

# ОПЕРАТИВНЕ РОДОРІЗШЕННЯ ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ МАТКИ



## В.С. ОЛЬШЕВСЬКИЙ

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології Донецького національного медичного університету МОЗ України, м. Лиман  
ORCID: 0000-0003-3923-0367

## О.В. ОЛЬШЕВСЬКА

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології Донецького національного медичного університету МОЗ України, м. Лиман  
ORCID: 0000-0002-1793-6441

### Контакти:

Ольшевський Василь Сергійович  
Донецький НМУ МОЗ України  
84313, Краматорськ,  
бул. Машинобудівників 39  
Тел.: +38 (050) 282 58 47  
email: v.s.olshevskiy@gmail.com

## ВСТУП

Збереження репродуктивного здоров'я жінок та поліпшення стану плода і новонародженого залишаються пріоритетними питаннями охорони здоров'я нації. Найрозповсюдженішою доброякісною пухлиною жіночої статеві сфери є лейоміома матки (ЛМ) – гормонозалежна доброякісна пухлина міометрія, яка посідає друге місце в структурі гінекологічних захворювань і виявляється в 25–40% жінок репродуктивного віку [1–3]. Частота виникнення цієї пухлини зростає в жінок молодого репродуктивного віку [4], при цьому різко підвищився розвиток ЛМ після 30 років, коли сучасні жінки планують реалізацію репродуктивної функції [5–7]. За даними досліджень, за наявності ЛМ ускладнення перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану плода і новонародженого розвиваються у 10–71% випадків [7–9]. Поширеність серед жінок репродуктивного віку з ЛМ акушерських і перинатальних ускладнень зумовлює необхідність їх прогнозування і запобігання.

## АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено багато досліджень з вивчення впливу ЛМ на репродуктивну функцію, гестаційний період, пологи, післяпологовий період, стан плода і новонародженого. Виявлено, що в жінок із ЛМ збільшується частота гестаційних ускладнень – загрози переривання вагітності, плацентарних порушень; підвищується ризик передчасних пологів, зростає частота передчасного відшарування плаценти і кровотеч, дистресу плода [8–10].

Незважаючи на численні дослідження етіопатогенезу ЛМ, консервативне лікування міоми матки в репродуктивному віці не завжди є ефективним [11–15]. В результаті зростає кількість жінок із ЛМ після 30 років, які саме в цьому віці планують реалізацію репродуктивної функції [16]. Відповідно вагітність у жінок із ЛМ після 30 років супроводжується збільшенням частоти акушерських і перинатальних ускладнень [3].

Дискутабельними є питання тактики родорозрешення жінок із ЛМ. Планування ними дітей після 30 років підвищує частоту вагітностей з попередньою міомектомією. Враховуючи можливе ускладнення в періоді вагітності і пологів – розрив матки по рубцю після

міомектомії [17], питання термінів і тактики розродження таких жінок залишаються недостатньо визначеними. Обговорюється вплив ЛМ на підвищення частоти оперативного родорозрешення; за даними літератури, частота кесаревого розтину в жінок із ЛМ досягає 34% [8, 10]. Однак робіт, присвячених виявленню чинників, які сприяють підвищенню частоти оперативного розродження жінок з цією патологією, недостатньо. Так само недостатньо вивчені питання вибору тактики розродження жінок із ЛМ за наявності одного і множинних вузлів різних розмірів і локалізації; її залежність від розташування вузлів та плаценти і, відповідно, від ускладнень гестаційного періоду і пологів.

**Метою дослідження** було визначення ролі оперативного родорозрешення в тактиці розродження жінок з доброякісними пухлинами матки (самостійні пологи або оперативний шлях) на підставі виявлення патогенетично обґрунтованих критеріїв оперативного розродження для запобігання акушерським і перинатальним ускладненням.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження увійшли 110 жінок із ЛМ і 50 практично здорових жінок (група контролю) в періоді вагітності, пологів і в післяпологовому періоді. Кількість вузлів – один або множинні, їхні розміри, локалізацію (інтрамуральні, субсерозні або субмукозні), розташування вузлів відносно плаценти визначали за даними УЗД (апарат LOGIQ 200 фірми General Electric). Зі 110 жінок у 77 (70,0%) був виявлений один вузол ЛМ (1 група дослідження), у 33 (30%) – множинні вузли ЛМ (2 група).

