

4. Ибатов А.Д. Влияние лоразената на эмоциональный статус и качество жизни больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 2006. - №9. – С.11-14.
5. Кадочигова А.И., Мартынова А.Г., Киричук В.Ф. Психологические особенности личности в зависимости от типа распределения жировой ткани у клинически здоровых лиц // Кардиоваск. тер. профил. – 2005. - №4(2). – С.84-89.
6. Новик Н.А., Йонова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб: Нева, М.: Алма-Пресс, 2002.– 315 с.
7. Новик Н.А., Йонова Т.И., Клайн П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.
8. Сидоренко Г.И. Проблема оптимизации в кардиологии // Кардиология. – 2004. - №7. – С.4-9.
9. Яновский Г.В. Качество жизни у больных с заболеваниями системы кровообращения // Укр. кардіол. ж.– 2005. - №1. – С.16-20.
10. Cline C., Wellenheimer R., Erhard L. et al. Health related quality of life in elderly patients with heart failure // Scand.Cardiovasc. J. – 1999. – Vol.5. – P.278-285.
11. Jaarama T., Halgens R., Huiger A. et al. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure // J. Heart. Failure. – 1999. – Vol.2. – P.151-161.
12. Klaus L., Beniaminovitz A., Chor L. et al. Pilot study of guided imagery use in patients with severe heart failure // Amer. J. Cardiology. – 2000. – Vol.1. – P.101-104.

### ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Э.Ц.Ясинская, П.Р.Нягу, Ж.А.Ревенко, В.И.Курик*

**Резюме.** Определено влияние нарушений ритма и проводимости сердца на качество жизни больных ишемической болезнью сердца по данным субъективной оценки отношения больных к изменениям, что возникают в их здоровье и жизни при возникновении аритмий.

**Ключевые слова:** анкета опроса, суммарные и компонентные показатели, индивидуальный и популяционный уровень качества жизни.

### THE INFLUENCE OF RHYTHM DISTURBANCES AND CARDIAL CONDUCTION ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

*Ye.Ts.Yasynska, P.R.Niagu, Zh.A.Revenko, V.I.Kuryk*

**Abstract.** The authors have evaluated the influence of rhythm disturbances and cardiac conduction on the quality of life of patients with coronary disease based on the findings of a subjective evaluation of patients' attitude to changes arising in their health and life in case of arrhythmic attacks.

**Key words:** questionnaire, total and component parameters, individual and population level of life quality.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. В.К.Ташук

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2.- P.103-107

Надійшла до редакції 28.11.2006 року

УДК 618.5-089.888.61-089.168.1:618.4

*Л.М.Вакалюк*

### РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК ІЗ ПОВНОЦІННИМ РУБЦЕМ НА МАТЦІ

Кафедра акушерства і гінекології (зав. – проф. Т.М.Дріль)  
Івано-Франківського державного медичного університету

**Резюме.** Актуальним завданням сучасного акушерства є розродження природним шляхом жінок з оперованою маткою. Проведено клінічний аналіз 100 пологів у вагітних із повноцінним рубцем на матці, які були відібрані для консервативного розродження. У 17% пацієнток пологи завершилися самостійно. У 83% роділь у процесі пологів виникли непередбачені акушерські ускладнення, які стали показаннями до кесаревого розтину. Всі пологи велися під динаміч-

ним клінічним, кардіотокографічним і ультразвуковим контролем. За показаннями застосовували адекватне знеболення і пологопосилення. Показано, що при задовільному стані матері і плода та повноцінному гістеротомному рубці мимовільні пологи мають позитивні клінічні переваги перед повторним абдомінальним розродженням.

