

**Вагітність та пологи  
у жінок з рубцем на матці після  
кесарського розтину**

**Частина I**  
(для слухача)

**Київ, 2011**

УДК 618.5  
ББК 57.16  
В12

ISBN 978-966-2333-14-5

## **Анотація**

Цей навчальний посібник містить сучасні дані про забезпечення акушерського спостереження і допомоги жінкам з рубцем на матці після попереднього кесарського розтину (КР) під час наступних вагітностей, пологів і післяпологового періоду. Запропоновані алгоритми відбору пацієнок з рубцем на матці, яким можна здійснити спробу ведення вагінальних пологів, та представлені умови необхідного фахового та технічного забезпечення проведення такої спроби.

Навчальний посібник «Вагітність та пологи у жінок з рубцем на матці після кесарського розтину» буде корисним для лікарів-інтернів, а також може використовуватись у програмах післядипломної підготовки та тематичного вдосконалення лікарів акушерів-гінекологів, неонатологів, сімейних лікарів, а також фахівців суміжних спеціальностей і організаторів охорони здоров'я. Дані навчальні матеріали можуть використовуватись для розробки національних клінічних настанов і стандартів, а також локальних протоколів щодо організації ефективної допомоги вагітним жінкам з КР в анамнезі та новонародженим.

Презентації до кожного розділу посібника, а також додатки (зразки медичної документації, схеми, рекомендації клінічним фахівцям і управлінцям тощо) подано на диску CD-R, який є невід'ємною складовою II частини видання.

**Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів та лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти (протокол №5 від 28.12.2010 р. науково-методичної Комісії з медицини Міністерства освіти і науки України).**

**При використанні матеріалів посібника, а також при тиражуванні у будь-якій формі (частини або цілого посібника), посилання на дане видання є обов'язковим.**

**Посібник розповсюджується безкоштовно, комерційне використання (продаж) заборонено.**

***УВАГА! У всіх випадках використання лікарських засобів, запропонованих у посібнику, дозування і шлях введення необхідно звіряти з чинними інструкціями компанії-виробника.***



## **Загальна редакція:**

- Вдовиченко Ю.П.** д.мед.н., професор, перший проректор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л.Шупика.
- Гойда Н.Г.** д.мед.н., професор, проректор з лікувальної роботи НМАПО ім. П.Л. Шупика.
- Юзько О.М.** д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 НМАПО ім. П.Л.Шупика, директор Українського державного інституту репродуктології (УДІР).

## **Колектив авторів:**

- Бєлобаба Л.Ф.** завідувачка акушерського відділення, ТМО Сакського району, АР Крим.
- Григорів Л.Б.** завідувачка акушерського відділення пологового будинку, м.Калуш, Івано-Франківська область.
- Дзюба Г.А.** к.мед.н., доцент кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л.Шупика.
- Веронік Ізнард** лікар акушер-гінеколог, відділення допоміжних репродуктивних технологій Університетського шпиталю, м. Ніцца, Франція; консультант Швейцарського Інституту Охорони Здоров'я і Тропічної Медицини, м. Базель, Швейцарія.
- Камінський В.В.** д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л.Шупика, головний спеціаліст з акушерства та гінекології МОЗ України.
- Коньков Д.Г.** к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.
- Лук`янович О.Л.** лікар акушер-гінеколог пологового будинку №1 м.Вінниця.
- Макарчук О.М.** д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології Івано-Франківського національного медичного університету.
- Малюк В.В.** к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології № 1 Миколаївської філії Одеського національного медичного університету.
- Савка Р.В.** головний спеціаліст з акушерства та гінекології Управління охорони здоров'я Волинської обласної державної адміністрації.
- Ткаченко А.В.** к.мед.н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л.Шупика.
- Чернов А.В.** лікар акушер-гінеколог, консультант Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини».

## **Рецензенти посібника:**

- Венцківський Б.М.** д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології №1 НМУ ім. О.О.Богомольця, член-кореспондент АМНУ, президент Асоціації акушерів-гінекологів України.
- Шадлун Д. Р.** д.мед.н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л.Шупика.

## **Подяка Швейцарській агенції розвитку та співробітництва**

Цей посібник створено у рамках впровадження Україно-Швейцарської Програми «Здоров`я матері та дитини». Автори висловлюють подяку Швейцарській агенції розвитку та співробітництва (Донор Програми) за фінансову підтримку, завдяки якій було здійснено друк видання.

Погляди та ідеї, висловлені в цьому виданні авторами, не завжди можуть відображати позицію Швейцарської агенції розвитку та співробітництва.

## **Подяка партнерам**

Автори висловлюють вдячність лікарям, учасникам Україно-Швейцарської Програми «Здоров`я матері та дитини» з пілотних регіонів (Волинська, Івано-Франківська і Вінницька області, а також АР Крим), які брали активну участь у апробації навчальних матеріалів. Це видання стало можливим завдяки вашій роботі, участі та підтримці.

## ЗМІСТ

<b>1. Вступ</b>	<b>6</b>
<b>2. Навчальний модуль 1: «Вагінальні пологи після КР чи повторний КР? Ризик для матері та плода»</b>	<b>9</b>
<b>3. Навчальний модуль 2: «Вагітність після КР: Особливості антенатального догляду»</b>	<b>47</b>
<b>4. Навчальний модуль 3: «Відбір кандидатів для спроби ВПКР»</b>	<b>101</b>
<b>5. Навчальний модуль 4: «Організація допомоги та ведення ВПКР»</b>	<b>149</b>
<b>6. Навчальний модуль 5: «Розрив оперованої матки»</b>	<b>183</b>
<b>7. Навчальний модуль 6: «Вагітність, що розташована у рубці на матці»</b>	<b>209</b>



## Вступ

На сьогоднішній день проблема зростання частоти операції кесарського розтину (КР) викликає серйозне занепокоєння, як у професійних колах, так і в суспільстві в цілому. Статистичні дані різних країн демонструють переважно односпрямовану тенденцію щодо збільшення частоти використання КР з метою розродження. Водночас, загальновідомо, що будь-яке оперативне втручання гірше за фізіологічний перебіг подій. На теперішній час накопичено велику кількість наукових даних, які свідчать про те, що плановий КР супроводжується достовірним збільшенням ризику цілої низки материнських та перинатальних ускладнень. Материнська смертність, асоційована із КР (близько 40 на 100,000 живонароджених) в 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10 на 100,000), та в 8 разів вище, ніж для нормальних вагінальних пологів (5 на 100,000). Частота КР в Україні також постійно зростає (з 9,58% у 1999 до 16,1% у 2009), що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Зрозуміло, коли КР проводиться за екстрених (життєвих) показань з боку матері й плода, ризик ускладнень, пов'язаних з оперативним втручанням переважається загрозою материнської/неонатальної смерті/інвалідизації, а корисність втручання є безсумнівною. Водночас існує чимала кількість вагітних, у яких можливі пологи і через природні полові шляхи, а оперативне розродження застосовують за так звану «сукупністю показань», до яких належить і небажання жінки терпіти больові відчуття під час пологів, і недостатня кваліфікація лікаря для ведення пологів у жінок з групи підвищеного акушерського, перинатального і «соціального» ризику. Не останню роль у розвитку ситуації, що склалася, грає недостатня поінформованість лікарів і пацієнток щодо негативних наслідків подібних ятрогенних втручань без наявності відповідного медичного обґрунтування. Закономірним наслідком активного використання абдомінального розродження є збільшення кількості жінок репродуктивного віку з рубцем на матці після КР.

Водночас у світі відзначається зростання частоти планових операцій КР. Однією з причин такої тенденції є збільшення кількості жінок з рубцем на матці після попереднього КР, які в наступних вагітностях піддаються повторному КР у плановому порядку. Занепокоєння з приводу можливих ускладнень, пов'язаних з неспроможністю рубця при наступних пологах, змушує лікарів рекомендувати повторний плановий кесарський розтин (ППКР) як "єдиний безпечний" спосіб розродження для таких жінок. Подібний підхід навіть привів до появи правила "один раз КР — завжди КР". Однак, у міру зростання кількості жінок з рубцем на матці, вагінальні пологи після попереднього КР (ВПКР) привертають усе більше уваги медичної спільноти, як один з можливих шляхів зниження загального рівня КР, частоти повторного КР та ризику цілої низки патологічних станів, пов'язаних із повторним оперативним втручанням.

Питання забезпечення безпеки породіллі й плода при наявності рубця на матці є, мабуть, ключовим для практичного лікаря, вони й були підставою для створення даного навчального посібника. Відомо, що повторний КР збільшує ризик серйозних ускладнень при наступній вагітності: ектопічної вагітності, передлежання плаценти, прееклампсії, народження дитини з малою для даного гестаційного терміну масою, аномалій прикріплення плаценти, відшарування плаценти, розриву матки. Сучасні докази свідчать, що вагінальні пологи у жінок з КР в анамнезі мають певні ризики, однак, більшість жінок, яким було зроблено КР у нижньому сегменті матки, є кандидатами для спроби ВПКР. Частота успішних ВПКР у світі коливається від 60 до 82 %, та складає у середньому 73%-76% у жінок у разі відсутності факторів, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР, та 30- 50 % у разі наявності цих факторів. Тому ретельний відбір вагітних з рубцем на матці, яким може бути запропонована спроба ВПКР, а також тактика ведення вагінальних пологів є дуже актуальною.

Враховуючи вищевказане, матеріали навчального посібника «Вагітність та пологи після кесарського розтину», в яких наведено сучасні дані про забезпечення акушерського спостереження за жінками з рубцем на матці після попереднього КР під час подальших вагітностей, пологів і післяпологового періоду, запропоновані алгоритми відбору пацієнок з рубцем на матці, яким можна здійснити спробу ВПКР, та представлені умови необхідного кадрового та технічного забезпечення проведення такої спроби, створюють підґрунтя для розробки національних клінічних настанов (рекомендацій), клінічних стандартів і локальних клінічних протоколів щодо організації ефективної та безпечної допомоги таким жінкам і їх новонародженим.

Посібник складається з навчальних модулів, кожний з яких є логічно завершеною самостійною темою, але разом з тим модулі пов'язані поміж собою. Модульна структура передбачає можливість викладання як цілої теми, так і окремих її частин, в залежності від потреб навчального процесу. За своїм змістом, форматом і структурою розроблені навчальні модулі відповідають сучасним вимогам до матеріалів для безперервної медичної освіти. Основним принципом, що використовувався під час розробки модулів, було висвітлення взаємозв'язку між теоретичною інформацією та її практичним використанням, впровадження в щоденну практику лікаря алгоритмів дій та медичних технологій, що базуються на даних доказової медицини, з урахуванням існуючих умов. Використання цих модулів у системі підготовки лікарів дозволить їм бути обізнаними з сучасних підходів до проблеми ВПКР і відповідним чином впливатиме на зміни їх професійної практики: готовність і вміння надати своєчасну невідкладну допомогу; використання втручань з доведеними ефективністю і безпекою; дієва міждисциплінарна взаємодія і сучасні принципи регіоналізації акушерської і перинатальної допомоги; об'єктивні критерії для прийняття рішень; консультування і адекватне поінформування майбутніх батьків для залучення їх до процесу прийняття медичних рішень.

Розроблені матеріали можуть використовуватись не лише викладачами системи післядипломної освіти, але і організаторами охорони здоров'я всіх рівнів, а також досвідченими і підготовленими лікарями-тренерами на місцях. У структуру навчального модуля включено керівництво для викладача і керівництво для слухача. Такий формат навчальних матеріалів забезпечує належний методологічний рівень і ефективність навчального процесу.

Керівництво для слухача містить основні положення теми у вигляді слайдової презентації з детальними коментарями до слайдів, алгоритми дій, опис техніки виконання певних медичних втручань, а також посилання на відповідні джерела інформації. Ці матеріали представлено в частині I посібника, що призначена для використання учасниками під час навчального курсу.

Частина II посібника містить усі матеріали частини I та доповнена керівництвами для викладачів, що включають інформацію про ефективну методологію навчання.

Навчальний посібник «Вагітність та пологи після кесарського розтину» буде корисним для самостійного навчання, а також може використовуватись у програмах післядипломної підготовки лікарів акушерів-гінекологів, анестезіологів, лікарів сімейної практики, організаторів охорони здоров'я, а також лікарів суміжних спеціальностей під час передатестаційних циклів та циклів тематичного вдосконалення.



## **Навчальний модуль 1**

**Вагінальні пологи після КР чи повторний КР?  
Ризик для матері та плода.**





# Вагінальні пологи після КР чи повторний КР?

## Ризик для матері та плода

1

Коментарі до слайду №1:

Даний модуль є ввідним у тему «вагітність та пологи з рубцем на матці». Завданнями цього модулю є:

- Ознайомити учасників із сучасними тенденціями росту частоти КР в усьому світі та ризиками для матері та плода, які пов'язані з КР
- Ознайомити учасників з існуючими науковими даними відносно практики вагінальних пологів після КР (ВПКР), а саме:
  - Частотою успішних ВПКР
  - Частотою розриву матки при спробі ВПКР
  - Материнською та неонатальною захворюваністю та смертністю при спробі ВПКР
- Надати інформацію щодо ризиків, які пов'язані з плановим повторним КР
- Обґрунтувати можливість практики ВПКР у спеціально відібраних кандидатів, порівнюючи переваги та недоліки ВПКР та ППКР

Для нотаток:



## Термінологія (1)

- **ВПКР** – вагінальні пологи після кесарського розтину (VBAC – vaginal birth after cesarean)
- **ППКР** – плановий/запланований повторний кесарський розтин
  - Елективний ППКР – плановий повторний кесарський розтин до початку пологової діяльності та розриву плодових оболонок
- **Спроба ВПКР** – запланована спроба пологів у жінки, яка мала кесарський розтин в анамнезі з метою досягнути успішного вагінального народження дитини

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія – Україна

2

Коментарі до слайду №2-3:

На слайді наведені терміни, які будуть зустрічатися в усіх модулях теми. Дана термінологія відповідає міжнародній.

- **ВПКР** – вагінальні пологи після кесарського розтину (VBAC – vaginal birth after cesarean)
- **ППКР (ЗПКР)**– (плановий/запланований повторний кесарський розтин) кесарський розтин у жінки після попереднього кесарського розтину, рішення про проведення якого прийнято до початку пологів
  - Елективний ППКР – плановий/запланований повторний кесарський розтин до початку пологової діяльності та розриву плодових оболонок
- **Спроба ВПКР** – запланована спроба пологів у жінки, яка мала кесарський розтин в анамнезі з метою досягнути успішного вагінального народження дитини.  
АБО
- Спроба здійснити вагінальні пологи у вагітної з рубцем на матці після попереднього КР, яка була визнана придатною після аналізу всіх існуючих сприятливих та несприятливих факторів
  - Вдалі вагінальні пологи у жінки після кесарського розтину (Вдала спроба ВПКР) – вагінальні пологи під час спроби вагінальних пологів у жінки з рубцем на матці.
  - Невдалі вагінальні пологи у жінки після кесарського розтину (Невдала спроба ВПКР) – потреба проведення невідкладного кесарського розтину під час спроби вагінальних пологів.
- **Розрив матки**
  - **Повний** – такий, що проникає у черевну порожнину (пошкоджується міометрій та вісцеральна очеревина) або порушення цілісності міометрію з продовженням розриву на сечовий міхур або круглу зв'язку матки з або без переміщення частин плода в черевну порожнину матері.



## Термінологія (2)

- **Вдалі ВПКР (Вдала спроба ВПКР)** – спроба ВПКР, яка закінчилася вагінальними пологами (спонтанними чи індукованими)
- **Невдалі ВПКР (Невдала спроба ВПКР)** – потреба проведення невідкладного кесаревого розтину під час спроби вагінальних пологів з будь-яких причин
- **Розрив матки**
  - **Повний:** порушення цілісності міометрію з порушенням серозної оболонки матки
  - **Неповний:** порушення цілісності м'язової тканини без порушення серозної оболонки матки

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

3

- **Неповний** – такий, що не проникає у черевну порожнину (вісцеральна очеревина залишається не пошкодженою). Плодові оболонки не порушені і плід знаходиться в порожнині матки. Стосовно неповного розриву матки (uterine rupture) в англійській літературі також зустрічається термін «uterine dehiscence». Слово «dehiscence» означає «розходження» (країв рани), «розтріскування», а в даному випадку термін доречний тому, що часто при неповному розриві оперованої матки відбувається розходження або розтріскування власне рубця і країв рани представлені безсудинною тканиною, тому кровотечі у більшості випадків немає.

Терміни «неповний розрив» та «розходження» є ідентичними (синонімічними). Захворюваність та смертність зазвичай не збільшуються, як це має місце у разі повного розриву матки

- Симптомний/ безсимптомний

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174*

Для нотаток:



## Частота КР у світі

- В середньому одна з п'яти вагітних у світі народжує шляхом КР
- Частота КР, в т.ч. планового, зростає:
  - Великобританія
    - 1980 - 9%
    - 2001 - 21% (близько 120,000 КР щорічно)
  - США
    - 1970 – 5%
    - 1988 – 25%
    - 2006 – 31,1%
  - Україна
    - 2006 – 14,3%
    - 2008 – 15,8%
- Плановий КР у порівнянні з вагінальними пологами (ВП) збільшує ризик материнської та неонатальної захворюваності

RCOG, 2007

4

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №4:

На сьогоднішній день проблема зростання частоти операції кесарського розтину (КР) викликає серйозне занепокоєння як у професійних колах, так і в суспільстві в цілому.

Статистичні дані різних країн демонструють переважно односпрямовану тенденцію. Так у США з 1970 по 1988 роки показник частоти КР виріс із 5% до 25%, а за даними на 2006 рік становить вже більше 31,1%. У Канаді в 2000 році даний показник був у середньому близько 23%.

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174*

Для нотаток:



## Вплив планового КР на здоров'я жінки та немовляти в порівнянні з ВП (1)

- При плановому КР збільшується ризик
  - Материнської смертності у 4 - 5 разів
  - Тромбоемболії у 3,8 разів
  - Гістеректомії у 44 - 95 разів
  - Передлежання плаценти у наступних вагітностях у 1,4 рази
  - Розриву матки у наступних вагітностях у 42 рази
  - Абдомінальних болів у 2 рази
  - Травми сечового міхура у 36 разів
  - Респіраторної захворюваності новонароджених (транзиторне тахіпное, РДС) у 6,8 рази

NICE, 2004

5

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №5-6:

Чому ріст частоти КР визнаний проблемою в сучасному акушерстві? На сьогоднішній день накопичено велику кількість наукових даних, які свідчать про те, що плановий КР супроводжується достовірним збільшенням ризику цілої низки материнських та перинатальних ускладнень. Зрозуміло, коли КР проводиться за екстрених (життєвих) показань з боку матері й плода, ризик ускладнень, пов'язаних з оперативним втручанням переважається загрозою материнської/неонатальної смерті/інвалідизації, а корисність втручання є безсумнівною.

Однак в останні роки у світі відзначається зростання частоти планового КР. Однією з причин росту частоти планового КР є збільшення кількості жінок з рубцем на матці після попереднього КР, які в наступних вагітностях піддаються повторному КР у плановому порядку.

Інформація, що узагальнює оцінку ризику та корисності планового КР у порівнянні з плановими вагінальними родами, наведена в таблиці. Наведені дані отримані в результаті аналітичної обробки рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) (з аналізу були виключені всі РКД, у яких вивчалися такі стани, як відшарування плаценти й ВІЛ-інфекція).

Варто підкреслити, що наведені значення ризиків не завжди можуть бути застосовані до конкретної пацієнтки. Так, пацієнтка може мати ряд супутніх захворювань, які впливатимуть на значення ризику або корисності й тому повинні братися до уваги.

### Для нотаток:



## Вплив планового КР на здоров'я жінки та немовляти в порівнянні з ВП (2)

- При плановому КР знижується ризик
  - Болю у промежині на 70 %
  - Нетримання сечі на 40 %
  - Пропалса геніталій на 40 %
- Немає різниці
  - Кровотеча (> 1000 мл)
  - Інфекції (ендометрит, інфекція області хірургічного втручання)
  - Травми пологових шляхів
  - Нетримання калу
  - Диспареунія
  - Неонатальна смертність (за виключенням тазового передлежання)
  - Внутрішньочерепні крововиливи
  - Травми плечового сплетіння
  - ДЦП

NICE, 2004

6

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Таблиця 1. Вплив КР на здоров'я жінки й немовляти в порівнянні з вагінальними родами

При кесарському розтині збільшується	Відносний ризик (ДІ)	Рівень достовірності
Абдомінальні болі	1.9 (1.3, 2.8)	1b
Травма сечового міхура	36.6 (10.4, 128.4)	3
Необхідність додаткових або повторних хірургічних втручань	17.5 (9.4, 32.1)	2b
Гістеректомія	95.5 (67.7, 136.9) 44.0 (22.5, 85.8)	2b
Тромбоемболія	3.8 (2.0, 4.9)	2b
Тривалість госпіталізації	Більше на 2 дні	1b
Повторна госпіталізація	2.5 (1.1, 5.4)	2b
Материнська смертність	4.9 (3.0, 8.0)	3
Аntenатальна загибель плода при наступних вагітностях	1.6 (1.2, 2.3)	2b
Передлежання плаценти при наступних вагітностях	1.4 (1.1, 1.6)	2b
Розрив матки при наступних вагітностях	42.2 (31.1, 57.2)	2b
Респіраторна захворюваність немовлят	6.8 (5.2, 8.9) 3	3



При кесарському розтині зменшується	Відносний ризик (ДІ)	Рівень вірогідності
Болі в області промежини	<b>0.3</b> (0.2, 0.6)	<b>1b</b>
Нетримання сечі	<b>0.6</b> (0.4, 0.9)	<b>1b</b>
Пролапс геніталій	<b>0.6</b> (0.5, 0.9)	<b>3</b>

Немає різниці між КР і ВП		
Кровотеча (> 1000 мл)	<b>0.8</b> (0.4, 4.4)	<b>1a</b>
Інфекції (ендометрит, інфекція хірургічної рани)	<b>1.3</b> (1.0, 1.7)	<b>1a</b>
Травми статевих шляхів	<b>1.2</b> (0.4, 3.4)	<b>1a</b>
Нетримання калу	<b>0.5</b> (0.2, 1.6)	<b>1b</b>
Діспареунія	<b>0.9</b> (0.7, 1.1)	<b>1b</b>
Неонатальна смертність (окрім тазового передлежання)	<b>1.1</b> (0.1, 8.4)	<b>2b</b>
Внутрішньочерепні крововиливи	<b>1.4</b> (0.8, 2.6)	<b>2b</b>
Травми плечового сплетіння у новонародженого	<b>0.5</b> (0.1, 1.9)	<b>3</b>
ДЦП	<b>0.2</b>	<b>3</b>

*Cesarean Section. Clinical guideline, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. April 2004*

Для нотаток:



## Плановий повторний КР чи ВПКР?

- **ВП супроводжуються достовірно меншим ризиком материнської та неонатальної захворюваності у порівнянні з плановим КР**
- *Чи справедливо це твердження для ВПКР?*
- *Чи є ВПКР достатньо безпечними, щоб їх проводити?*
- *Який ризик материнської та неонатальної захворюваності та смертності у разі спроби ВПКР?*

ACOG, 2004  
SCOG, 2005

7

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №7:

Закономірним наслідком активного використання абдомінального розродження є збільшення в популяції кількості жінок репродуктивного віку з рубцем на матці після КР.

Занепокоєння з приводу можливих ускладнень, пов'язаних з рубцем при наступних пологах, змушує лікарів рекомендувати повторний плановий кесарський розтин (ППКР) як «єдиний безпечний» спосіб розродження для таких жінок. Подібний підхід навіть привів до появи правила — «один раз КР, завжди КР».

Однак, у міру зростання кількості жінок з рубцем на матці, вагінальні пологи після попереднього КР (ВПКР) привертають усе більше уваги медичної громадськості як один з можливих шляхів зниження:

- Загального рівня КР
- Частоти повторного КР
- Ризику ускладнень, пов'язаних із плановим КР

Для практичного лікаря важливо, у першу чергу, знати:

- Чи є ВПКР досить безпечними, щоб їх практикувати?
- Який ризик материнської та неонатальної захворюваності та смертності існує при спробі ВПКР?

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*





## Основний підхід до зниження ризику ВПКР – відбір придатних кандидатів

- Не всім жінкам з рубцем на матці може бути запропонована спроба ВПКР

АЛЕ

- З загальної популяції вагітних з рубцем на матці після КР можуть бути відібрані такі, у яких:
  - Вірогідність успішних ВПКР висока
  - Вірогідність ускладнень низька

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

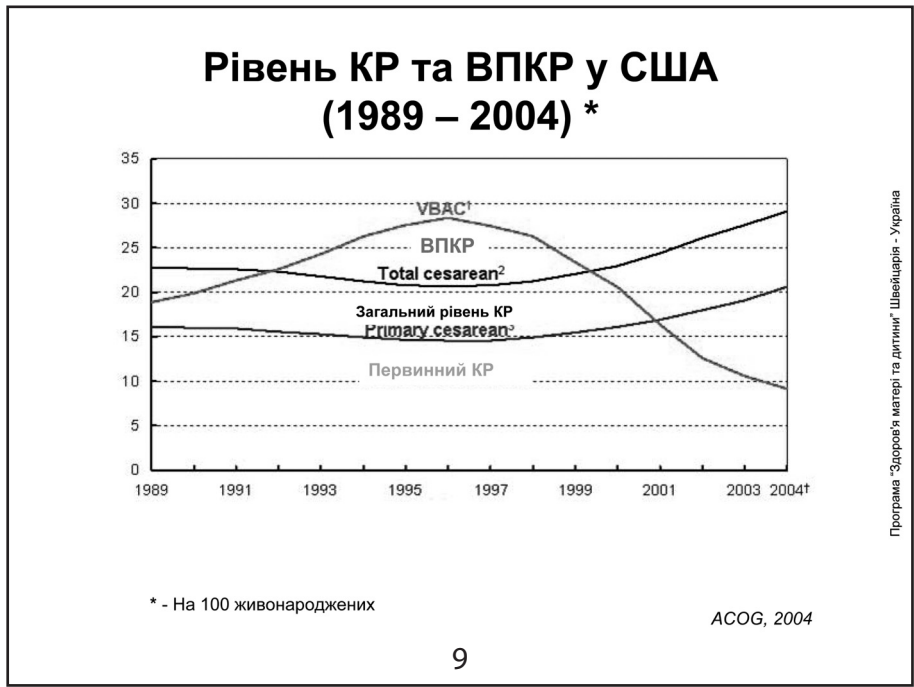
8

Коментарі до слайду №8:

Питання забезпечення безпеки для породіллі й плода при наявності рубця на матці є, мабуть, ключовим для практичного лікаря. Одним з основних факторів безпеки ВПКР є ретельний відбір таких вагітних з рубцем на матці, яким може бути запропонована спроба вагінальних пологів.

Для нотаток:





Коментарі до слайду №9:

Важливість диференційованого підходу до вибору кандидатів на спробу ВПКР можна проілюструвати на прикладі США. З 1989 по 1996 роки Національний Інститут Охорони здоров'я й Американська колегія акушерів-гінекологів активно пропагували ВПКР для зниження загальної частоти КР у США. Деякі медичні організації й установи навіть зобов'язали лікарів вживати спробу ВПКР абсолютно для всіх жінок, які мають рубець на матці після КР. Результатом загальнонаціональних зусиль стало зниження частоти КР в 1996 році до 20,7%, а частота ВПКР у зазначений період зросла з 18,9% до 28,3%.

Однак, внаслідок того, що спроба ВПКР вживалася в так званих «непридатних кандидатів», тобто без обліку умов і протипоказань, у міру росту частоти ВПКР закономірно зростала й частота повідомлень про розриви матки та інші важкі ускладнення, пов'язані зі спробою ВПКР.

В результаті акушери-гінекологи по всій країні дійшли висновку, що далеко не всім жінкам з рубцем на матці може бути запропонована спроба ВПКР. Необхідним є ретельний відбір потенційних кандидатів для спроби ВПКР, з урахуванням супутніх індивідуальних факторів ризику розриву матки й факторів потенційної невдачі ВПКР. Як наслідок диференційованого підходу до відбору кандидатів, до 2002 року частота ВПКР знизилася до 12,5%, частота КР знову зросла до 26,1%.

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

Для нотаток:



Коментарі до слайду №10:

На сьогоднішній день невідомо, який відсоток жінок з рубцем на матці після КР може бути відібраний для спроби ВПКР із всієї популяції жінок з рубцем на матці. Дані різних лікувальних установ широко варіюють. За даними національної статистики різних країн, від 13 до 30 - 50% жінок з рубцем на матці можуть бути відібрані для спроби ВПКР.

**Варто підкреслити, що практикуючи ВПКР у лікувальній установі, не слід прагнути запропонувати спробу ВПКР максимальній кількості жінок.**

**Принципову важливість має не кількість жінок, що почали спробу ВПКР, а якість відбору кандидатів.**

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

Для нотаток:

## Показники, пов'язані з практикою ВПКР

- Частота успішних ВПКР
- Материнська захворюваність:
  - Розрив матки
  - Гістеректомія
  - Гемотрансфузія
  - Післяпологові інфекційні ускладнення
- Материнська смертність
- Перинатальна захворюваність та смертність

SCOG, 2005

11

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №11:

Для обґрунтування можливості й відносної безпеки ВПКР практичному лікареві необхідно мати інформацію про основні ризики й результати таких пологів. Можна виділити наступні основні показники, що дають підставу для проведення вагінальних пологів:

- Частота успішних ВПКР (відсоток жінок, що мали успішні ВПКР від загальної кількості відібраних для спроби ВПКР)
- Материнська захворюваність:
  - Розрив матки
  - Гістеректомія
  - Гемотрансфузія
  - Післяпологові інфекційні ускладнення
- Материнська смертність
- Перинатальна захворюваність і смертність

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

Для нотаток:



## Частота успішних ВПКР

- За даними різних авторів варіює від **50 - 85%**
- Середній показник для ВПКР за наявності одного КР в анамнезі – **72 - 76%**
- Залежить від співвідношення сприятливих та несприятливих факторів

ACOG, 2004  
SCOG, 2005  
RCOG, 2007

12

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №12:

За даними різних авторів частота успішних ВПКР коливається в межах від 50% до 85%. (Рівень достовірності IIb)

За даними Британської Королівської колегії акушерів-гінекологів середній показник частоти успішних ВПКР становить **72-76%** від кількості спроб ВПКР (не від загальної кількості жінок з рубцем на матці).

На ймовірність успіху може впливати цілий ряд факторів, пов'язаних з даною вагітністю, даними пологами, наявністю екстрагенітальної патології, особливостями перебігу попередніх пологів і післяпологового періоду.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

Для нотаток:



## Ризик розриву матки при спробі ВПКР

- Розрив матки виникає рідко
- Загальна частота розриву:
  - Від 22 до 74 на 10 000 спроб ВПКР **(0,2-0,7%)**
- Частота розриву матки в групах, відібраних для ВПКР и ППКР, достовірно відрізняється
  - В групі ВПКР залежить від результату (успішні чи невдалі)

### ППКР не гарантує відсутність розриву матки

*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, 2004*  
*Cristina Rossi, Vincenzo D'Addario, 2008*

13

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

#### Коментарі до слайду №13:

Розрив НЕ оперованої матки — надзвичайно рідка подія — 0.5-2.0 на 10,000 пологів. За даними великого проспективного когортного дослідження, проведеного Національним Інститутом Здоров'я Дитини й Розвитку Людини, США (NICHD study, 30 352 пологів), загальний ризик розриву оперованої матки склав 74 на 10,000 спроб ВПКР. Інші дослідження дають наступні цифри розриву матки при спробі ВПКР: систематичні й несистематичні огляди — 39, 43, 62 на 10 000 спроб ВПКР, ретроспективні дослідження — 22, 35, 65 на 10 000 спроб ВПКР. Найкрупніший огляд, присвячений питанню материнських і перинатальних ускладнень, пов'язаних з розривом матки, був опублікований в 2003 році. Аналіз 142 075 спроб ВПКР дозволив підрахувати загальний ризик розриву матки — **65 на 10 000** спроб ВПКР (880 випадків розриву на 142,075 пацієнтів, які вжили спробу ВПКР).

Даний огляд дозволив зробити також наступні висновки:

- ППКР не є гарантією відсутності розриву матки (описано 80 випадків розриву матки на 18 389 ППКР, що склало 0,4%)
- Частота розриву матки в групах, відібраних для ВПКР і ППКР, достовірно відрізняється
- У групі жінок, відібраних для спроби ВПКР, частота розриву матки залежить від результату пологів (успішні чи невдалі пологи)

*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren et al.*

*Systematic review of the incidence and*

*consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329;19*

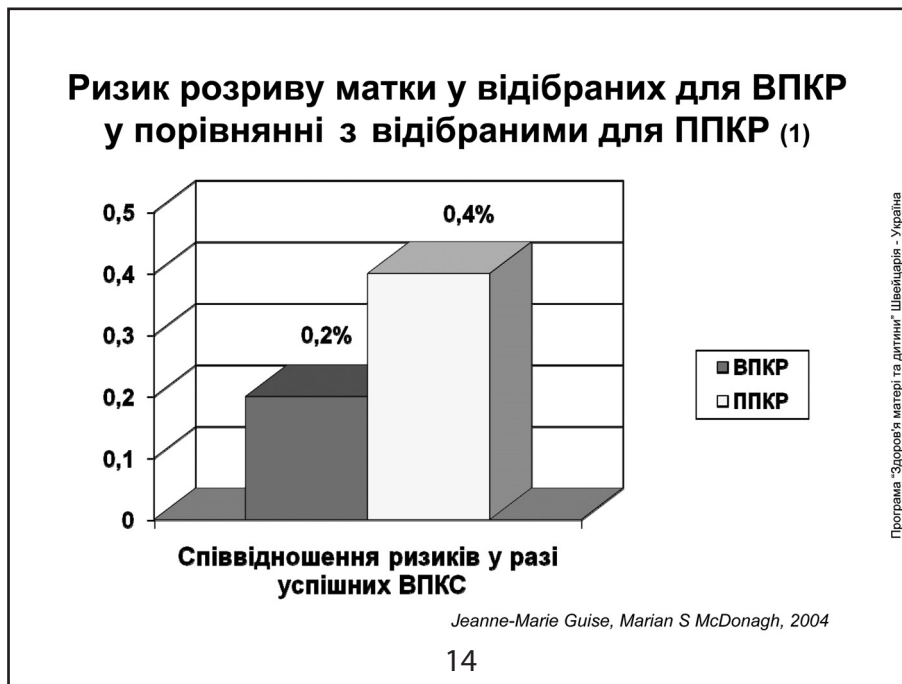
*Cristina Rossi, Vincenzo D'Addario. Maternal morbidity following a trial of labour after cesarean section*

*vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review meta-analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology, September, 2008.*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*Chauhan SP, Martin JN, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of literature.*

*Am J Obstet Gynecol 2003; 189:408-17.*



Коментарі до слайду №14:

У випадку успішних ВПКР ризик розриву матки становить 0,2% (39 випадків на 17 358 успішних ВПКР або 22,5 на 10 000 ВПКР, або 1 випадок на 444 успішних ВПКР), що у два рази нижче, ніж ризик при ППКР - 0,4% (80 випадків на 18 389 ППКР).