Вузли ЛМ були чотирьох типів, які визначали за кількістю, розмірами, локалізацією згідно з клініко-ультразвуковою класифікацією ЛМ (D. Wildemeersch, E. Schacht, 2002):

- тип I – один або множинні дрібні інтрамуральні чи субсерозні вузли (менше 3 см), відсутність субмукозних вузлів;
- тип II – один або множинні інтрамуральні або субсерозні вузли (3–6 см), відсутність субмукозних вузлів;
- тип III – один або множинні інтрамуральні або субсерозні вузли (більше 6 см), відсутність субмукозних вузлів;
- тип IV – один або множинні інтрамуральні або субсерозні вузли, підозра або наявність субмукозного вузла.

Була визначена тактика розродження жінок із ЛМ – самостійні пологи або оперативний шлях (кесарів розтин) залежно від наявності одного або множинних вузлів, їх розмірів і локалізації, збігу розташування вузлів і плаценти, ускладнень, які розвинулись у періоді вагітності і в пологах.

Вибір метода операції кесаревого розтину визначався станом вагітної, роділлі, плода, акушерською ситуацією. Корпоральний метод операції застосовувався у випадках інтрамурального розташування вузла ЛМ III типу в нижньому сегменті матки; поперечному положенні плода зі спинкою, оберненою донизу. В усіх інших випадках у нижньому сегменті матки здійснювався поперечний розріз. З метою знеболювання під час операції застосовувався ендотрахеальний наркоз або епідуральна анестезія.

Достовірність різниці показників між групами оцінювали за критерієм кутового перетворення Фішера засобами програмного забезпечення Microsoft Excel 2010. Відмінності вважали вірогідними при значенні  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Зі 110 жінок із ЛМ I тип пухлини був виявлений у 63 (57,26%), II тип – у 27 (24,54%), III тип – у 10 (9,10%), IV тип ЛМ – у 10 (9,10%) жінок. Було проаналізовано місця локалізації вузлів, плаценти, частота збігу розташування вузлів і плаценти за наявності одного вузла і множинної ЛМ. Так, вузли в матці по передній стінці були розташовані у 43 (55,84%) і 25 (73,53%) жінок 1 і 2 груп відповідно ( $p > 0,05$ ); по задній стінці – у 27 (35,06%) і 13 (52,94%) ( $p > 0,05$ ). Множинні вузли спостерігались по бокових (лівій і правій) стінках матки у 10,18 разу частіше, ніж один вузол – у 26,47% і 2,60% випадках відповідно ( $p < 0,05$ ). У нижньому сегменті матки вузли розташовувались у 2 (2,60%) і 3 (9,09%) жінок 1 і 2 груп відповідно ( $p > 0,05$ ). Вузол у дні матки при множинній ЛМ спостерігався в 7 (21,21%) пацієнток, що в 5,44 разу частіше, ніж за наявності одного вузла – у 3 (3,90%) жінок ( $p < 0,05$ ).

Розташування плаценти по передній стінці мало місце в 31 (40,62%) жінок 1 групи, 15 (45,45%) жінок 2 групи і 26 (52,0%) жінок групи контролю, достовірної різниці між групами не відзначено ( $p > 0,05$ ). По задній стінці плацента розташовувалась у 38 (49,35%) і 8 (24,24%) жінок 1 і 2 груп ( $p < 0,05$ ) і в 19 (38,0%) вагітних групи контролю, різниці порівняно з показниками груп із ЛМ не було ( $p > 0,05$ ). Локалізація плаценти біля дна матки спостерігалась у 4 (5,19%), 4 (12,12%) і 4 (8,0%) жінок 1, 2 і контрольної групи відповідно ( $p > 0,05$ ). По бокових стінках плацента розташовувалась у 2,92 разу частіше при множинних вузлах, ніж при одному – у 5 (15,15%) і 4 (5,19%) випадках відповідно ( $p > 0,05$ ); частота була достовірно вищою при множинній ЛМ порівняно з групою контролю – 1 (2,0%) випадок ( $p < 0,05$ ). У нижньому сегменті матки плацента знаходилась у 2,33 разу частіше при множинній ЛМ, ніж при одному вузлі – у 2 (2,60%) і 2 (6,06%) випадках у групах 1 і 2 відповідно ( $p > 0,05$ ).