**Ключові слова:** рубець на матці, консервативне розродження.

**Вступ.** Зростаюча кількість абдомінального розродження ставить перед акушерами-гінекологами складне завдання – ведення вагітності і пологів у жінок із рубцем на матці. Саме

рубець на матці є одним з основних показань до кесаревого розтину [1,6]. Більше 30% жінок, які розроджені абдомінальним шляхом, планують у майбутньому вагітніти. Повторний кесарів роз-

тин є технічно більш складною операцією, тим більше, що травми сусідніх органів, розриви нижнього сегмента матки при витягненні плода, патологічна крововтрата, гнійно-септичні, тромбоемболічні та інші інтра- та післяопераційні ускладнення бувають значно частіше, ніж при першому кесаревому розтині [4,5,6]. Вищенаведене пояснює зростаючий інтерес до розродження вагітних із рубцем на матці через природні родові шляхи. За даними вітчизняних і зарубіжних публікацій, до 30-90% жінок із рубцем на матці після кесаревого розтину успішно народжують природним шляхом, а материнська і перинатальна смертність та захворюваність не перевищують ці показники в жінок з не оперованою маткою [3,9]. Тому правильний клінічний вибір жінки із рубцем на матці та їх допологова підготовка до консервативного розродження є актуальним завданням сучасного акушерства [2,7,8].

**Мета дослідження.** Обґрунтувати клінічні особливості перебігу мимовільних пологів у жінок з оперованою маткою і їх наслідки для матері та дитини.

**Матеріал і методи.** Проведено клінічний аналіз 100 пологів у жінок із повноцінним рубцем на матці. Застосовували комплекс клініко-параклінічних методів обстеження матері та плода. Поряд із загальноклінічними дослідженнями соматичного й акушерського статусу вагітних, аналізували лабораторні дані, проводили в динаміці ехографію, доплерометрію та визначали біофізичний профіль плода.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведено клініко-статистичний аналіз історій пологів у 100 жінок із повноцінним рубцем на матці, серед них 96 жінок із рубцем на матці після кесаревого розтину і 4 – після консервативної міомектомії. За письмовою згодою жінок і родичів, вони планувалися на розродження природним шляхом.

Як показали наші дослідження, із запланованих на консервативне розродження 100 жінок, пологи через природні родові шляхи відбулись у 17 пацієнток. У 83 жінок другої групи в процесі пологів виникли акушерські ускладнення, які передбачити до розродження було важко. Вони стали показанням до ургентного абдомінального розродження. Пологи в жінок із рубцем на матці велися визначеною бригадою акушерів-гінекологів і анестезіологів під безперервним кардіомоніторним контролем стану плода, гістерографічним спостереженням скоротливої дії матки, ехографічним контролем за ділянкою рубця на матці та клінічним станом роділлі. Бригада була готова до надання негайної оперативної допомоги.

Дані клінічного аналізу в жінок першої групи, 17 випадків пологів через природні родові шляхи у вагітних із рубцем на матці, показали, що за віком жінки розподілилися так: 18-25 років – 29,4%, 26-30 років – 52,9%, 31-35 років – 17,7% жінок. Другі пологи – у 52,9% жінок, треті поло-