Наведені на слайді дані свідчать про наступне:

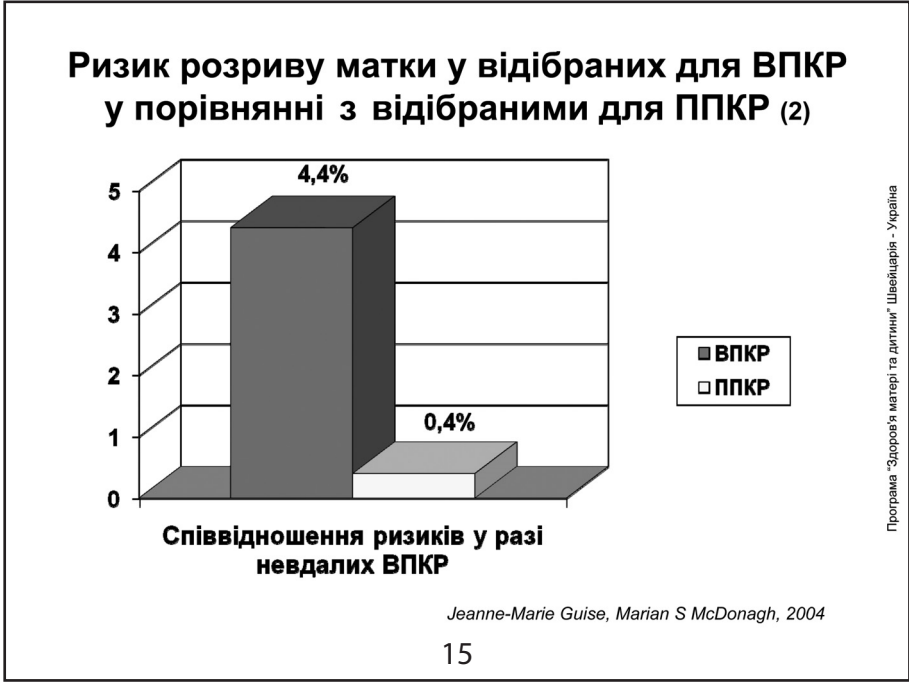
- **Із загальної популяції жінок з рубцем на матці після КР можна відібрати таких, у яких частота розриву матки у випадку успішних вагінальних пологів буде в 2 рази нижче, ніж в групі жінок, які народили шляхом ППКР**
- **ППКР не гарантує відсутність розриву**
- Коли мова йде про розриви матки в групі ППКР, мають на увазі як розриви, виявлені після лапаротомії (безсимптомні), так і (здебільше) розриви, що виникли в ході операції, в момент входження у порожнину матки та в процесі вилучення плода.

Більшу частоту розривів матки при ППКР можна пояснити наступними причинами:

- На збільшення частоти розриву матки можуть впливати ті фактори, які не дозволили відібрати вагітних в групу придатних до ВПКР
- Під час ППКР відбувається примусове порушення цілості стінки матки, а саме розріз у нижньому сегменті. Порушена цілість матки вже створює ризик поширення розрізу (розриву) під час вилучення плода. А у випадку, коли у міометрії нижнього сегменту є ще й певні структурні зміни, зумовлені попереднім оперативним втручанням (рубцева тканина), ризик додаткового розриву матки під час вилучення плода буде ще більшим, оскільки стійкість на розтягування та розрив у тканин нижнього сегменту буде зменшена.

*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren,  
Systematic review of the incidence and  
consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329;19*





Коментарі до слайду №15:

У випадку невдалих ВПКР ризик розриву матки значно зростає й становить 4,4% (279 випадків на 6223 невдалих ВПКР).

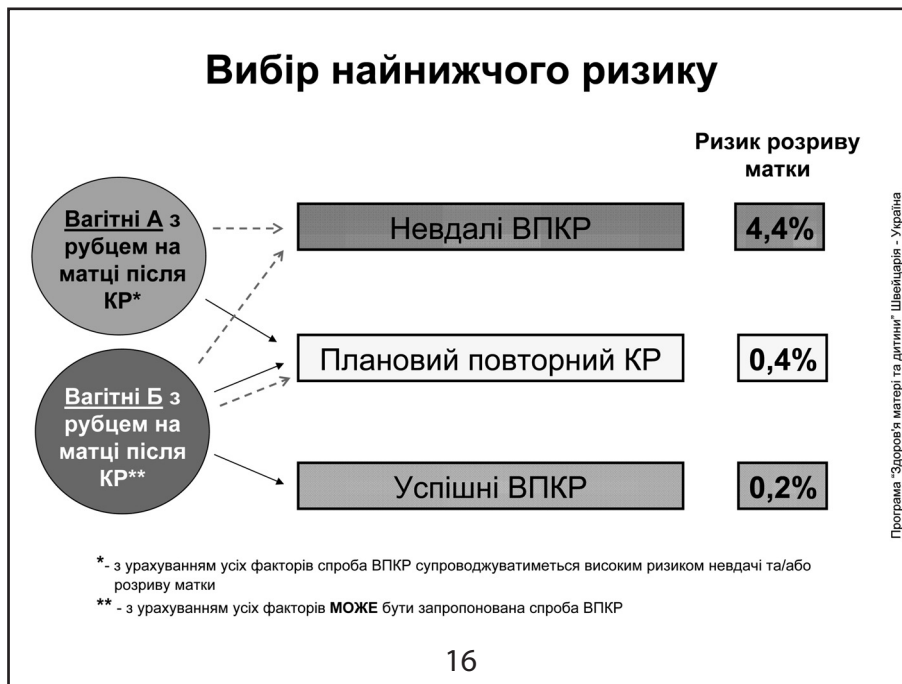
Наведені на слайді дані свідчать про наступне:

- **Ретельний відбір кандидатів, яким може бути запропонована спроба ВПКР, є одним із ключових факторів успішних вагінальних пологів і запорукою низької частоти розриву матки.**
- **Спроба пологів у кандидатів, які мають фактори, що знижують імовірність успішних ВПКР, а також фактори ризику розриву матки, може призвести до збільшення частоти розриву матки в 10 разів у порівнянні із ППКР.**

*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren,  
Systematic review of the incidence and  
consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329;19*

Для нотаток:





Коментарі до слайду №16:

Для того щоб спрямувати вагітну з рубцем на матці шляхом найнижчого ризику, необхідно розділити популяцію цих жінок на таких, для яких спроба ВПКР супроводжуватиметься високим ризиком невдачі та/або розривом матки (умовно, група А) та тих, які, згідно з існуючими критеріями, мають низький ризик невдачі ВПКР та розриву матки (умовно, група Б).

Для групи А найнижчий ризик розриву матки буде під час ППКР (0,4%). В групі Б 72-75% вагітних матимуть успішні ВПКР та найнижчий ризик розриву матки (0,2%).

Але приблизно 25% жінок групи Б матимуть невдалу спробу ВПКР та найвищий ризик розриву матки. Здається, що уникнути цього можливо шляхом рутинного ППКР для всіх вагітних, які мали КР в анамнезі, але тоді буде у 2 рази збільшеним ризик розриву матки для 75% жінок, які матимуть успішні ВПКР та найнижчий ризик розриву матки.

**Таким чином, запорукою низького ризику розриву матки під час спроби ВПКР є ретельний відбір кандидатів.**

*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren,  
Systematic review of the incidence and  
consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329;19*

Для нотаток:

## Невдалі ВПКР у порівнянні з успішними

Супроводжуються підвищеним ризиком:

- Розриву матки
  - В т.ч. безсимптомного розриву
- Гістеректомії
- Гемотрансфузії
- Ендометриту

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, 2004

17

Коментарі до слайду №17:

Невдала спроба ВПКР може супроводжуватися такими серйозними ускладненнями з боку матері, як розрив матки, кровотеча, екстирпація матки, а крім того, збільшує ризик інфекції й гемотрансфузії.

Неонатальна захворюваність також підвищується у зв'язку з невдачею ВПКР і проявляється більш високою частотою виявлення рН пуповинної крові < 7,0, оцінки за шкалою Апгар до кінця 5-й хвилини < 7 балів, а також більш високим ризиком неонатальної інфекції.

*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren,  
Systematic review of the incidence and  
consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329;19*

*Hibbard JU, Imail MA, Wang Y, et al. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol 2001; 184:1365-71; 1371-3.*

*Mozurkevich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labour: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol 2000;183:1187-97.*

*Keiser KE, Baskett TF. A 10-year population-based study of uterine rupture rates. Obstet Gynecol 2002;100:749-53.*

*Chauhan SP, Martin JN, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of literature. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:408-17.*



### Материнські ускладнення: ВПКР у порівнянні з ППКР

Ускладнення	ВПКР	ППКР
Гістеректомія	0,34 /1000	4 /1000
Гемотрансфузія	11 /1000	17 /1000
Тромбоемболії	40 /1000	60 /1000
Післяпологові інфекції у матері (загальні)	43 /1000	59 /1000
Ендометрит	29 /1000	18 /1000

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

RCOG, 2007  
Mozurkewich, 2000, Hook, 1997

18

Коментарі до слайду №18:

На слайді представлені дані двох великих мета-аналізів, що вивчали ризик материнської й неонатальної захворюваності при ВПКР, у порівнянні із ППКР.

Як видно, для ППКР отримані більше високі показники ризику гемотрансфузії, гістеректомії й тромбоемболії, чим для ВПКР.

У п'яти когортних дослідженнях, що вивчали частоту гістеректомії, пов'язаної з розривом матки, 7 гістеректомій зроблено на 60 розривів. Гістеректомії проводяться в 4% - 27% випадків розривів матки при спробі ВПКР. Ці дані дозволяють підрахувати, що 3,4 з 10 000 жінок, що почали спробу ВПКР, будуть мати розрив матки, що вимагатиме гістеректомії.

Загальний показник післяпологових гнійно-септичних захворювань був вищим для ППКР, однак при ВПКР частіше зустрічаються ендометрити. Очевидно, це пов'язане з тим, що при ППКР основну масу інфекцій становлять ІОХВ (інфекції області хірургічного втручання), які не можуть бути при ВПКР. З іншого боку, більш високий ризик ендометриту для групи ВПКР може пояснюватися більшою кількістю вагінальних досліджень у ході спроби ВПКР.

**Увага! Дана таблиця не означає що ВПКР краще, ніж ППКР!**

Для нотаток:

**Наведені дані свідчать про наступне:**

- **При розподілі жінок з рубцем на матці на групу кандидатів для спроби ВПКР і групи ППКР, у групі ВПКР показники материнської захворюваності менше**
- Зазначена різниця, вочевидь, обумовлена сукупностями ризиків в обох групах.
- Так, у групі ППКР додаються до купи наступні ризики:
  - o Ускладнення вагітності, екстрагенітальна патологія, обтяжений анамнез, а також фактори ризику неспроможності рубця, які не дозволяють відібрати вагітну в групу ВПКР
  - o Ризик ускладнень, пов'язаних із плановим КР (слайди 3 і 4) — ускладнення наркозу, хірургічного втручання, післяопераційних ускладнень і т.д.

Очевидно, що група ВПКР буде позбавлена зазначених факторів.

*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren,  
Systematic review of the incidence and  
consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329:19*

*Mozurkevich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labour: a meta-analysis of the literature  
from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol 2000;183:1187-97.*

*Hook B, Kiwi R, Amini SB, et al. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labour.  
Pediatrics 1997; 100:348-53.*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS  
CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

---

Для нотаток:



### Неонатальні ускладнення: ВПКР у порівнянні з ППКР

Ускладнення	ВПКР	ППКР
Інфекції у новонародженого	50 /1000	20 /1000
Дихальні розлади	13 /1000	41 /1000
Тяжкі дихальні розлади	1 /1000	4 /1000
Перинатальна смертність, пов'язана з розривом матки	0,14–0,4 /1000	-
Енцефалопатія, пов'язана з розривом матки	46 /1000	0

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

RCOG, 2007  
Mozurkewich, 2000, Hook, 1997

19

Коментарі до слайду №19:

Більшою кількістю вагінальних досліджень у ході спроби ВПКР може бути також пояснений більш високий ризик неонатальних інфекцій у даної групи дітей.

Як для первинного КР, так і для ППКР характерними є більш висока респіраторна захворюваність немовлят (транзиторне тахіпноє, респіраторний дистрес-синдром) у порівнянні з вагінальними родами.

Необхідно підкреслити, що, хоча частота розриву матки є низькою, у випадку його виникнення при спроби ВПКР, наслідки для плода/немовляти можуть бути досить серйозними (гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, інтра- або неонатальна смерть). Зазначені проблеми не зустрічаються при ППКР, незважаючи на те, що розриви матки при ППКР мають місце в 0,4% випадків. Очевидно, основним фактором, що зумовлює прогноз для плода, є не сам розрив, а час, який пройшов від моменту розриву й початку внутрішньоутробного страждання плода до народження дитини. При ППКР розрив матки й витягнення плода можуть розділятися ліченими секундами, або ж розрив може відбуватися в момент витягнення. При ВПКР час, необхідний для діагностики розриву, розгортання операційної, транспортування породіллі до операційної, обробки операційного поля й безпосередньо лапаротомії, обертається для плода хвилинами гіпоксії й, як наслідок, ураженням ЦНС.

Розбіжності у класифікуванні випадків смерті між різними дослідженнями роблять досить складною оцінку ризику перинатальної смерті внаслідок розриву матки. У шести когортних дослідженнях, що включали від 162 до 5022 спроб ВПКР, не було відзначено жодного випадку перинатальної смерті внаслідок розриву матки. Три інші дослідження (3957, 3249 і 1796 спроб ВПКР), продемонстрували 14% (1 випадок на 7 розривів), 20% (2 випадки на 11 розривів) і 60% (3 випадки на 5 розривів).

Загалом, на 74 випадки розриву матки припало 6 перинатальних смертей, пов'язаних із розривом, що склало 1,4 на 10 000 спроб ВПКР

За даними аналізу результатів, у 142,075 жінок, що мали спробу ВПКР, ризик перинатальної смерті склав 4 на 10 000 спроб ВПКР.

*Hook B, Kiwi R, Amini SB, et al. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labour. Pediatrics 1997; 100:348-53.*

*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren, Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329;19*

*Mozurkevich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labour: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol 2000;183:1187-97.*

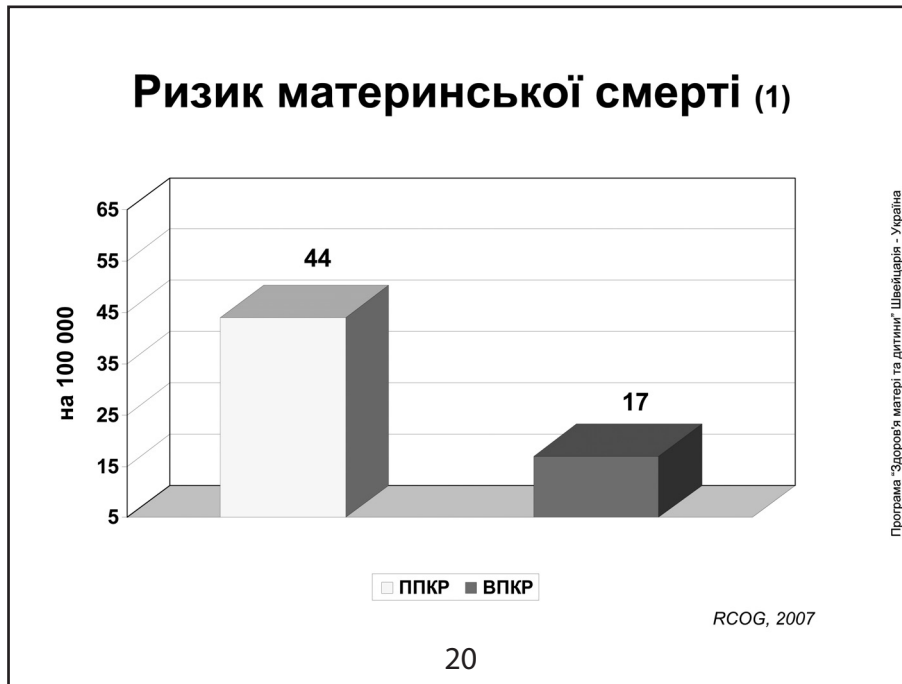
*Chauhan SP, Martin JN, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of literature. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:408-17.*

*KIESER Katharina E. ; BASKETT Thomas F. A 10-year population-based study of uterine rupture. Annual Clinical Meeting, American College of Obstetricians and Gynecologists, Chicago, Illinois, (05/2001) 2002, vol. 100, no4, pp. 749-753*

---

Для нотаток:





Коментарі до слайду №20:

Материнська смертність, асоційована із КР (близько 40 на 100,000 живонароджених) в 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10 на 100,000 живонароджених). Для порівняння — материнська смертність, асоційована з нормальними вагінальними родами, становить 5 на 100 000.

*Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmey J.*

*A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, 2000:38.*

За даними крупного проспективного когортного дослідження, проведеного Національним Інститутом Здоров'я Дитини й Розвитку Людини, США (NICHD study, 30 352 пологів), ризик материнської смерті при спробі ВПКР склав 17/100,000 спроб ВПКР у порівнянні з 44/100,000 ППКР. Хоча статистично достовірної різниці не знайдено ( $BP\ 0,38\ (0,10-1,46)\ p = 0,21$ ), наявна тенденція до підвищення частоти смерті матері при ППКР. Ймовірно це спричинено ризиками, що пов'язані з оперативним втручанням та анестезіологічною допомогою.

*Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004;351:2581-9*

*Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, et al. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2004;191: 1263-9.*



## Ризик материнської смерті (2)

- Більшість випадків материнської смерті жінок з рубцем на матці після попереднього КР була пов'язана з:
  - Тромбоемболією
  - Емболією навколоплідними водами
  - Прееклампсією
  - Хірургічними ускладненнями
  - Анестезіологічними ускладненнями

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

RCOG, 2007

21

### Коментарі до слайду №21:

Більшість випадків материнської смерті жінок з рубцем на матці після попереднього КР була пов'язана з тромбоемболією, емболією навколоплідними водами, тяжкою прееклампсією з гострою печінковою недостатністю або хірургічними та анестезіологічними ускладненнями, тобто з тими ж причинами, що й у жінок у загальній популяції.

За даними Британської королівської колегії акушерів-гінекологів материнська смертність внаслідок розриву матки становить у розвинених країнах менш ніж 1 випадок на 100 000 спроб ВПКР.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

### Для нотаток:





### **Ризик материнської смерті внаслідок розриву матки: розвинені країни**

- Ризик материнської смерті внаслідок розриву матки **1-2 /100 000** спроб ВПКР
- Аналіз 142 075 спроб ВПКР
  - 880 розривів матки
  - 4 материнські смерті
  - Лише одна смерть була пов'язана з розривом матки

*Chauhan SP et al, 2003*
- Аналіз 17 898 спроб ВПКР
  - 124 розриви
  - 3 материнські смерті
  - Жодна з них не пов'язана з розривом

*Landon MB, Hauth JC., et al. 2004*
- Аналіз 4 516 спроб ВПКР
  - Жодної материнської смерті на 22 розриви

*KIESER K. E. et al, 2002*

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

22

#### Коментарі до слайду №22:

Найбільш великий огляд, присвячений питанню материнських і перинатальних ускладнень, пов'язаних з розривом матки, був опублікований в 2003 році.

Було зареєстровано всього 4 материнські смерті на 142,075 жінок, які здійснили спробу ВПКР. Тільки одна смерть була пов'язана з розривом матки.

У цьому випадку (Каліфорнія, США) у жінки 37 років з рубцем на матці після попереднього КР, тривалість другого періоду пологів склала 2 години, і були накладені акушерські щипці.

Через 2,5 години в жінки відбулася зупинка серця. Лапаротомія виявила розрив матки довжиною до 10 см., який переходив на ліве ребро з розривом лівої маткової артерії. Пацієнтка вмерла на 14-й день післяпологового періоду від коагулопатичної кровотечі, септичного шоку та бронхопневмонії.

У даному огляді частота материнської смерті в жінок, що здійснили спробу ВПКР, склала 0,02 на 1000 спроб ВПКР (2/ 100 000)

За даними крупного проспективного когортного дослідження, проведеного Національним Інститутом Здоров'я Дитини й Розвитку Людини, США (NICHD study, 30 352 пологів) на 17 898 спроб ВПКР виникло 124 розриви матки. У цій когорті було 3 випадки материнської смерті: один внаслідок тяжкої прееклампсії з гострою печінковою недостатністю, другий – в результаті тяжкого кризу серповидно-клітинної анемії з зупинкою серця, та третій був спричинений післяпологовою кровотечею.



Велике популяційне дослідження було проведено в Канаді. Проаналізовано всі випадки розривів матки з 1988 - 1998 роки в провінції Нова Шотландія. За 10 років відбулося 114,933 пологів, з них спроб ВПКР - 4516. Усього зареєстровано 39 випадків розриву матки (18 повних, 21 неповний), з них 36 жінок (92%) мали рубець на матці після попереднього КР. Із цих 36 випадків, 22 розриви відбулися при спробі ВПКР і 14 при ППКР. З 39 випадків розриву не було жодного випадку материнської смерті.

*Chauhan SP, Martin JN, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of literature. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:408-17.*

*Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004;351:2581-9*

*Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, et al. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2004;191: 1263-9.*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*KIESER Katharina E. BASKETT Thomas F. A 10-year population-based study of uterine rupture. Annual Clinical Meeting, American College of Obstetricians and Gynecologists, Chicago, Illinois, (05/2001) 2002, vol. 100, no4, pp. 749-753*

---

Для нотаток:



**Ризик материнської смерті внаслідок розриву матки: країни, що розвиваються**  
**Індія**

- 5-10 % усіх материнських смертей – розрив матки
- Загальний ризик розриву матки – 1 випадок на 346 пологів
  - Оперована матка – 50% випадків розриву
- Серед жінок з рубцем на матці після КР розрив виникає у 1 з 65
  - 60% - поступають із розривом, що відбувся
  - 15% - розрив внаслідок індукції пологів
- В середньому помирає **1 жінка з 30**, які мають розрив матки

Sahu Latika, 2006

23

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №23:

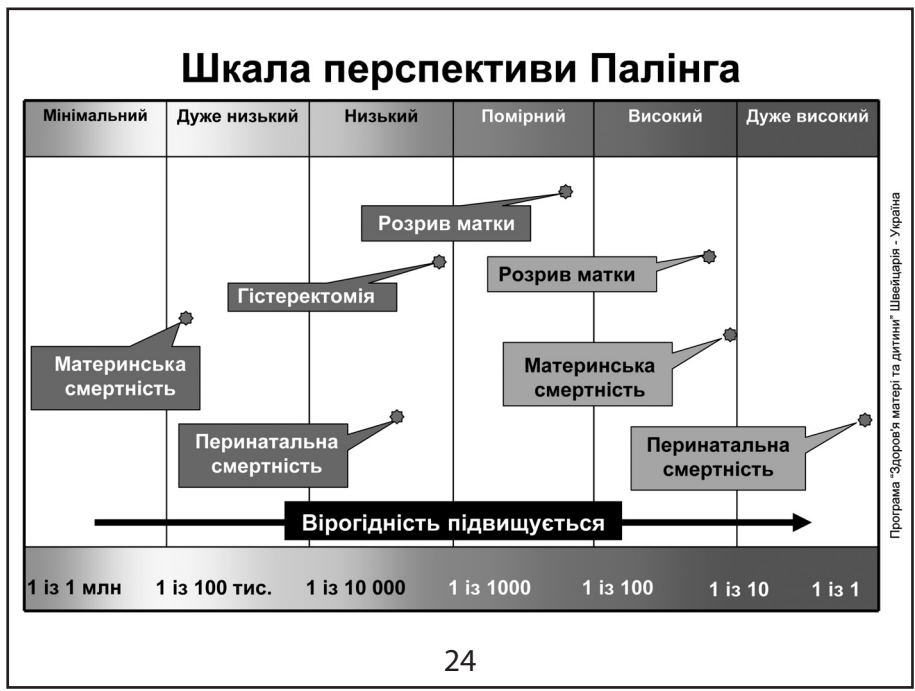
На слайді представлені результати ретроспективного аналізу випадків розриву матки за 10 років у одному клінічному госпіталі Індії.

Звертає на себе увагу висока частота розривів матки, в тому числі 50% неоперованої матки, а також надзвичайно висока частота материнської смерті, яка пов'язана з розривом матки.

Sahu Latika  
*A 10 year analysis of uterine rupture at a teaching institution*  
*J Obstet Gynecol India Vol. 56, No. 6 : November/December 2006 Pg 502-506*

Для нотаток:





Коментарі до слайду №24:

Одним із методів візуального відображення й інформування пацієнта про ризик тих або інших ускладнень є шкала перспективи Палінга (Paling Perspective Scale).

Внизу діапазон від 1 випадку на 1 до 1 випадку на 1 мільйон. Угорі — шкала категорій ризику: мінімальний ризик (від 1/1млн до 1/ 100 000), дуже низький (1/100 000 до 1/10 000), низький (від 1/10 000 до 1/1000), помірний (від 1/1000 до 1/ 100), високий (від 1/100 до 1/10), дуже високий (від 1/10 до 1/1). Згідно з цією концепцією мінімальний та дуже низький ризик відповідає ймовірності тяжкої травми в повсякденному житті. При цьому дана ймовірність така, що не змушує людину змінювати стиль життя задля уникнення травми.

На представленому малюнку відображено ризик розриву матки при спробі ВПКР і пов'язані з ним основні ускладнення для розвинених (сірі прямокутники) країн і країн, що розвиваються (рожеві прямокутники).

Як видно, для розвинених країн ризик розриву матки знаходиться в категорії «помірний», гістеректомія й перинатальна смерть — у категорії «низький», а материнська смерть внаслідок розриву матки — у категорії дуже низького ризику виникнення даного ускладнення. Для країн, що розвиваються, ризик розриву матки й материнської смертності, пов'язаної з розривом, знаходиться у категорії «високий», а ризик перинатальної смерті — у категорії «дуже високий».

*Chauhan SP, Martin JN, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of literature. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:408-17.*

## Чому різниця у наслідках?

- Різниця визначається:
  - Якістю спостереження за станом матері та плода в пологах
  - Своєчасністю діагностики розриву матки
  - Можливістю надати негайну допомогу матері та дитині у належному обсязі

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

25

Коментарі до слайду №25:

Інформація, наведена на слайдах 20-22, дозволяє зробити наступний висновок: **показники материнської смертності, що пов'язана з розривом матки, зумовлені різницею у якості медичної допомоги у розвинутих країнах та країнах, що розвиваються.**

Для нотаток:



## Повторний плановий КР

- Відповідно до зростання кількості повторних КР достовірно збільшується ризик:
  - Щільного прикріплення та прирощення плаценти у наступних вагітностях
  - Передлежання плаценти у наступних вагітностях
  - Ектопічної вагітності
  - Травми сечового міхура, кишківника чи сечоводу
  - Кишкової непрохідності
  - Необхідності тривалої ШВЛ
  - Гемотрансфузії
  - Збільшення тривалості операції
  - Збільшення тривалості перебування у стаціонарі

**Успішні ВПКР дозволять у наступних вагітностях запобігти ускладнень, що пов'язані з повторними КР**

RCOG, 2007

26

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №26:

Повторний кесарський розтин супроводжується високим ризиком ускладнень у матері. Обстеження 16936 жінок у Фінляндії виявило, що наявність КР в анамнезі достовірно підвищує ризик ектопічної вагітності (ВР, 1,28), передлежання плаценти (ВР, 3,89) і відшарування плаценти (ВР 2,41). Повторний кесарський розтин, у свою чергу, збільшує ризик передлежання й прирощення плаценти в наступних вагітностях. (Рівень достовірності IIa - IIb).

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

- За даними Британської королівської колегії акушерів-гінекологів, паралельно зі збільшенням кількості ППКР достовірно зростає ризик наступних ускладнень: щільного прикріплення та прирощення плаценти в наступних вагітностях,
- передлежання плаценти в наступних вагітностях,
- травми сечового міхура, кишківника або сечоводу,
- кишкової непрохідності,
- необхідності продовженої ШВЛ,
- надходження до ВРІТ, гемотрансфузії.
- Виявляється також збільшення тривалості операції й тривалості перебування в стаціонарі.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*





Коментарі до слайду №27:

У дослідженні NICHD аномалії прикріплення плаценти виявлялися у 0,24%, 0,31%, 0,57%, 2,13%, 2,33% і 6,74%, що піддавалися першому, другому, третьому, четвертому, п'ятому й шостому й більше ППКР відповідно. До гістеректомії довелося вдатися в 0,65%, 0,42%, 0,90%, 2,41%, 3,49% і 8,99% жінок, які піддавалися першому, другому, третьому, четвертому, п'ятому й шостому й більше ППКР відповідно.

В 723 жінок із передлежанням плаценти, ризик гістеректомії склав 3%, 11%, 40%, 61%, і 67% для першого, другого, третього, четвертого й п'ятого КР відповідно.

Ретроспективне дослідження, проведене в Саудівській Аравії, продемонструвало лінійне збільшення ризику травми сечового міхура (0,3%, 0,8%, 2,4%), гістеректомії (0,1%, 0,7%, 1,2%) і потреби в гемотрансфузії (7,2%, 7,9%, 14,1%) для жінок із двома, трьома й п'ятьма КР в анамнезі відповідно.

**Таким чином, при наявності в жінки подальших репродуктивних планів, успішні ВПКР дозволяють запобігти низці тяжких ускладнень у наступних вагітностях, пов'язаних із повторними КР.**

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

Для нотаток:



- За результатами опублікованого в 2004 році систематичного огляду вдалося підрахувати, що необхідно зробити 370 повторних КР щоб запобігти 1 випадку розриву матки при спробі ВПКР
- 7142 повторних КР, щоб запобігти 1 випадку перинатальної смерті внаслідок розриву матки
- 2941 повторних КР, щоб запобігти 1 випадку гістеректомії, пов'язаному з розривом матки

При цьому варто пам'ятати, що кожне ППКР спричиняє як негайні, так і віддалені ускладнення, які загрожують життю й здоров'ю матері й дитини.

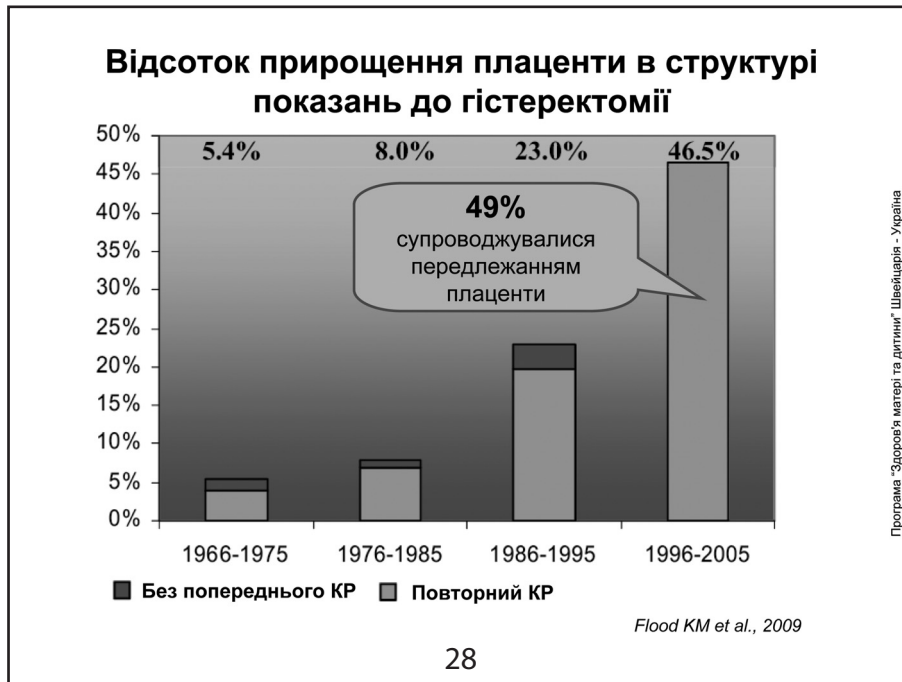
*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren,  
Systematic review of the incidence and  
consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329;19*

---

Для нотаток:







Коментарі до слайду №28:

У ретроспективному когортному дослідженні, яке було проведено у трьох акушерських госпіталях Дубліну (Ірландія), було проаналізовано всі випадки гістеректомій з 1966 по 2005 роки.

Загалом за цей період у зазначених госпіталях відбулося 872 379 пологів, серед яких 358 жінкам була проведена гістеректомія (0,4/1000 пологів)

Серед показань до гістеректомії найбільш істотну тенденцію до збільшення мало саме прирощення/вощення плаценти.

Так з 1966 по 1975 роки відсоток гістеректомій з приводу аномалій прикріплення плаценти складав 5,4%, а з 1996 по 2005 рік – 46,5%.

Слід особливо підкреслити, що за останнє десятиріччя прирощення/вощення плаценти у 100% випадків зустрічалася у жінок, які мали в анамнезі кесарський розтин, з них у 49% випадків аномалії прикріплення асоціювалися з передлежанням плаценти.

Таким чином, зниження кількості ППКР за рахунок ВПКР, сприятиме попередженню виникнення передлежання та аномалій прикріплення плаценти в наступних вагітностях у жінок з рубцем на матці після попереднього КР. Це є дуже важливим у випадку, коли жінка має подальші репродуктивні плани.

Flood KM, Said S, Geary M, et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:632.e1-632.e6.

## Висновки (1)

- Вагінальні пологи супроводжуються достовірно меншим ризиком материнської та неонатальної захворюваності у порівнянні з плановим КР
- З групи вагітних с рубцем на матці після КР можна відібрати жінок, у яких спроба ВПКР буде успішною у 72-75% випадків, ризик розриву матки становитиме ~0,2 - 0,7%
  - Одним з основних факторів безпеки ВПКР є ретельний відбір кандидатів
- У жінок з успішними ВПКР показники материнської та неонатальної захворюваності менше, ніж у групі ППКР

29

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

## Висновки (2)

- У випадку спроби ВПКР у непридатного кандидата ризик розриву матки може зростати у 10 разів у порівнянні з ППКР
- Ризик смертності, пов'язаної з розривом матки на 100 000 спроб ВПКР:
  - Материнська – 1 - 2 випадки
  - Перинатальна – 14 – 40 випадків
- Ризик материнської смертності залежить від якості медичної допомоги

30

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №29-31:

- Вагінальні пологи супроводжуються достовірно меншим ризиком материнської та неонатальної захворюваності у порівнянні з плановим КР
- З групи вагітних з рубцем на матці після КР можна відібрати жінок, у яких спроба ВПКР буде успішною у 72-75% випадків, а ризик розриву матки становитиме ~0,2% - 0,7%
  - Одним з основних факторів безпеки ВПКР є ретельний відбір кандидатів
- У жінок з успішними ВПКР показники материнської та неонатальної захворюваності менше, ніж у групі ППКР

### Висновки (3)

- Плановий повторний КР не гарантує відсутність розриву матки
- Але, ППКР здатен попередити тяжку неонатальну захворюваність та перинатальну смертність, що пов'язана з розривом матки
- Повторний КР збільшує, а успішні ВПКР зменшують вірогідність ускладнень у наступних вагітностях та пологах
  - Прирощення плаценти
  - Передлежання плаценти

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

31

- У випадку спроби ВПКР у непридатного кандидата, ризик розриву матки може зростати у 10 разів у порівнянні з ППКР
- Ризик смерті, пов'язаної з розривом матки на 100 000 спроб ВПКР:
  - Материнська – 1-2 випадки
  - Перинатальна – 14 – 40 випадків
- Ризик материнської смерті залежить від якості медичної допомоги
- Плановий повторний КР не гарантує відсутність розриву матки
- Але, ППКР здатен попередити тяжку неонатальну захворюваність та перинатальну смертність, що пов'язана з розривом матки
- Повторний КР збільшує, а успішні ВПКР зменшують вірогідність ускладнень у наступних вагітностях та пологах
  - Прирощення плаценти
  - Передлежання плаценти

Для нотаток:



## Література

1. Cesarean Section. Clinical guideline, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. April 2004
2. Chauhan SP, Martin JN, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:408-17.
3. Cristina Rossi, Vincenzo D`Addario. Maternal morbidity following a trial of labour after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, September, 2008.
4. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmey J. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, 2000:38.
5. Flood KM, Said S, Geary M, et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200:632.e1-632.e6.
6. Hibbard JU, Imail MA, Wang Y, et al. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1365-71; 1371-3.
7. Hook B, Kiwi R, Amini SB, et al. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labour. *Pediatrics* 1997; 100:348-53.
8. Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren et al. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ* 2004;329;19
9. Keiser KE, Baskett TF. A 10-year population-based study of uterine rupture rates. *Obstet Gynecol* 2002;100:749-53.
10. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2004;351:2581-9
11. Mozurkevich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labour: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1187-97.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.
13. Sahu Latika. A 10 year analysis of uterine rupture at a teaching institution *J Obstet Gynecol India* Vol. 56, No. 6 : November/December 2006 Pg 502-506
14. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. *JOGC ÉVRIER* February 2005; 164-174
15. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *ACOG Practice Bulletin*. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol*. 2004;104, 303-12
16. Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, et al. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191: 1263-9.