Була проаналізована локалізація плаценти відносно вузлів ЛМ. Збіг її розташування з вузлами по передній стінці матки в жінок 1 і 2 груп було виявлено відповідно в 19 (24,68%) і 14 (42,42%) випадках ( $p > 0,05$ ); по задній стінці – в 11 (14,29%) і 4 (12,12%) ( $p > 0,05$ ); по бокових стінках – у 1 (1,30%) і 2 (6,06%) ( $p > 0,05$ ); у нижньому сегменті матки – в

2 (2,60%) і 2 (6,06%) ( $p > 0,05$ ); біля дна матки – в 1 (3,03%) випадку множинної ЛМ. Отже, збіг локалізації вузлів і плаценти спостерігався у 33 (42,86%) жінок за наявності одного вузла і в 23 (69,70%) при множинній ЛМ I–IV типів ( $p < 0,05$ ).

Вищенаведені фактори пояснюють необхідність розгляду впливу доброякісних пухлин матки на перебіг вагітності, враховуючи, що розвиток ускладнень при цьому впливає на визначення тактики родорозрішення цих жінок.

Аналіз ускладнень перебігу вагітності в жінок із ЛМ виявив, що ранній гестоз розвинувся в 9 (11,69%) і 4 (12,12%) жінок у 1 і 2 групах; анемія – в 43 (55,84%) і 18 (54,55%) вагітних відповідно ( $p > 0,05$ ).

Частим ускладненням гестаційного періоду була загроза переривання вагітності, яка відзначалась в кожному третьому випадку множинної ЛМ і в кожному четвертому за наявності одного вузла: в 10 (30,30%) і в 20 (25,97%) жінок відповідно ( $p > 0,05$ ). Патогенетичним підґрунтям загрози переривання вагітності була плацентарна недостатність, яка розвивалась майже в кожній другій вагітній з ЛМ – у 34 (44,16%) і 15 (45,45%) жінок із одним вузлом і множинною ЛМ відповідно ( $p > 0,05$ ). Плацентарна недостатність передувала частковому відшаруванню плаценти в гестаційному періоді в 14 (18,18%) і 9 (27,27%) випадках наявності одного і множинних вузлів ЛМ відповідно ( $p > 0,05$ ). У розвитку плацентарної недостатності мало значення ускладнення перебігу вагітності артеріальною гіпертензією в 5 (6,49%) і 2 (6,06%), прееклампсією середнього ступеня – в 8 (10,39%) і 3 (9,09%), тяжкою прееклампсією – в 4 (5,19%) і 1 (3,03%) жінок 1 і 2 груп відповідно ( $p > 0,05$ ).

Плацентарна недостатність і часткове відшарування плаценти передували дистресу плода в періоді гестації, який розвинувся в 24 (31,17%) і 12 (36,36%) вагітних за наявності одного вузла і множинної ЛМ відповідно ( $p > 0,05$ ). Багатоводдя відзначено в 14 (17,50%) і 7 (20,59%), маловоддя – в 5 (6,25%) і 2 (5,88%) жінок 1 і 2 груп ( $p > 0,05$ ).

Міомектомія до вагітності або у II триместрі була виконана при множинній ЛМ у 3 (9,09%) жінок із перекрученням ніжки субсерозного вузла III–IV типів ЛМ і в 2 (6,06%) за швидкого росту і дегенеративних змін вузла.

Загроза передчасних пологів виникла у кожній четвертій жінки: в 19 (24,68%) вагітних з одним вузлом ЛМ і у 8 (24,24%) з множинними вузлами. Цьому ускладненню сприяли ті ж самі чинники, що й при зазгоді переривання вагітності – плацентарна недостатність, прееклампсія середнього і тяжкого ступенів.

Випадки відсутності вірогідної різниці між показниками ускладнень перебігу вагітності в жінок із одним вузлом і множинною ЛМ можна пояснити рівнозначністю наявності одного вузла III–IV типів ЛМ або множинних вузлів I–II типів ЛМ.