ги – у 35,3%, четверті пологи – в 11,8% жінок. Проміжок часу між першою операцією і даною вагітністю становив: більше 3 років – у 58,8% жінок; 2-3 роки – у 35,3% вагітних і 1-1,5 року – у 5,9% пацієнток. При пологах прооперовано 64,7% жінок, з них: тривалість родів до 12 годин – у 58,8% жінок, до 20 годин – у 5,9% жінок. У 23,5% жінок операція проводилася при передчасному вилитті навколоплідних вод і тривалістю безводного періоду: до 6 год – у 17,6% жінок, від 6 до 12 год – у 5,9% жінок. Показаннями до попереднього абдомінального розродження були: аномалії пологової діяльності – у 53,8% роділь; гіпоксія плода – у 38,5% жінок; тяжкий гестоз – у 7,7% вагітних. До першої операції 29,4% пацієнток, а перед теперішньою вагітністю – 17,6% жінок, які перенесли аборт. Дана вагітність проходила на фоні екстрагенітальної патології в 52,9% жінок, з них: хвороби нирок і сечовидільної системи – 11,8%; серцево-судинна патологія – 17,6% та інші захворювання – 23,5%. Вагітність ускладнилась у 41,2% жінок, з них: загроза переривання – 17,6%; гестоз – 11,8%; інші ускладнення 11,8%. При оцінці готовності організму вагітних до пологів у 38-39 тижнів шийка матки оцінена за шкалою Бішопа 8-9 балів у всіх 17 жінок. Під час пологів у 17,6% випадків діагностовано слабкість пологової діяльності, з них: у 11,7% – первинну й у 5,9% – вторинну. Роділлям з аномалією родової діяльності призначали довенне крапельне уведення розчину окситоцину (5 од окситоцину на 400 мл фізіологічного розчину, зі швидкістю інфузії починаючи з 5-6 крапель за 1 хвилину, до отримання терапевтичного ефекту) за індивідуально підбраною дозою. Медикаментозне знеболення пологів проводили за показаннями і згодою роділлі: в 11,7% випадках застосовували спінальну анестезію, а в 41,2% – спазмолітики і спазмоаналгетики. Основним критерієм адекватності знеболення пологових перейм вважали зміни параметрів центральної гемодинаміки. Епізіотомія в другому періоді пологів проводилася у 35,3% роділь, зважаючи на загрозу розриву промежини. У третьому періоді пологів проводили ультразвуковий контроль за відділенням і виділенням посліду, цілісністю стінок матки. Звертали увагу на величину матки, форму її порожнини, наявність у ній вільної рідини (згустків крові), стан рубця. У 5,9% спостережень ділянка рубця на ехограмах мала вигляд поперечного заглиблення в міометрії до  $1\pm 0,2$  мм. Навколишні тканини акустично ущільнені, однорідні. Нижній сегмент матки не мав глибоких деформуючих западин і дефектів, а також гематом, що було підтверджено контрольним ручним обстеженням стінок післяпологової матки. Ручне відділення плаценти з подальшою ревізією стінок матки проводилось у 11,8% випадках, ручна ревізія стінок матки після народження посліду – у 23,5% породіль. При контрольному ручному обстеженні порожнини матки у 29,4% жінок рубець на матці не виявлено. Передня стінка матки мала рівномірну товщину, рівну і

гладеньку поверхню. У 5,9% випадків пропальповано рубець у вигляді ледь відчутної поперечної борозни по передній стінці глибиною до 0,5 см при товщині міометрія в цій ділянці до 1-1,5 см. Задовільна ехографічна картина післяпологової матки: рівномірні контури, щільноподібна порожнина та відсутність у ній вмісту і глибоких западин, грубих деформацій по передній стінці – дозволила нам не проводити кантрольну ручну ревізію матки в 64,7% жінок. У післяпологовому періоді, поряд із клінічним спостереженням, проводили динамічне ультразвукове сканування для контролю за цілісністю стінок матки, ехографічними параметрами її інволюції, характером вмісту порожнини і станом ділянки імовірного рубця. Патологічних відхилень у перебігу пуерперального періоду не діагностовано. Загальна тривалість пологів становила  $543,4 \pm 47,1$  хв, з них: першого періоду –  $505,9 \pm 42,2$  хв, другого –  $21,3 \pm 2,4$  хв, третього –  $16,2 \pm 1,5$  хв. Крововтрата до 250 мл спостерігалась у 70,6% випадків, 300-350 мл – у 29,4% породіль. У 88,2% випадків потужний період до моменту прорізування голівки плода проводився у вертикальному положенні роділлі. Новонароджені: 59% – жіночої статі і 41% – чоловічої. Середня маса тіла  $3163 \pm 145$  г, ріст  $49,3 \pm 1,4$  см. Оцінені за шкалою Апгар на першій і п'ятій хвилині: 8-9 балів – 64,7% новонароджених; 7-8 балів – 35,3% малюків. Післяродовий період у всіх породіль і малюків проходив без ускладнень, вони виписані із стаціонару додому. Середня тривалість перебування у пологовому закладі –  $99,4 \pm 11,3$  год (3-5 діб).