## **Навчальний модуль 2**

### **Вагітність після КР: Особливості антенатального догляду.**



# Вагітність після КР: Особливості антенатального догляду

1

Коментарі до слайду №1:

Завданнями цього модулю є:

- Ознайомити учасників з особливостями перебігу вагітності після попереднього КР та найбільш частими ускладненнями
- Надати інформацію стосовно оптимального інтервалу після КР до наступної вагітності з огляду на антенатальні ускладнення
- Навчити специфічним підходам до спостереження за вагітною з рубцем на матці
- Надати інформацію відносно профілактики найбільш типових ускладнень
- Ознайомити з особливостями оцінки стану нижнього сегменту матки та рубця на матці
- Надати рекомендації стосовно госпіталізації вагітних з рубцем на матці

Для нотаток:



## Що цікавить лікаря на допологовому етапі?

- Консультування:
  - Оптимальний проміжок між вагітностями за наявності рубця на матці після КР?
- Особливості антенатального догляду:
  - Ускладнення під час вагітності після попереднього КР та ефективні заходи їх профілактики?
  - Частота візитів, обстежень?
  - Частота УЗД? Особливості оцінки стану нижнього сегменту?
  - Госпіталізація?
  - Оцінка можливості спроби ВПКР?

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

2

### Коментарі до слайду №2:

Лікаря жіночої консультації, який надає допомогу жінці з рубцем на матці після попереднього КР, цікавлять здебільше наступні питання:

- Який проміжок між вагітностями слід вважати оптимальним з огляду на вірогідність ускладнень, в тому числі з боку рубця?
- Особливості антенатального догляду:
  - Які ускладнення під час вагітності після попереднього КР зустрічаються частіше, ніж у жінок, які мали попередні ВП? Які існують ефективні заходи їх профілактики?
  - З якою частотою вагітна має відвідувати ЖК, які додаткові обстеження потрібні?
  - Як часто необхідно проводити УЗД? Особливості оцінки стану нижнього сегменту?
  - Показання до госпіталізації вагітної з рубцем на матці в стаціонар?
  - Оцінка можливості спроби ВПКР

### Для нотаток:





## Особливості перебігу вагітності після попереднього КР

- Аналіз 637497 історій пологів з 1967 по 2003 роки
- У порівнянні з першими ВП, перші пологи шляхом операції КР, у наступних вагітностях супроводжуються підвищеним ризиком:
  - Ектопічної вагітності - у **1,26** рази
  - Передлежання плаценти – у **1,5** рази
  - Прееклампсії - у **2,9** рази
  - МГВП/ЗВУР – у **1,5** рази
  - Аномалій прикріплення плаценти – у **1,9** рази
  - Відшарування плаценти – у **2,0** рази
  - Розриву матки - у **37,2** рази

Рівень достовірності II  
Anne Kjersti Daltveit et al, 2008

3

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №3:

У ретроспективному когортному дослідженні, яке було проведено у Норвегії, було проаналізовано 637497 історій пологів у жінок, які мали двоє та більше одноплідних пологів за період з 1967 по 2003 роки.

Результати: У порівнянні з першими вагінальними пологами, перші пологи шляхом операції кесарський розтин, у наступних вагітностях супроводжуються підвищеним ризиком:

- Прееклампсії - у 2,9 рази (ВШ 2,9 95% ДІ 2,8 –3,1),
- Плода, малого для гестаційного віку (МГВП) - в 1,5 рази (ВШ 1,5; ДІ 1,4 –1,5),
- Передлежання плаценти - в 1,5 рази (ВШ 1,5; ДІ 1,3–1,8),
- Placenta accreta - у 1,9 рази (ВШ 1,9; ДІ 1,3–2,8),
- Відшарування плаценти - у 2 рази (ВШ 2,0; ДІ 1,8 – 2,2)
- Розриву матки – у 37,4 рази (ВШ 37,4; ДІ 24,9 –56,2)

Після виключення жінок, які мали такі ж ускладнення в першій вагітності, відповідні значення відношення шансів були загалом нижче, але зберігали статистичну достовірність: 1,7 (ДІ 1,6– 1,8), 1,3 (ДІ 1,3–1,4), 1,4 (ДІ 1,2–1,7), 1,9 (ДІ 1,3–2,8), 1,7 (ДІ 1,6 –1,9), та 37,2 (ДІ 24,7–55,9) відповідно.

### Висновки:

Кесарський розтин супроводжується підвищеним ризиком ускладнень у наступних вагітностях

*Anne Kjersti Daltveit et al. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. Obstet Gynecol 2008; 111 (6): 1327-34*



У іншому дослідженні, яке було проведене у Австралії (8 725 жінок, які мали перший КР, та 27 313 жінок, які мали перші вагінальні пологи) були отримані аналогічні дані стосовно підвищення ризику МГВП, допологової кровотечі, розриву матки, передлежання плаценти. Крім того, дослідники знайшли підвищення ризику передчасних пологів у 1,17 рази та мертвонароджуваності, причина якої залишилась нез'ясована - у 2,34 рази.

*Robyn Kennare, et al. Risks of Adverse Outcomes in the Next Birth After a First Cesarean Delivery. Obstet Gynecol. 2007;109: 270–6*

Обстеження 16936 жінок у Фінляндії виявило, що наявність КР в анамнезі достовірно підвищує ризик ектопічної вагітності.

Так, у групі жінок, що народжували вперше шляхом КР, в наступних вагітностях ризик ектопічної вагітності був вище у 1,16 рази у порівнянні з жінками, які мали перші вагінальні пологи. Жінки, що народжували повторно, мали у 1,54 рази вищий ризик ектопічної наступної вагітності.

Для загальної популяції КР підвищує ризик ектопічної локалізації зародку у наступній вагітності **у 1,26 рази**.

Цей ризик тим більше, чим більше в анамнезі операцій КР.

*Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of Cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. Am J Obstet Gynecol. 1996;174:1569–74.*

---

Для нотаток:





Коментарі до слайду №4:

У ретроспективному когортному дослідженні, яке проводилось у штаті Міссурі (США), були проаналізовані дані 156475 жінок, які мали дві послідовні одноплідні, та 31102 жінок, які мали три послідовні одноплідні вагітності з 1989 по 1997 роки.

Обчислювали відносний ризик (ВР) для з'ясування зв'язку між КР в анамнезі та частотою передлежання плаценти й відшарування плаценти у наступних вагітностях.

Частота передлежання та відшарування була відповідно 4,4 та 7,9 на 1000 пологів.

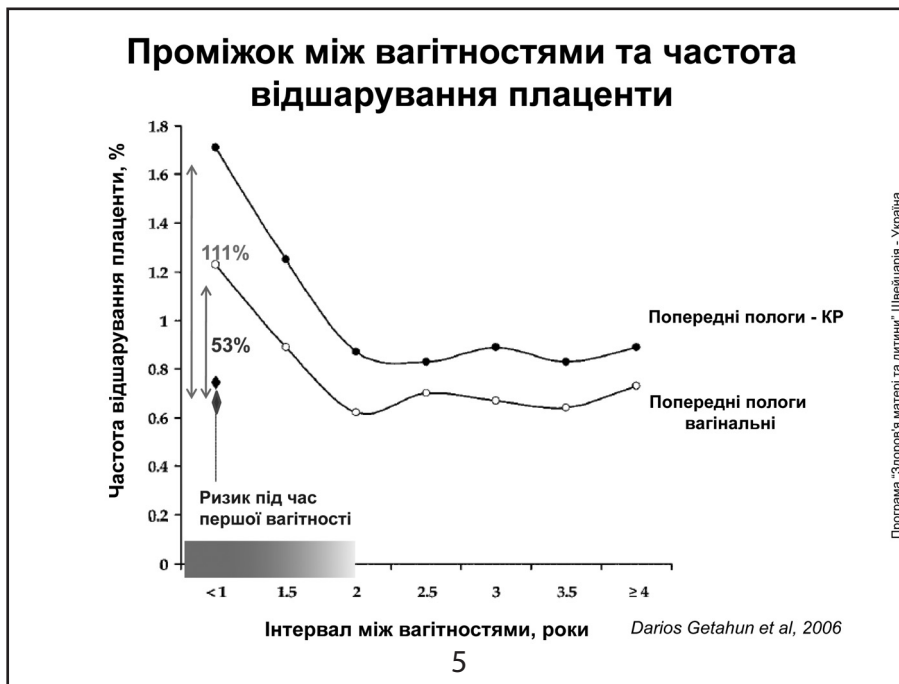
Вагітність після одного попереднього КР супроводжувалась підвищеним ризиком передлежання плаценти у порівнянні з попередніми ВП – 0,63% та 0,38% відповідно (ВР 1,5, 95% ДІ 1,3-1,8).

Якщо жінка мала два КР в анамнезі, наступна вагітність супроводжувалась двократним підвищенням ризику передлежання плаценти (ВР 2,0 95% ДІ 1,3–3,0) у порівнянні з попередніми двома ВП.

Вагітність протягом першого року після КР супроводжувалась підвищенням ризику передлежання плаценти на 70% (ВР 1,7, 95% ДІ 0,9 – 3,1)

*Darios Getahun, Yinka Oyelese, et al.*  
*Previous Cesarean Delivery and Risks of*  
*Placenta Previa and Placental Abruption. Obstet Gynecol 2006;107:771–8*

Для нотаток:



Коментарі до слайду №5:

Жінки, які мали перший КР, більш часто мали відшарування плаценти у наступній вагітності (0,95%) у порівнянні з жінками, які мали перші ВП (0,74%) – ВР 1,3, 95% ДІ 1,2-1,5).

Два перших КР супроводжувалися 30% підвищенням ризику відшарування плаценти у наступній (третій) вагітності у порівнянні з двома попередніми вагінальними пологами (ВР 1,3, 95% ДІ 1,0-1,8).

Вагітність протягом першого року після КР супроводжувалась підвищенням ризику відшарування плаценти на 50% (ВР 1,5, 95% ДІ 1,1 – 2,3).

**Висновки:**

Перший КР супроводжується підвищенням ризику передлежання плаценти у наступній вагітності. Ризик передлежання плаценти збільшується паралельно росту кількості КР. Короткий (менше 2 років) інтервал між вагітностями супроводжується високим ризиком передлежання плаценти та її відшарування.

*Darios Getahun, Yinka Oyelese, et al.  
Previous Cesarean Delivery and Risks of  
Placenta Previa and Placental Abruption. Obstet Gynecol 2006;107:771–8*

Для нотаток:

## Проміжок між пологами та ризик розриву матки

- Ризик розриву матки при спробі ВПКР підвищений у **2-3 рази**, якщо інтервал між пологами становить **< 24 місяців**
- Частота розриву матки:
  - Менше 12 місяців – 4,8%
  - 13-24 місяців – 2,7%
  - 25-36 місяців – 0,9%
  - Більше 36 місяців – 0,5 - 0,9%

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

6

Коментарі до слайду №6:

Три невеликих спостережувальних дослідження продемонстрували **дво-трикратне** підвищення ризику розриву матки в жінок з інтервалом між пологами менше 12-24 місяців.

В 2002 році були опубліковані результати найбільш крупного спостережувального дослідження, у якому взяли участь 1527 жінок. У цих жінок було вжито спробу ВПКР, при якій вивчалися результати залежно від тривалості інтервалу після першого КР. Частота розриву матки розподілилася в такий спосіб:

- Менше 12 місяців - 4,8%,
- 13-24 місяці - 2,7%;
- 25-36 місяців - 0,9%
- Більше 36 місяців - 0,9%.

### Висновки:

Ризик розриву матки при спробі ВПКР достовірно підвищений, якщо інтервал між пологами становить менше 24 місяців. (**Достовірність рекомендації В**)

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier R. Interdelivery interval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002;187:1199–202.*



## Проміжок між вагітностями: Консультавання

- Повторна вагітність, яка виникла протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується високим ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти та розриву матки при спробі ВПКР
  - Найвищий ризик – вагітність протягом першого року після КР
- Після пологів шляхом КР жінці слід уникати вагітності щонайменше протягом перших 2-х років
  - Породілля після КР має бути поінформована щодо існуючих ризиків перед випискою зі стаціонару
  - Жіноча консультація має забезпечити консультавання та допомогу у підборі ефективного методу контрацепції

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

7

### Коментарі до слайду №7:

Сучасні дослідження свідчать про те, що повторна вагітність, яка виникла протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується високим ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти та розриву матки при спробі ВПКР.

Найвищий ризик розвитку вказаних ускладнень виникає у разі настання вагітності протягом першого року після КР.

Таким чином, **після пологів шляхом КР жінці слід уникати вагітності щонайменше протягом перших 2-х років.**

З огляду на це, медичні працівники акушерського стаціонару повинні проінформувати породіллю після КР щодо існуючих ризиків перед випискою зі стаціонару.

Лікар жіночої консультації має забезпечити консультавання та допомогу у підборі ефективного методу контрацепції.

Якщо вагітність виникла протягом 2-х років після попереднього КР, при взятті на облік вагітна має бути поінформована щодо існуючих ризиків передлежання плаценти, відшарування плаценти та розриву матки у разі спроби ВПКР.

Підходи до ведення такої вагітності будуть включати всі компоненти стандартного догляду за вагітною з рубцем на матці, з ретельною увагою до найбільш значущих ускладнень та індивідуалізацією плану ведення у разі їх виникнення.»

Навіть враховуючи значне підвищення ризику вказаних ускладнень немає підстав рекомендувати переривання вагітності

Якщо діагностовано передлежання плаценти або її відшарування, ведення має відповідати положенням чинних клінічних протоколів.



## Стандартний антенатальний догляд за вагітною з рубцем на матці після попереднього КР

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

8

Коментарі до слайду №8:

Враховуючи науково доведені особливості перебігу вагітності з рубцем на матці (слайд 3), доцільним є створення та впровадження програми стандартного антенатального догляду за такими вагітними, яка б дозволила попередити та своєчасно діагностувати найбільш часті ускладнення такої вагітності.

Для нотаток:





### Взяття на облік (1)

- Ключові анамнестичні та клінічні дані
  - Кількість вагітностей та їх результати
    - Наявність в анамнезі ВПКР
    - Наявність в анамнезі ВП перед КР
    - Кількість КР
  - Наявність в анамнезі інших оперативних втручань на матці (міомектомія, тубектомія)
  - Термін вагітності, у якому проведений попередній КР
  - Проміжок часу між попереднім КР та теперішньою вагітністю

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

9

### Взяття на облік (2)

- Необхідно прикласти максимум зусиль для отримання документальних даних відносно:
  - Типу розрізу на матці при попередньому КР
    - Якщо тип розрізу невідомий, слід детально в'яснити обставини, за яких була проведена операція (екстреність, показання)
  - Розкриття шийки матки на момент операції
  - Шовний матеріал, яким ушивалась матка
  - Спосіб ушивання матки (однорядний, двурядний шов)
  - Перебіг післяопераційного періоду (лихоманка, застосування антибіотиків за лікувальною схемою)

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

10

#### Коментарі до слайду №9-11:

При взятті на облік вагітної, яка має в анамнезі кесарський розтин, лікар має зібрати певні анамнестичні та клінічні дані.

Ці дані дозволять зорієнтуватися у конкретній клінічній ситуації та визначити групи жінок, які мають низький ризик розриву матки та можуть (потенційно) спробувати ВПКР, і жінок, яким ВПКР протипоказані або супроводжуватимуться високим ризиком розриву матки. До вказаних даних відносяться:





<p><b>Протипоказан- ня для спроби ВПКР</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода й ін.)</li> <li>• Попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10,000) або Т-подібний розріз на матці (ризик розриву матки 190/10,000)</li> <li>• Розрив матки в анамнезі</li> <li>• Міомектомія з проникненням у порожнину матки в анамнезі, тубектомія; лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом</li> <li>• Розташування плаценти у ділянці рубця на матці [D]</li> <li>• Більше одного КР в анамнезі</li> <li>• Тазове передлежання</li> <li>• Відмова жінки від спроби ВПКР</li> <li>• <i>Сонографічно неспроможний рубець (товщина &lt; 2 мм, наявність дефектів тканини)</i></li> </ul>	
<p><b>Фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показання до попереднього КР, що не повторюються:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Неправильне положення плода,</li> <li>○ Тазове передлежання плода,</li> <li>○ Передлежання плаценти</li> <li>○ Прееклампсія</li> <li>○ Дистрес плода</li> <li>○ Відшарування нормально розташованої плаценти</li> <li>○ Випадіння петель пуповини тощо</li> </ul> </li> <li>• Вік матері менше 35 років</li> <li>• Бажання жінки/родини народити через природні пологові шляхи</li> <li>• ВПКР в анамнезі</li> <li>• Вагінальні пологи в анамнезі</li> </ul>	
<p><b>Фактори, які можуть зни- жувати ймо- вірність успіху ВПКР</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ожиріння у матері</li> <li>• Вік матері більше 35 років</li> <li>• Великий плід (макросомія)</li> <li>• Показання до попереднього КР, що повторюються             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Клінічно вузький таз (особливо на тлі маси плода &gt;4000 г),</li> <li>○ Слабкість пологової діяльності</li> <li>○ Дистоція шийки матки</li> </ul> </li> <li>• Цукровий діабет, гестаційний діабет</li> <li>• Потреба в індукції пологів</li> <li>• Потреба в стимуляції пологів</li> <li>• Багатоводдя</li> </ul>	
<p><b>Фактори, асо- ційовані зі збільшенням ризиків розри- ву матки при спробі ВПКР</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проміжок між пологами менше 24 місяців</li> <li>• Попередній КР при терміні &lt;37 тижнів вагітності</li> <li>• Великий плід (макросомія)</li> <li>• Лихоманка у післяопераційному періоді</li> <li>• Багатоплідна вагітність</li> <li>• Однорядний шов на матці</li> <li>• <i>Товщина нижнього сегменту більше 2 мм але менше 3,5 мм</i></li> </ul>	



### Взяття на облік (з)

- За допомогою Таблиці (див. Додаток) слід визначити наявні:
  - Протипоказання до спроби ВПКР
  - Фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР
  - Фактори, які можуть знижувати імовірність успішних ВПКР
  - Фактори, які можуть підвищити ризик розриву матки.
- Нові фактори, що виникають протягом вагітності, слід відмітити в таблиці
- Обговорення переваг та ризиків спроби ВПКР проводиться лікарем з вагітною, у якої не виявлено протипоказань до спроби ВПКР при першому відвідуванні:
  - Надається інформація щодо ВПКР (Пам'ятка)
  - Рішення щодо спроби ВПКР повинно бути прийнято жінкою під час антенатального спостереження та задокументовано у вигляді поінформованої згоди

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

11

Використання подібної форми дозволить лікарю ЖК не забути ті фактори, які він має врахувати та оцінити.

Якщо впродовж вагітності виникають ті чи інші нові фактори, їх слід відмітити в таблиці та провести з вагітною повторне обговорення існуючих індивідуальних факторів, сприятливих та/або несприятливих для здійснення спроби ВПКР

Якщо у вагітної не виявлено протипоказань до спроби ВПКР лікарем при першому відвідуванні, проводиться обговорення переваг та ризиків спроби ВПКР.

Інформація щодо ВПКР в письмовій формі надається вагітній під час першого візиту («Пам'ятка»).

Рішення щодо спроби ВПКР повинно бути прийнято жінкою під час антенатального спостереження, а наміри повинні бути чітко задокументовані (поінформована згода).

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*



## Небезпечні симптоми

- **Розпізнаванню небезпечних симптомів має бути навчена кожна вагітна**
- **Небезпечні симптоми**
  - Біль внизу живота
  - Кров'яні виділення зі статевих шляхів
  - Слабкість, запаморочення, втрата свідомості
  - Зменшення рухової активності плода
  - Нудота, блювання, головний біль
  - Порушення зору
  - Спрага, зменшення сечовиділення
  - Раптові набряки рук, ніг, обличчя
- **Поява хоча б одного небезпечного симптому – показання до негайного звернення за медичною допомогою**

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

12

### Коментарі до слайду №12:

На сьогоднішній день описані три фази затримки у отриманні медичної допомоги. Перша фаза — це затримка у прийнятті рішення щодо необхідності пошуку медичної допомоги (необхідності звернення у медичний заклад), друга – це запізниле звернення у медичного закладу, і третя – це затримка у наданні адекватної допомоги після надходження у лікувальний заклад.

Обізнаність вагітних жінок щодо небезпечних симптомів під час вагітності та після пологів – перший крок до своєчасного звернення до лікувального закладу. Саме тому навчання вагітних жінок розпізнаванню небезпечних симптомів дозволяє скоротити першу та другу фази затримки у отриманні доступу до медичної допомоги.

**Розпізнаванню небезпечних симптомів має бути навчена кожна вагітна жінка.**

**Поява хоча б одного небезпечного симптому – показання до негайного звернення за медичною допомогою.**

### Для нотаток:



Небезпечні симптоми:

- Біль унизу живота
- Кров'яні виділення зі статевих шляхів
- Слабкість, запаморочення, втрата свідомості
- Зменшення рухової активності плода
- Нудота, блювання, головний біль
- Порушення зору
- Спрага, зменшення сечовиділення
- Раптові набряки рук, ніг, обличчя

*Managing Complications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors,  
WHO, 2002*

*WHO: Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in countries. Practical Guide: Maternal Health and Safe Motherhood Programme. In Division of Family Health. Geneva: World Health Organization; 1994.*

---

Для нотаток:



## Частота відвідувань ЖК та обстеження

- Не має досліджень, які б довели доцільність збільшення частоти візитів у порівнянні зі стандартним доглядом
  - Однак, можлива індивідуалізація графіку візитів при ускладненому перебігу вагітності
- Немає досліджень, які б довели доцільність додаткових лабораторних досліджень

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

13

### Коментарі до слайду №13:

Наразі немає досліджень, які б довели доцільність збільшення частоти візитів у порівнянні зі стандартним доглядом у жінок з рубцем на матці після попереднього КР.

Однак, слід зауважити, що у разі виникнення певних ускладнень вагітності, можлива індивідуалізація графіку візитів (якщо немає потреби або можливості у стаціонарному лікуванні).

Не має досліджень, які б довели доцільність додаткових лабораторних досліджень у жінок із рубцем на матці після попереднього КР.

### Для нотаток:



## Спостереження та профілактика найбільш частих ускладнень (1)

- **Прееклампсія**
  - Моніторинг клініко-лабораторних проявів
    - Вимірювання АТ при кожному відвідуванні
    - Контроль протеїнурії
    - Контроль набряків
  - Профілактика
    - Вживання препаратів Са та/або Аспірину

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

14

### Коментарі до слайду №14:

Основним шляхом раннього (своєчасного) виявлення прееклампсії є ретельне спостереження за вагітною, яке передбачає:

- Огляд у жіночій консультації з вимірюванням АТ у першій половині вагітності 1 раз на 3 тижні, з 20 до 28 тижнів – 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів – щотижня.
- Визначення добової протеїнурії при першому відвідуванні жіночої консультації, з 20 до 28 тижнів – 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів – щотижня.
- Оцінка наявності набряків обличчя та верхніх кінцівок

### Для нотаток:



## Профілактика преєклампсії (1)

Вживання препаратів Са **1 г/добу** (у перерахунку на елементарний кальцій), починаючи з 16 тижнів вагітності

- Достовірно знижує частоту:
  - Гіпертензії – на 30%
  - Преєклампсії – на 52%
- Максимальний ефект у групі високого ризику
  - Частота преєклампсії знижується на **80%**
- Знижує тяжку материнську захворюваність та смертність на **20%**

*Достовірність рекомендації А*

*Hofmeyr G.J., 2005*

15

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №15:

Оскільки преєклампсія асоціюється з високою материнською та перинатальною захворюваністю та смертністю, а ефективним методом лікування є тільки розродження, то основні зусилля медичних працівників повинні бути спрямовані на ПРОФІЛАКТИКУ гіпертензивних розладів під час вагітності.

На сьогоднішній день є незаперечні дані (докази рівня А), що свідчать про високу ефективність прийому препаратів кальцію та низьких доз аспірину для профілактики преєклампсії.

Додатки кальцію в дозі 1 г/добу з 16 тижнів, у порівнянні з плацебо знижують ризик: високого АТ на 30% (11 досліджень, 14,946 жінок: Відносний ризик, (ВР) 0.70, 95% ДІ 0.57 до 0.86); преєклампсії — на 54% (12 досліджень, 15,206 жінок: ВР 0.48, 95% ДІ 0.33 до 0.69). Максимальний ефект спостерігається в групі високого ризику (ожиріння, ГХ і т.д.) — частота преєклампсії знижується на 80%.

### Для нотаток:



## Профілактика прееклампсії (2)

Вживання низьких доз аспірину (50 - 150 мг/добу)  
після 20 тижнів вагітності

- Супроводжується достовірним зниженням частоти прееклампсії на **13%**

*Достовірність рекомендації А*

- Є доцільним у вагітних з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, вадами серця, протезами клапанів серця тощо

*Ruano R., 2005*

16

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Комбінований показник материнської захворюваності й смертності достовірно знижується на 20%.

Приєм низьких доз аспірину (50 - 150 мг/добу), з 20 тижнів вагітності, супроводжується статистично достовірним помірним зниженням частоти прееклампсії на 13%.

Вочевидь кальцій є більш ефективним, але використання аспірину, як препарату, який, до того ж, зменшує ризик утворення тромбів, може бути більш доцільним у вагітних з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, вадами серця, протезами клапанів серця тощо.

*Ruano R, Fontes R S, Zugaib M. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin: a systematic review and meta-analysis of the main randomized controlled trials. Clinics. 2005; 60(5):407-414.*

*Hofmeyr GJ, et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst. Rev. 2002;(1).*

Для нотаток:





## Спостереження та профілактика найбільш частих ускладнень (2)

- Затримка росту плода (МГВП/ЗВУР)
  - Профілактика
    - Загальноприйнятні підходи (харчування, шкідливі звички тощо)
  - Скринінг та діагностика
    - Ведення гравідограми
      - Заповнення під час кожного візиту
    - УЗ фетометрія
      - У разі МГВП/ЗВУР – доплерометрія та ретельне спостереження
        - У разі МГВП – Доплер, об'єм амніотичної рідини та фетометрія кожні два тижня
        - У разі ЗВУР – Доплер, БПП двічі на тиждень та фетометрія кожні два тижня

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

17

### Коментарі до слайду №17:

Зважаючи на те, що ризик затримки росту плода (МГВП/ЗВУР) підвищений у 1,5 рази при вагітності після попереднього КР, лікар/акушерка жіночої консультації повинні ретельно спостерігати за темпами росту плода шляхом вимірювання ВДМ при кожному відвідуванні та занесення показників у гравідограму.

З метою профілактики МГВП/ЗВУР слід

- Рекомендувати збалансоване харчування, відмову від паління, вживання алкоголю та наркотиків; уникнення шкідливих умов праці
- Адекватна терапія екстрагенітальної патології (особливо тяжкої), яка може вплинути на ріст плода
- Профілактика ускладнень вагітності (пreeклампсія тощо)

Під час кожного УЗД необхідно проводити ретельну фотометрію. У разі виявлення передбачуваної маси плода (ПМП) та/або обводу живота (ОЖ) менше 10-ї перцентилі для даного терміну гестації, слід констатувати наявність плода, який є малий для гестаційного віку (МГВП).

Чи є відставання в рості наслідком плацентарної недостатності (справжній ЗВУР) чи це конституціонально малий плід, дозволить з'ясувати доплерометрія кровоплину в судинах пуповини.

Для нотаток:



## Спостереження та профілактика найбільш частих ускладнень (3)

- Передлежання плаценти
  - Профілактика на етапі ЖК:
    - Сприяти дотримання жінкою проміжку між вагітностями не менше 2-х років
    - Профілактика, діагностика та лікування ЗПСШ
  - Діагностика
    - Ретельна оцінка розташування плаценти під час УЗД
      - Відносно внутрішнього вічка
      - Відносно нижнього сегменту (рубця на матці)
  - Ведення
    - Згідно з чинним клінічним протоколом

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

18

### Коментарі до слайду №18:

Ризик виникнення аномалій розташування плаценти підвищений у 1,5 рази при вагітності після попереднього КР.

Відомо, що ризик передлежання плаценти є високим у разі настання вагітності протягом перших 2-х років після попереднього КР. Отже, одним із профілактичних заходів передлежання плаценти є дотримання жінкою проміжку між вагітностями не менше 2-х років. Крім того добре відомо, що ризик аномалій розташування плаценти підвищується за наявності хронічних запальних захворювань органів малого тазу, зокрема хронічного ендометриту. Тому профілактика, діагностика та лікування захворювань що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) є ще одним заходом попередження передлежання плаценти.

Під час кожного УЗД слід ретельно оцінювати розташування плаценти відносно внутрішнього вічка та нижнього сегменту (рубця на матці)

У разі виявлення передлежання плаценти — ведення згідно з чинним клінічним протоколом.

Слід пам'ятати, що передлежання плаценти у жінок з рубцем на матці після КР супроводжується високим ризиком аномалій прикріплення плаценти, зокрема її прирощенням.

*Anne Kjersti Daltveit et al. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. Obstet Gynecol 2008; 111 (6): 1327-34*

*Flood KM, Said S, Geary M, et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. Am J Obstet Gynecol. 2009; 200: 632.e1-632.e6.*



## Передлежання плаценти та ризик її прирощення (1)

- У загальній популяції:
  - Прирощення плаценти - 1/7000 пологів
  - Прирощення передлеглої плаценти - 1/2500 пологів
- Вік вагітної та наявність в анамнезі КР – незалежні фактори підвищення ризику прирощення передлеглої плаценти
  - Вік матері  $\geq 35$  років - у **2,3** рази
  - Один КР в анамнезі – у **4,5** рази
  - Два та більше КР в анамнезі - у **11,3** рази

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Miller D.A., et al, 1997

19

Коментарі до слайду №19-20:

У іншому дослідженні, яке було проведене в Лос-Анджелесі (США), проаналізували всі випадки прирощення та передлежання плаценти з 1987 по 1994 роки в одному з міських госпіталів. Загалом за цей період відбулося 155 670 пологів, у 62 випадках діагностовано та гістологічно підтверджено прирощення плаценти.

З них 55 випадків виникло у 590 жінок з передлежанням плаценти та 7 випадків у 155 080 жінок без передлежання.

Серед жінок з передлежанням плаценти вік матері  $\geq 35$  років та рубець на матці після КР були головними незалежними факторами ризику прирощення плаценти. Вік матері  $\geq 35$  років підвищував ризик прирощення плаценти, яка передлежить у 2,3 рази, один КР в анамнезі – у 4,5 рази, два КР в анамнезі — у 11,3 рази.

Плацента була прирощена у 36 з 124 (29%) випадків, коли вона була розташована поверх рубця на матці, та у 4 з 62 (6,5%), коли не досягала ділянки рубця на матці. Відносний ризик становив 4,5, 95% ДІ 1,68-12,07.

Для нотаток:



## Передлежання плаценти та ризик її прирощення (2)

Попередні КР	Плацента передлежить, але НЕ розташована у ділянці рубця на матці		Плацента передлежить та розташована у ділянці рубця на матці	
	< 35 років	≥ 35 років	<35 років	≥ 35 років
Не було	2,1%	6,3%	-	-
Один	3,7%	9,1%	15,9%	30%
Два та більше	5,2%	20%	38,5%	38,1%

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

*Miller D.A., et al, 1997*

20

Загалом, у жінок з передлежанням плаценти ризик прирощення становив:

- 2% - якщо жінка молодше 35 років та не мала КР в анамнезі
- 38% - у вагітних віком ≥ 35 років та з рубцем на матці після КР

*David A. Miller, Janet A. Chollet, T.Murphy Goodwin. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 1997;177:210-4*

У ретроспективному когортному дослідженні, яке було проведено у трьох акушерських госпіталях Дубліну, було проаналізовано всі випадки гістеректомій з 1966 по 2005 роки. Загалом, за цей період у зазначених госпіталях відбулося 872 379 пологів.

Було виявлено, що за останню декаду прирощення/врощення плаценти у 100% випадків зустрічалось у жінок, які мали в анамнезі кесарський розтин, з них у 49% випадків аномалії прикріплення асоціювалися з передлежанням плаценти.

*Flood KM, Said S, Geary M, et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. Am J Obstet Gynecol. 2009; 200: 632.e1-632.e6.*

Для нотаток:



## Сонографічна діагностика прирощення плаценти у другому та третьому триместрі

- Критерії діагностики
  - Наявність лінійних та округлих судинних лакун (“плацента, що поїдена мишами”)
    - Чутливість та прогностична цінність позитивного результату - близько 93%
  - Зникнення ехопозитивного простору між плацентою та міометрієм
    - Не має самостійного значення, оскільки дає високий відсоток хибно позитивних результатів
  - Розірвана лінія сечового міхура
    - Зустрічається рідко, але має високу прогностичну цінність позитивного результату 74-100%

Christine H. Comstock, et al. 2004

21

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №21:

Критерії сонографічної діагностики

- Наявність лінійних та округлих судинних лакун (“плацента, що поїдена мишами”)
  - Чутливість та прогностична цінність позитивного результату - близько 93%
- Зникнення ехопозитивного простору між плацентою та міометрієм
  - Найвищий відсоток хибно позитивних результатів було отримано під час ізольованого використання одного цього критерію.
- Розірвана лінія сечового міхура
  - Зустрічається рідко, але має високу прогностичну цінність позитивного результату 74-100%

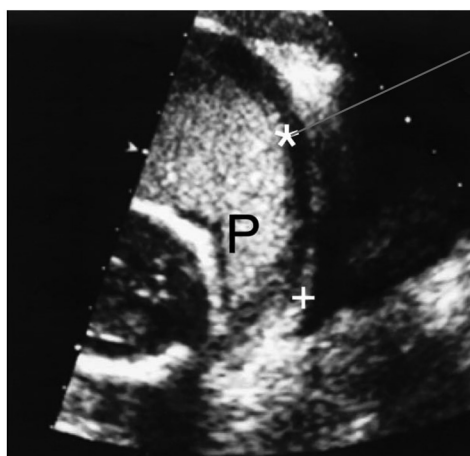
Найбільш чутливим критерієм, який часто зустрічається та дає найменший відсоток хибно позитивних результатів, наразі можна вважати наявність судинних лакун.