Таким чином, збіг локалізації вузлів ЛМ I–IV типів і плаценти в 33 (42,86%) вагітних із одним вузлом і в 23 (69,70%) з множинними вузлами ( $p < 0,05$ ) мали наслідком ускладнення в гестаційному періоді: плацентарну недостатність – у 44,16% і 45,45%; загрозу переривання вагітності – в 30,30% і 25,96%; часткове відшарування плаценти – у 18,18% і 27,27%; міомектомію у II триместрі вагітності – в 7,70% і 15,15%; артеріальну гіпертензію – в 6,49% і 6,06%; прееклампсією середнього ступеня – в 10,39% і 9,09%; прееклампсію

тяжкого ступеня – в 5,19% і 3,03%; дистрес плода – в 31,17% і 36,36%; загрозу передчасних пологів – у 24,68% і 24,24% жінок з одним вузлом і множинною ЛМ відповідно ( $p > 0,05$ ).

Наявність численних ускладнень вагітності при значній частоті збігу розташування одного або множинних вузлів ЛМ і плаценти потребує визначення тактики розродження цих жінок – самостійним або оперативним шляхом, а також критеріїв планового оперативного родорозрішення.

Пологи відбулися в усіх 110 жінок з одним і множинними вузлами ЛМ. Термінового розродження потребували 84 (76,36%) жінки: в групі з одним вузлом ЛМ – 60 (77,92%), з множинними вузлами – 24 (72,73%) ( $p > 0,05$ ). Передчасні пологи відбулись майже в кожній четвертій жінки груп дослідження: в 17 (22,10%) і 9 (27,27%) жінок 1 і 2 груп відповідно ( $p > 0,05$ ).

Самостійно народили 68 (61,82%) жінок із ЛМ I–II типів: 49 (63,64%) з одним вузлом і 19 (57,58%) з множинною ЛМ ( $p > 0,05$ ). Частим ускладненням у пологах був передчасний розрив плодових оболонок: у 16 (20,0%) і 6 (17,65%) роділь 1 і 2 груп ( $p > 0,05$ ), який сприяв розвитку передчасних пологів. Слабкість пологової діяльності була відзначена майже в кожній п'ятій роділлі з одним вузлом у матці – в 15 (19,48%) випадках і в кожній третій з множинними вузлами – в 10 (30,30%) жінок ( $p > 0,05$ ); при цьому слабкість пологової діяльності підлягала медичній корекції. Самостійні пологи відбулися при збігу розташування одного вузла ЛМ I типу і плаценти по передній або задній стінках матки в 5 (6,49%) вагітних 1 групи і в 9 (27,27%) 2 групи

( $p < 0,05$ ). Фізіологічна крововтрата при цьому була зумовлена активним веденням третього періоду пологів.

Ручні втручання при самостійному розродженні (як терміновому, так і передчасному) застосовувались при множинній ЛМ у 2,21 разу частіше, ніж за наявності одного вузла – в 7 (14,29%) і 6 (31,58%) роділь 1 і 2 груп відповідно ( $p < 0,05$ ).

Оперативне родорозрішення як тактика розродження жінок з одним і множинними вузлами ЛМ було вибрано в 42 (38,18%) випадках: у 28 (36,36%) жінок з одним вузлом ЛМ і в 14 (42,42%) з множинними вузлами ( $p > 0,05$ ).

За даними дослідників, «знижений приплив крові до вузла міоми і прилеглих тканин викликає часткову ішемію і децидуальний некроз в плацентарних тканинах, прилеглих до вузла міоми» [18]. З урахуванням цього збіг розташування вузла ЛМ і плаценти можна вважати одним із патогенетичних механізмів її відшарування. На цій підставі необхідність в оперативному розродженні шляхом кесаревого розтину в плановому порядку була визначена при збігу розташування плаценти і одного вузла ЛМ II–IV типів у 20 (25,97%) вагітних 1 групи та множинних вузлів ЛМ I–IV типів і плаценти в 12 (36,36%) жінок 2 групи ( $p > 0,05$ ) (табл.). Така тактика родорозрішення була вибрана для запобігання передчасному відшаруванню плаценти, кровотечі, дистресу плода.