Проведено клініко-статистичний аналіз 83 випадків пологів у жінок другої групи. Вагітні планувалися на розродження природним шляхом. Однак у процесі пологів виникли акушерські показання до ургентного кесаревого розтину. Віковий склад жінок: від 18 до 25 років – 30,1%, від 26 до 30 років – 50,6%, від 31 до 35 років – 19,3%. Другі пологи були в 60,2% вагітних, треті пологи – у 28%, четверті пологи – у 10,8% жінок. Інтервал часу між першою операцією і теперішньою вагітністю становив: більше 3 років – у 54,2% жінок; 2-3 роки – у 37,4%; 1-1,5 року – у 8,4% вагітних. У пологах при першому кесаревому розтині прооперовано 71,1% жінок, з них: тривалість пологів до 12 год – у 62,7% жінок, до 20 год – у 8,4% жінок. У 15,6% жінок операція проводилась при передчасному вилитті навколоплідних вод і тривалістю безводного періоду: до 6 год – у 10,8% жінок, від 6 до 12 год – у 4,8% жінок. Основні показання до проведення попереднього кесаревого розтину: аномалії родової діяльності – у 65,1% роділь; гіпоксія плода – у 21,7%; тяжкий гестоз – 4,8%; екстрагенітальні захворювання – у 8,4% жінок. В анамнезі 30,1% жінок перед першою операцією і у 22,9% пацієнток до теперішньої вагітності були аборти. Перебіг даної вагітності проходив на фоні екстрагенітальної патології в 62,6% жінок, з них: хвороби нирок і сечовидільної системи – 16,8%; серцево-судинна патологія – 20,5% та інші захво-

рування – 25,3%. Вагітність ускладнилась у 43,3% жінок, з них: загроза переривання – 19,2%; гестоз – 15,7%; інші ускладнення – 8%. Готовність організму жінок до пологів оцінювали в 37-39 тижнів вагітності. У 31,3% вагітних другої групи біологічна зрілість шийки матки за шкалою Бішопа оцінена у 8-9 балів. У 68,7% вагітних другої групи зрілість шийки матки за шкалою Бішопа оцінена в 6-7 балів. Показання до ургентного кесаревого розтину в жінок другої групи: аномалії пологової діяльності – у 54,2%; гостра інтранатальна гіпоксія плода – у 16,9%; часткове передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – у 8,5%; розгинальне вставлення передлежачої голівки плода – у 4,8%; ризик розриву матки по гістеротомному рубцю – у 4,8%; категорична письмова відмова роділлі і родичів від подальшого консервативного ведення пологів – у 10,8%. Клінічні обставини окремої акушерської ситуації, яка стала показанням до операції, виникали в різні періоди пологів. З початком активної фази в 7,2% випадків, з них: аномалії пологової діяльності при неефективній медикаментозній корекції – у 6,0%; гостра гіпоксія плода – 1,2%. При закінченні активної фази пологів у 50,6% випадків, з них: відсутність ефекту від лікування аномалій пологової діяльності в 69,1%; гіпоксія плода – у 14,3%; часткове передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти – у 7,1%; ризик розриву матки по рубцю – у 2,4%; відмова роділлі від консервативного ведення пологів – у 7,1%. З початком другого періоду пологів у 42,2%, з них: неефективна терапія аномалії пологової діяльності в 31,4%; гостра інтранатальна гіпоксія плода – у 20,2%; часткове передчасне відшарування плаценти – в 11,4%; розгинальні вставлення голівки плода – в 11,4%; ризик розриву матки – у 8,6%; відмова роділлі від завершення пологів природним шляхом – у 17,2%. Тривалість пологів до початку операції  $267,3 \pm 32,1$  хв. Початок операції з часу встановлення показань  $14,2 \pm 3,3$  хв. Наркоз: ендотрахеальний – у 36,1% випадків, спінальна анестезія – у 47,0% випадків, перидуральна – 16,9%. Під час операції в 44,5% жінок були утруднення, які зумовлені: низьким розміщенням голівки по відношенню до входу в малий таз – у 25,3% випадків; високим розташуванням сечового міхура по передній стінці нижнього сегмента матки – 8,4%; спайками між сальником та передньою черевною стінкою – 10,8%. Операція проходила з ускладненнями у 20,5% жінок, з них: у 17,6% подовження гістеротомної рани на судинні пучки; у 41,2% підвищена кровоточивість паравезикальних судин; у 11,8% – гіпотонія матки; у 29,4% – щільне прикріплення плаценти. Загальна тривалість повторної операції кесаревого розтину в жінок другої групи –  $43,3 \pm 7,1$  хв. Анестезіологічне забезпечення операції адекватне. Післяопераційна крововтрата  $427,4 \pm 53,1$  мл. У 14,5% жінок з інтраопераційними ускладненнями крововтрата становила  $543,3 \pm 127,2$  мл. Для стабілізації показників центральної та периферичної гемодинаміки, колоїдно-осмотичного тиску і відновлення