Слід визнати, що патогномонічний УЗ критерій прирощення плаценти наразі відсутній. Під час сканування можна лише запідозрити прирощення, особливо за наявності інших клінічних факторів ризику (передлежання, рубець на матці після КР).

*Christine H. Comstock, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy  
American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 190, 1135-40*



## Нормальна плацента



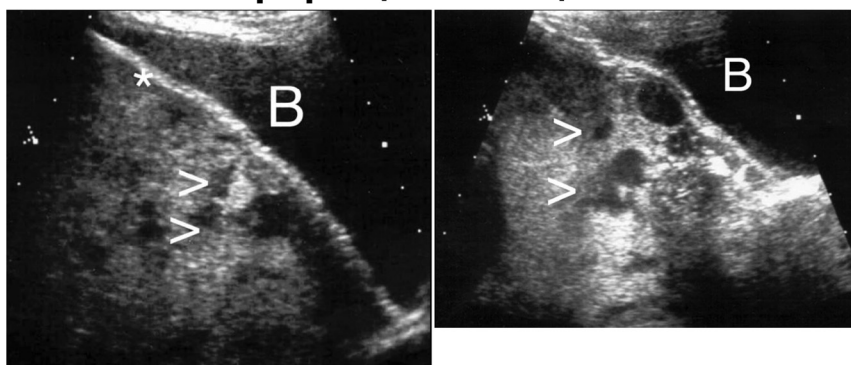
Ретроплацентарний ехонегативний простір між плацентою (P) та стінкою сечового міхура (+)

Christine H. Comstock, et al. 2004

22

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

## Прирощена плацента



\* - Відсутність ехонегативного простору між плацентою та сечовим міхуром

B - Сечовий міхур; > - Судинні лакуни ("плацента, яка поїдена мишами")

Christine H. Comstock, et al. 2004

23

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №22-23:

Наведені знімки демонструють нормальний ехонегативний ретроплацентарний простір (слайд 22), та ознаки прирощення плаценти – відсутність ехонегативного ретроплацентарного простору та судинні плацентарні лакуни (слайд 23).

Christine H. Comstock, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy  
*American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2004) 190, 1135-40

## Передлежання плаценти: Висновки

- Передлежання плаценти у жінки з рубцем на матці після КР супроводжується прирощенням у 2-38% випадків
- Передлежання плаценти у жінки з рубцем на матці після КР є абсолютним показанням для розродження на III рівні допомоги

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

24

Коментарі до слайду №24:

Передлежання плаценти у жінки з рубцем на матці після КР супроводжується прирощенням у 2-38% випадків

Враховуючи високий ризик масивної кровотечі у разі прирощення передлеглої плаценти у жінки з рубцем на матці після КР, така пацієнтка має бути скерована для розродження на III рівень допомоги.

Для нотаток





## Спостереження та профілактика найбільш частих ускладнень (3)

- Розрив матки
  - Профілактика на етапі ЖК:
    - Сприяти дотримання жінкою проміжку між вагітностями не менше 2-х років
    - Навчання вагітної небезпечним симптомам
    - Оцінка товщини нижнього сегменту під час кожного УЗД, починаючи з другого скринінгового дослідження (20 - 22 тижня)
      - У разі критичного потоншення нижнього сегменту або дефектів тканини - госпіталізація та вирішення питання про подальшу тактику ведення

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

25

Коментарі до слайду №25:

Профілактика розриву матки на етапі ЖК може включати наступні заходи:

- Сприяти дотриманню жінкою проміжку між вагітностями не менше 2-х років
- Навчання вагітної небезпечним симптомам
- Оцінка товщини нижнього сегменту під час кожного УЗД, починаючи з другого скринінгового дослідження (20 - 22 тижня)
  - У разі критичного потоншення нижнього сегменту або дефектів тканини — госпіталізація та вирішення питання про подальшу тактику ведення

Для нотаток:





## Частота УЗД

- Частота проведення УЗД у першій половині не відрізняється від звичайної вагітності
  - 9 -11 тижнів (10 – 14 тижнів) - I скринінг
  - 20-22 тижнів - II скринінг
- **Наукових доказів відносно збільшення частоти УЗД для вагітних з рубцем на матці наразі немає**
- Відсутні також будь-які дані відносно «критичних термінів», в які УЗД є необхідним у жінок з рубцем на матці
- З практичної точки зору доцільним буде проведення УЗД в 28-32 тижні, а також у 38 тижнів при вирішенні питання щодо способу розродження

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

26

Коментарі до слайду №26:

Частота проведення УЗД у першій половині не відрізняється від звичайної вагітності

9 -11 тижнів (10 – 14 тижнів) - I скринінг

20-22 тижнів - II скринінг

Наукових доказів відносно збільшення частоти УЗД для вагітних з рубцем на матці наразі немає. Відсутні також будь-які дані відносно «критичних термінів», в які УЗД є необхідним у жінок з рубцем на матці.

З практичної точки зору доцільним буде проведення УЗД в 28-32 тижні, а також у 38 тижнів при вирішенні питання щодо способу розродження

- Стан нижнього сегменту (товщина, наявність дефектів)
- Передбачувана маса плода, передлежання
- Розташування плаценти відносно внутрішнього вічка та нижнього сегменту (рубця)

Для нотаток:

## Сонографічна оцінка нижнього сегменту матки (1)

- **Наразі відсутні доказові дані відносно здатності ультразвукової оцінки товщини та структури ділянки рубця на матці достовірно передбачити його спроможність під час спроби ВПКР**
- На сьогодні немає консенсусу щодо
  - Можливості візуалізації рубця на матці
  - Єдиної методики вимірювання товщини міометрію в ділянці рубця

**Але у світовому акушерстві це питання активно вивчають**

27

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №27-28:

**Наразі відсутні доказові дані відносно здатності ультразвукової оцінки товщини та структури ділянки рубця на матці достовірно передбачити його спроможність під час спроби ВПКР**

Але науково-практичний пошук щодо цього питання активно ведеться у світовому та вітчизняному акушерстві.

### **Візуалізація рубця**

Дані літератури щодо можливості ідентифікувати рубець на матці при проведенні УЗД є досить суперечливими.

У більшості випадків про те, що рубець візуалізований, говорять, коли виявляють рубцеву тканину, локальні стовщення або стоншення, "ніші", тобто ознаки неспроможності рубця.

У випадку, коли місце розрізу матки за попереднього КР не вдається відрізнити на тлі міометрія в нижньому сегменті, говорять про нормальну УЗ - картину нижнього сегмента.

### **Спосіб вимірювання товщини нижнього сегмента**

Різні автори пропонують різні способи вимірювання товщини нижнього сегменту матки, так як при застосуванні різних способів вимірювання, включаючи товщини слизової оболонки сечового міхура, оточуючих тканин, на виміри має значний вплив наповнення сечового міхура. Більшість авторів схиляється до вимірювання лише товщини міометрію, так як у багатьох пацієнток — до 13.2% за даними Cheung та співавт. — відмічається при стонненні основного шару міометрію збереження товщини матки у місці рубцевої тканини після кесарського розтину.

## Сонографічна оцінка нижнього сегменту матки (2)

- Показники:
  - Товщина нижнього сегменту
  - Наявність рубцевої тканини
  - Наявність дефектів тканини (потоншення, випинання у місті потоншення, «ніша»)
- Термінологія:
  - **Сонографічно спроможний рубець** – товщина нижнього сегменту > 2 мм та відсутність дефектів тканини
  - **Сонографічно неспроможний рубець** – товщина нижнього сегменту < 2 мм та/або наявність дефекту тканини

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

28

### Термінологія

Наразі немає загальноприйнятої термінології відносно опису стану нижнього сегменту та рубця на матці. У вітчизняній літературі зустрічається термін «спроможність/неспроможність рубця», хоча чіткого визначення для цього терміну немає. Незрозуміло поки що, до чого відноситься термін «спроможність» — до морфологічної структури рубця, до здатності нижнього сегменту не розірватися протягом вагітності та під час пологів чи до ехоструктури нижнього сегменту. Тому доцільним буде виділити саме УЗ ознаки структурно-функціональної повноцінності рубця на матці:

- Сонографічно спроможний рубець – товщина нижнього сегменту > 2 мм та відсутність дефектів тканини
- Сонографічно неспроможний рубець – товщина нижнього сегменту < 2 мм та/або наявність дефекту тканини

Мухомор О.І., Бубнов Р.В.

**СОНОГРАФІЯ РУБЦІВ НА МАТЦІ. УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ У РУБЦІ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ, УСКЛАДНЕНОЇ НЕПОВНИМ РОЗРИВОМ МАТКИ У РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ. ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД ТА ОКРЕМІ КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ** Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, відділення ультразвукової діагностики, Київ  
<http://www.ultrasound.net.ua/page/text/name=691>

Gotoh H, Masuzaki H, Yoshida A, Yoshimura S, Miyamura T, Ishimaru T. Predicting incomplete uterine rupture with vaginal sonography during the late second trimester in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2000; 95:596–600.

Cheung et al., *Sonographic Evaluation of the Lower Uterine Segment in Patients With Previous Cesarean Delivery J Ultrasound Med* 2004; 23:1441–1447.

Lonky NM, Worthen N, Ross MG. Prediction of



*cesarean section scars with ultrasound imaging during pregnancy. J Ultrasound Med 1989; 8:15–19.*

*Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ, Syrop CH.  
Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound.  
Obstet Gynecol 2003; 101:61–65.*

*Chandler Mohan, et al.. Prospective Analysis of Routine Ultrasound Screening of Cesarean Scars. Presented at the 40th Annual Clinical Topics in Gynecology and Obstetrics and John D. Thompson Resident Research Day Program.  
Friday, May 12, 2006*

---

Для нотаток:



## Товщина нижнього сегменту: Яке значення вважати граничним? (1)

- **Товщина 3,5 мм**
  - При товщині  $\geq 3,5$  мм вірогідність того, що розрив матки НЕ відбудеться, становить **99,3%**

АЛЕ

- **Недоліки дослідження**
  - При вимірюванні включалась слизова оболонка сечового міхура та очеревина

Rozenberg P. et al., 1996

29

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №29:

В 1996 році Rozenberg зі співавторами робили трансабдомінальну сонографічну оцінку та вимірювання товщини нижнього сегменту матки для термінів 36 і 38 тижнів гестації в 642 пацієнок з метою прогнозу розриву матки при спробі ВПКР.

Загальна частота випадків дефектів рубця була 4% (15 розривів, 10 неповних розривів). Частота дефектів зростала паралельно зі зменшенням товщини нижнього сегменту матки. Не було виявлено дефектів рубця у 278 жінок з товщиною нижнього сегменту більше 4,5 мм; три (2%) - у 177 жінок з товщиною нижнього сегмента 3.6-4.5 мм; чотирнадцять (10%) - у 136 жінок з товщиною нижнього сегмента 2,6 - 3,5 мм; та вісім (16%) - у 51 жінки з товщиною нижнього сегмента 1.6-2.5 мм.

Якщо за порогове значення прийняти 3,5 мм, то чутливість УЗ вимірювання складе 88%, специфічність - 72,2%, прогностична цінність позитивного результату - 11.8%, прогностична цінність негативного результату - 99.3%.

Однак, загальна частота випадків розриву матки в даній популяції склала 2,3%, що значно більше середньостатистичної - 1%. Таким чином, прогностична цінність позитивного результату подібного тесту в клінічній практиці буде значно нижче.

Прогностична цінність позитивного результату (positive predictive value) — ймовірність наявності захворювання у разі позитивного (патологічного) результату тесту. У даному випадку вона є низькою (11.8%), а це означає, що навіть якщо товщина нижнього сегменту буде менше 3,5 мм, імовірність того, що відбудеться розрив, — є низькою.



Висока прогностична цінність негативного результату (99.3%) (імовірність відсутності захворювання при негативному (нормальному) результаті тесту) говорить про те, що при товщині нижнього сегмента більше 3,5 мм ризик неспроможності рубця є мінімальним.

Однак автори включали у вимірювання слизову оболонку сечового міхура та очеревину. Одержані показники товщини нижнього сегмента не дають можливості оцінити справжню товщину міометрія, оскільки товщина стінки сечового міхура буде залежати від ступеня його наповнення.

*Rozenberg P, Goffinet F, Philippe HJ, Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess the risk of defects of scarred uterus. Lancet 1996;347:281–4.*

---

Для нотаток:



## Товщина нижнього сегменту: Яке значення вважати граничним?(2)

- **Товщина  $\leq 2$  мм**
  - При товщині  $\leq 2$  мм імовірність того, що відбудеться розрив **~100%**
  - Якщо товщина буде  $> 2$  мм, імовірність того, що при спробі ВПКР розрив не відбудеться - 86,7%
- **74% жінок з товщиною  $< 2$  мм та початком пологової діяльності мали безсимптомний розрив, знайдений під час КР**

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Gotoh H, Masuzaki H, et al. 2000

30

### Коментарі до слайду №30:

Fukuda та співавт. та Suzuki et al, використовуючи трансабдомінальний доступ, встановили, що товщина стінки нижнього сегменту матки у місці рубця, 2 мм або менша, є потенційно загрозливим симптомом для можливості розриву матки.

Gotoh та співавт., використовуючи трансвагінальне УЗД, продемонстрували, що 74% жінок з потоншенням товщини стінки нижнього сегменту матки у місці рубця менш ніж 2 мм мали неповний розрив матки, діагностований під час повторного кесарського розтину.

Cheung та співавт. вважають, що мінімальна товщина нижнього сегменту матки, яку не слід вважати загрозливою, становить 1 мм, але ця позиція не підтримується іншими дослідниками.

Таким чином, якщо за граничне значення прийняти товщину нижнього сегмента 2 мм, то чутливість тесту (сонографічної оцінки товщини рубця) зростає настільки, що прогностична цінність позитивного результату дорівнює приблизно 100%.

Це означає, що якщо товщина нижнього сегмента буде  $\leq 2$  мм, імовірність того, що розрив відбудеться – є майже 100%.

Gotoh H, Masuzaki H, Yoshida A, Yoshimura S, Miyamura T, Ishimaru T. Predicting incomplete uterine rupture with vaginal sonography during the late second trimester in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2000; 95:596–600.

Cheung et al., Sonographic Evaluation of the Lower Uterine Segment in Patients With Previous Cesarean Delivery *J Ultrasound Med* 2004; 23:1441–1447.

Мухомор О.І., Бубнов Р.В.

**СОНОГРАФІЯ РУБЦІВ НА МАТЦІ. УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ У РУБЦІ ПІСЛЯ КЕСАРЬСЬКОГО РОЗТИНУ, УСКЛАДНЕНОЇ НЕПОВНИМ РОЗРИВОМ МАТКИ У РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ. ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД ТА ОКРЕМІ КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами,  
відділення ультразвукової діагностики, Київ  
<http://www.ultrasound.net.ua/page/text/name=691>



### Товщина нижнього сегменту: Яке значення вважати граничним? (3)

- Товщина  $\geq 3,5$  мм
  - Ризик розриву низький (~0,7%)
- Товщина  $\leq 2$  мм
  - Ризик розриву високий (~100%)
  - Спроба ВПКР протипоказана
- Товщина  $> 2$  мм, але  $< 3,5$  мм
  - Ризик розриву може варіювати, в залежності від інших клінічних та анамнестичних факторів
    - Макросомія – ризик вище
    - Передчасні пологи – ризик нижче

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

31

#### Коментарі до слайду №31:

Існуючі на сьогоднішній день дослідження дозволяють визначити два порогових значення товщини нижнього сегмента. Якщо товщина 3,5 та більше — ризик мінімальний, якщо менше 2 мм — ризик високий. Якщо товщина коливається між цими величинами, то ризик розриву матки також може варіюватися залежно від інших супутніх клінічних та анамнестичних факторів.

#### Для нотаток:





## Дефекти тканини у нижньому сегменті

- Симптом «ніші» або локальне потоншення
- Випинання у місці потоншення, яке спрямовано у бік сечового міхура
  - З'являється під час перейми або ворущіння плода
  - Свідчить про неповний розрив матки
- Рубцева тканина

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

32

### Коментарі до слайду №32:

Можливі дефекти міометрію на всю товщу стінки у місці рубця при збереженні цілісності вісцеральної очеревини та достатньо щільних оболонок (за відсутності амніоніту чи хоріоамніоніту).

У таких пацієнток немає показів до екстреного розродження, вони потребують активного спостереження у термінах, коли зрілість плода є недостатньою.

За наявності дефектів при виконанні кесарського розтину товщина стінки матки буває настільки тонкою, що через амінотичні оболонки видно волосся плода, проте зберігається їхня цілісність.

Мухомор О.І., Бубнов Р.В.

**СОНОГРАФІЯ РУБЦІВ НА МАТЦІ. УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ У РУБЦІ ПІСЛЯ КЕСАРЬСЬКОГО РОЗТИНУ, УСКЛАДНЕНОЇ НЕПОВНИМ РОЗРИВОМ МАТКИ У РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ. ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД ТА ОКРЕМІ КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами,  
відділення ультразвукової діагностики, Київ  
<http://www.ultrasound.net.ua/page/text/name=691>

### Для нотаток:





Коментарі до слайду №33-34:

- Слайд 33 – Вагітна прийшла для другого скринінгового дослідження в терміні 19 тижнів. Скарг не має. Біль внизу живота не турбує. В анамнезі КР. Під час дослідження знайдено потоншення міометрію товщиною до 1,2 мм у ділянці рубця на матці, яке добре помітно на фоні сечового міхура.
- Слайд 34 – Ще один приклад локального потоншення міометрію.



- Слайд 35 - Вагітна, 32 роки, Вагітність 3, 20 тижнів, звернулась до лікаря зі скаргами на появу домішки крові у піхвових виділеннях. В анамнезі КР 3,5 роки тому та вдала спроба ВПКР 1 рік тому. Перебіг даної вагітності без особливостей. Два тижні тому проведено УЗД – патології не виявлено. Під час даного дослідження знайдено дефект стінки матки діаметром 2 см одразу позаду від сечового міхура (у ділянці рубця на матці), через який пролабують плодові оболонки. Діагноз неповного розриву матки підтверджено на МРТ. Вагітність була пролонгована, проводився контроль діаметру дефекту – з 26-го тижня діаметр почав збільшуватися. В терміні 31 тиждень проведено корпоральний КР у зв'язку з варіабельними децелераціями у плода. Вилучено живий плід масою 1750 г. На операції — сечовий міхур щільно з'єднаний злуками з нижнім сегментом матки та повністю ізолює ділянку розриву від черевної порожнини. Спільно з урологами було прийнято рішення не розширяти об'єм операції з огляду на те, що загрози життю жінки не було, а ризик пошкодження сечового міхура з наступними ускладненнями надзвичайно високий. Матка та черевна стінка ушиті. Жінка консультована з питань контрацепції та ризику, пов'язаного з наступною вагітністю. Вибраний метод контрацепції – чоловіку проведена вазектомія. Жінка виписана зі стаціонару на 4 добу. Дитина виписана додому у віці 2 тижня у задовільному стану.

*Hamar BD, Levine D, Katz NL, Lim KH.  
Expectant management of uterine dehiscence in the second trimester of pregnancy.  
Obstet Gynecol. 2003 Nov;102 (5 Pt 2):1139-42*

Для нотаток:



- Слайд 36 – Ділянка рубцевої тканини, під якою міометрій потоншений до 23 мм

Для нотаток:

## Алгоритм сонографічної оцінки нижнього сегменту у жінки з КР в анамнезі (1)

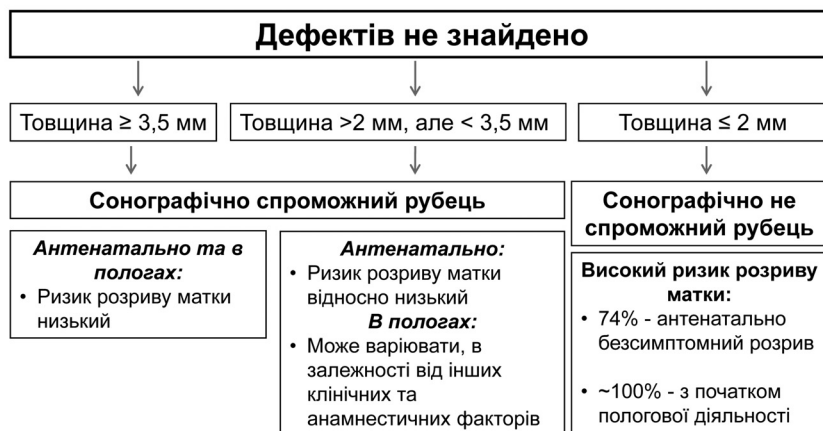
- Показання:
  - Планове УЗД
  - Біль внизу живота (диференційна діагностика з загрозою передчасних пологів, “гострим животом”)
  - Поступлення в стаціонар в пологах
    - Проводиться у випадку, коли можливість ВПКР не підтверджена до початку пологів
  - Відбір для спроби ВПКР

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

37

## Алгоритм (1)

- Оцініть наявність дефектів тканини
- Оцініть товщину нижнього сегменту



Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

38

Коментарі до слайду №37-41:

Представлено алгоритми дій залежно від результатів сонографічної оцінки нижнього сегменту та клінічної ситуації.

Слід особливо підкреслити, що за наявності потоншення нижнього сегменту  $< 2$  мм та у разі стабільного стану матері та плода негайний КР не завжди є виправданим. Якщо термін вагітності  $< 34$  тижнів, необхідно госпіталізувати вагітну та провести курс профілактики РДС протягом 2-х діб з наступним розродженням.

## Сонографічно спроможний рубець

- Планове УЗД
  - Продовжуйте антенатальне спостереження
- Біль внизу живота (диференційна діагностика з загрозою передчасних пологів, “гострим животом”)
  - Оцініть гемодинаміку у вагітної та стан плода
  - Оцініть стан шийки матки (цервікометрія, пальцеве дослідження)
  - Призначте терапію загрози передчасних пологів, якщо показана
  - У разі підозри на гостру хірургічну патологію продовжуйте обстеження спільно з хірургом
- Поступлення в стаціонар в пологах
  - Оцініть інші показники та визначте можливість продовжувати спробу ВПКР
- Відбір для спроби ВПКР
  - Оцініть інші показники та визначте можливість спроби ВПКР

39

Програма “Здоров’я матері та дитини” Швейцарія – Україна

## Сонографічно неспроможний рубець

- Планове УЗД
  - Госпіталізація
  - Якщо < 34 тижнів – призначте токолітики та кортикостероїди для профілактики РДС
    - Моніторинг стану рубця - При прогресуючому потоншенні або при появі болю – розродження
  - Якщо > 34 тижнів – розглянути питання про розродження (КР)
- Біль внизу живота
  - Госпіталізація
  - Оцінка гемодинаміки жінки та стану плода
    - Гемодинаміка не стабільна або дистрес плода, або > 34 тижнів – екстрене розродження
    - Гемодинаміка стабільна, ознак дистресу плода не має та термін < 34 тижнів – призначте токолітики та кортикостероїди для профілактики РДС
- Поступлення в стаціонар в пологах
  - Показаний КР
- Відбір для спроби ВПКР
  - Показаний КР

40

Програма “Здоров’я матері та дитини” Швейцарія – Україна

За наявності потоншення нижнього сегменту < 2 мм в терміні > 34 тижнів слід розглянути питання про розродження, оскільки плід вже не потребує профілактики РДС, а ризик розриву матки при цьому є великим.

У літературі описано ряд випадків консервативного ведення неповного розриву матки по рубцю до терміну вагітності, коли плід є життєздатним.

Описано випадок виявлення неповного розриву у терміні 20 тижнів і успішного пролонгування вагітності до 31 тижня з наступним КР.

*Hamar BD, Levine D, Katz NL, Lim KH Expectant management of uterine dehiscence in the second trimester of pregnancy. Obstet Gynecol. 2003 Nov;102(5 Pt 2):1139-42*







Описано також два випадки хірургічного відновлення неповного розриву матки, виявленого на 19 і 28 тижні, з подальшим пролонгуванням вагітності до 37 та 34 тижнів відповідно. В обох випадках розрив відбувся після лапароскопічної міомектомії.

*Matsunaga JS, Daly CB, Bochner CJ, Agnew CL. Repair of uterine dehiscence with continuation of pregnancy. Obstet Gynecol 2004;104:1211–2.*

*Sentilhes L, Sergent F, Verspyck E, Gravier A, Roman H, Marpeau L. Laparoscopic myomectomy during pregnancy resulting in septic necrosis of the myometrium. BJOG 2003; 110:876–8.*

Ці дані дають підстави вживати очікувальну тактику у випадку виявлення неповного розриву матки при недоношеній вагітності ( $< 34$  тижнів), стабільному стані матері й плода, відсутності ознак внутрішньочеревної кровотечі.

Для нотаток:

## Допологова госпіталізація (1)

- Не має досліджень, які б довели доцільність профілактичної госпіталізації у “критичні” терміни
- Відсутні наукові докази, які б обґрунтовували доцільність планової допологової госпіталізації та очікування початку пологової діяльності у вагітних з рубцем на матці після КР в стаціонарі.
  - Не має доказів того, що тактика допологової госпіталізації дозволяє знизити кількість розривів матки, материнську та неонатальну захворюваність та смертність
- **Однак в Україні ця практика була визнана як така, що ймовірно може бути корисною**

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

42

Коментарі до слайду №42-44:

Відсутні наукові докази, які б обґрунтовували доцільність планової допологової госпіталізації та очікування початку пологової діяльності у вагітних з рубцем на матці після КР в стаціонарі. Не має доказів того, що тактика допологової госпіталізації дозволяє знизити кількість розривів матки, материнську та неонатальну захворюваність та смертність.

Крім того, в розвинених країнах з системою страхової медицини, де кожен день перебування пацієнтки в стаціонарі оплачує страхова компанія, подібна тактика ведення жінок з рубцем на матці буде надзвичайно дороговартісною.

Однак в Україні ця практика була визнана як така, що ймовірно може бути корисною

**Всі жінки з рубцем на матці мають бути госпіталізовані у відповідний 303 у 38 тижнів вагітності для моніторингу стану жінки та плода, проведення консилиуму для остаточного узгодження тактики розродження.**

Особливості обстеження вагітної на етапі допологової госпіталізації

- При поступленні вагітної в стаціонар проводять загальноприйнятну оцінку соматичного та акушерського статусу, вивчають анамнез
- Проводиться забір крові для визначення групи та резус фактору, загальний аналіз крові, коагулограма. Проводиться загальний аналіз сечі, аналіз виділень. [D]
- Оцінюється стан плода: УЗД, КТГ [D]
- Додаткові обстеження проводять за наявності відповідних показань
- Проводиться консилиум лікарів для остаточного вирішення питання щодо тактики розродження



## Допологова госпіталізація (2)

- Всі жінки з рубцем на матці мають бути госпіталізовані у відповідний ЗОЗ у **38 тижнів** вагітності для моніторингу стану жінки та плода, проведення консилиуму для остаточного узгодження тактики розродження
  - Головною метою допологової госпіталізації є всебічна оцінка акушерської ситуації та прийняття остаточного рішення щодо способу розродження консилиумом лікарів спільно з вагітною та її близькими

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

43

Консультації жінок під час прийняття остаточного рішення відносно методу розродження (повинно бути задокументовано):

- Використання заповненої Таблиці 1 (Додаток №7) для врахування всіх існуючих протипоказань до спроби ВПКР, факторів, які підвищують імовірність успішних ВПКР; факторів, які можуть знижувати імовірність успішних ВПКР, та факторів, які можуть підвищити ризик розриву матки.
- Обговорення ризиків та переваг ВПКР та ЗПКР, включаючи можливий ефект на наступні вагітності
- В разі прийняття рішення відносно індукції пологів, ретельно обговорити ризики, пов'язані з кожним доступним методом індукції
- Підтримка жінки та її партнера в прийнятті рішення
- Повага власної думки жінки/родини
- Отримання поінформованої згоди, включаючи рішення жінки, та план надання допомоги

### Плановий повторний КР

Належність до групи ППКР може бути відома вже після попереднього КР, коли тип розрізу на матці (корпоральний, Т-подібний), або другий КР поспіль створюють протипоказання до спроби ВПКР у наступній вагітності. У інших випадках придатність до спроби ВПКР може з'ясуватися протягом усієї вагітності, але остаточне рішення має бути прийнято в терміні 38 тижнів вагітності.

Тим не менше, за відсутності інших станів та ускладнень вагітності, які потребують більш раннього розродження, група ППКР підпадає під тактику ведення інших вагітних, яким показаний плановий КР. Ключовим питанням у веденні цієї групи вагітних є визначення оптимального терміну розродження.

### Допологова госпіталізація (3)

- Якщо жінка відібрана для ППКР
  - Плановий КР має проводитись у терміні 39 повних тижнів, оскільки ризик дихальних розладів у новонародженого (РДС, транзиторне тахіпноє) в цьому терміні мінімальний

*Достовірність рекомендації В*
- Якщо жінка відібрана до ВПКР та самостійна пологова діяльність відсутня
  - Розродження повинно здійснюватися в терміні 41 повний тиждень, оскільки результати систематичного огляду (19 рандомізованих контрольованих досліджень, 7984 жінок) свідчать про те, що рутинна індукція пологів/розродження в цей термін достовірно знижує перинатальну смертність **на 70%**

*Достовірність рекомендації А*

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

44

За даними когортного дослідження, яке було проведено в Італії (2004 рік), неонатальна респіраторна захворюваність (транзиторне тахіпноє новонароджених (ТТН), РДС) була достовірно вище (в 2,6 рази) в групі новонароджених з групи планового КР, у порівнянні з групою вагінальних пологів (ВШ 2,6; 95% ДІ 1,35 - 5,9;  $p < 0,01$ ). Це підвищення було пов'язано з достовірним ростом РДС в цій групі в 5,9 разів (ВШ 5,85; 95% ДІ 2,27-32,4;  $p < 0,01$ ), в той час, коли ризик ТТН достовірно не відрізнявся від групи ВП.

Коли було проаналізовано частоту РДС в групі планового КР в залежності від терміну вагітності на момент розродження, виявили, що найвищий ризик РДС відповідав термінам від 37+0 до 38 + 6, коли він був підвищений майже у 13 разів, у порівнянні з групою ВП (ВШ 12,9; 95% ДІ: 3,57-35,53;  $p < 0,01$ ). В терміні більше ніж 39+0 тижнів достовірної різниці в частоті РДС між групами не виявлено.

*Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D.  
Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. Acta Paediatr. 2004 May;93(5):643-7.*

Інше крупне когортне дослідження, проведене в Данії (2008 рік), підтвердило наведені вище дані та встановило, що ризик респіраторної неонатальної захворюваності в групі планового КР не залежить від ступеню перинатального ризику (високий чи низький) та показань до КР.

*Anne Kirkeby Hansen Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study.  
BMJ. 2008;336:85-87*



## Висновки:

- Елективний КР супроводжується підвищеним ризиком респіраторної неонатальної захворюваності (ТТН, РДС) в наслідок «ятрогенної незрілості» та відсутності адаптивних реакцій новонародженого у відповідь на пологову діяльність. Можливим шляхом зниження ризику респіраторної неонатальної захворюваності буде:
  - Планування КР в терміні 39 повних тижнів вагітності
  - Проведення планового КР з початком пологової діяльності, що буде супроводжуватися включенням адаптивних реакцій новонародженого, навіть якщо термін розродження менше 39 повних тижнів
- Якщо жінка відібрана до ВПКР та самостійна пологова діяльність відсутня, розродження повинно здійснюватися в терміні 41 повний тиждень, оскільки результати систематичного огляду (19 рандомізованих контрольованих досліджень, 7984 жінок) свідчать про те, що рутинна індукція пологів/розродження в цей термін достовірно знижує перинатальну смертність на 70%

Оскільки група жінок, які відібрані для ВПКР, визнана як така, що має низький ризик розриву матки, то у деяких випадках вагітна може знаходитися дома, якщо:

- Вагітна відібрана для спроби ВПКР
  - Немає факторів ризику розриву матки
  - Сонографічно спроможний рубець
- Організовано спостереження за станом вагітної та плода в режимі денного стаціонару
  - Задовільний стан вагітної та плода
- Термін гестації менше 41 повного тижня
- Вагітна навчена розпізнавати небезпечні стани та ознаки початку пологів
- Вагітна може швидко дістатися лікарні з початком пологової діяльності або у разі виникнення загрозливих симптомів
- Жінка не проживає у сільській або гірській місцевості, де наявні погані дороги
- Відсутні складні погодні умови

*Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P.  
Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term.  
Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD004945.*

Для нотаток:



## Висновки (1)

- Вагітність після попереднього КР супроводжується підвищенням ризику деяких небезпечних ускладнень
- Повторна вагітність, яка виникла протягом 2 років після попереднього КР супроводжується високим ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти та розриву матки при спробі ВПКР
  - Найвищий ризик – вагітність протягом першого року після КР
- Після пологів шляхом КР жінці слід уникати вагітності щонайменше протягом перших 2-х років

45

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

## Висновки (2)

- Стандартна програма антенатального догляду передбачає профілактику ускладнень та ретельне спостереження за їх виникненням
- У вагітної після КР передлежання плаценти супроводжується високим ризиком її прирощення
- Сонографічна оцінка нижнього сегменту має враховувати товщину та структуру міометрію
  - Граничними значеннями товщини міометрію є:
    - > 3,5 мм – вірогідність відсутності розриву матки 99,3%
    - < 2 мм – ризик розриву матки ~ 100%

46

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №45-47:

Для нотаток:



### Висновки (3)

- Немає доказів того, що тактика допологової госпіталізації дозволяє знизити кількість розривів матки, материнську та неонатальну захворюваність та смертність
- Однак в Україні ця практика була визнана як така, що ймовірно може бути корисною, тому всі вагітні з рубцем на матці після КР мають бути госпіталізовані в терміні 38 тижнів
  - Головною метою допологової госпіталізації є всебічна оцінка акушерської ситуації та прийняття остаточного рішення щодо способу розродження

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

47

Для нотаток:



## Література

1. Мухомор О.І., Бубнов Р.В. СОНОГРАФІЯ РУБЦІВ НА МАТЦІ. УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ У РУБЦІ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ, УСКЛАДНЕНОЇ НЕПОВНИМ РОЗРИВОМ МАТКИ У РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ. ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД ТА ОКРЕМІ КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ  
Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, відділення ультразвукової діагностики, Київ. <http://www.ultrasound.net.ua/page/text/name=691>
2. Anne Kirkeby Hansen Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*. 2008;336:85-87.
3. Anne Kjersti Daltveit et al. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. *Obstet Gynecol* 2008; 111 (6): 1327-34.
4. Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ, Syrop CH. Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound. *Obstet Gynecol* 2003; 101:61-65.
5. Chandler Mohan, et al.. Prospective Analysis of Routine Ultrasound Screening of Cesarean Scars. Presented at the 40th Annual Clinical Topics in Gynecology and Obstetrics and John D. Thompson Resident Research Day Program. Friday, May 12, 2006.
6. Cheung et al., Sonographic Evaluation of the Lower Uterine Segment in Patients With Previous Cesarean Delivery *J Ultrasound Med* 2004; 23:1441-1447.
7. Christine H. Comstock, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2004) 190, 1135-40.
8. Darios Getahun, Yinka Oyelese, et al. Previous Cesarean Delivery and Risks of Placenta Previa and Placental Abruption. *Obstet Gynecol* 2006;107:771-8.
9. David A. Miller, Janet A. Chollet, T.Murphy Goodwin. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:210-4.
10. Flood KM, Said S, Geary M, et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200: 632.e1-632.e6.
11. Gotoh H, Masuzaki H, Yoshida A, Yoshimura S, Miyamura T, Ishimaru T. Predicting incomplete uterine rupture with vaginal sonography during the late second trimester in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2000; 95:596-600.
12. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004945.
13. Hamar BD, Levine D, Katz NL, Lim KH Expectant management of uterine dehiscence in the second trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2003 Nov;102(5 Pt 2):1139-42.
14. Hofmeyr GJ, et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002;(1).





