.

Відповідальний за впровадження:

Ковида Н.Р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор

КНП "Перинатальний центр м. Києва"
заслужений лікар України, кандидат
медичних наук

БІЛА В.В.

"___" 20__ р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** алгоритм діагностики неспроможності рубця на матці після кесарева розтину
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці:** кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9;
Автор: Ковида Наталя Романівна, старший лаборант
3. **Джерело інформації:**
 1. Ковида Н.Р. Спосіб прогнозування вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель. – 2019.
 2. Ковида Н.Р. Психоемоціональное состояние женщины с рубцом на матке после кесаревого сечения/ Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - № 5. - 2020. - С. 556-563.
 3. Ковида Н.Р. Ультразвукова діагностика стану рубця на матці у вагітних та невагітних жінок/ Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук // Здоровье женщины. - 2020. - Випуск 9-10 (155-156). – С. 39-43.
4. **Місце впровадження:** жіночі консультації, акушерські стаціонари.
5. **Термін упровадження:** 2019-2020 рр.
6. **Переважність впровадженої пропозиції:** ефективність впровадження відповідає критеріям, наведеним у джерелах інформації.
7. **Ефективність впровадження:** розроблено алгоритм прегравідарної підготовки жінок з рубцем на матці
8. **Зауваження, пропозиції:** не вносились.

Відповідальний за впровадження:

Наталиа В.В.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор

КНП «Київський

міський пологовий

будинок №1»

Гончарук Н.П.

« »



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** алгоритм діагностики неспроможності рубця на матці
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці:** кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9;
Автор: Ковида Наталя Романівна, старший лаборант
3. **Джерело інформації:**
 1. Ковида Н.Р. Спосіб прогнозування вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці / Гончарук Н.П., Ковида Н.Р. // Корисна модель. – 2019.
 2. Ковида Н.Р. Психоемоціональное состояние женщины с рубцом на матке после кесаревого сечения/ Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - № 5. - 2020. - С. 556-563.
 3. Ковида Н.Р. Ультразвукова діагностика стану рубця на матці у вагітних та невагітних жінок/ Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук // Здоровье женщины. - 2020. - Випуск 9-10 (155-156). – С. 39-43.
4. **Місце впровадження:** жіночі консультації, акушерські стаціонари.
5. **Термін упровадження:** 2019-2020 рр.
6. **Переважність впровадженої пропозиції:** ефективність впровадження відповідає критеріям, наведеним у джерелах інформації.
7. **Ефективність впровадження:** розроблено алгоритм діагностики неспроможності рубця на матці після кесарева розтину.
Завдяки якому, збільшилася кількість вагінальних пологів у стаціонарі.

Відповідальний за впровадження:

Мещен Л.В.