ОЦК застосовували рефортан і стабізол. Після-операційний період ускладнився у 25,3% породіль, з них: у 28,6% – субфебрилітетом протягом 2-3 днів; у 14,3% – субінволюцією матки; у 33,3% – лактостазом; у 9,5% – серомами та інфільтратом лапаротомної рани; у 14,3% – ехографічними ознаками формування неповноцінного рубця на матці. Середня тривалість перебування в акушерському стаціонарі після операції становила  $168,3 \pm 19,1$  годин (6-7 днів). Усім породіллям призначали комплексну медикаментозну профілактику гнійно-септичних і геморагічних ускладнень, проводили інфузійну терапію та корекцію водно-електролітного балансу. У жінок другої групи народилося 53% хлопчиків і 47% дівчаток. Малюки народжені на  $5,3 \pm 1,4$  хв операції. Середня маса тіла  $3247 \pm 195$  г, ріст  $51,2 \pm 2,3$  см. Оцінені за шкалою Апгар на першій і п'ятій хвилині: 8-9 балів – 56,6%; 7-8 балів – 25,3%; 6-7 балів – 18,1%.

Як показали наші дослідження, найбільш відповідальним моментом у вирішенні питання про розродження жінок з оперованою маткою є ретельний індивідуальний підбір вагітних до пологів природним шляхом.

Важливо: деталізувати анамнез і перебіг теперішньої вагітності за об'єктивними даними методичної документації; провести аналіз клінічних і параклінічних ознак повноцінності рубця на матці; оцінити клінічну акушерську ситуацію; отримати письмову згоду жінки на мимовільне розродження.

Ми вважаємо, що за відсутності показань до абдомінального розродження, які регламентовані клінічним протоколом «Кесарів розтин» і затверджені Наказом МОЗ України від 15.12.2003р. № 582, консервативне розродження жінок з оперованою маткою може бути запропоноване при: 1) відсутності клінічних ознак неповноцінності гістеротомного рубця (болючості при абдомінальній і (або) вагінальній пальпації ділянки нижнього сегмента матки, локальних болісних відчуттях у зоні нижнього сегмента при статичних навантаженнях жінки і (або) рухах плода); 2) позитивних результатах параклінічного аналізу спроможності рубця на матці в процесі розвитку вагітності (при доношеній вагітності за ехографічними параметрами нижній сегмент матки на всьому протязі та в ділянці імовірного рубця товщиною 50-70 мм має рівномірні контури й однорідну ехоструктуру); 3) задовільному клінічному стані матері і плода за даними об'єктивних клініко-параклінічних методів обстеження (соматичний і акушерський статус, показники лабораторного і функціонального обстеження, біографія плода, результати ехо- та доплерометрії); 4) біологічній зрілості шийки матки за шкалою Бішопа 7-8 балів у 38-39 тижнів, розгорнутому нижньому сегменті матки, низькому розташуванні голівки плода – малим або великим сегментом у вході в малий таз, клінічній відповідності між тазом матері і голівкою плода, передбачуваною масою