15. Lonky NM, Worthen N, Ross MG. Prediction of cesarean section scars with ultrasound imaging during pregnancy. *J Ultrasound Med* 1989; 8:15–19.
16. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors*, WHO, 2002.
17. Matsunaga JS, Daly CB, Bochner CJ, Agnew CL. Repair of uterine dehiscence with continuation of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004;104:1211–2.
18. Robyn Kennare, et al. Risks of Adverse Outcomes in the Next Birth After a First Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2007;109: 270–6.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.
20. Rozenberg P, Goffinet F, Philippe HJ, Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess the risk of defects of scarred uterus. *Lancet* 1996;347:281–4.
21. Ruano R, Fontes R S, Zugaib M. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin: a systematic review and meta-analysis of the main randomized controlled trials. *Clinics.*2005; 60(5):407-414.
22. Sentilhes L, Sergent F, Verspyck E, Gravier A, Roman H, Marpeau L. Laparoscopic myomectomy during pregnancy resulting in septic necrosis of the myometrium. *BJOG* 2003; 110:876–8.
23. Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr.* 2004 May;93(5):643-7.
24. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. *JOGC FÉVRIER* February 2005; 164-174.
25. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *ACOG Practice Bulletin. #54.* American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol.* 2004;104, 303-12.
26. WHO: Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in countries. Practical Guide: Maternal Health and Safe Motherhood Programme. In Division of Family Health. Geneva: World Health Organization; 1994.





Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна



Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна





### Анамнестичні та клінічні дані

<p><b>Протипоказання для спроби ВПКР</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода й ін.)</li> <li>• Попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10,000) або Т-подібний розріз на матці (ризик розриву матки 190/10,000)</li> <li>• Розрив матки в анамнезі</li> <li>• Міомектомія з проникненням у порожнину матки в анамнезі, тубектомія; лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом</li> <li>• Розташування плаценти у ділянці рубця на матці [D]</li> <li>• Більше одного КР в анамнезі</li> <li>• Тазове передлежання</li> <li>• Відмова жінки від спроби ВПКР</li> <li>• <i>Сонографічно неспроможний рубець (товщина &lt; 2 мм, наявність дефектів тканини)</i></li> </ul>	
<p><b>Фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показання до попереднього КР, що не повторюються:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Неправильне положення плода,</li> <li>○ Тазове передлежання плода,</li> <li>○ Передлежання плаценти</li> <li>○ Прееклампсія</li> <li>○ Дистрес плода</li> <li>○ Відшарування нормально розташованої плаценти</li> <li>○ Випадіння петель пуповини тощо</li> </ul> </li> <li>• Вік матері менше 35 років</li> <li>• Бажання жінки/родини народити через природні пологові шляхи</li> <li>• ВПКР в анамнезі</li> <li>• Вагінальні пологи в анамнезі</li> </ul>	
<p><b>Фактори, які можуть знизити ймовірність успіху ВПКР</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ожиріння у матері</li> <li>• Вік матері більше 35 років</li> <li>• Великий плід (макросомія)</li> <li>• Показання до попереднього КР, що повторюються             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Клінічно вузький таз (особливо на тлі маси плода &gt;4000 г),</li> <li>○ Слабкість пологової діяльності</li> <li>○ Дистоція шийки матки</li> </ul> </li> <li>• Цукровий діабет, гестаційний діабет</li> <li>• Потреба в індукції пологів</li> <li>• Потреба у стимуляції пологів</li> <li>• Багатоводдя</li> </ul>	
<p><b>Фактори, асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проміжок між пологами менше 24 місяців</li> <li>• Попередній КР при терміні &lt;37 тижнів вагітності</li> <li>• Великий плід (макросомія)</li> <li>• Лихоманка у післяопераційному періоді</li> <li>• Багатоплідна вагітність</li> <li>• Однорядний шов на матці</li> <li>• <i>Товщина нижнього сегменту більше 2 мм але менше 3,5 мм</i></li> </ul>	





## **Навчальний модуль 3**

**Відбір кандидатів для спроби ВПКР.**



# Відбір кандидатів для спроби ВПКР

1

Коментарі до слайду №1:

Завданнями цього модулю є:

- Навчити учасників принципам відбору підходящого кандидату для спроби ВПКР
- Ознайомити учасників з чотирма групами факторів, які впливають на успішність ВПКР та ризик розриву матки під час спроби ВПКР
- Надати інформацію щодо значущості кожного з факторів
- Навчити користуватися таблицею для оцінки та відбору кандидатів для спроби ВПКР

Для нотаток:



## Кандидати для спроби ВПКР

- Одним із факторів попередження невдачі та розриву матки при спробі ВПКР є ретельний відбір підходящого кандидата
- Для ідентифікації кандидатів мають бути враховані наступні критерії відбору:
  - Протипоказання для спроби ВПКР
  - Фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР
  - Фактори, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР
  - Фактори, асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР

ACOG, 2004; SOGC, 2005; RCOG, 2007

2

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №2:

Одним із факторів попередження невдачі та розриву матки при спробі ВПКР є ретельний відбір підходящого кандидата.

Існуючі докази свідчать про те, що більшість пацієток, у яких при попередньому КР матка розкривалася поперечним розрізом у нижньому сегменті, і які не мають протипоказань до вагінальних пологів, є потенційними кандидатами для спроби ВПКР.

Крім того, у вищезгаданих посібниках окремо розглядаються акушерські стани, які не є протипоказаннями, але можуть впливати на ймовірність успішних ВПКР, а тому вимагають уважної оцінки в контексті конкретної акушерської ситуації.

Для ідентифікації кандидатів повинні бути враховані наступні критерії відбору:

- Протипоказання для спроби ВПКР
- Фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР
- Фактори, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР
- Фактори, асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

## Протипоказання до спроби ВПКР

- Наявність протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода й ін.)
- Попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10,000) або Т-подібний розріз на матці (ризик розриву матки 190/10,000)
- Розрив матки в анамнезі
- Міомектомія з проникненням у порожнину матки в анамнезі, тубектомія; лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом
- Розташування плаценти у ділянці рубця на матці [D]
- Більше одного КР в анамнезі
- Тазове передлежання
- Відмова жінки від спроби ВПКР
- *Сонографічно неспроможний рубець (товщина < 2 мм, наявність дефектів тканини)*

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

3

### Коментарі до слайду №3:

Доступні для огляду клінічні посібники Британської королівської колегії акушерів-гінекологів, Американської колегії акушерів-гінекологів і Канадської асоціації акушерів-гінекологів приводять наступні протипоказання для спроби ВПКР:

- Наявність протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода й ін.)
- Попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10,000) або Т-подібний розріз на матці (ризик розриву матки 190/10,000)
- Розрив матки в анамнезі
- Міомектомія з проникненням у порожнину матки в анамнезі, тубектомія; лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом
- Розташування плаценти у ділянці рубця на матці [D]
- Більше одного КР в анамнезі
- Тазове передлежання
- Відмова жінки від спроби ВПКР
- *Сонографічно неспроможний рубець (товщина < 2 мм, наявність дефектів тканини)*





### **Тазове передлежання**

Дані найкрупнішого на сьогоднішній день дослідження, присвяченого пошуку оптимального способу розродження при тазовому передлежанні та доношеній вагітності, свідчать про те, що елективний КР супроводжується достовірним покращенням перинатальних показників у порівнянні з вагінальними пологами.

Дані про оптимальне розродження при тазовому передлежанні й недоношеній вагітності, а також про народження другого плода з двійні в тазовому передлежанні на сьогоднішній день відсутні.

Дані щодо можливості ВПКР при тазовому передлежанні плода в доступній літературі відсутні.

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

---

Для нотаток:



## Фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР

Допологові	Інтранатальні
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показання до попереднього КР, що не повторюються:                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Неправильне положення плода,</li> <li><input type="checkbox"/> Тазове передлежання плода,</li> <li><input type="checkbox"/> Передлежання плаценти</li> <li><input type="checkbox"/> Прееклампсія</li> <li><input type="checkbox"/> Дистрес плода</li> <li><input type="checkbox"/> Відшарування нормально розташованої плаценти</li> <li><input type="checkbox"/> Випадіння петель пуповини, тощо</li> </ul> </li> <li>• Вік матері &lt; 35 років</li> <li>• Бажання жінки/родини народити через природні пологові шляхи</li> <li>• ВПКР в анамнезі</li> <li>• Вагінальні пологі в анамнезі</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спонтанний початок пологів</li> <li>• Зріла шийка матки на момент початку пологів</li> <li>• Друга половина активної фази першого періоду пологів на момент надходження в стаціонар (розкриття шийки матки 6 см та більше)</li> </ul>

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

4

Коментарі до слайду №4:

### Допологові фактори

- Показання до попереднього КР, що не повторюються:
  - Неправильне положення плода,
  - Тазове передлежання плода,
  - Передлежання плаценти
  - Прееклампсія
  - Дистрес плода
  - Відшарування нормально розташованої плаценти
  - Випадіння петель пуповини тощо
- Вік матері < 35 років
- Бажання жінки/родини народити через природні пологові шляхи
- ВПКР в анамнезі
- Вагінальні пологі в анамнезі

### Інтранатальні фактори

- Спонтанний початок пологів
- Зріла шийка матки на момент початку пологів
- Друга половина активної фази першого періоду пологів на момент надходження в стаціонар (розкриття шийки матки 6 см та більше)



## Фактори, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР

Допологові	Інтранатальні
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ожиріння у матері</li><li>• Вік матері більше 35 років</li><li>• Великий плід (макросомія)</li><li>• Показання до попереднього КР, що повторюються<ul style="list-style-type: none"><li>□ Клінічно вузький таз (особливо на тлі маси плода &gt;4000 г),</li><li>□ Слабкість пологової діяльності</li><li>□ Дистоція шийки матки</li></ul></li><li>• Цукровий діабет</li><li>• Багатоводдя</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Індукція пологів</li><li>• Слабкість пологової діяльності</li></ul>

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

5

Коментарі до слайду №5:

### Допологові фактори

- Ожиріння у матері
- Вік матері більше 35 років
- Передбачуваний великий плід
- Показання до попереднього КР, що повторюються
  - Клінічно вузький таз (особливо на тлі маси плода >4000 г),
  - Слабкість пологової діяльності
  - Дистоція шийки матки
- Цукровий діабет, гестаційний діабет
- Багатоводдя

### Інтранатальні фактори

- Індукція пологів
- Слабкість пологової діяльності



## Фактори, асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР

Допологові	Інтранатальні
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проміжок між пологами менше 24 місяців</li> <li>• Попередній КР при терміні &lt;37 тижнів вагітності</li> <li>• Великий плід (макросомія)</li> <li>• Лихоманка у післяопераційному періоді</li> <li>• Багатоплідна вагітність</li> <li>• Однорядний шов на матці</li> <li>• Товщина нижнього сегменту більше 2 мм, але менше 3,5 мм</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Індукція пологів</li> <li>• Пологопідсилення</li> </ul>

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

6

Коментарі до слайду №6:

### Допологові фактори

- Проміжок між пологами менше 24 місяців
- Попередній КР при терміні <37 тижнів вагітності
- Великий плід (макросомія)
- Багатоплідна вагітність
- Однорядний шов на матці
- Лихоманка у післяопераційному періоді
- Товщина нижнього сегменту більше 2 мм, але менше 3,5 мм

### Інтранатальні фактори

- Індукція пологів
- Пологопідсилення

Для нотаток:



## Великий плід

- Макросомія знижує ймовірність успіху спроби ВПКР до 42 – 55%
- За відсутності вагінальних пологів в анамнезі, збільшується ризик розриву матки **в 2,3 рази**
- Сприятлива комбінація:
  - Макросомія за наявності вагінальних пологів або вдалих ВПКР в анамнезі + КР проведено не з приводу клінічно вузького тазу з крупним плодом
- Несприятлива комбінація (*високий ризик невдачі при спробі ВПКР та розриву матки*):
  - Макросомія за відсутності вагінальних пологів або вдалої спроби ВПКР в анамнезі + КР проведено не з приводу клінічно вузького тазу з великим плодом + передбачувана маса плода більше, ніж у попередній вагітності

Landon M.B. et al, 2004  
Kimberly D.G. et al, 2008

7

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №7:

Аналіз чотирьох ретроспективних досліджень, а також проспективного когортного дослідження, проведеного Національним Інститутом Здоров'я Дитини й Розвитку Людини, США (NICHD study, 30 352 пологів), дозволив зробити висновок, що макросомія супроводжується більш низькою ймовірністю успішних ВПКР.

Частота успіху ВПКР склала за різними даними 55-67% у групі, що народили дітей з макросомією, та 75-83% — якщо діти мали масу тіла при народженні менше 4000 г.

В одному дослідженні (9960 жінок з рубцем на матці після КР) загальна частота успіху ВПКР склала 74%. При аналізі результатів у групі жінок, які мали в анамнезі тільки КР і не мали вагінальних пологів, було відзначено зниження частоти успішних ВПКР пропорційно збільшенню маси тіла при народженні: < 4000 г. — 68% , від 4000 до 4249 г — 52%, від 4250 до 4500 г — 45%, і > 4500 г — 38%.

У цій же групі жінок була достовірно підвищена частота розриву матки **у 2,5 рази**, у випадку якщо маса тіла дитини склала > 4000г, при відсутності в анамнезі вагінальних пологів. (Відносний ризик, 2,3;  $p < 001$ ).

Крім того, було виявлено, що ймовірність успішних ВПКР істотно знижується, якщо попередній КР було зроблено через клінічно вузький таз, та якщо передбачувана маса плода при даній вагітності більше, ніж у попередній. (*Рівень достовірності IIa, IIb, III*)

У недавньому великому, ретроспективному когортному дослідженні, були проаналізовані результати пологів 41 450 жінок з рубцем на матці після попереднього КР, які здійснили спробу ВПКР у лікувальних установах штату Каліфорнія, США. Наявність макросомії супроводжувалася частотою успіху ВПКР — 42%. При цьому макросомія була достовірно пов'язана з ризиком післяпологової кровотечі й збільшенням тривалості перебування в стаціонарі й не супроводжувалася збільшенням частоти розриву матки.



**Висновки:**

Макросомія достовірно знижує частоту успіху ВПКР.

При відсутності вагінальних пологів в анамнезі збільшується ризик розриву матки.

*Сприятливо:* макросомія при наявності вагінальних пологів або ВПКР в анамнезі й КР проведений не з приводу клінічно вузького таза з крупним плодом.

*Несприятливо (високий ризик невдачі ВПКР і розриву матки):* макросомія при відсутності вагінальних пологів в анамнезі, КР проведений із приводу клінічно вузького таза з крупним плодом, передбачувана маса плода більше, ніж при попередній вагітності.

*Kimberly D. Gregory, Lisa M. Korst et al. Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008; 198:452.e1-452.e12.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

*Guise JM, Hashima J, Osterweil P. Evidence-based vaginal birth after Caesarean section. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol 2005;19:117-30.*

*Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004;351:2581-9.*

*Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, et al. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Am J Obstet Gynecol 2003;188:824-30.*

---

Для нотаток:



## Багатоплідна вагітність

- При плануванні ВПКР у жінок із двійнею, необхідними є обережний підхід та уважна оцінка акушерської ситуації, оскільки достовірні дані про ефективність і безпеку спроби ВПКР при даних ситуаціях відсутні
- Існуючі дані свідчать про те, що
  - Імовірність успіху спроби ВПКР може коливатися від 45% до 84%
  - Ризик розриву матки достовірно невідомий, але може бути підвищений внаслідок надмірного розтягнення матки

Ford A.A. et al, 2006

8

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №8:

При плануванні ВПКР у жінок із двійнею необхідними є обережний підхід та уважна оцінка акушерської ситуації, оскільки достовірні дані про ефективність і безпеку спроби ВПКР при даних ситуаціях відсутні

Когортне дослідження, проведене Національним Інститутом Здоров'я Дитини й Розвитку Людини (NICHD study) (186 двоєнь), одне ретроспективне дослідження, проведене в США (535 двоєнь) і огляд ще семи досліджень (233 двоєнь) продемонстрували однакову частоту успішних ВПКР для вагітності двійнею і вагітності одним плодом (65-84%) без збільшення ризику материнської й неонатальної захворюваності й смертності.

Однак, одне популяційне дослідження показало трохи меншу частоту успіху (45%) для багатоплідних пологів, у порівнянні з одноплідними, при схожому ризикові розриву матки (90/10,000). (*Рівень достовірності IIa, IIb, III*)

Ризик розриву матки достовірно невідомий, але може бути підвищений внаслідок надмірного розтягнення матки

### Для нотаток:





**Висновок:**

Згідно з доступними клінічними керівництвами багатоплідна вагітність не є протипоказанням до спроби ВПКР (*Рівень достовірності IIb*).

*Guise JM, Hashima J, Osterweil P. Evidence-based vaginal birth after Caesarean section. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol 2005;19:117–30.*

*Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004;351:2581–9.*

*Cahill A, Stamilio DM, Pare E, Peipert JP, Stevens EJ, Nelson DB, et al. Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies: is it safe? Am J Obstet Gynecol 2005;193:1050–5.*

*Ford AA, Bateman BT, Simpson LL. Vaginal birth after cesarean delivery in twin gestations: a large, nationwide sample of deliveries. Am J Obstet Gynecol 2006;195:1138–42.*

---

Для нотаток:



## Проміжок між пологами

- Ризик розриву матки при спробі ВПКР достовірно збільшений у 2-3 рази якщо інтервал між пологами <24 місяців
- Частота розриву матки:
  - Менше 12 місяців – 4,8%
  - 13-24 місяців – 2,7%
  - 25-36 місяців – 0,9%
  - Більше 36 місяців – 0,9%

Bujold E, et al, 2002  
RCOG, 2007

9

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №9:

Три невеликих спостережувальних дослідження продемонстрували **дво-трикратне** підвищення ризику розриву матки в жінок з інтервалом між пологами менше 24 місяців.

В 2002 році були опубліковані результати найбільш крупного спостережувального дослідження, у якому взяли участь 1527 жінок. У цих жінок було вжито спробу ВПКР, при якій вивчалися результати залежно від тривалості інтервалу після першого КР. Частота розриву матки розподілилася в такий спосіб:

- Менше 12 місяців - 4,8%,
- 13-24 місяців - 2,7%;
- 25-36 місяців - 0,9%
- Більше 36 місяців - 0,9%.

### Висновки:

Ризик розриву матки при спробі ВПКР достовірно підвищений, якщо інтервал між пологами становить менше 24 місяців. **(Достовірність рекомендації В)**

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier R. Interdelivery interval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002;187:1199–202.*



## Попередній КР у терміні менше 37 тижнів

- У жінок, які мають в анамнезі КР в терміні до 37 тижнів вагітності у порівнянні з жінками, які мали в анамнезі КР в терміні  $\geq 37$  тижнів, ризик розриву матки при спробі ВПКР у наступній вагітності в **1,6 – 2,0 рази** вище

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Sciscione A.C., et al. 2008

10

### Коментарі до слайду №10:

У проспективному спостережувальному дослідженні, проведеному в США з 1999 по 2002, вивчалася залежність між терміном вагітності на момент проведення КР при попередній вагітності та ризиком розриву матки в наступній вагітності. У дослідження були включені 41 367 жінок, які мали рубець на матці після попереднього КР.

**РЕЗУЛЬТАТИ:** Попередні передчасні пологи шляхом операції КР супроводжувалися достовірним підвищенням ризику розриву матки під час ВПКР **у 2 рази** (0.58% у порівнянні з 0.28%,  $p < 0,001$ , ВШ 2.05, 95% ДІ 1.39-3.03). Серед жінок, які здійснили спробу вагінальних пологів з рубцем на матці, було також виявлено збільшення ризику розриву матки в групі з передчасними родами шляхом КР в анамнезі, однак це збільшення не було статистично достовірним (1.00% у порівнянні з 0.68%,  $p = 0,081$ ) (ВШ 1.48%, 95% ДІ 0.95-2.31).

В результаті мультиваріабельного аналізу з урахуванням таких факторів, як використання окситоцину, два й більше КР в анамнезі, КР протягом двох останніх років, передчасні пологи в наступній вагітності — пацієнтки, що мають в анамнезі КР у терміні до 37 тижнів, мали більш високий ризик розриву матки під час ВПКР **у 1,6 рази** ( $p = 0,043$ , ВШ 1.6, 95% ДІ 1.01-2.50) у порівнянні з жінками, які мали в анамнезі КР при доношеній вагітності.

**ВИСНОВКИ:** Жінки, що мають в анамнезі КР у терміні до 37 тижнів, мають у 1,6 – 2,0 рази вище ризик розриву матки при спробі ВПКР в порівнянні з жінками, які мали в анамнезі КР при доношеній вагітності. *Рівень достовірності: II*

Sciscione, Anthony C.; Landon, Mark B. Previous Preterm Cesarean Delivery and Risk of Subsequent Uterine Rupture. *Obstetrics & Gynecology*. 111(3):648-653, March 2008





Коментарі до слайду №11:

У даному дослідженні найбільша частота розривів матки була в групі жінок, які мали в анамнезі КР до 37 тижнів, а в наступній вагітності — термінові пологи. Найменша частота розриву матки відзначалася в жінок, які мали в анамнезі термінові пологи шляхом КР, а в наступній вагітності передчасні пологи. Ці дані збігаються з даними інших авторів (Quinones et al 2005, Durnwald, 2005), які також виявили меншу частоту розриву матки по рубцю у випадку передчасних пологів.

Можливе пояснення того, що рубець після кесарського розтину до 37 тижнів має більший ризик розірватися, може полягати в наступному:

- У випадку передчасного розродження, особливо за відсутності пологової діяльності, нижній сегмент матки не сформований. До того ж, чим менше строк вагітності, тим вище може бути зроблено поперечний розріз на матці, у порівнянні з доношеною вагітністю. Внаслідок цього, якщо наступна вагітність доношена, рубець на матці може розташовуватися не в нижньому сегменті, а в області тіла матки.
- Хоча в даному дослідженні причини попереднього КР у терміні до 37 тижнів не аналізувалися, цілком імовірно, що багато жінок були прооперовані після передчасного вилиття навколоплідних вод і тривалого безводного періоду (щонайменше, 2 доби необхідні для проведення курсу профілактики РДС кортикостероїдами). На сьогоднішній день визнано, що в патогенезі передчасних пологів і передчасного вилиття навколоплідних вод важливу роль грає наявність субклінічного хоріонамніоніту та пов'язана з ним продукція прозапальних цитокінів у міометрії. У цьому випадку наявність запального процесу, імовірно, порушує процеси формування повноцінного рубця на матці й обумовлює не тільки більш частий, але й більш ранішній розрив матки (до початку пологів) у групі жінок, які мають рубець на матці після КР, проведеного до 37 тижнів вагітності.

Sciscione, Anthony C.; Landon, Mark B. *Previous Preterm Cesarean Delivery and Risk of Subsequent Uterine Rupture. Obstetrics & Gynecology. 111(3):648-653, March 2008*

Durnwald C. *The MFMU cesarean registry: safety and efficacy of VBAC in preterm trial of labor [abstract]. Am J Obstet Gynecol 2005;193:S20*

Quinones JN, Stamilio DM, Pare E, Peipert JF, Stevens E, Macones GA. *The effect of prematurity on vaginal birth after cesarean delivery: success and maternal morbidity. Obstet Gynecol 2005;105:519–24.*

---

Для нотаток:



## Передчасні ВПКР

- Успіх спроби передчасних ВПКР такий же, як при доношеній вагітності
- Ризик розриву матки достовірно нижче у порівнянні з доношеною вагітністю
  - Повний розрив - 34/10 000 проти 74/10 000
  - Неповний розрив - 26/10 000 проти 67/10 000

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Quinones J.N. et al, 2005  
RCOG, 2007

12

### Коментарі до слайду №12:

Ретроспективне когортне дослідження продемонструвало, що жінки, у яких пологи відбуваються в терміні гестації 24-36 тижнів, мають більшу ймовірність успішних ВПКР, у порівнянні з пологами при доношеній вагітності — 82% і 74% відповідно, а також дещо більш низький ризик розриву матки.

За результатами проспективного NICHD study частота успіху ВПКР при доношеній і недоношеній вагітності була однаковою (72.8% проти 73.3%), тоді як частота повного розриву матки (34/10,000 проти 74/10,000) і неповного розриву матки (26/10,000 проти 67/10,000) були достовірно нижче при передчасних пологах.

У тому ж дослідженні перинатальні результати при передчасних ВПКР і передчасних пологах шляхом елективного кесарського розтину були схожими.

### Рекомендації:

- Таким чином, у жінок з рубцем на матці після КР, в яких пологи почалися передчасно, успіх спроби передчасних ВПКР такий же, як і при спробі ВПКР при доношеній вагітності, але ризик розриву матки при цьому достовірно нижчий. (Рівень достовірності IIa-IIb, Достовірність рекомендації **B**)

Quinones JN, Stamilio DM, Pare E, Peipert JF, Stevens E, Macones GA. The effect of prematurity on vaginal birth after cesarean delivery: success and maternal morbidity. *Obstet Gynecol* 2005; 105:519–24.

Durnwald CP, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, MacPherson C, Varner MW, et al. The Maternal–Fetal Medicine Units Cesarean Registry: safety and efficacy of a trial of labor in preterm pregnancy after a prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1119–26.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.

## Більше, ніж один, КР в анамнезі

- Ризик розриву матки після двох КР є високим та коливається в межах **від 1% до 3,7%**, тобто **в 2-7 разів вище**, ніж у жінок з одним КР в анамнезі
- Серед жінок, що мають в анамнезі два КР, тільки такі можуть бути відібрані як кандидати для спроби ВПКР, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи

ACOG, 2004  
RCOG, 2007

13

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №13:

У США жінки, які мають в анамнезі дві операції КР, при яких матка розкривалася поперечним розрізом у нижньому сегменті, традиційно вважалися кандидатами на спробу ВПКР. Однак декілька досліджень, що вивчали дане питання, продемонстрували, що ризик розриву матки після двох КР є досить високим і коливається в межах від 1% до 3,7%.

В одному дослідженні були проаналізовані історії пологів 3757 жінок, які здійснили спробу ВПКР, маючи в анамнезі 1 або 2 КР. Для обох груп порівнювався ризик розриву матки під час пологів. Було продемонстровано, що ризик був **у 5 разів** більше в жінок із двома КР в анамнезі, у порівнянні з жінками з одним КР.

### Висновки:

Ризик розриву матки після двох КР є досить високим і коливається в межах від 1% до 3,7% (Достовірність рекомендації **B**)

Серед жінок, що мають в анамнезі два КР, тільки такі можуть бути відібрані як кандидати для спроби ВПКР, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи. (Достовірність рекомендації **B**)

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*Caughey AB, Shipp TD, et al. Rate of uterine rupture in women with one or two prior cesarean deliveries. Am. J Obstet Gynecol 1999;181:872-6.*





## Вагінальні пологи в анамнезі

- Жінки, що мають в анамнезі хоча б одні мимовільні вагінальні пологи, мають **в 9-28 разів** більше ймовірність успішної спроби ВПКР у порівнянні з такими, що не народжували через природні пологові шляхи
- У випадку якщо попередніми пологами були успішні ВПКР, ймовірність невдачі при наступних спробах знижується на 30-90%

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Caughey AB, Shipp TD, et al, 1998

14

### Коментарі до слайду №14:

Жінки, що мають в анамнезі хоча б одні мимовільні вагінальні пологи, мають в 9-28 разів більше ймовірність успішної спроби ВПКР у порівнянні з такими, що не народжували per vias naturalis.

У випадку якщо попередніми пологами були успішні ВПКР, ймовірність невдачі при наступних спробах знижується на 30-90%.

*Macones GA, Hausman N, et al. Predicting outcomes of trials of labour in women attempting vaginal birth after cesarean delivery: a comparison of multivariate methods with neural networks. Am J Obstet Gynecol 2001;184: 409-13.*

*Caughey AB, Shipp TD, et al. Trial of labor after cesarean delivery: the effect of previous vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol 1998;179:938-41.*

*Shimonovitz S, Botosneano A, Hochner-Celnikier D. Successful first vaginal birth after Cesarean section: a predictor of reduced risk for uterine rupture in subsequent deliveries. Indian Med Assoc J 2000;2:526-8.*

### Для нотаток:





## Розріз на матці

- Необхідно прикласти всі зусилля для отримання документальних даних щодо типу розрізу на матці, за попереднього КР
- У випадку якщо це не можливо, варто спробувати детально з'ясувати обставини проведення операції
  - Показання, екстреність, перебіг післяопераційного періоду (лихоманка, застосування антибіотиків за лікувальною схемою, інфекція області хірургічного втручання)
- Якщо отримана інформація дає підстави припустити корпоральний КР або, що більш імовірно, Т-подібний розріз на матці, жінці варто запропонувати ППКР

ACOG, 2004; SOGC, 2005; RCOG, 2007

15

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №15:

У жінок, у яких матка розкривалася поперечним розрізом у нижньому сегменті, ризик розриву при спробі ВПКР становить 0,2-0,7%. При наявності корпорального (класичного) або Т-образного розрізу на матці, ризик розриву при спробі ВПКР становить 4% і 9% відповідно.

### Рекомендації:

Необхідно докласти всіх зусиль для отримання документальних даних щодо типу розрізу на матці за попереднього КР. У випадку якщо це не можливо, варто спробувати детально з'ясувати обставини проведення операції (показання, екстреність), перебіг післяопераційного періоду (лихоманка, застосування антибіотиків за лікувальною схемою, інфекція області хірургічного втручання (IOXB).

Якщо отримана інформація дає підстави припустити корпоральний КР або, що більш імовірно, Т-образний розріз на матці, жінці варто запропонувати елективний КР. (Рівень достовірності IIb, Достовірність рекомендації **B**)

McMahon MJ. Vaginal birth after Cesarean. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:369–81.

Gilliam M, Rosenberg D, Davis D. The likelihood of placenta previa with greater number of Cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol* 2002;99:976–80.

Scott JR. Avoiding labor problems during vaginal birth after Cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol* 1997;40:533–41.

Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol.* 2004;104, 303-12



## Гестаційний діабет

- Частота успіху ВПКР у жінок з гестаційним діабетом нижче, ніж у жінок без діабету та становить 58,2% - 64,1%
- Будь-якого зв'язку гестаційного діабету з розривом матки не виявлено
- Гестаційний діабет не є протипоказанням для спроби вагінальних пологів

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

SOGC, 2005

16

### Коментарі до слайду №16:

У двох ретроспективних когортних дослідженнях вивчалось питання спроби ВПКР у жінок із гестаційним діабетом. Вказано, що частота успіху ВПКР у жінок із гестаційним діабетом нижче, ніж у жінок без діабету, й становить 64,1% та 77,2% відповідно, ( $p < 0,001$ ). Материнська й неонатальна захворюваність достовірно не відрізнялися.

У недавньому великому, ретроспективному когортному дослідженні, були проаналізовані результати пологів 41 450 жінок з рубцем на матці після попереднього КР. Наявність діабету супроводжувалося частотою успіху ВПКР — 58,2%.

При цьому наявність гестаційного діабету достовірно асоціювалася з ускладненнями анестезії, збільшенням тривалості перебування в стаціонарі як матері, так і дитини, неонатальною інфекцією й дихальними розладами в немовляти. Будь-якого зв'язку гестаційного діабету з розривом матки виявлено не було.

### Висновок:

Гестаційний діабет не є протипоказанням для спроби вагінальних пологів (IIb).

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

*Kimberly D. Gregory, Lisa M. Korst et al. Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008; 198:452.e1-452.e12.*



## Ожиріння у жінки

- Успішні ВПКР у **13%** випадків
- Найбільш часті показання до КР при спробі ВПКР:
  - Слабкість пологової діяльності (46%)
  - Дистрес плода (38%)
  - Індукція без ефекту (15%)
- Дані відносно впливу на частоту розриву матки наразі відсутні

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Chauhan, Suneet P, 2001

17

### Коментарі до слайду №17:

У проспективному дослідженні взяло участь 69 жінок, що мали в анамнезі КР. Критерієм для включення в дослідження була маса тіла жінки 300 фунтів (близько 150 кг). З них здійснили спробу ВПКР 30 жінок (43%).

Успішні вагінальні пологи відбулися в 4 (13%). Причинами невдачі стали слабкість пологової діяльності (46%), дистрес плода (38%) та індукція без ефекту (15%).

Таким чином, у даному дослідженні частота успіху ВПКР у жінок з ожирінням була низькою (менш 15%).

Наведені дані не дозволяють зробити остаточний висновок щодо впливу ожиріння на ймовірність успішних ВПКР. Необхідні подальші дослідження.

*Chauhan, Suneet P. Mode of delivery for the morbidly obese with prior cesarean delivery: Vaginal versus repeat cesarean section. Am J Obstet Gynecol, 2001;185:349-54.*

### Для нотаток:



## Вагітність у терміні більше 40 тижнів

- Частота успіху ВПКР і ризик розриву матки в жінок, які народили до 40 тижнів вагітності, у порівнянні з тими, в кого пологи почалися після 40 тижнів, були однакові
- Ризик розриву матки після 40 тижнів достовірно не збільшувався як для спонтанних, так і для індукованих пологів
- Термін гестації більше 40 тижнів не є протипоказанням для спроби ВПКР

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

SOGC, 2005

18

### Коментарі до слайду №18:

За даними двох досліджень частота успіху ВПКР і ризик розриву матки в жінок, які народили до 40 тижнів вагітності, у порівнянні з тими, у кого пологи почалися після 40 тижнів, були однакові. Частота успіху ВПКР після 40 тижня склала 65,6% - 73,1% і була порівняно такою ж для пологів до 40 тижня.

Zelop із співавт. також порівнювали ризик розриву матки в жінок, які здійснили спробу ВПКР до та після 40 тижня. За даними цих авторів ризик розриву матки після 40 тижнів достовірно не збільшувався як для спонтанних (1.0 % проти 0.5%,  $P = 0.2$ , ВШ, 2.1; 95% ДІ, 0.7-5.7), так і для індукованих пологів (2.6% проти 2.1%,  $p = 0.7$ , ВШ, 1.1; 95% ДІ, 0.4-3.4)

### **Висновок:**

Термін гестації більше 40 тижнів не є протипоказанням для спроби ВПКР (B II).

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

*Zelop, Carolyn M. et al., Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 181(4):882-886, October 1999*

### Для нотаток:



## Вік матері

- Вік 35 років і більше супроводжується більш низькою частотою (на 27%- 53%) успішних вагінальних пологів
  - Як у жінок, які мають вагінальні пологи в анамнезі, так і тих, які не мають вагінальних пологів в анамнезі
- Частота розриву матки після 35 років достовірно не збільшується

Bujold E et al., 2004

19

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №19:

У когортному дослідженні вивчався вплив віку матері на частоту успішних ВПКР та розрив матки.

У дослідження ввійшли 2493 жінки з одноплідною вагітністю, що здійснили спробу ВПКР після КР у нижньому сегменті в період з 1988 по 2002 у регіональному перинатальному центрі. Жінок розділили на три групи відповідно до віку – менше 30 років, 30-35 років і більше 35 років.