Плановим оперативним шляхом були розроджені жінки після міомектомії до вагітності і в II триместрі вагітності з метою запобігання неспроможності рубця на матці та розриву матки в пологах.

Плановий кесарів розтин був проведений при локалізації вузла в нижньому сегменті матки, що перешкодив народженню плода (3,03% жінок 2 групи), а також у випадку центрального передлежання плаценти при множинній ЛМ (3,03% жінок 2 групи). Були планово прооперовані жінки з неправильним положенням плода, яке за множинної ЛМ спостерігалось у 2,8 разу частіше, ніж при одному вузлі. Плановий кесарів розтин проводився в жінок із рубцем на матці після попереднього кесаревого розтину – в 6 (7,79%) і 3 (9,09%) випадках при одному вузлі та множинній ЛМ відповідно; при анатомічно вузькому тазі – в 4 (5,19%) і 2 (6,06%) жінок 1 і 2 груп відповідно ( $p > 0,05$ ); при вроджених вадах серця – в 1 (1,30%) жінки 1 групи. При цьому в жінок 1 і 2 груп мало місце поєднання декількох показань до планового оперативного родорозрішення.

Привертає увагу той факт, що при множинній ЛМ спостерігається тенденція до більшої кількості планових оперативних розроджень, ніж за наявності одного вузла, на що впливає більша частота збігу розташування вузлів ЛМ II–IV типів і плаценти, міомектомії в II триместрі вагітності, неправильного положення плода.

Ускладнення, які розвинулись в пологах, вплинули на родорозрішення кесаревим розтином в ургентному порядку у 8 (10,39%) жінок з одним вузлом і 2 (6,06%) із множинною ЛМ ( $p > 0,05$ ). Від загальної частоти кесаревого розтину в 1 і 2 групах ургентне розродження склало 28,57% при одному вузлі і 14,28% при множинній ЛМ ( $p > 0,05$ ). Менша частота ургентного розродження пов'язана зі збільшенням частоти своєчасного планового кесаревого розтину, який є методом вибору при розробці тактики родорозрішення жінок із ЛМ для запобігання акушерським і перинатальним ускладненням у пологах.

Відзначено поєднання декількох патологічних станів роділлі і плода та показань до ургентного оперативного розродження. В ургентному порядку були прооперовані роділлі з передчасним відшаруванням плаценти і кровотечею, яка виникла при збігу локалізації вузла I типу і плаценти у 8 (10,39%) випадках при одному вузлі і в 2 (6,06%)

**Таблиця.** Показання до оперативного родорозрішення в плановому порядку при ЛМ, абс. ч. (%)\*

Показання	1 група (n = 77)	2 група (n = 33)
Збіг розташування плаценти і одного вузла ЛМ II–IV типів або множинних вузлів I–IV типів	20 (25,97)	12 (36,36)
Міомектомія до вагітності або у II триместрі вагітності	6 (7,79)	5 (15,15)
Вузол у нижньому сегменті матки	0 (0)	1 (3,03)
Центральне передлежання плаценти	0 (0)	1 (3,03)
Неправильне положення плода	5 (6,49)	6 (18,18)
Рубець на матці після попереднього кесаревого розтину	6 (7,79)	3 (9,09)
Анатомічно вузький таз	4 (5,19)	2 (6,06)
Вроджені вади серця	1 (1,30)	0 (0)

\* статистично достовірна різниця між 1 і 2 групами відсутня,  $p > 0,05$

при множинній ЛМ, та наявності в 4 (5,19%) і 2 (6,06%) з цих жінок відповідно прееклампсії тяжкого ступеня ( $p > 0,05$ ). З цього приводу ургентний кесарів розтин був проведений як при термінових пологах, так і при передчасних. У 4 (5,19%) із цих випадків при одному вузлі ЛМ і в 2 (6,06%) при множинних вузлах розвинувся дистрес плода ( $p > 0,05$ ), виникненню якого також сприяла плацентарна недостатність у гестаційному періоді. Ургентно були розроджені роділлі з клінічно вузьким тазом – 3 (3,90%) і 1 (3,03%) жінка 1 і 2 груп відповідно ( $p > 0,05$ ), а також зі слабкістю пологової діяльності, яка не підлягала медичній корекції – 4 (5,19%) і 1 (3,03%) жінка відповідно ( $p > 0,05$ ).