плода 3000-3400 г.; 5) наявності в анамнезі жінки пологів через природні пологові шляхи, тому що мимовільні пологи до і після першого кесаревого розтину є сприятливим прогностичним чинником для розродження жінок з оперованою маткою природним шляхом.

За нашими даними, при веденні пологів у жінок із повноцінним рубцем на матці слід враховувати, що: 1) перебіг мимовільних пологів у жінок з повноцінним рубцем на матці, з фізіологічних акушерських позицій, не відрізняється від пологів у жінок з не оперованою маткою; 2) при мимовільному початку пологів у жінок з доношеною вагітністю і зрілими пологовими шляхами ризик розриву матки в пологах не збільшується; 3) при виникненні слабкості пологової діяльності в роділь з оперованою маткою застосування окситоцину з метою пологопосилення необхідно проводити за індивідуальною підбраною дозою; 4) вірогідною клінічною ознакою повноцінності рубця на матці є розкриття шийки матки в активну фазу пологів зі швидкістю 1,5-2 см/год без вираженого больового синдрому; 5) спінальна, епі- та перидуральна анестезія в жінок з оперованою маткою є адекватним методом знеболення пологів і призначається за показаннями сумісно акушером і анестезіологом; 6) ехографія є інформативним об'єктивним і обов'язковим методом динамічного контролю за станом рубця на матці, відкриттям шийки матки, просуванням передлеглої частини плода, механізмом відділення плаценти і цілісності матки в пологах та в післяпологовому періоді; 7) при задовільній клініці і позитивних результатах ультразвукового дослідження післяродової матки – ручна ревізія стінок порожнини матки не доцільна; 8) у процесі пологів вимога роділлі завершити пологи шляхом кесаревого розтину з'являється частіше, як до пологів, що зумовлено появою больового компонента, відхиленням від прогнозованого фізіологічного перебігу пологів, потребою медикаментозної корекції аномалій пологової діяльності, психо-емоційним навантаженням завданним медперсоналом та іншими чинниками; 9) пологи ведуться висококваліфікованою бригадою акушерів, анестезіолога, неонатолога і лікаря ультразвукової діагностики при 10-15 хв готовності до ймовірного абдомінального розродження; 10) пологи ведуться під постійним моніторингом за станом роділлі (загальний клінічний стан, АТ, Ps,  $t^0$ , сечопуск, оцінка больових відчуттів, пальпація нижнього сегмента матки, зовнішнє і внутрішнє акушерське дослідження) і утробного плода (КТГ, міграція передлеглої частини); 11) у пологах, до моменту візування голівки, роділлі вибирає довільну позу.

Післяпологовий період у жінок із повноцінним рубцем на матці, які родили самостійно, проходить за клінічними ознаками неускладнених пологів. Породіллі мають можливість здійснювати повноцінний ранній і тривалий контакт із дитиною, перебувати сумісно з малюком, проводити повноцінне грудне вигодовування. Процеси адаптації новонароджених носять фізіологічний

характер. Виписка із стаціонару проводиться на 3-5-ту добу після пологів.

#### Висновки

1. Комплексне застосування сучасних клінічних акушерських технологій дозволяє на практиці відбирати та консервативно розроджувати жінок з оперованою маткою.

2. Мимовільні пологи в жінок із рубцем на матці, незважаючи на високий перинатальний ризик, сприяють зниженню материнської і малюкової захворюваності, скорочують тривалість перебування в стаціонарі і зменшують економічні затрати, відкривають майбутні перспективи щасливого материнства.