Частота розриву матки була порівняльною у всіх трьох групах. Успішність ВПКР мала зворотну залежність від віку матері. Було встановлено, що вік 35 років і більше супроводжується більш низькою частотою успішних вагінальних пологів як у жінок, які мають вагінальні пологи в анамнезі (ВШ 0.73, 95% ДІ: 0.56-0.94), так і в тих, які їх не мають (ВШ: 0.47, 95% ДІ: 0.29-0.74).

*Bujold, Emmanuel et al., Trial of labor in patients with a previous cesarean section: Does maternal age influence the outcome? American Journal of Obstetrics & Gynecology. 190(4):1113-1118, April 2004.*

### Для нотаток:



## Індукція і стимуляція (1)

- Індукція / стимуляція пологів у порівнянні зі спонтанним початком пологів супроводжується
  - 2-3-х-кратним збільшенням ризику розриву матки
  - 1,5-кратним збільшенням ризику КР
- Ризик розриву матки:
  - Індукція – **102** /10 000 ВПКР
  - Стимуляція – **87** /10 000 ВПКР
  - Спонтанний початок пологів – **36** /10 000 ВПКР
- Ризик КР при спробі ВПКР
  - Індукція – 33%
  - Стимуляція – 26%
  - Спонтанний початок пологів – 19%

RCOG, 2007

20

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №20-22:

### **Індукція пологів**

Індукція пологів/пологопідсилення супроводжується 2-х - 3-х кратним збільшенням ризику розриву матки й 1,5 - кратним ризиком КР у порівнянні зі спонтанними пологами. (В, II)

Індукція простагландинами в жінок з рубцем на матці протипоказана, оскільки супроводжується дуже високим ризиком розриву матки (102/10 000).

Вагінальні дослідження повинна здійснювати, найкраще, одна й та ж сама особа для достовірного визначення адекватності прогресу пологів і рішення питання про доцільність продовження ВПКР.

У проспективному когортному дослідженні, проведеному Національним Інститутом Здоров'я Дитини й Розвитку Людини, США (NICHD study, 30 352 пологів) ризик розриву матки склав 102,87 і 36/10 000 ВПКР для індукованих пологів, пологів зі стимуляцією й спонтанними пологами відповідно (для порівняння, ризик розриву неоперованої матки становить у середньому 2/10 000) У тім же дослідженні частота КР у жінок, що здійснили спробу ВПКР, була 33%, 26% і 19%.

Для нотаток:



## Індукція і стимуляція (3)

- Індукція простагландінами в жінок з рубцем на матці **протипоказана**, оскільки супроводжується дуже високим ризиком розриву матки (102/10 000)
- Використання окситоцину у жінок з рубцем на матці не протипоказано
- Однак жінка/родина мають бути поінформовані щодо ризику, пов'язаного з використанням утеротоніку

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

RCOG, 2007

21

У двох дослідженнях порівнювалися результати індукції простагландінами та не-простагландинової індукції. Аналіз національних статистичних даних Шотландії продемонстрував статистично достовірно більш високий ризик розриву матки в групі індукції простагландінами в порівнянні з не-простагландиновою індукцією (87/10 000 і 29/10 000 і більше високий ризик перинатальної смерті, пов'язаної з розривом матки (11,2/10 000 проти 4,5/10 000).

Для порівняння — ризик перинатальної смерті в жінок з інтактною маткою, яким проводилась індукція простагландінами, становить 6/10 000.

### **Стимуляція пологів.**

Немає прямих наукових обґрунтувань того, який прогрес у зміні консистенції, згладжуванні й розкритті шийки матки вважати припустимим, а який неприпустимим при стимуляції пологів у жінок з рубцем на матці.

В одному дослідженні було показано, що ймовірність успішних ВПКР не збільшується, якщо стимуляція триває більше 6-8 годин. Занепокоєння з приводу збільшення ризику розриву матки змушує деяких фахівців пропонувати більш низький часовий поріг для ухвалення рішення про припинення спроби ВПКР — 2 години стимуляції без прогресу розкриття шийки матки.

Для нотаток:





### Індукція і стимуляція (4)

- Призначення стимуляції пологів при веденні ВПКР вимагає ретельної оцінки акушерської ситуації та консультування жінки/сімейної пари
- Краплинна інфузія окситоцину повинна ретельно контролюватися
  - Швидкість інфузії повинна бути такою, щоб частота перейм в активній фазі I-го періоду пологів була 3-4 за 10 хвилин, кожна тривалістю 45-60 секунд
- Вагінальні дослідження повинна здійснювати, найкраще, одна й та ж сама особа
- **Провідна роль у визначенні частоти вагінальних досліджень, а також в ухваленні рішення про припинення /продовження спроби ВПКР належить лікареві**

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

22

Додатковий ризик, пов'язаний з використанням стимуляції пологів за наявності рубця на матці, означає, що:

- Призначення стимуляції пологів при веденні ВПКР вимагає ретельної оцінки акушерської ситуації, консультування матері. Провідна роль в ухваленні рішення належить лікареві.
- Краплинна інфузія окситоцину повинна ретельно контролюватися. Швидкість інфузії повинна бути такою, щоб частота переймів не перевищувала від 4 до 10 хвилин. (В ідеалі - 3-4 перейми за 10 хвилин, кожна тривалістю 45-60 секунд).
- Вагінальні дослідження повинна здійснювати, найкраще, одна й та ж сама особа для достовірного визначення адекватності прогресу пологів та прийняття рішення про доцільність продовження ВПКР.
- Провідна роль у визначенні частоти вагінальних досліджень, а також ухвалення рішення про припинення спроби ВПКР належить лікареві

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45  
BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*Zelop, Carolyn M. et al., Uterine rupture during induced or augmented labor  
in gravid women with one prior cesarean delivery.  
American Journal of Obstetrics & Gynecology. 181(4):882-886, October 1999.*

Для нотаток:



## Показання до першого КР

- Збільшують імовірність успішних ВПКР до 75-86% показання, які не повторюються:
  - Тазове передлежання
  - Поперечне та косе положення плода
  - Прееклампсія
  - Передлежання плаценти
  - Дистрес плода
- Знижують імовірність успішних ВПКР до 50% показання, які можуть повторюватися
  - Слабкість пологової діяльності
  - Клінічно вузький таз (особливо на фоні макросомії)

ACOG, 2004

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

23

### Коментарі до слайду №23:

Частота успіху вагінальних пологів у жінок, яким попереднє КР було зроблено за так званими «показаннями, які не повторюються» (неправильне положення плода, дистрес плода, тяжка прееклампсія та ін.) не відрізняється від такої для жінок, що не мають КР в анамнезі (75-86%).

Якщо ж КР було зроблено через клінічно вузький таз або слабкість родової діяльності, тобто за «показаннями, які повторюються» частота успіху може бути нижчою (~50%).

Якщо попереднє КР з приводу слабкості пологової діяльності було зроблено за розкриття шийки матки 5-9 см, 67-73% спроб ВПКР будуть успішними.

Якщо ж попереднє КР було зроблено при повному розкритті шийки матки, ймовірність успіху ВПКР — 13%

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

### **Фактори, значущість яких достовірно не встановлено**

Для нотаток:



## Ушивання матки: однорядний або дворядний шов

- Результати ВПКР у 2142 жінок:
  - Ризик розриву матки достовірно вищий у жінок, яким матка ушивалася однорядним швом у порівнянні з дворядним
    - **3,1% проти 0,5%**, ВШ 3.95; 95% ДІ, 1.35-11.49  $P < 0.001$ )
  - Для остаточного висновку у даному питанні необхідні додаткові дослідження

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

24

Bujold et al. , 2002

### Коментарі до слайду №24:

В 1992 році Hauth et al., а в 1996 році — Ohel et al, опублікували дані досліджень, у яких порівнювалися тривалість операції, частота ендометритів, трансфузії й накладення додаткових гемостатичних швів у жінок, яким матка ушивалася однорядним швом, у порівнянні з дворядним. Єдина достовірна різниця була продемонстрована для тривалості операції: у середньому 44 хвилини для однорядного шва й 48 хвилин — для дворядного ( $P < 0.05$ ). З тих пір у багатьох клініках з'явилася тенденція більш частого використання однорядного шва.

В 1997 році Charman et al. опублікували результати спостереження за 145 жінками, які при попередньому КР були рандомизовані на однорядний або дворядний шов, а в наступній вагітності здійснили спробу ВПКР. Не було продемонстровано достовірної різниці в результатах вагітності й пологів для обох груп.

Однак, у 2002 році Bujold et al., проаналізувавши результати в 2142 жінок, що здійснили спробу ВПКР, відзначили, що ризик розриву матки достовірно вищий в жінок, яким матка ушивалася однорядним швом у порівнянні з дворядним (3.1% проти 0.5%,  $P < 0.001$ ; ВШ, 3.95; 95% ДІ, 1.35-11.49).

Проте, для остаточного висновку у даному питанні необхідні додаткові дослідження.

Відсутні дані щодо впливу шовного матеріалу, яким ушивали матку, на частоту розривів матки при спробі ВПКР.

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*



## Лихоманка у післяопераційному періоді

- В одному дослідженні було продемонстровано, що лихоманка у післяопераційному періоді збільшує ризик розриву матки **в 4 рази** у наступній вагітності
- Питання потребує подальшого вивчення

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

SOGC, 2005

25

### Коментарі до слайду №25:

В одному дослідженні дуже низької якості було продемонстровано, що лихоманка у післяопераційному періоді збільшує ризик розриву матки **в 4 рази** у наступній вагітності.

Отриманих даних недостатньо для остаточного висновку щодо впливу післяопераційної лихоманки на ризик розриву матки в наступних вагітностях.

*Shipp, Thomas D. MD; Zelop, Carolyn MD; Cohen, Amy; Repke, John T. MD; Lieberman, Ellice MD, DrPH Post-Cesarean Delivery Fever and Uterine Rupture in a Subsequent Trial of Labor. Obstetrics & Gynecology. 101(1):136-139, January 2003.*

### Для нотаток:



**Способи відбору кандидатів для спроби ВПКР**

26

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №26:

Для нотаток:



## Думка лікаря/консиліуму

- Наразі у світі це єдиний загально визнаний спосіб відбору кандидатів
- Характерний високий рівень суб'єктивізму
  - Одна і та ж вагітна в одному закладі може бути визнана придатною, а в іншому – непридатною до спроби ВПКР
- Пропонується у національному клінічному протоколі в Україні

АЛЕ

Пошук “стандартизованих” підходів  
продовжується

27

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №27:

Наразі у світі це єдиний загально визнаний спосіб відбору кандидатів.

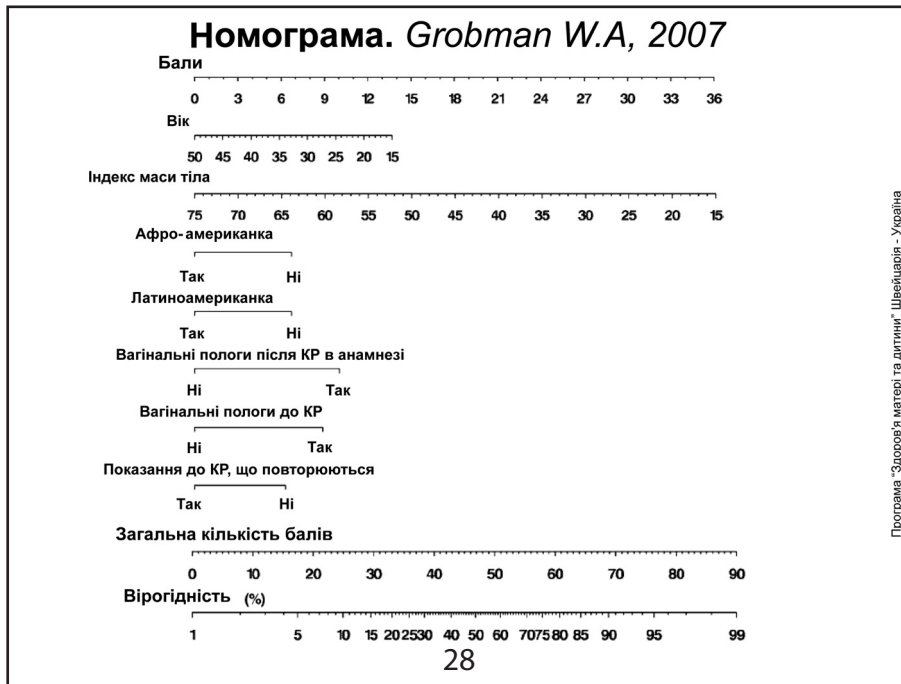
Характерний високий рівень суб'єктивізму, за якого одна і та ж вагітна в одному ЗОЗ може бути визнана придатною, а в іншому — непридатною до спроби ВПКР.

Пропонується у національному клінічному протоколі в Україні

**При цьому пошук “стандартизованих” підходів, які б надали можливість уніфікувати підходи до відбору кандидатів до спроби ВПКР, продовжується.**

Для нотаток:





Коментарі до слайду №28:

У 2007 році William Grobman з колегами запропонували номограму для прогнозування успіху ВПКР, яка була розроблена шляхом складних статистичних та математичних розрахунків.

Номограма дозволяє вже під час першого візиту жінки до жіночої консультації оцінити вірогідність успіху ВПКР у відсотках.

Використовують номограму наступним чином. Верхня лінія означає бали. На цю лінію слід проєкціювати значення віку жінки, її індекс маси тіла, расову належність та інші показники. Місце проєкції на лінію «Бали» відповідатиме кількості балів на кожний фактор.

Загальну кількість балів відмічають на відповідній лінії (друга знизу) та від цього значення опускають проєкцію на лінію «Вірогідність», отримуючи тим самим показник у відсотках.

Недоліком цієї номограми є те, що вона враховує лише анамнестичні фактори за принципом Так/Ні (показання до попереднього КР, що повторюються, наявність вагінальних пологів чи ВПКР в анамнезі), расову належність по принципу Так/Ні (жінка Іспанка або Афро-американка), індекс маси тіла та вік вагітної. Відсутня можливість врахувати низку інших факторів, зокрема тих, які можуть з'явитися протягом вагітності, напередодні пологів та безпосередньо в пологах. Крім того, номограма взагалі не дозволяє оцінити фактори ризику розриву матки.

*William A. Grobman, Yinglei Lai, Mark B. Landon. Development of a Nomogram for Prediction of Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Obstet Gynecol. 2007;109: 806–12*



## Класифікація кандидатів до спроби ВПКР

- Ідеальний
- Неідеальний
- Непридатний

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

29

### Коментарі до слайду №29:

У даному модулі пропонується наступна класифікація кандидатів до спроби ВПКР, яка розроблена робочою групою Україно-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини»

- **Ідеальний**
  - Придатний до спроби ВПКР на етапі допологового відбору
  - Має лише сприятливі фактори
  - В пологах вважається “ідеальним” у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів
  - У разі появи в пологах слабкості пологової діяльності та пологопідсилення кандидат переходить у статус “не ідеальний за сукупністю ризиків”
- **Не ідеальний**
  - На етапі допологового відбору може бути визнаним придатним до спроби ВПКР консилиумом лікарів за умови отримання письмової згоди жінки/сімейної пари після повного її/їх інформування щодо існуючих ризиків
  - Разом із сприятливими факторами має певні допологові фактори ризику невдачі спроби ВПКР, фактори, що підвищують ризик розриву матки або їх комбінацію
  - В пологах продовжує вважатися “неідеальним” у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів
  - У разі виникнення потреби в індукції або появи в пологах слабкості пологової діяльності та потреби у пологопідсиленні, статус кандидата та можливість використання окситоцину визначається в залежності від статусу кандидата до пологів
- **Непридатний**
  - Має протипоказання до спроби ВПКР  
АБО
  - Протипоказань не має але комбінація факторів до пологів або поява нових факторів після початку пологів вказує на надзвичайно високий ризик невдалої спроби ВПКР та/або розриву матки



## Принципи класифікації кандидатів

Фактори	Статус кандидату		
	Ідеальний	Неідеальний	Непридатний
Протипоказання	Не має	Не має	Має або ні
Фактори успіху ВПКР	Має	Має	Не має значення
Фактори невдачі ВПКР	Не має	До пологів: $\leq 2$ В пологах: $\leq 3$	До пологів $>2$
Фактори ризику розриву матки	Не має	До пологів $\leq 1$	До пологів та в пологах $\geq 2$

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

30

Коментарі до слайду №30:

Таблиця пояснює основні принципи класифікації кандидатів.

Важливим є те, що допустимою кількістю факторів, що знижують вірогідність успішних ВПКР, до пологів є 2, а в пологах 3. Наявність до пологів трьох факторів що знижують вірогідність успішних ВПКР, робить кандидата непридатним до спроби ВПКР.

Допустимою кількістю факторів, що збільшують ризик розриву матки, до пологів та в пологах  $\leq 1$ . Наявність 2-х факторів ризику розриву матки до пологів, або поява в пологах додаткового фактора, за наявності одного до пологів, робить кандидата непридатним до спроби ВПКР.

Для нотаток:



Коментарі до слайду №31:

Схема на слайді ілюструє зміни статусу кандидатів у разі появи потреби у використанні окситоцину з метою індукції або стимуляції пологів.

Для нотаток:

## Висновки

- Ретельний відбір підходящого кандидата для спроби ВПКР є одним із факторів попередження невдачі та розриву матки
- Необхідно враховувати сукупність факторів, які можуть впливати на успішність ВПКР та розрив матки

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

32

### Коментарі до слайду №32:

Ретельний відбір підходящого кандидата для спроби ВПКР є одним із факторів попередження невдачі та розриву матки. В процесі визначення придатності до спроби ВПКР необхідно враховувати сукупність факторів, які можуть впливати на успішність ВПКР та розрив матки

### Для нотаток



## Література

1. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier R. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1199–202.
2. Cahill A, Stamilio DM, Pare E, Peipert JP, Stevens EJ, Nelson DB, et al. Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies: is it safe? *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1050–5.
3. Caughey AB, Shipp TD, et al. Rate of uterine rupture in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am. J Obstet Gynecol* 1999;181:872-6.
4. Caughey AB, Shipp TD, et al. Trial of labor after cesarean delivery: the effect of previous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:938-41.
5. Durnwald C. The MFMU cesarean registry: safety and efficacy of VBAC in preterm trial of labor [abstract]. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:S20
6. Durnwald CP, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, MacPherson C, Varner MW, et al. The Maternal–Fetal Medicine Units Cesarean Registry: safety and efficacy of a trial of labor in preterm pregnancy after a prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1119–26.
7. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, et al. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:824-30.
8. Ford AA, Bateman BT, Simpson LL. Vaginal birth after cesarean delivery in twin gestations: a large, nationwide sample of deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1138–42.
9. Gilliam M, Rosenberg D, Davis D. The likelihood of placenta previa with greater number of Cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol* 2002;99:976–80.
10. Guise JM, Hashima J, Osterweil P. Evidence–based vaginal birth after Caesarean section. *Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19:117–30.
11. Kimberly D. Gregory, Lisa M. Korst et al. Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008; 198:452.e1-452.e12.
12. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004;351:2581–9.
13. Macones GA, Hausman N, et al. Predicting outcomes of trials of labour in women attempting vaginal birth after cesarean delivery: a comparison of multivariate methods with neural networks. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184: 409-13.
14. McMahon MJ. Vaginal birth after Cesarean. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:369–81.
15. Quinones JN, Stamilio DM, Pare E, Peipert JF, Stevens E, Macones GA. The effect of prematurity on vaginal birth after cesarean delivery: success and maternal morbidity. *Obstet Gynecol* 2005;105:519–24.
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.



17. Sciscione, Anthony C.; Landon, Mark B. Previous Preterm Cesarean Delivery and Risk of Subsequent Uterine Rupture. *Obstetrics & Gynecology*. 111(3):648-653, March 2008
18. Scott JR. Avoiding labor problems during vaginal birth after Cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol* 1997;40:533-41.
19. Shimonovitz S, Botosneano A, Hochner-Celnikier D. Successful first vaginal birth after Cesarean section: a predictor of reduced risk for uterine rupture in subsequent deliveries. *Indian Med Assoc J*. 2000;2:526-8.
20. Shipp, Thomas D. MD; Zelop, Carolyn MD; Cohen, Amy; Repke, John T. MD; Lieberman, Ellice MD, DrPH Post-Cesarean Delivery Fever and Uterine Rupture in a Subsequent Trial of Labor. *Obstetrics & Gynecology*. 101(1):136-139, January 2003.
21. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. *JOGC FÉVRIER* February 2005; 164-174.
22. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *ACOG Practice Bulletin*. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol*. 2004;104, 303-12
23. Zelop, Carolyn M. et al., Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 181(4):882-886, October 1999.



## Класифікація кандидатів до спроби ВПКР

Кандидат	Характеристика
<b>Ідеальний</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• До пологів</li> <li>• У пологах</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Придатний до спроби ВПКР на етапі допологового відбору</li> <li>• Має лише сприятливі фактори</li> <li>• В пологах вважається “ідеальним” у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів</li> <li>• У разі появи в пологах слабкості пологової діяльності та пологопідсилення, кандидат переходить у статус “не ідеальний за сукупністю ризиків”</li> </ul>
<b>Не ідеальний</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• За ризиком невдалої спроби ВПКР</li> <li>• За ризиком розриву матки</li> <li>• За сукупністю ризиків</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На етапі допологового відбору може бути визнаним придатним до спроби ВПКР консилиумом лікарів за умови отримання письмової згоди жінки/сімейної пари після повного її/їх інформування щодо існуючих ризиків</li> <li>• Разом із сприятливими факторами має певні допологові фактори ризику невдачі спроби ВПКР, фактори, що підвищують ризик розриву матки або їх комбінацію</li> <li>• В пологах продовжує вважатися “неідеальним” у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів</li> <li>• У разі виникнення потреби в індукції або появи в пологах слабкості пологової діяльності та потреби у пологопідсиленні, статус кандидата та можливість використання окситоцину визначається в залежності від статусу кандидата до пологів</li> </ul>
<b>Непридатний</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• До пологів</li> <li>• У пологах</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність протипоказань АБО</li> <li>• Протипоказань не має але комбінація факторів до пологів або поява нових факторів після початку пологів вказує на надзвичайно високий ризик невдалої спроби ВПКР та/або розриву матки</li> </ul>





**Таблиця 1 Протипоказання та фактори, які впливають на результат спроби ВПКР**

<p><b>Протипоказання до ВПКР</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наявність протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода й ін.)</li> <li>2. Попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10,000) або Т-подібний розріз на матці (ризик розриву матки 190/10,000)</li> <li>3. Розрив матки в анамнезі</li> <li>4. Міомектомія з проникненням у порожнину матки в анамнезі, тубектомія; лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом</li> <li>5. Розташування плаценти у ділянці рубця на матці [D]</li> <li>6. Більше одного КР в анамнезі</li> <li>7. Тазове передлежання</li> <li>8. Відмова жінки від спроби ВПКР</li> <li>9. Сонографічно неспроможний рубець (товщина &lt; 2 мм, наявність дефектів тканини)</li> </ol>		
<p><b>Фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Допологові</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Показання до попереднього КР, що не повторюються: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Неправильне положення плода,</li> <li>○ Тазове передлежання плода,</li> <li>○ Передлежання плаценти</li> <li>○ Прееклампсія</li> <li>○ Дистрес плода</li> <li>○ Відшарування нормально розташованої плаценти</li> <li>○ Випадіння петель пуповини, тощо</li> </ul> </li> <li>2. Вік матері менше 35 років</li> <li>3. Бажання жінки народити через природні пологові шляхи</li> <li>4. ВПКР в анамнезі</li> <li>5. Вагінальні пологи в анамнезі</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Інтранатальні</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спонтанний початок пологів</li> <li>2. Зріла шийка матки на момент початку пологів</li> <li>3. Друга половина активної фази першого періоду пологів на момент надходження в стаціонар (розкриття шийки матки 6 см та більше)</li> </ol>	
<p><b>Фактори, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ожиріння у матері</li> <li>2. Вік матері більше 35 років</li> <li>3. Великий плід</li> <li>4. Показання до попереднього КР, що повторюються <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Клінічно вузький таз (особливо на тлі маси плода &gt;4000 г)</li> <li>○ Слабкість пологової діяльності</li> <li>○ Дистоція шийки матки</li> </ul> </li> <li>5. Гестаційний діабет, цукровий діабет</li> <li>6. Багатоводдя</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Індукція пологів</li> <li>2. Слабкість пологової діяльності</li> </ol>	

<p><b>Фактори, асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проміжок між пологами &lt; 24 місяців</li> <li>2. Попередній КР при терміні &lt;37 тижнів вагітності</li> <li>3. Великий плід</li> <li>4. Лихоманка у післяопераційному періоді</li> <li>5. Багатоплідна вагітність</li> <li>6. Однорядний шов на матці</li> <li>7. Товщина нижнього сегменту більше 2 мм, але менше 3,5 мм;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Індукція пологів</li> <li>2. Пологопідсилення</li> </ol>	
--	---	--	--



**Таблиця 2** Визначення статусу кандидата до спроби ВПКР

Кандидат	До пологів	У пологах	Коментарі
<b>Ідеальний</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Не має протипоказань до спроби ВПКР</li> <li>Має, щонайменше, три перших фактори, що підвищують імовірність успіху спроби ВПКР, або хоча б один з перших трьох + четвертий або п'ятий фактор</li> <li>Не має допологових факторів, які знижують вірогідність успіху</li> <li>Не має допологових факторів ризику розриву матки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Має спонтанний початок, прогресування та завершення пологів</li> <li>Не має інтранатальних факторів, які знижують вірогідність успіху</li> <li>Не має інтранатальних факторів ризику розриву матки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Придатний до спроби ВПКР на етапі допологового відбору</li> <li>В пологах вважається "ідеальним у пологах" у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів</li> <li>У разі виникнення потреби в індукції або появи в пологах слабкості пологової діяльності та пологопідсилення кандидат переходить у статус "не ідеальний у пологах за сукупністю ризиків"</li> </ul>
<b>Неідеальний</b>	<p><i>Не ідеальний за ризиком невдалої спроби ВПКР</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Не має протипоказань до спроби ВПКР</li> <li>Має, щонайменше, три перших фактори, що підвищують імовірність успіху спроби ВПКР, або хоча б один із перших трьох + четвертий або п'ятий фактор</li> <li><b>Має не більше двох допологових факторів, які знижують вірогідність успіху ВПКР</b> (крім комбінації третього та четвертого)</li> <li>Не має допологових факторів ризику розриву матки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Не ідеальний за ризиком невдалої спроби ВПКР кандидат до пологів, який має спонтанний початок, прогресування та завершення пологів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>На етапі допологового відбору може бути визнаний придатним до спроби ВПКР за умови отримання письмової згоди жінки/сімейної пари, після повного її/їх інформування щодо існуючих ризиків</li> <li>У пологах вважається "не ідеальним у пологах за ризиком невдалої спроби ВПКР" у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів</li> <li>У разі виникнення потреби в індукції або появи в пологах слабкості пологової діяльності та потреби у пологопідсиленні, кандидат переходить у статус "не ідеальний у пологах за сукупністю ризиків", але пологопідсилення не протипоказано</li> </ul>

Кандидат	До пологів	У пологах	Коментарі
	<p><i>Неідеальний за ризиком розриву матки</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Не має протипоказань до спроби ВПКР</li> <li>• Має, щонайменше, три перших фактори, що підвищують імовірність успіху спроби ВПКР, або хоча б один із перших трьох + четвертий або п'ятий фактор</li> <li>• Не має допологових факторів, які знижують вірогідність успіху ВПКР</li> <li>• <b>Має не більше одного допологового фактору ризику розриву матки</b> (крім фактору 3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неідеальний за ризиком розриву матки кандидат до пологів, який має спонтанний початок, прогресування та завершення пологів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На етапі допологового відбору може бути визнаний придатним до спроби ВПКР за умови отримання письмової згоди жінки/сімейної пари після повного її/їх інформування щодо існуючих ризиків</li> <li>• У пологах продовжує вважатися "неідеальним у пологах за ризиком розриву матки" у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів</li> <li>• У разі виникнення потреби в індукції або появи в пологах слабкості пологової діяльності та потреби у пологопідсиленні переходить у статус «непридатного до ВПКР». Показаний ППКР</li> </ul>
	<p><i>Неідеальний за сукупністю ризиків</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Не має протипоказань до спроби ВПКР</li> <li>• Має, щонайменше, три перших фактори, що підвищують імовірність успіху спроби ВПКР, або хоча б один з перших трьох + четвертий або п'ятий фактор</li> <li>• Має не більше двох допологових факторів, які знижують вірогідність успіху ВПКР (крім комбінація третього та четвертого)</li> <li>• Має не більше одного допологового фактору ризику розриву матки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Варіант 1</b> - Неідеальний за сукупністю ризиків кандидат до пологів, який має спонтанний початок, прогресування та завершення пологів</li> <li>• <b>Варіант 2</b>- Ідеальний кандидат до пологів, у якого в пологах виникла слабкість пологової діяльності та потреба у пологопідсиленні</li> <li>• <b>Варіант 3</b>- Неідеальний кандидат до пологів за ризиком невдачі, у якого в пологах виникла слабкість пологової діяльності та потреба у пологопідсиленні</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На етапі допологового відбору може бути визнаний придатним до спроби ВПКР за умови письмової згоди жінки/сімейної пари після повного її/їх інформування щодо існуючих ризиків</li> <li>• <b>Варіант 1</b> вважається "неідеальним в пологах за сукупністю ризиків" у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів</li> <li>• У разі виникнення потреби в індукції або підсиленні: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Варіант 1</b> - Неідеальний за сукупністю ризиків кандидат до пологів переходить у статус «непридатного до ВПКР» показаний КР. Індукція або пологопідсилення протипоказані.</li> <li>○ <b>Варіанти 2 і 3</b> - Індукція або пологопідсилення не протипоказані.</li> </ul> </li> </ul>

Кандидат	До пологів	У пологах	Коментарі
<b>Не придатний</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Має протипоказання до спроби ВПКР АБО</li> <li>• Не має протипоказань до спроби ВПКР, але має більше двох допологових факторів, які знижують вірогідність успіху ВПКР, або комбінацію третього та четвертого факторів</li> <li>• АБО</li> <li>• Не має протипоказань до спроби ВПКР, але має два та більше допологових факторів ризику розриву матки, або комбінацію третього та четвертого факторів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не ідеальний до пологів кандидат за розривом матки або за сукупністю факторів, у якого в першому періоді пологів виникла слабкість пологової діяльності та потреба у пологопідсиленні</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для непридатного до пологів показаний ППКР</li> <li>• У пологах - КР</li> <li>• За відсутності умов для КР (другий період пологів) — допустиме обережне пологопідсилення з наступним ручним обстеженням стінок порожнини матки після народження посліду</li> </ul>



## Інструкція з використання таблиць для оцінки та відбору кандидатів для спроби ВПКР

Розроблені таблиці створені для визначення можливості здійснення спроби вагінальних пологів після попереднього кесарського розтину (ВПКР) у вагітних жінок та, у разі здійснення спроби ВПКР, визначення можливості продовжувати вагінальні пологи при появі потреби у стимуляції пологової діяльності окситоцином.

Використання даних таблиць дозволяє виявити протипоказання до спроби ВПКР, а також допологові (анамнестичні та клінічні) та інтранатальні (клінічні) фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР, допологові та інтранатальні фактори, які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР та допологові та інтранатальні фактори, які асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР, з наступною оцінкою ступеню ризику ВПКР для кожної конкретної жінки та визначенням можливості здійснити чи продовжувати спробу вагінальних пологів.

Використання таблиць дозволить покращити якість та об'єктивність допологового відбору вагітних та інтранатального відбору породіль з рубцем на матці після КР, для яких спроба вагінальних пологів буде супроводжуватися мінімальним ризиком повторного КР, розриву матки та пов'язаними з ними материнською та перинатальною захворюваністю і смертністю.

### Алгоритм використання

Спочатку у вагітної в терміні гестації 36-37 тижнів виявляють наявність протипоказань до ведення вагінальних пологів (Таблиця 1, рядок «Протипоказання до ВПКР»).

За їх відсутності виявляють допологові (анамнестичні та клінічні) фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР, допологові фактори, які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР та допологові фактори, які асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР. Для виявлення факторів користуються таблицею 1, стовпчик «Допологові». У разі виявлення будь-якого фактору, в таблиці напроти нього роблять відмітку.

Після чого формують висновок щодо статусу вагітної як кандидата до спроби ВПКР, користуючись таблицею 2, стовпчик «До пологів».

Кандидати класифіковані як «Ідеальний до пологів», «Неідеальний до пологів за ризиком невдалої спроби ВПКР», «Неідеальний до пологів за ризиком розриву матки» та «Неідеальний до пологів за сукупністю ризиків» визнаються придатними до спроби ВПКР на етапі допологового відбору. Кандидатам, класифікованим як «Непридатні до пологів» повідомляють про надзвичайно високий ризик ВПКР та пропонують плановий повторний кесарський розтин (ППКР).

З початком пологової діяльності (спонтанної або індукованої) перевіряють наявність інтранатальних факторів, які підвищують імовірність успішних ВПКР, інтранатальних факторів, які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР та інтранатальних факторів, які асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР, користуючись таблицею 1, стовпчиком «Інтранатальні». У разі появи будь якого фактору, в таблиці напроти нього роблять відмітку. Після чого уточнюють статус роділлі, як кандидата до спроби ВПКР, та безпеку подальшого ведення вагінальних пологів, користуючись таблицею 2, стовпчиками «В пологах» та «Коментарі».

Виникнення потреби у індукації пологів або підсиленні пологової діяльності окситоцином буде змінювати статус кандидата, і, відповідно до остаточного статусу кандидата, лікар матиме змогу визначити індивідуальну можливість використання окситоцину.



Так, кандидати, які класифіковані до пологів як «Ідеальний до пологів» та «Неідеальний до пологів за ризиком невдалої спроби ВПКР» у разі потреби в індукції/стимуляції пологової діяльності отримують статус «Неідеальний у пологах за сукупністю ризиків», оскільки використання окситоцину збільшує ризик КР в 1,5 рази та одночасно ризик розриву матки в 2-3 рази. Але відсутність у даних кандидатів допологових факторів, які асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР, робить використання окситоцину допустимим, за умови інформування жінки/родини щодо існуючих ризиків та отримання від них письмової згоди.

Кандидати, які класифіковані до пологів як «Неідеальний до пологів за ризиком розриву матки» та «Неідеальний до пологів за сукупністю ризиків» у разі потреби в індукції/стимуляції пологової діяльності отримують статус «Непридатний у пологах кандидат», оскільки використання окситоцину за наявності допологових факторів ризику розриву матки значно збільшуватиме ризик розриву матки. У подібному випадку використання окситоцину слід уникати та здійснювати КР.

Виключення може становити ситуація, коли потреба у стимуляції пологової діяльності виникла у II періоді пологів, а положення голівки вже не дозволяє здійснити КР. У цьому випадку можливо дуже обережне використання окситоцину у «Непридатного в пологах кандидата» з наступним обов'язковим ручним обстеженням стінок порожнини матки одразу після народження посліду.