Щодо особливостей оперативного родорозрішення, то міомектомія була виконана в 6 (21,43%) роділь з одним вузлом і в 5 (35,71%) з множинною ЛМ (частота від кількості жінок, розроджених оперативним шляхом у 1 і 2 групах відповідно,  $p > 0,05$ ). Міомектомія виконувалась за наявності субсерозно розташованих, на ніжці або на широкій основі вузлів ЛМ I–IV типів. У 2 (14,29%) роділь із множинною ЛМ було видалено субсерозні вузли III типу з вогнищами некрозу. Не виконувалась міомектомія вузлів, розташованих на судинних пучках, а також вузлів на широкій основі в нижньому матковому сегменті. Ручне відокремлення щільно прикріпленої плаценти при оперативних пологах при множинній ЛМ виконувалося в 2,5 разу частіше, ніж за наявності одного вузла – в 4 (14,29%) і 4 (28,57%) випадках у 1 і 2 групах відповідно ( $p > 0,05$ ). В однієї (7,14%) роділлі з множинними вузлами ЛМ IV типу порушення скоротливої активності міометрія призвело до атонії матки та інтраопераційної патологічної крововтрати, у зв'язку з чим була виконана екстирпація матки без додатків.

У післяпологовому періоді порушення скоротливої активності міометрія в породіль із ЛМ проявлялося субінволюцією матки як після самостійних пологів, так і після кесаревого розтину. Субінволюція матки відзначалась у 1,5 разу частіше при множинній міомі, ніж при одному вузлі – у 18 (56,25%) і 29 (37,66%) породіль відповідно ( $p > 0,05$ ). На частоту цього ускладнення впливали розміри і кількість вузлів – II–IV типи ЛМ, великий плід, багатоводдя. Анемія була виявлена в 29 (37,66%) і 14 (42,42%) породіль 1 і 2 груп ( $p > 0,05$ ); різниця між групами з ЛМ порівняно з групою контролю (3 жінки, 6,0%) є достовірною ( $p < 0,05$ ).

Виявлена нами значна частота ускладнень перебігу гестації, пологів, перинатальних ускладнень у жінок із ЛМ збігається з результатами інших дослідників. Нами визначені патогенетично обґрунтовані критерії до оперативного розродження жінок із доброякісними пухлинами матки, на підставі яких можна знизити частоту ургентного кесаревого розтину, а також частоту акушерських ускладнень у пологах і перинатальних ускладнень.

## ВИСНОВКИ

1. Тактика розродження жінок із доброякісними пухлинами матки (ЛМ) – самостійні пологи або оперативне родорозрішення шляхом кесаревого розтину – залежить від наступних чинників: типу ЛМ (I–IV), кількості вузлів, їхніх розмірів і локалізації; збігу розташування вузла/вузлів і пла-

центи; ускладнень, які розвинулись у гестаційному періоді та в пологах.

2. Збіг розташування вузла/вузлів ЛМ II–IV типів і плаценти можна вважати патогенетичним підґрунтям плацентарної недостатності, відшарування плаценти в гестаційному періоді та в пологах, кровотечі, дистресу плода і прогностичним критерієм акушерських і перинатальних ускладнень.

3. Патогенетично обґрунтованими критеріями до планового оперативного родорозрішення шляхом кесаревого розтину в жінок з доброякісними пухлинами матки можна вважати: збіг розташування плаценти та одного вузла ЛМ II–IV типів або множинних вузлів ЛМ I–IV типів; міомектомію до вагітності або в II триместрі; рубець на матці після попереднього кесаревого розтину.

4. Самостійні пологи в жінок із ЛМ можливі при збігу розташування вузла ЛМ I типу та плаценти.

5. Наявність у жінок із ЛМ зазначених критеріїв до оперативного родорозрішення визначає, що плановий кесарів розтин є методом вибору в тактиці розродження для запобігання акушерським і перинатальним ускладненням: передчасному відшаруванню плаценти, кровотечі, дистресу плода, розриву матки.