**Перспективи подальших досліджень.** Удосконалити діагностичні і прогностичні клініко-параклінічні ознаки повноцінності рубця на матці в жінок після кесаревого розтину, до- і під час вагітності, у пологах і пуерперальному періоді.

#### Література

1. Ананьев В.А., Побединский Н.М. Повторное кесарево сечение в современном акушерстве // Акуш. и гинекол. – 2003. – № 3. – С. 61-63.
2. Бабич Т.Ю. Консервативное ведение родов у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2004. – С. 9-13.
3. Батман Ю.А., Пилипенко О.Н., Джоджуа Т.В. Роль перинатальных факторов риска в адапта-

ции новорожденных, извлеченных путем операции кесарева сечения // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2004. – С. 22-26.

4. Воронин К.В., Котенко Е.П., Колобова О.В., Черненко Д.В. Прогностическая модель естественного родоразрешения у беременных с оперированной маткой // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2006. – С. 117-120.
5. Дмитренко И.В. Особенности адаптации и неврологического статуса у детей первого месяца жизни, извлеченных путем кесарева сечения // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2006. – С. 210-214.
6. Зелинский А.А., Венцовский Б.М., Шаповал Н.В. и др. Кесарево сечение. Т.2. Последствия операции. – Одесса: ОКФА, 2002 – 271 с.
7. Краснопольский В.И., Лагунова Л.С. Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке как альтернативный и безопасный метод родоразрешения // Акуш. и гинекол. – 2000. – № 5. – С. 17-22.
8. Оценочные критерии качества заживления раны на матке после кесарева сечения. В.А. Крамарский, В.Н. Дудакова, Л.И. Машакевич и др. // Акуш. и гинекол. – 2003. – № 3. – С. 29-31.
9. Чернуха Е.А. Оправдано ли проведение кесарева сечения по желанию беременной // Акуш. и гинекол. – 2002. – № 6. – С. 3-7.

### РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПОЛНОЦЕННЫМ РУБЦОМ НА МАТКЕ

*Л.М.Вакалюк*

**Резюме.** Актуальной задачей современного акушерства является родоразрешение беременных с оперированной маткой естественным путём. Проведён клинический анализ 100 родов у беременных с полноценным рубцом на матке, которые планировались на консервативное родоразрешение. У 17% пациенток роды завершились самостоятельно. У 83% рожениц в процессе родов возникли непредсказуемые акушерские осложнения, которые послужили показаниями к кесаревому сечению. Все роды велись под динамическим клиническим, кардиотокографическим и ультразвуковым контролем. По показаниям использовали адекватное обезболивание и родостимуляцию. Показано, что при удовлетворительном состоянии матери и плода, полноценном гистеротомном рубце, самопроизвольные роды имеют положительные клинические преимущества перед повторным кесаревым сечением.

**Ключевые слова:** рубец на матке, консервативное родоразрешение.

### DELIVERY IN WOMEN WITH UTERINE SCAR

*L.M.Vakaliuk*

**Abstracts.** Vaginal delivery of gravidas with an operated uterus is a topical task of modern obstetrics. A clinical analysis of 100 deliveries in gravidas with a regular uterine scar was carried out and was intended for conservative treatment. In 17% of the patients the deliveries terminated spontaneously. Unforeseen obstetric complications which served as indications for cesarean section arose in the process of labor in 83% of the parturient women. All the deliveries were managed under dynamic clinical, cardiotocographic and ultrasound monitoring. Adequate anesthesia and labor stimulation were used according to indications. It has been shown that spontaneous delivery has positive clinical advantages over repeated cesareal section in case of a satisfactory condition of both the mother and fetus.

**Key words:** uterine scar, conservative delivery.

State Medical University (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. О.В.Кравченко

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2.- P.107-111

Надійшла до редакції 10.04.2007 року