**Перевагами** даного способу оцінки та відбору кандидатів є:

- Простота використання
- Врахування більшості допологових (анамнестичних та клінічних) та інтранатальних (клінічних) сприятливих та несприятливих факторів, значущість яких для спроби ВПКР є науково доведеною.
- Наявність системи визначення статусу кандидатів для спроби ВПКР (Ідеальний, Неідеальний, Непридатний), яка ґрунтується на комплексній оцінці будь-якої комбінації факторів, дозволяє оцінити можливі ризики, пов'язані з ВПКР, у кожної конкретної жінки індивідуально та визначити придатність до спроби ВПКР на допологовому етапі.
- Можливість здійснювати динамічну оцінку ризику протягом пологів (спонтанних чи індукованих), та, у разі зростання ризику несприятливих наслідків (зокрема розриву матки та невдачі ВПКР), ґрунтовно змінювати статус кандидата та відповідно до зміненого статусу оцінювати можливість продовження вагінальних пологів чи потребу у КР.

**Недоліками** даного способу оцінки та відбору кандидатів є:

- Відносна жорсткість у відборі кандидатів. Чітке дотримання даного способу відбору кандидатів можливо буде зменшувати кількість жінок, які будуть відібрані для спроби ВПКР, у порівнянні з відбором без використання таблиць.
- Авторитарній підхід до заборони використання окситоцину при спробі ВПКР. Чітке дотримання даного способу відбору кандидатів, можливо, буде зменшувати кількість жінок з рубцем на матці, які змогли б народити через природні пологові шляхи з використаннямпологопідсилення окситоцином.
- Наразі невідомо, чи дійсно даний спосіб оцінки та відбору кандидатів призводить до зниження частоти невдалих спроб ВПКР та розривів матки при спробі ВПКР.

Слід пам'ятати, що дана система відбору кандидатів **не може гарантувати** успіх спроби ВПКР та відсутність розриву матки в пологах! Дана система допомагає лікарю зорієнтуватися в клінічній ситуації, оперуючи існуючими сприятливими та несприятливими факторами, які можуть впливати на результат спроби ВПКР.





## **Навчальний модуль 4**

### **Організація допомоги та ведення ВПКР.**



# Організація допомоги та ведення ВПКР

1

Коментарі до слайду №1:

Завданнями цього модулю є:

- Навчити учасників принципам організації належних умов для ведення ВПКР
- Ознайомити учасників із загальними принципами ведення ВПКР
- Обговорити підходи до ведення пологів та післяпологового періоду після ВПКР

---

Для нотаток:



## Вибір стаціонару

- ВПКР ведуться в умовах пологових стаціонарів 3-го рівня перинатальної допомоги
- ВПКР можуть проводитись у окремих пологових стаціонарах другого рівня, якщо
  - Відсутні показання для скерування на III рівень
  - Забезпечені необхідні інфраструктурні та організаційні умови
  - Достатня кількість досвідченого персоналу

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

2

### Коментарі до слайду №2:

Оскільки ВПКР є пологами високого ризику, розродження таких вагітних необхідно здійснювати у закладах, де є досвідчений персонал, необхідне обладнання та умови для надання екстреної допомоги.

Враховуючи систему перинатальної допомоги в Україні, доцільним буде скеровувати вагітних із рубцем на матці для розродження на III рівень допомоги.

Але деякі жінки, які мають неускладнений перебіг вагітності та задовільний стан плода, можуть народжувати на II рівні допомоги, за умови забезпечення необхідних організаційних умов, належної інфраструктури та достатньої кількості досвідченого персоналу в цьому закладі.

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

### Для нотаток:



## Організація, приміщення та обладнання (1)

- Наявність персоналу та обладнання для цілодобового надання екстреної допомоги матері та новонародженим:
  - Можливість цілодобово проводити екстрений КР
  - Можливість надання екстреної допомоги у разі кровотечі
    - Інфузійно-трансфузійна терапія
    - Хірургічний гемостаз
  - Можливість надання реанімаційної допомоги новонародженому
- Цілодобово функціонує клінічна лабораторія
- Цілодобово доступні препарати крові
  - СЗП та еритроцитарна маса **для даної вагітної** мають знаходитись у пологовому блоці

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

3

Коментарі до слайду №3:

Загальними умовами для розродження багатоплідної вагітності є наступні. Наявність персоналу та обладнання для цілодобового надання екстреної допомоги матері та новонародженим:

- Можливість цілодобово проводити екстрений КР
- Можливість надання екстреної допомоги у разі акушерської кровотечі (повноцінна інфузійно-трансфузійна терапія, хірургічний гемостаз)
- Можливість надання реанімаційної допомоги двом новонародженим

Цілодобово функціонує клінічна лабораторія

Цілодобово доступні препарати крові

- Слід підкреслити, що у разі знаходження жінки з ВПКР, препарати крові (СЗП та еритроцитна маса) **для даної жінки** (тобто відповідної групи крові та резус-фактору) мають бути доставлені з відділення переливання крові та знаходитись у пологовому блоці.

Пологова кімната, в якій має народжувати жінка, має бути забезпечена:

- Апаратом КТГ з можливістю запису на плівку.
  - Наразі у світі стандартом вважають проведення безперервного фетального моніторингу.

## Організація, приміщення та обладнання (2)

- Пологова кімната
  - Апарат КТГ з можливістю запису на плівку
  - Набір для надання екстреної допомоги матері
    - В/в катетери – мінімум 2 шт. (16G)
    - Системи, шприці, стерильні рукавички
    - Розчини кристалоїдів (Рингеру лактат, фізрозчин) та колоїдів (модифікований желатин)
    - Утеротоніки (окситоцин, ергометрин)
    - Мішок Амбу для дорослих, повітровід
  - Обладнання для надання реанімаційної допомоги новонародженому (Наказ МОЗ №312)

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

4

- Набір для надання екстреної допомоги матері
  - В/в катетери – мінімум 2 шт. (16G)
  - Системи, шприці, стерильні рукавички
  - Розчини кристалоїдів (Рингеру лактат, фізрозчин, щонайменше 2 літри) та колоїдів (модифікований желатин – щонайменше 1 літр)
  - Утеротоніки (окситоцин, ергометрин)
  - Мішок Амбу для дорослих, повітровід

З огляду на високу вірогідність конверсії у КР, під час спроби ВПКР необхідно мати підготовлену операційну, яка знаходиться на тому ж самому поверсі, що й пологова зала, тобто транспортування вагітної у операційну може бути здійснено якнайшвидше.

На сьогоднішній день у світі загально визнаним є той факт, що у 50% випадків передбачити первинну реанімацію неможливо.

Для нотаток:



## Організація, приміщення та обладнання (3)

- Операційна
  - Наявність окремої акушерської операційної
  - Операційна розташована на тому ж поверсі, що й пологова зала
  - Підготовлена до швидкого розгортання
- Обладнання для надання допомоги матері та дитині у робочому стані
  - Кисень (тиск у системі/балоні)
  - Дихальна апаратура
  - Обладнання для реанімації новонароджених

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

5

За результатами ретроспективного аналізу, приблизно у 50 % дітей, які потребували реанімаційної допомоги після народження, були відсутні будь-які чинники ризику в анамнезі, які вказували би на можливу потребу дитини в реанімації після народження.

Тому, кожний медичний працівник пологового залу повинен володіти навичками початкової реанімації, а пологові зали мають бути забезпечені необхідними реанімаційним обладнанням і матеріалами, готовими до використання під час кожних пологів.

Надання адекватної допомоги новонародженим в перші хвилини життя дозволяє знизити їх смертність і /або захворюваність на 6-42 %, залежно від загального рівня неонатальної смертності у країні або регіоні.

Досконале володіння медичним персоналом пологових залів навичками реанімації, визначення показань до її потреби, відповідна підготовка, правильна оцінка стану новонародженого і своєчасний початок реанімації є невід'ємними складовими успіху. Готуючись до ВПКР, необхідно переконатися у наявності необхідного обладнання для реанімації новонародженого:

*Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим.  
Наказ МОЗ України №312 від 08.06.2007*

Для нотаток:





### Персонал (1)

- Одна акушерка та один досвідчений лікар акушер-гінеколог, які працюють лише з даною роділлею
  - Акушерка має постійно знаходитись у пологовій кімнаті
  - Лікар має володіти операцією КР та методами хірургічного гемостазу
- Другий лікар акушер-гінеколог (асистент)
- Анестезіолог, неонатолог та операційна сестра:
  - Цілодобовий пост
  - Знаходяться у пологовому відділенні

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

6

Коментарі до слайду №6-7:

Для надання допомоги роділлям з рубцем на матці необхідно залучити достатню кількість медичного персоналу відповідної кваліфікації.

- Згідно з рекомендаціями ВООЗ, оптимальним співвідношенням акушерка/роділля є 1/1. У випадку пологів двійнею цей стандарт має бути обов'язково забезпечений — одна акушерка та один досвідчений лікар акушер-гінеколог, повинні працювати лише з даною роділлею
  - **Акушерка має постійно знаходитись у пологовій кімнаті**
  - Лікар має володіти операцією КР, методами акушерського повороту та методами хірургічного гемостазу
- Другий лікар акушер-гінеколог (асистент)
- У відділенні має бути цілодобовий пост анестезіолога та операційної сестри. Якщо анестезіолог знаходиться у іншому відділенні, він має бути проінформований про пологи двійнею, що почалися. У II періоді пологів анестезіолог має знаходитись у пологовому блоці.
- Операційна сестра має бути готовою розгорнути операційну якомога швидше за першою вимогою

**NB!!! Роділля, яка здійснює спробу ВПКР, ніколи не повинна залишатися в пологовій кімнаті без нагляду медичного персоналу (акушерка або/та лікар)**



## Персонал (2)

- Для надання допомоги одній новонародженій дитині необхідна присутність принаймні **двох** осіб
  - Один фахівець повинен володіти всіма навичками розширеної реанімації
  - Інший (або інші) – бути здатним(и) надати кваліфіковану допомогу основному реаніматологу
- Якщо виникає необхідність вводити ліки, до надання реанімаційної допомоги новонародженому мають бути залучені **щонайменше 3 медичних працівники**

*Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим.  
Наказ МОЗ України №312 від 08.06.2007*

7

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

На кожних пологах потрібна присутність принаймні одного медичного працівника (лікаря, акушерки або медсестри), який зможе розпочати реанімацію новонародженого:

- Уміє надати початкову допомогу новонародженому;
- Володіє технікою штучної вентиляції легенів реанімаційним мішком і маскою.

Водночас, ця особа або хтось з інших медичних працівників, які задіяні в пологах, повинні мати навички, потрібні для виконання всіх реанімаційних заходів у повному обсязі, включаючи непрямий масаж серця, інтубацію трахеї і введення ліків.

Якщо очікуються пологи високого ризику і може виникнути потреба розширеної реанімації, для надання допомоги новонародженій дитині необхідна присутність принаймні двох осіб:

- Один фахівець повинен володіти всіма реанімаційними навичками (вентиляція за допомогою мішка і маски, непрямий масаж серця, інтубація трахеї, введення ліків), а інший (або інші) – бути здатним(и) надати кваліфіковану допомогу основному реаніматологу;
- Якщо виникає необхідність вводити ліки до надання реанімаційної допомоги новонародженому мають бути залучені **щонайменше 3 медичних працівники**

Якщо очікуються передчасні пологи або діагностовано затримку внутрішньо-утробного розвитку плода:

- В пологовому залі обов'язкова присутність лікаря педіатра-неонатолога, оскільки реанімація глибоконедоношеної дитини досвідченим неонатологом за участі кваліфікованої реанімаційної бригади істотно зменшує ризик її смерті [B].

Кожна реанімаційна бригада повинна мати визначеного керівника (лікар-педіатр-неонатолог, лікар-акушер-гінеколог, дитячий лікар-анестезіолог), а всі інші члени бригади повинні чітко знати свої обов'язки під час реанімації.



*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

*Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим.  
Наказ МОЗ України №312 від 08.06.2007*

---

Для нотаток:



**Ведення ВПКР**

8

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №8:

Для нотаток:

## Загальні принципи ведення ВПКР (1)

- Для ведення ВПКР мають бути забезпечені стандарти рутинної базові допомоги:
  - Індивідуальна пологова зала
  - Присутність та підтримка партнера
  - Вільний вибір положення у пологах
- В активній фазі I-го періоду пологів обмеження перорального вживання рідини та уникнення їжі
- Мобілізація вени (катетер не менше 16 G)

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

9

Коментарі до слайду №9-11:

Для ведення ВПКР мають бути забезпечені стандарти рутинної базової допомоги, а саме:

- Індивідуальна пологова зала
- Присутність та підтримка партнера
- Вільний вибір положення у пологах
- В активній фазі першого періоду пологів обмеження перорального вживання рідини та уникнення їжі (високий ризик екстреного КР)
- Мобілізація вени одразу після поступлення в пологову кімнату (катетер не менше 16 G)
- Ведення партограми
  - Висновок щодо неадекватного прогресу пологів (слабкість пологової діяльності у I періоді) повинен ґрунтуватися на даних партограми
  - Особливості:
    - Пульс матері оцінюється кожні 30 хвилин та наноситься на партограму. Можливий підрахунок пульсу впродовж 10 секунд з помноженням на 6 (якщо немає аритмії)
    - Підвищення частоти пульсу вище 110 ударів на хвилину може свідчити про початок розриву матки та потребує додаткового з'ясування причини
  - Вагінальні дослідження
    - Якщо роділля знаходиться в латентній фазі – повторне дослідження проводиться через 4 години, або частіше за наявності показань.
    - В активній фазі пологів вагінальне дослідження проводиться кожні 2 години.



## Загальні принципи ведення ВПКР (2)

- Ведення партограми
  - Висновок щодо неадекватного прогресу пологів (слабкість пологової діяльності у I періоді) повинен ґрунтуватися на даних партограми
- Особливості:
  - Пульс роділлі оцінюється кожні 30 хвилин. Можливий підрахунок пульсу впродовж 10 секунд із помноженням на 6 (якщо немає аритмії)
    - Підвищення частоти пульсу вище 110 ударів на хвилину може свідчити про початок розриву матки та потребує додаткового з'ясування причини
  - Вагінальні дослідження:
    - Бажано одним фахівцем
    - В латентній фазі – через 4 години, або частіше за наявності показань
    - В активній фазі - кожні 2 години

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

10

### Електронний фетальний моніторинг

- У латентній фазі спостереження за станом плода проводиться кожні 15 хвилин за допомогою періодичної аускультатії або за допомогою ЕФМ.
- Безперервний ЕФМ починається з початком активної фази пологів.
  - У разі відмови жінки від ЕФМ, потрібно задокументувати цей факт в історії пологів та проводити аускультатію ЧСС плода кожні 15 хвилин у першому періоді пологів; у другому періоді пологів: кожні 5 хвилин у ранній фазі та після кожної потуги в активній фазі.
- Обговорити з жінкою перерви в проведенні ЕФМ в наступних випадках:
  - Якщо дані ЕФМ визначаються як нормальні
  - Тривалість перерв не перевищує 15 хвилин
  - Якщо кількість перерв невелика
  - Якщо перерва не стається відразу після втручання, яке може вплинути на серцевий ритм плода
- Проведення безперервного ЕФМ не є протиказанням для активної поведінки жінки в пологах

Для нотаток:



### Загальні принципи ведення ВПКР (3)

- Моніторинг стану плода:
  - В латентній фазі: кожні 15 хвилин за допомогою періодичної аускультатії або за допомогою ЕФМ.
  - В активній фазі: ЕФМ у **безперервному** режимі
- Можливі перерви в проведенні ЕФМ у наступних випадках:
  - Якщо дані ЕФМ визначаються як нормальні
  - Тривалість перерв не перевищує 15 хвилин
  - Якщо кількість перерв невелика
  - Якщо перерва не стається відразу після втручання, яке може вплинути на серцевий ритм плода
- Проведення безперервного ЕФМ не є протипоказанням для активної поведінки жінки в пологах

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

11

Неонатолог, анестезіолог та операційна сестра мають бути проінформовані про надходження роділлі з рубцем на матці. Вказаний персонал повинен забезпечити готовність своєї ланки до надання екстреної допомоги.

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

Для нотаток:



## Епідуральна аналгезія при ВПКР (1)

- Під час проведення ЕДА слід досягати **аналгезії без розвитку моторного блоку!**
  - Слід використовувати низькі концентрації анестетику
- Переваги
  - Найкраще знеболення у порівнянні з іншими методами
  - Уникнення наркотичної депресії плода
  - Не збільшує тривалість першого періоду пологів
  - Не підвищує ризик КР
  - Адекватне знеболення у разі потреби у екстремому КР
- Недоліки
  - Може збільшувати тривалість II періоду пологів
  - Підвищує ризик інструментальних вагінальних пологів

*Anim-Somuah M., et al, 2005*

12

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №12-13:

З метою знеболення при ВПКР можливе використання епідуральної анестезії.

### **Під час проведення ЕДА слід досягати аналгезії без розвитку моторного блоку!**

Для епідуральної аналгезії бажано використовувати низькі концентрації розчинів місцевих анестетиків, які стандартно використовують для епідуральної аналгезії, шляхом болюсного або постійного епідурального введення.

Проведення епідуральної анестезії має низку переваг у порівнянні з іншими методами знеболення, а саме:

- Найкраще знеболення у порівнянні з іншими методами
- Уникнення наркотичної депресії плодів
- Адекватне знеболення у разі необхідності проведення
  - Зовнішнього повороту на голівку
  - Зовнішньо-внутрішнього повороту та екстракції за тазовий кінець
  - Кесарського розтину

Проведенню епідуральної анестезії повинна передувати адекватна гідратація для уникнення гіпотензії у вагітної.

Систематичний огляд 21 РКД (загалом 6664 жінок) показав, що епідуральна анестезія найбільш ефективно зменшує біль у пологах у порівнянні з іншими методами.



## Епідуральна аналгезія при ВПКР (2)

- Епідуральна аналгезія:
  - Не протипоказана при ВПКР
  - Не маскує симптоми розриву матки
  - Може навіть допомогти у діагностиці розриву матки
    - Потреба у частих додаткових введеннях анестетику може свідчити про розрив матки
- За даними крупного ретроспективного дослідження (NICHD study, 30 352 ВПКП)
  - Частота успішних ВПКП була **на 23% вище** у жінок, яким проводилась ЕА, у порівнянні з жінками без ЕА

Landon MB, et al. 2004

13

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Дев'ять РКД (2328 жінок) показали, що **достовірної різниці у тривалості першого періоду пологів між родільями, з епідуральною анестезією та без неї, немає** (середньо зважена різниця 23,81 хвилини, 95% ДІ від -18,88 до +66,51).

Крім того, епідуральна анестезія не має статистично достовірного впливу на ризик КР, задоволення матері знеболенням, показник тривалого болю у попереку, стан новонародженого згідно з оцінкою за шкалою Апгар.

Одинадцять РКД (3580 жінок) показали, що жінки, яким проводилась епідуральна анестезія, мали достовірно довшу тривалість другого періоду пологів (середньо зважена різниця 15,55 хвилини, 95% ДІ від 7,46 до 23,63) та на 38% вищий ризик інструментальних вагінальних пологів.

Наведені вище дані стосуються всіх одноплідних вагінальних пологів.

Когортне дослідження, проведене Національним Інститутом Здоров'я Дитини й Розвитку Людини (NICHD study), показало, що частота успішних ВПКП була **на 23% вище** у жінок, яким проводилась ЕА, у порівнянні з жінками без ЕА (73,4% та 50,4% відповідно).

Інше дослідження продемонструвало однакову частоту невдалої спроби ВПКР та оперативного розродження у жінок з рубцем на матці, яким проводилась епідуральна анестезія в пологах, і тими, кому не проводилась, незалежно від того, використовувався окситоцин для підсилення пологів, чи ні.

Занепокоєння тим, що епідуральна анестезія може маскувати ознаки розриву матки, базується на єдиному повідомленні (Rowbottom SJ, 1997), в якому біль, пов'язаний з розривом матки, не був замаскований додаванням 25 мкг фентанілу до 6 мл 0,25% бупівакаїну, але зник після 6 мл 0,375% бупівакаїну. Тобто здатність епідуральної анестезії маскувати біль від розриву матки має дозо-залежний ефект. Тому під час застосування регіонарних методів знеболення необхідно намагатися досягти *аналгезії* та уникати *анестезії*.

Наразі клінічні керівництва Американської та Канадської асоціацій акушерів-гінекологів, а також Британської королівської колегії акушерів-гінекологів вказують на те, що епідуральна анестезія під час ВПКР **не протипоказана**.

Крім того, біль у ділянці нижнього сегменту не є найбільш типовим симптомом розриву матки (більш детальна інформація щодо симптомів розриву матки надана у модулі «Розрив матки»).

*Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C.  
Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour.  
Cochrane Database of Systematic Reviews.  
2005, Issue 4. Art. No.: CD000331.*

*Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004;351:2581–9.*

*Rowbottom SJ, Critchley LA, Gin T. Uterine rupture and epidural analgesia during trial of labour. Anaesthesia 1997;52:486–8.*

*Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12*

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.*

---

Для нотаток:



## Індукція пологів

- Індукція пологів не протипоказана у вагітних з рубцем на матці після КР:

АЛЕ

- Підвищує ризик розриву матки у 2-3 рази
- Має проводитись після ретельної оцінки акушерської ситуації та наявних факторів ризику
  - Рішення щодо можливості проведення індукції приймає консиліум лікарів
- Проводиться виключно шляхом в/в введення окситоцину
- Простагландини для індукції пологів у жінок з рубцем на матці заборонені!!!
- Необхідна письмова згода жінки

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

14

Коментарі до слайду №14:

Індукція пологів/пологопідсилення супроводжується 2-х - 3-х кратним збільшенням ризику розриву матки й 1,5 - кратним ризиком КР у порівнянні зі спонтанними пологами. (В, II)

Індукція простагландинами в жінок з рубцем на матці протипоказана, оскільки супроводжується дуже високим ризиком розриву матки (102/10 000).

Вагінальні дослідження повинна здійснювати, найкраще, одна й та ж сама особа для достовірного визначення адекватності прогресу пологів і рішення питання про доцільність продовження ВПКР.

У проспективному когортному дослідженні, проведеному Національним Інститутом Здоров'я Дитини й Розвитку Людини, США (NICHD study, 30 352 пологів) ризик розриву матки склав 102,87 і 36/10 000 ВПКР для індукованих пологів, пологів зі стимуляцією й спонтанними пологами відповідно (для порівняння, ризик розриву неоперованої матки становить у середньому 2/10 000) У тім же дослідженні частота КР у жінок, що здійснили спробу ВПКР, була 33%, 26% і 19%.

У двох дослідженнях порівнювалися результати індукції простагландинами та не-простагландинової індукції. Аналіз національних статистичних даних Шотландії продемонстрував статистично достовірно більш високий ризик розриву матки в групі індукції простагландинами в порівнянні з не-простагландиновою індукцією (87/10 000 і 29/10 000 і більше високий ризик перинатальної смерті, пов'язаної з розривом матки (11,2/10 000 проти 4,5/10 000).

Для порівняння — ризик перинатальної смерті в жінок з інтактною маткою, яким проводилась індукція простагландинами, становить 6/10 000.

Катетер Фолея може безпечно використовуватися для дозрівання шийки матки у жінок з планованою спробою ВПКР.

Дані про ефективність використання ламінарій для дозрівання шийки матки у жінок з планованою спробою ВПКР в літературі відсутні.

Ризики, пов'язані з індукцією пологів, повинні бути обговорені з жінкою та задокументовані у поінформованій згоді.

Остаточне рішення щодо можливості проведення індукції приймає консилиум лікарів.

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45  
BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*Zelop, Carolyn M. et al., Uterine rupture during induced or augmented labor  
in gravid women with one prior cesarean delivery.  
American Journal of Obstetrics & Gynecology. 181(4):882-886, October 1999.*

---

Для нотаток:



## Стимуляція пологів (1)

- Якщо в активній фазі розкриття шийки матки менше, ніж **1 см/годину**, рекомендується виконати амніотомію
- Через 2 години оцінити характер пологової діяльності та розкриття шийки матки
  - Розкриття шийки матки  $\geq 1$  см/годину - продовжувати ВПКР
  - Розкриття шийки матки  $\leq 1$  см/годину:
    - Активна скоротлива діяльність матки та виражена конфігурація голівки (+++) може свідчити про диспропорцію розмірів голівки плоду та тазу матері – показаний КР
    - Слабка скоротлива діяльність матки, за відсутності ознак диспропорції розмірів голівки плоду та тазу матері та при задовільному стані матері та плода, може бути призначена пологостимуляція окситоцином

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

15

Коментарі до слайду №15-19:

Якщо в активній фазі розкриття шийки матки менше, ніж 1 см/годину, це свідчить про неадекватний прогрес пологів. У такому випадку рекомендується виконати амніотомію (якщо це не було зроблено раніше).

Через 2 години після амніотомії необхідно оцінити характер пологової діяльності та розкриття шийки матки.

- За наявності ефективної пологової діяльності (розкриття шийки матки не менш 1 см/годину), пологи продовжувати вести з використанням партограми.
- У разі відсутності динаміки розкриття шийки матки (менш, ніж 1 см/годину), наявності активної скоротливої діяльності матки (3-4 перейми впродовж 10 хвилин тривалістю більше 40 секунд) та вираженої конфігурації голівки (+++), необхідно виключити наявність диспропорції розмірів голівки плоду та тазу матері. За наявності диспропорції – розродження шляхом кесарського розтину.
- У разі відсутності динаміки розкриття шийки матки (менш, ніж 1 см/годину), слабкості скоротливої діяльності матки (менш, ніж 3 перейми впродовж 10 хвилин або тривалістю менше 40 секунд), за відсутності ознак диспропорції розмірів голівки плоду та тазу матері та при задовільному стані матері та плода, може бути призначена родостимуляція окситоцином (2 Од на 1 литр, 10-60 крапель/хвилину) з контролем стану плода за допомогою безперервного ЕФМ (КТГ).
- Застосування окситоцину у роділь з рубцем на матці після КР не протипоказано, але його призначення асоціюється зі зменшенням успіху ВПКР та підвищенням ризику розриву матки вдвічі.



## Стимуляція пологів (2)

- Стимуляція пологів не протипоказана  
АЛЕ
- Підвищує ризик розриву матки у 2-3 рази
- Рішення щодо необхідності стимуляції пологів слід приймати на основі **партограми**
- Провідна роль в ухваленні рішення щодо можливості використання окситоцину належить лікарю
- Необхідна письмова згода роділлі
- Проводиться виключно шляхом в/в введення окситоцину
  - Пероральне використання окситоцину слід вважати неприпустимим, оскільки не дозволяє контролювати дозо-залежний ефект препарату

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

16

Немає прямих наукових обґрунтувань того, який прогрес у зміні консистенції, згладжуванні й розкритті шийки матки вважати припустимим, а який неприпустимим при стимуляції пологів у жінок з рубцем на матці.

В одному дослідженні було показано, що ймовірність успішних ВПКР не збільшується, якщо стимуляція триває більше 6-8 годин. Занепокоєння з приводу збільшення ризику розриву матки змушує деяких фахівців пропонувати більш низький часовий поріг для ухвалення рішення про припинення спроби ВПКР — 2 години стимуляції без прогресу розкриття шийки матки. Додатковий ризик, пов'язаний з використанням стимуляції пологів за наявності рубця на матці, означає що:

- Призначення стимуляції пологів при веденні ВПКР вимагає ретельної оцінки акушерської ситуації, консультування матері. Провідна роль в ухваленні рішення належить лікареві.
- Краплинна інфузія окситоцину повинна ретельно контролюватися. Швидкість інфузії повинна бути такою, щоб частота перейм не перевищувала 4 за 10 хвилин. (В ідеалі — 3-4 перейми за 10 хвилин, кожна тривалістю більше 40 секунд).
- Вагінальні дослідження повинна здійснювати, найкраще, одна й та ж сама особа для достовірного визначення адекватності прогресу пологів та прийняття рішення про доцільність продовження ВПКР.
- Провідна роль у визначенні частоти вагінальних досліджень, а також ухвалення рішення про припинення спроби ВПКР належить лікареві

### Застосування окситоцину

Для досягнення потрібної концентрації окситоцину, необхідно 5 Од (1 мл) окситоцину розвести 0,9% розчином NaCl до 5 мл

- 0,4 мл отриманого розчину вводять в 200 мл 0,9% розчину NaCl, або
- 0,8 мл отриманого розчину вводять в 400 мл 0,9% розчину NaCl, або
- 1 мл отриманого розчину вводять в 500 мл 0,9% розчину NaCl, або
- 2 мл отриманого розчину вводять в 1000 мл 0,9% розчину NaCl.





### Стимуляція пологів (3)

- Стимуляція пологів окситоцином (2 ОД на 1 літр, 10 -60 крапель/хвилину)
- Для досягнення потрібної концентрації окситоцину, необхідно 5 ОД (1 мл) окситоцину розвести 0,9% розчином NaCl до 5 мл
  - 0,4 мл отриманого розчину вводять у 200 мл 0,9% NaCl, або
  - 0,8 мл отриманого розчину вводять у 400 мл 0,9% NaCl, або
  - 1 мл отриманого розчину вводять у 500 мл 0,9% NaCl, або
  - 2 мл отриманого розчину вводять у 1000 мл 0,9% NaCl
- Високі концентрації Окситоцину (більше 20 мОД/хвилину) супроводжуються підвищенням ризику розриву матки

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

17

10 крапель	= 40 мл /год.	= 1 мОД / хвилину
20 крапель	= 80 мл /год.	= 2 мОД / хвилину
30 крапель	= 120 мл /год.	= 3 мОД / хвилину
40 крапель	= 160 мл /год.	= 4 мОД / хвилину
50 крапель	= 200 мл /год.	= 5 мОД / хвилину
60 крапель	= 240 мл /год.	= 6 мОД / хвилину

Високі концентрації окситоцину (більше 20 мОД/хвилину) супроводжуються підвищенням ризику розриву матки.

За відсутності ефекту від стимуляції пологової діяльності (швидкість розкриття шийки матки менш ніж 1 см/годину) через 2 години від її початку, рекомендовано оперативне розродження

Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії на партограмі, пологи треба завершити операцією КР.

- Затяжні пологи у жінки з попереднім КР небезпечні та підвищують ризик розриву матки по рубцю

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.*

*Zelop, Carolyn M. et al., Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 181(4):882-886, October 1999.*

*Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, Odibo AO, Allsworth JE, Evanoff B, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199(1):32e1e5*



### Стимуляція пологів (4)

- Краплинна інфузія окситоцину повинна ретельно контролюватися
  - Швидкість інфузії повинна бути такою, щоб частота переймів не перевищувала 4 за 10 хвилин. (В ідеалі - 3-4 перейми за 10 хвилин, кожна тривалістю 45-60 секунд).
- Вагінальні дослідження повинна здійснювати одна й та ж сама особа для достовірного визначення адекватності прогресу пологів та прийняття рішення про доцільність продовження ВПКР
  - Провідна роль в ухваленні рішення про припинення спроби ВПКР належить лікареві

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

18

### Стимуляція пологів (5)

- **За відсутності ефекту від стимуляції пологової діяльності (швидкість розкриття шийки матки менш, ніж 1 см/годину) через 2 години від її початку, рекомендовано оперативне розродження**
- Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії на партограмі, пологи треба завершити операцією КР.
  - Затяжні пологи у жінки з попереднім КР небезпечні та підвищують ризик розриву матки по рубцю

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

19

Для нотаток:





## Коли ведення ВПКР слід припинити?

- Поява ознак розриву матки
- Інші акушерські показання
  - Клінічно вузький таз
  - Слабкість пологової діяльності, яка не піддається терапії протягом 2-х годин
  - Тощо...
- Виникає потреба у пологодісилненні, але:
  - Лікар, який веде пологи вважає використання окситоцину в даному випадку занадто ризикованим
  - Жінка не дає згоди

**Операція має бути розпочата якомога раніше, але не пізніше ніж за 30 хвилин**

20

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №20:

Показаннями для припинення спроби ВПКР є:

- Поява ознак розриву матки
- Інші акушерські показання
  - Клінічно вузький таз
  - Слабкість пологової діяльності, яка не піддається терапії протягом 2-х годин
  - Тощо...
- Виникає потреба у пологодісилненні, але:
  - Лікар, який веде пологи, вважає використання окситоцину в даному випадку занадто ризикованим
  - Жінка не дає згоди

Сучасний стандарт щодо допустимого проміжку часу між прийняттям рішення про необхідність екстреного КР та народженням дитини сформульований у клінічній настанові Національного Інституту Найкращих Клінічних Практик (National Institute of Clinical Excellence), Великобританія: **«пологи шляхом екстреного КР за показаннями з боку матері або плода мають бути здійснені якнайшвидше. Інтервал у 30 хвилин між прийняттям рішення про необхідність екстреного КР та народженням дитини може бути допустимим стандартом».**

Дослідження показали, що розродження шляхом екстреного КР протягом 30 хвилин після прийняття рішення не погіршують наслідки для матері та плода. Більш тривалий проміжок може мати негативний вплив.

Слід визнати, що проміжок у 30 хвилин є певною мірою умовним та довільним, тому що у деяких акушерських ситуаціях цей проміжок може бути занадто великим та супроводжуватися навіть летальними результатами для матері чи для плода, або для обох.

*Caesarean section. Clinical Guideline April 2004.  
National Collaborating Centre for Women's and Children's Health  
Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. pp – 160.*



## Ведення 2-го періоду пологів

- Ведення згідно зі стандартами для нормальних пологів
  - Вертикальне положення у ранній фазі
  - Вільний вибір положення для народження
  - Перевагу надавати техніці «некерованих (спонтанних) потуг»
  - Епізіотомія, акушерські щипці, вакуум-екстракція плода за показаннями

Плюс

- Безперервний фетальний моніторинг (КТГ)
- Анестезіолог має знаходитись у пологовому блоці

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

21

Коментарі до слайду №21:

Ведення II періоду пологів не відрізняється від загальноприйнятих підходів.

Прогрес пологів (власне перейми та просування голівки) оцінюється так, як і при звичайних пологах. Окситоцин використовують за показаннями.

Вагінальне дослідження проводять кожні 60 хвилин.

Однак, слід забезпечити безперервний фетальний моніторинг. Анестезіолог, неонатолог та операційна сестра мають бути готові до надання ургентної допомоги.

Для нотаток:



## Ведення 3-го періоду пологів

- Надавати перевагу методиці активного ведення третього періоду пологів
  - На 60% знижує частоту післяпологової кровотечі, яка зумовлена атонією матки

*Достовірність рекомендації А*
- Рутинна катетеризація сечового міхура не рекомендується

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

WHO, 2007  
FIGO, 2006

22

Коментарі до слайду №22:

Відомо, що активне ведення III періоду пологів достовірно знижує частоту післяпологової кровотечі, яка пов'язана з атонією матки, на 60%. *(Рівень достовірності А)*

Принциповим питанням ведення III періоду є використання утеротоніків. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) та Міжнародна Федерація Акушерів Гінекологів (FIGO) підкреслюють, що у роділь, які мають високий ризик післяпологової кровотечі, краще використовувати будь-який наявний утеротонік (за умови відсутності протипоказань до його застосування), ніж не використовувати утеротонік взагалі.

Враховуючи доступність, ефективність та частоту побічних ефектів, окситоцин слід вважати препаратом вибору.

*Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings Joint Statement International Confederation of Midwives (ICM) International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO). November 2006.*

*Mathai, Matthews., Gülmezoglu, A. Metin, Hill, Suzanne. WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. WHO/MPS, 2007.*

Для нотаток:



## Ведення післяпологового періоду (1)

- Рутинне проведення ручної ревізії порожнини матки після успішних ВПКР за відсутності симптомів розриву **не рекомендується**
- Огляд пологових шляхів та ручне обстеження порожнини матки за показаннями
  - Кровотеча
  - Абдомінальний біль
  - Непояснений колапс у матері після пологів
  - Дефект плацентарної тканини
  - Оперативні вагінальні пологи

SOGC, 2005  
Kaplan B, et al, 1994

23

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №23-25:

У деяких клініках занепокоєння відносно безсимптомного розходження шва на матці створює практику рутинної ручної ревізії стінок порожнини матки після ВПКР.

У доступній літературі було знайдено 8 досліджень, у яких вивчалась доцільність проведення цієї операції на рутинній основі у породіль після ВПКР.

Лише у одному крупному дослідженні (3469 ручних обстежень стінок порожнини матки) було знайдено один розрив, але він супроводжувався симптомами подразнення очеревини та кровотечею. Автори зробили висновок про недоцільність практики рутинного ручного обстеження стінок порожнини матки після пологів.

Наразі клінічні керівництва Американської та Канадської асоціацій акушерів-гінекологів, а також Британської королівської колегії акушерів-гінекологів вказують на те, що ручна ревізія стінок порожнини матки після ВПКР **показана лише за наявності симптомів розриву матки (кровотеча, біль, шок)**.

Одним із заходів профілактики післяпологової кровотечі є масаж матки через передню черевну стінку. Рекомендації щодо профілактики післяпологової кровотечі, такі, як Спільна Заява Міжнародної Федерації Акушерів Гінекологів (FIGO) та Міжнародної Конфедерації Акушерок (ICM) 2006, пропонують здійснювати масаж матки через передню черевну стінку одразу після народження плаценти. Масаж матки полягає у розташуванні руки акушера у ділянці дна післяпологової матки та здійсненні «масажуючих» та, одночасно, «вижимаючих» рухів, доки матка не стане щільною. Масаж матки стимулює її скорочення, ймовірно через стимуляцію локальної продукції простагландинів.



## Ведення післяпологового періоду (2)

- Для кожної породіллі слід забезпечити **стандарт допомоги**, який включає:
  1. Ретельне спостереження за тонусом матки та її масаж протягом 6 годин після пологів
    - протягом перших двох годин - кожні 15 хвилин
    - протягом третьої години - кожні 30 хвилин
    - протягом наступних трьох годин - кожні 60 хвилин
  2. Оцінка стану матері: пульс та артеріальний тиск
    - Виявлення можливої внутрішньої кровотечі
    - У жінок з малою масою тіла, анемією, прееклампсією симптоми шоку можуть виникати при крововтраті менше 500 мл
  3. Оцінка об'єму крововтрати

WHO, 2007

24

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Незважаючи на те, що масаж матки є простим, дешевим методом стимуляції та підтримки скорочення матки, не потребує наявності медикаментів та засобів для їх введення, може бути використаний як у разі надання допомоги поза лікарняним закладом, так і на будь-якому рівні надання висококваліфікованої акушерської допомоги, його рутинне використання все ще не впроваджено.

Імовірно, подальшому, більш широкому, впровадженню масажу матки після пологів сприятиме виданий у 2008 році систематичний огляд бібліотеки Кокрана.

До огляду увійшло лише одне РКД, у якому 200 жінок були випадково (рандомізація) розподілені на дві групи. У обох групах третій період проводили активно, але в одній групі проводився масаж матки кожні 10 хвилин протягом перших 60 хвилин після народження плаценти. У другій групі масаж не проводили. В обох групах ретельно збирали кров та згортки й підраховували об'єм крововтрати.

У групі жінок, яким проводився масаж матки, середня крововтрата була достовірно менше, ніж у групі без масажу – в середньому на 41.60 мл, (95% ДІ -75.16 до -8.04) на 30-й хвилині та на 77.40 мл, (95% ДІ -118.71 до -36.09) на 60-й хвилині.

Потреба у додатковому введенні утеротоніків була на 80% нижче у групі масажу матки (BP 0.20, 95% ДІ 0.08 до 0.50).

У контрольній групі було дві гемотрансфузії, тоді як у групі породілей, яким проводили масаж, переливань компонентів крові не було.

Наведені дані додають наукової підтримки рекомендаціям ICM/FIGO щодо необхідності здійснювати масаж матки після народження плаценти з метою попередження післяпологової кровотечі.

## Ведення післяпологового періоду (3)

- Масаж матки у післяпологовому періоді
  - Масаж матки, не рідше ніж кожні 10 хвилин протягом перших 60 хвилин після пологів, знижує об'єм крововтрати в середньому на **80 мл** та зменшує потребу в додаткових утеротоніках на **80%**  
*Достовірність рекомендації A*
  - Сприяє ранньому виявленню надмірної крововтрати та атонії матки

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Hofmeyr G.J., et al, 2008

25

ВООЗ та ICM/FIGO дійшли згоди щодо частоти проведення масажу матки протягом перших 2-х годин після пологів – кожні 15 хвилин

У подальшому ВООЗ рекомендує дотримуватися наступної схеми:

- протягом третьої години – кожні 30 хвилин
- протягом наступних трьох годин – кожні 60 хвилин
- протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні – один раз на добу.

Слід наголосити також, що регулярний масаж матки після пологів сприяє ранньому виявленню післяпологової кровотечі.

*Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings Joint Statement International Confederation of Midwives (ICM) International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO). November 2006.*

*Mathai, Matthews., Gülmezoglu, A. Metin, Hill, Suzanne. WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. WHO/MPS, 2007.*

*Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. CochraneDatabase of Systematic Reviews 2008, Issue 3.*

*Kaplan B, Royburt M, Peled Y, Hirsch M, Ovadia Y, Neri A. Routine revision of uterine scar after prior Cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;73:473–5.*

## Критерії виписки зі стаціонару

- Задовільний стан породіллі
- Нормальна температура тіла
- Нормальні пульс, АТ
- Відсутність патологічних виділень зі статевих шляхів
- Відсутність патологічних змін у органах малого тазу за даними УЗД
- Жінка:
  - Проконсультована з питань післяпологової контрацепції
  - Має добрі навички грудного вигодовування та догляду за дитиною

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

26

Коментарі до слайду №26:

На слайді наведені критерії виписки породіллі після ВПКР зі стаціонару.

- Задовільний стан породіллі
- Нормальна температура тіла
- Нормальні пульс, АТ
- Відсутність патологічних виділень зі статевих шляхів
- Відсутність патологічних змін у органах малого тазу за даними УЗД
- Жінка проконсультована з питань післяпологової контрацепції, навчена грудному вигодовуванню та догляду за дитиною

Для нотаток:





### Висновки (1)

- Організація допомоги при веденні ВПКР має бути зорієнтована на готовність до боротьби з можливими ускладненнями
  - Готовність персоналу, приміщень, обладнання
- **Роділля, яка здійснює спробу ВПКР, ніколи не повинна залишатися в пологовій кімнаті без нагляду медичного персоналу**

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

27

### Висновки (2)

- Під час ведення ВПКР епідуральна анестезія не протипоказана:
  - Не маскує симптоми розриву
  - Збільшує вірогідність успішних ВПКР
- Індукція та стимуляція пологів збільшують ризик розриву матки, але не протипоказані
- У разі появи симптомів розриву матки операція має бути розпочата якомога раніше, але не пізніше ніж за 30 хвилин

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

28

Коментарі до слайду №27-29:

Для нотаток:



### Висновки (3)

- Після пологів необхідно забезпечити ретельний моніторинг стану породіллі протягом найближчих 6 годин
- Виписка роділлі має здійснюватися після ретельної оцінки її стану та належного консультування

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

29

Для нотаток:



## Література

1. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005, Issue 4. Art. No.: CD000331.
2. Caesarean section. Clinical Guideline April 2004. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. pp – 160.
3. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3.
4. Kaplan B, Royburt M, Peled Y, Hirsch M, Ovadia Y, Neri A. Routine revision of uterine scar after prior Cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;73:473–5.
5. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004;351:2581–9.
6. Mathai, Matthews., Gülmezoglu, A. Metin, Hill, Suzanne. WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. WHO/MPS, 2007.
7. Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings Joint Statement International Confederation of Midwives (ICM) International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO). November 2006.
8. Rowbottom SJ, Critchley LA, Gin T. Uterine rupture and epidural analgesia during trial of labour. Anaesthesia 1997;52:486–8.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007.
10. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES No 155 (Replaces guideline No 147), Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. JOGC FÉVRIER February 2005; 164-174.
11. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004;104, 303-12
12. Zelop, Carolyn M. et al., Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 181(4):882-886, October 1999.
13. Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим. Наказ МОЗ України №312 від 08.06.2007
14. Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, Odibo AO, Allsworth JE, Evanoff B, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199(1):32e1e5





## **Навчальний модуль 5**

**Розрив оперованої матки.**



# Розрив оперованої матки

## Клініка, діагностика, лікування

1

Коментарі до слайду №1:

Навчальною метою модуля є:

- Надати інформацію щодо особливостей розриву оперованої матки
- Навчити принципам оцінки симптомів розриву матки під час ведення ВПКР та надати інформацію стосовно найбільш чутливих та специфічних симптомів
- Ознайомити з сучасними підходами до хірургічного гемостазу

Для нотаток:





## Класифікація

- Найбільше клінічне значення для розривів оперованої матки має класифікація:
  - За характером пошкодження
    - Повний розрив матки (що проникає у черевну порожнину)
    - Неповний розрив матки (що не проникає у черевну порожнину)
  - За наявністю клінічних проявів:
    - Симптомний
    - Безсимптомний
  - За часом виникнення:
    - Розрив матки під час вагітності
    - Розрив матки в пологах

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

2

Коментарі до слайду №2:

Існують певні особливості клінічного перебігу розриву оперованої та неоперованої матки, які можуть бути проілюстровані за допомогою класифікації.

Так, розрив неоперованої матки частіше буває повним, а повний розрив у переважній більшості випадків є симптомним. В літературі є навіть термін, яким описує розрив неоперованої матки – по типу «зрілого кавуна», коли розрив матки різко та неконтрольовано поширюється у будь-який бік, в тому числі на судинний пучок.

У випадку оперованої матки зустрічаються як повні, так і неповні розриви. При цьому неповні розриви можуть бути безсимптомними та виявлятися під час планового КР. У випадку, коли ППКР проводиться з початком пологової діяльності і після лапаротомії випадково виявляється неповний розрив матки, майже неможливо встановити, чи був цей розрив до початку пологової діяльності, чи виник вже внаслідок переям.

Для нотаток:



## Неповний розрив

- У **52,4%** - **безсимптомний** та виявляється під час КР (елективного або в пологах)
- Супроводжується достовірно кращими наслідками для матері та плода:
  - У матері:
    - Менше потреба у гемотрансфузії – **у 7,6 разів**
    - Менше ризик загальної анестезії – **у 5 разів**
  - У новонародженого:
    - Вище оцінка за шкалою Апгар на 5-й хвилині
    - Нижче частота асфіксії при народженні

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

*Kieser et al, 2002*

3

Коментарі до слайду №3:

У дослідженні Kieser з колегами були проаналізовані дані відносно розриву матки за 10-тирічний період (1988-1997 роки) у провінції Nova Scotia (Канада).

Загалом, за цей період відбулося 114 933 пологів з 39 випадками розриву матки: 18 повних розривів та 21 неповний розрив. У 36 випадках розриву жінки мали рубець на матці після КР.

Було знайдено, що пацієнтки з повним розривом матки в 7,6 разів частіше отримували гемотрансфузію (ВШ 7,60, 95% ДІ 1,14- 82,14) та у 5 разів частіше мали екстрену загальну анестезію (ВШ 5,03, 95% ДІ 1,06 – 25,30), ніж жінки з неповним розривом матки.

У новонароджених повний розрив матки, у порівнянні з неповним, асоціювався з достовірно більш частою оцінкою за шкалою Апгар менше 7 балів на 5-й хвилині ( $p < 0,001$ ) та більш частою асфіксією при народженні, яка потребувала вентиляції протягом  $> 1$ хвилини ( $p < 0,01$ ).

Крім того, 11 неповних розривів з 21 (**52,4%**) мали безсимптомний перебіг та були виявлені лише під час елективного КР (до початку пологової діяльності) чи після початку пологів.

*Katharina E. Kieser, MD, and Thomas F. Baskett, MB  
A 10-Year Population-Based Study of Uterine Rupture. Obstet Gynecol 2002;100:749–53.*

Для нотаток:



## Патогенетичні механізми розриву матки

- У зразках міометрію з нижнього сегменту матки при неповному розриві виявили:
  - Зниження кількості гладком'язових волокон та збільшення вмісту колагену
  - Зменшення або повну відсутність трансформуючого фактору росту (TGF- $\beta$ 3),
  - Зниження рівня фактору росту сполучної тканини (CTGF)
  - Підвищення вмісту фактору росту фібробластів (bFGF)
- Як результат - зниження міцності рубця на матці на розтягнення та розрив

Fabrizio Pollio, et al. 2006

4

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №4:

Збалансований розподіл колагену в зоні рубця, який регулюється різноманітними факторами росту, вважають одним із ключових факторів доброго загоєння рани та повноцінного відновлення функції тканини. Pollio з колегами провели гістологічне дослідження зразків міометрію у випадку неповного розриву оперованої матки. Загалом у дослідження увійшло 1210 пацієнок з одноплідною вагітністю в терміні гестації  $\geq 37$  тижнів, яким проводився ППКР з приводу рубця на матці до початку пологової діяльності. Неповний розрив матки було виявлено у 9-ти (0,7%).

Гістологічні та імуно-гістохімічні дослідження зразків міометрію показали, що у випадку неповного розриву матки спостерігалось значне зниження кількості гладком'язових волокон та збільшення вмісту колагену. Загалом, для тканини нижнього сегменту матки при неповному розриві було характерно більш високе значення співвідношення колаген/гладком'язові клітини в порівнянні з оперованою маткою без розриву. Автори вважають цей факт критичним у зниженні міцності рубця на матці на розтягнення та розрив.

Гістохімічні дослідження показали, що неповний розрив матки супроводжувався значним зниженням або повною відсутністю трансформуючого фактору росту  $\beta 3$  (TGF- $\beta 3$ ), зниженням фактору росту сполучної тканини (CTGF) та підвищенням вмісту фактору росту фібробластів (bFGF). Крім того, спостерігалось деяке збільшення експресії судинного ендотеліального фактору росту (VEGF) та фактору некрозу пухлини (TNF).

Тим не менше, наразі дуже складно визначити справжню роль біохімічних механізмів у загоєнні розрізу на матці. З одного боку, рівень синтезу тих чи інших тканинних факторів росту є генетично детермінованим, тобто може мати місце схильність до збільшеного вмісту колагену в рубці та відповідно до розриву рубця на матці.

З іншого боку, треба враховувати значення інших факторів, які можуть мати певний вплив на якість загоєння міометрію, а саме – техніка ушивання матки, шовний матеріал, бактеріальна контамінація країв рани або забруднення меконієм чи казеозною змазкою.

Наразі деякі експериментальні дослідження демонструють можливість покращення якості загоєння ран за допомогою тканинних факторів росту, але для використання подібної терапії в клінічних умовах потрібні подальші дослідження.

*Fabrizio Pollio, Stefania Staibano, Massimo Mascolo, Gaetano Salvatore,  
Francesco Persico, Marianna De Falco, Andrea Di Lieto.  
Uterine dehiscence in term pregnant patients with one previous cesarean delivery: Growth factor  
immunoexpression and collagen content in the scarred lower uterine segment.  
American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 194, 527–34*

---

Для нотаток:



## Діагностика розриву матки

- В літературі описана велика кількість різноманітних симптомів розриву матки
- **Які з них частіше зустрічаються?**
- **Які з них більш чутливі та специфічні?**

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

5

Коментарі до слайду №5:

У літературі описана велика кількість різноманітних симптомів розриву матки. Але для практичного лікаря важливо знати, який з симптомів розриву матки частіше за всі зустрічається та є найбільш чутливим та специфічним?

Для нотаток:



### Частота виявлення деяких симптомів розриву матки (1)

Симптом	Частота виявлення
Брадикардія у плода як єдина ознака	60 – 100%
Інші ознаки дистресу плода	33 – 82%
Відсутність прогресу в пологах	21%
Біль	13%
Вагінальна кровотеча	11%

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Kevin S. Toppenberg, 2002

6

Коментарі до слайду №6-7:

Своєчасна допомога при розриві матки, а також наслідки для матері та плода залежать безпосередньо від своєчасного виявлення проблеми та прийняття рішення щодо лапаротомії.

В минулому лікарів навчали відслідковувати та розпізнавати такі «класичні» симптоми розриву матки, як раптовий різкий біль в момент розриву матки, вагінальна кровотеча, припинення маткових скорочень. Але недавні дослідження показали, що ці ознаки є ненадійними та часто відсутні. Натомість **дистрес плода був визнаний як найбільш надійна клінічна ознака розриву матки.**

Результат одного дослідження (99 розривів) показав, що лише 13 пацієнтів відмічали наявність болю та лише 11 мали вагінальну кровотечу.

Тривалі пізні й варіабельні децелерації та брадикардія були найбільш частим проявом розриву матки при спробі ВПКР, який зустрічався майже **у 100% випадків**. За даними інших дослідників симптоми дистресу плода спостерігаються при розриві оперованої матки у  $\geq 60\%$  випадків.

Крім того, дослідження показали, що характер маткових скорочень є ненадійною ознакою розриву. Навіть у випадках, коли проводився моніторинг за допомогою внутрішньоматкового катетеру, який визначає тиск у порожнині матки, далеко не завжди вдавалось побачити зменшення внутрішньоматкового тиску, тонуусу матки та характеру маткових скорочень після розриву.



## Частота виявлення деяких симптомів розриву матки (2)

- Симптоми, які зустрічались рідко або були відсутні:
  - Раптовий біль (у момент розриву)
  - Ослаблення або припинення перейм
  - Пальпація частин плода у черевній порожнині

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Kevin S. Toppenberg, 2002

7

Повертаючись до дистресу плода як ознаки розриву матки, слід наголосити на тому, що **не завжди дистрес плода при спробі ВПКР це обов'язково розрив, але розрив — це майже завжди дистрес**. Тому можна прооперувати 10 жінок з рубцем на матці після КР з приводу дистресу плода та не знайти жодного розриву у 9-ти з них (тобто мав місце «чистий» дистрес, але у 10-ї жінки врятувати її життя та життя дитини).

KEVIN S. TOPPENBERG, WILLIAM A. BLOCK,  
*Uterine Rupture: What Family Physicians Need to Know?*  
*Am Fam Physician* 2002; 66:823-8.

Для нотаток:



## Можливі симптоми розриву матки (1)

- **Дистрес плода за даними КТГ**
- Поява раптового болю в ділянці рубця
- Біль унизу живота, який зберігається у проміжках між переймами
- Поява болю нетипової локалізації (надключична ділянка)
- Вагінальна кровотеча або гематурія
- Ослаблення або припинення попередньо ефективних перейм
- Зміна форми матки
- Тахікардія у матері, гіпотензія, шок, біль у грудях, відчуття “нестачі повітря”
- “Втрата” передлеглої частини при вагінальному дослідженні
- Пальпація частин плода у черевній порожнині

Програма “Здоров’я матері та дитини” Швейцарія - Україна

Kevin S. Toppenberg, 2002

8

### Коментарі до слайду №8-9:

Незважаючи на те, що дистрес плода є найбільш специфічною ознакою розриву матки та має відслідковуватися у першу чергу, інші симптоми розриву матки також слід моніторувати під час ведення ВПКР:

- Поява раптового болю в ділянці рубця
- Біль внизу живота, який зберігається у проміжках між переймами
- Поява болю нетипової локалізації (надключична ділянка)
- Вагінальна кровотеча або гематурія
- Ослаблення або припинення попередньо ефективних перейм
- Зміна форми матки
- Тахікардія у матері, гіпотензія, шок, біль у грудях, відчуття “нестачі повітря”
- “Втрата” передлеглої частини при вагінальному дослідженні
- Пальпація частин плода у черевній порожнині

### Для нотаток:





## Можливі симптоми розриву матки (2)

- Більшість симптомів свідчать у першу чергу про вірогідність розриву матки
- Більшість із них не є патогномічними
  - Дистрес плода може бути не пов'язаний із розривом матки
- Патогномічний симптом (пальпація частин плода у черевній порожнині) рідко буває ізольованим
  - Частіше супроводжується болем, проявами шоку у матері, дистресом плода та зовнішньо–внутрішньою кровотечею
- Діагноз «розрив матки» або «загроза розриву матки» може бути остаточно встановлений лише після лапаротомії

Kevin S. Toppenberg, 2002

9

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Більшість симптомів свідчать у першу чергу про вірогідність розриву матки та не є патогномічними.

Патогномічний симптом (пальпація частин плода у черевній порожнині) рідко буває ізольованим і частіше супроводжується болем, проявами шоку у матері, дистресом плода та зовнішньо–внутрішньою кровотечею.

Діагноз «розрив матки» або «загроза розриву матки» може бути остаточно встановлений лише після лапаротомії.

KEVIN S. TOPPENBERG, WILLIAM A. BLOCK,  
*Uterine Rupture: What Family Physicians Need to Know?*  
*Am Fam Physician 2002; 66:823-8.*

Для нотаток:

## Симптоми розриву матки: Етапи оцінки (1)

1. Постійно слідкуйте за можливою появою станів, що загрожують життю:
  - Дистрес плода
  - Тахікардія, гіпотензія, біль у грудях, відчуття нестачі повітря у роділлі
2. Періодично запитуйте роділлю про наявність різкого болю у надлобковій ділянці у проміжках між переймами

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

10

Коментарі до слайду №10-11:

На слайдах запропонована раціональна послідовність оцінки симптомів розриву матки під час ведення ВПКР.

В першу чергу під час ведення ВПКР слід спостерігати за появою станів, які загрожують життю матері та дитині – дистрес плода та ознаки шоку.

Біль у ділянці рубця може бути виявлений або якщо жінка скаржиться, або під час пальпації нижнього сегменту у проміжках між переймами.

Стосовно діагностичної значущості пальпації нижнього сегменту матки в діагностиці розриву між фахівцями тривають суперечки. Зрозуміло, що при інтенсивній («глибокій») пальпації нижнього сегменту можна викликати доволі сильний біль навіть у роділлі з неоперованою маткою. Крім того, біль при пальпації нижнього сегменту матки залежить від індивідуального порогу больової чутливості жінки, її психологічного стану в пологах тощо. Саме тому діагностичне значення для розриву матки може мати лише **інтенсивний біль, що виникає при обережній пальпації** ділянки нижнього сегменту.

Коли біль комбінується з іншими симптомами розриву матки, прийняти рішення і екстрений КР не складно, але чи вважати ізольовану болючість нижнього сегменту достатньою для припинення ВПКР, наразі невідомо.

Як вже було сказано вище, розрив матки може не відобразитися на характері пологової діяльності. І навпаки – ослаблення перейм може бути просто слабкістю пологової діяльності і не обов'язково є ознакою розриву матки.



## Симптоми розриву матки: Етапи оцінки (2)

3. При зовнішньому акушерському обстеженні
  - У проміжках між переймами обережно пропальпуйте ділянку нижнього сегменту та оцініть наявність різкої болючості
  - Оцініть форму матки, її контури та наявність у черевній порожнині частин плода
  - Оцініть пологову діяльність та порівняйте отримані показники з попередніми
    - Переконайтесь, що пологова діяльність не стала слабшою
4. При вагінальному дослідженні
  - Оцініть наявність рідкої крові/згортків крові у піхві
  - Оцініть положення передлеглої частини

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

11

Це ж саме стосується кров'яних виділень з піхви. Практичному лікареві добре відомо, що розкриття шийки матки в тій чи іншій мірі супроводжується появою крові у вагінальних виділеннях. З іншого боку, рідка кров зі згортками у піхві може бути проявом відшарування плаценти, розриву шийки матки (наприклад, по старому рубцю) і не є специфічною ознакою розриву матки.

Загалом, такі ознаки, як біль при пальпації нижнього сегменту, ослаблення перейм та кров'яні виділення з піхви, повинні оцінюватися разом з іншими симптомами.

Для нотаток:



## Симптоми розриву матки в пологах (1)

- При появі симптомів розриву матки показана негайна лапаротомія під ендотрахеальним наркозом (навіть за наявності ЕДА):
  - Якщо немає умов для швидкого вагінального розродження – виконати КР
  - Якщо голівка на тазовому дні – оперативні вагінальні пологи з наступною лапаротомією
- За час транспортування в операційну та підготовки операційного поля необхідно:
  - Мобілізувати другу вену
  - Проводити відновлення ОЦК шляхом в/в інфузії кристалоїдів та колоїдів зі швидкістю не менше 100 мл/хв.

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

12

Коментарі до слайду №12-13:

При появі симптомів розриву матки показана негайна лапаротомія під ендотрахеальним наркозом навіть за наявності епідуральної аналгезії.

Якщо жінці проводилась епідуральна *аналгезія*, не слід намагатися досягти *анестезії*, достатньої для лапаротомії, шляхом додаткового введення препарату, оскільки це призведе до:

- Втрати часу (щонайменше 15-20 хвилин до досягнення достатнього рівня знеболення)
- Погіршення гемодинаміки внаслідок гіпотензії (гіпотензія внаслідок збільшення концентрації та дози анестетика у поєднанні з крововтратою/ геморагічним шоком)

Слід визначити три ключових моменти надання допомоги:

1. Негайне розродження.
  - o Розрив матки супроводжується дистресом плода та призводить до перинатальної тяжкої захворюваності та смертності
2. Екстрена лапаротомія, метою якої є зупинка кровотечі хірургічними методами
3. Одночасне адекватне відновлення ОЦК (обов'язково) зі швидкістю не менше 100 мл/хв. та трансфузійна терапія (за потреби)

Зрозуміло, що у випадку появи симптомів розриву матки у першому періоді пологів показано негайне розродження шляхом операції КР.

## Симптоми розриву матки в пологах (2)

### Якщо плід був народжений шляхом оперативних вагінальних пологів

- Після вилучення плода можлива очікувальна тактика (без негайної лапаротомії), якщо:
  - Немає зовнішньої кровотечі
  - Немає ознак внутрішньої кровотечі та стабільна гемодинаміка
  - Показанням для оперативного розродження був лише дистрес плода
  - Після народження плода — провести ручне відділення плаценти й виділення посліду та ревізію стінок порожнини матки
- Після вилучення плода потрібна негайна лапаротомія, якщо:
  - Зовнішня кровотеча або ознаки внутрішньої кровотечі
  - Нестабільна гемодинаміка (гіпотензія, тахікардія, утруднене дихання)

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

13

Коли симптоми дистресу плода виникають у II періоді пологів (голівка плода на тазовому дні), слід спочатку вилучити дитину (вакуум екстракція, акушерськи щипці), а потім вирішувати питання щодо необхідності лапаротомії та хірургічного гемостазу. Як вже було сказано раніше, «розрив матки — це майже завжди дистрес плода, але дистрес – це не обов'язково розрив». Тобто у II періоді пологів можна здійснити вакуум-екстракцію з приводу «чистого» дистресу плода.

Існує думка, що, за наявності підозри на розрив матки, вакуум-екстракція є неприйнятною операцією, і перевагу слід надавати акушерським щипцям, тому, що їх використання дозволяє уникати потуг. Наразі немає доказів, які б обґрунтовували перевагу акушерських щипців над вакуум-екстракцією у випадку підозри на розрив матки в пологах (дуже мало випадків).

Тому, якщо плід був народжений шляхом вакуум-екстракції, необхідно диференційовано підходити до тактики ведення, а саме:

- Після вилучення плода можлива очікувальна тактика (без негайної лапаротомії), якщо:
  - Немає зовнішньої кровотечі
  - Немає ознак внутрішньої кровотечі та стабільна гемодинаміка
  - Показанням для оперативного розродження був лише дистрес плода
  - У цьому випадку після народження плода доцільно буде провести ручну ревізію стінок порожнини матки та ручне відділення та виділення посліду
- Після вилучення плода потрібна негайна лапаротомія, якщо:
  - Зовнішня кровотеча або ознаки внутрішньої кровотечі
  - Нестабільна гемодинаміка (гіпотензія, тахікардія, утруднене дихання)



## Оперативне лікування

- Можливий об'єм оперативного втручання
  - Ушивання розриву
  - Гістеректомія
    - Субтотальна (надпівхова ампутація)
    - Тотальна (екстірпація)
- Додаткові методи хірургічного гемостазу
  - Перев'язування маткових та яєчникових артерій
  - Перев'язування внутрішніх клубових артерій
- Об'єм операції залежить від
  - Розміру розриву
  - Локалізації розриву
  - Крововтрати

Christopher B-Lynch, Louis G. Keith, 2006

14

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №14:

У випадку розриву матки головне питання, яке постає перед лікарем, це можливість збереження органу (матки) та, відповідно, менструальної й репродуктивної функції, чи все ж таки проведення гістеректомії з метою остаточного гемостазу.

Необхідно відмітити, що на сьогодні у світі видалення матки з метою зупинки кровотечі виконують тільки в разі неефективності застосування попередніх органозберігаючих методів гемостазу та продовження кровотечі.

У будь-якому випадку об'єм оперативного втручання залежатиме від низки факторів, а саме:

- Розміру розриву
- Локалізації розриву
- Крововтрати
- Кваліфікації хірурга

Не слід забувати про такі методи хірургічного етапу зупинення акушерської кровотечі, як перев'язування маткових і яєчникових артерій та перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій. Ці методи можуть кардинально вплинути на наслідки для матері та сприяти збереженню репродуктивного органу.

*A Textbook of POSTPARTUM HEMORRHAGE. A comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. Edited by Christopher B-Lynch, Louis G. Keith, Andre B. Lalonde, Mahantesh Karoshi, Sapiens Publishing, 2006.*

*Камінський В.В., Голяновський О.В. Перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій в акушерській практиці. Здоров'я жінки. – 2007. –№3.–С.61-66.*



## Показання для органозберігаючої операції

- Неповний розрив матки
- Невеличкий повний розрив
- Інтактні судинні пучки
- Лінійний розрив із чіткими краями
- Відсутність ознак маткової інфекції
- Збережена скоротлива здатність матки

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

15

Коментарі до слайду №15:

Показаннями до збереження матки можуть бути:

- Неповний розрив матки
- Невеличкий повний розрив
- Інтактні судинні пучки
- Лінійний розрив із чіткими краями
- Відсутність ознак маткової інфекції
- Збережена скоротлива здатність матки

Технічну можливість збереження матки має визначити хірург.

*ACOG Practice Bulletin. # 76,  
Postpartum Hemorrhage. OBSTETRICS & GYNECOLOGY. VOL. 108, NO. 4, 2006*

Для нотаток:





## Ушивання розриву чи гістеректомія?

- Частота гістеректомії внаслідок розриву матки при спробі ВПКР
  - У 13% випадків розриву
  - 0,9 – 1,2 /1000 спроб ВПКР
- У більшості випадків вдається обмежитись органозберігаючою операцією
  - Ушивання розриву може супроводжуватися хірургічною стерилізацією, якщо ризик розриву матки при наступних вагітностях є високим (розрив, який переходить на тіло матки)

Jeanne-Marie Guise, et al. 2004

16

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №16:

Результати систематичного огляду, до якого увійшло 21 дослідження, у яких вивчали частоту та наслідки розриву матки. Загалом, частота гістеректомії внаслідок розриву матки при спробі ВПКР була дуже рідкою та становила 13% від усіх випадків симптомного розриву.

Тобто у більшості випадків вдається обмежитись органозберігаючою операцією.

Ушивання розриву може супроводжуватися хірургічною стерилізацією, якщо ризик розриву матки при наступних вагітностях є високим (наприклад, розрив, який переходить на тіло матки).

*Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren, Benjamin K S Chan and Mark Helfand. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329;19*

Для нотаток:





## Консервативні методи хірургічного гемостазу (1)

- **Перев'язування маткових та яєчникових артерій**
  - Проста, швидка та безпечна операція
  - Дозволяє зберегти фертильність
  - Дозволяє зменшити інтенсивність кровотечі перед проведенням гістеректомії
  - Зменшує загальний об'єм крововтрати

Christopher B-Lynch, Louis G. Keith, 2006

17

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №17-20:

### **Перев'язування маткових та яєчникових артерій**

Застосування методики перев'язки маткових артерій з метою зупинення акушерської кровотечі, на наш погляд, має ряд переваг порівняно з виконанням екстреної гістеректомії.

Окрім збереження фертильності, перев'язування судин матки супроводжується меншою частотою післяопераційних ускладнень, потребує менше часу на її виконання. Ургентна екстирпація матки може супроводжуватися травмою сечовода або сечового міхура, підвищеною крововтратою та розвитком геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому.

У разі виконання перев'язування маткових артерій замість гістеректомії можна зберегти репродуктивний орган та уникнути травматичних ушкоджень сечового міхура та сечоводів, кишківника, утворення гематом, а в післяопераційному періоді – спайкового процесу органів малого таза, опущення стінок піхви, які можливі після виконання гістеректомії.

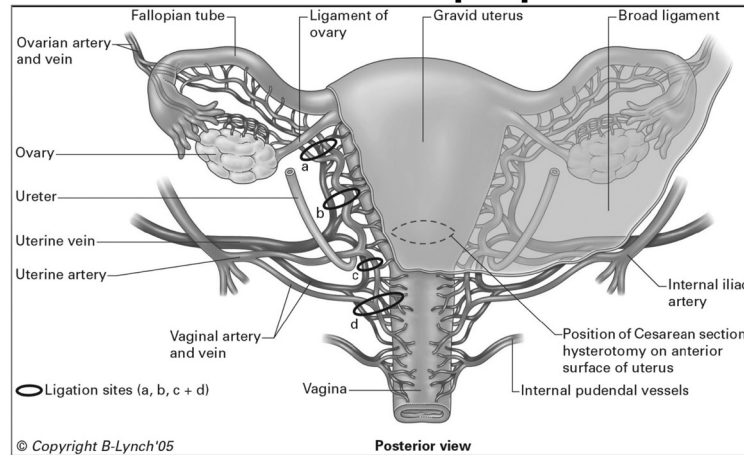
Разом з тим, перев'язування внутрішніх клубових артерій технічно більш складніше і пов'язане з ризиком ушкодження клубових вен, сечовода, помилковим перев'язуванням зовнішньої клубової артерії, тоді як двобічне перев'язування висхідних гілок маткових артерій та яєчникових артерій технічно нескладна, відносно проста операція і вкрай рідко супроводжується подібними ускладненнями.

### **Перев'язування внутрішніх клубових артерій**

Довгий час вважали, що перев'язування судин гіпогастральної системи рівнозначно виключенню кровообігу у всій ділянці малого таза. На щастя, з часом виявилось, що це зовсім не так. Завдяки добре розвиненому колатеральному кровообігу таза, не спостерігаються судинні розлади у разі перев'язування однієї або обох внутрішніх клубових артерій.



## Перев'язування маткових та яєчникових артерій



Christopher B-Lynch, Louis G. Keith, 2006

18

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

## Консервативні методи хірургічного гемостазу (2)

- **Перев'язування внутрішніх клубових артерій**
  - У випадках розриву матки, при яких спостерігається відрив маткової артерії
  - У разі глибоких розривів матки, шийки матки та склепін піхви, коли виникають труднощі з ушиванням цих розривів
  - До або після проведення гістеректомії
    - Коли після гістеректомії кровотеча продовжується з-під листків широкої зв'язки матки
    - У разі кровотечі зі стінки таза, параметральної клітковини
    - Дифузна кровотеча без чіткого визначення джерела кровотечі та ложа судини
  - Атонія матки, коли інші методи лікування були неефективними

Christopher B-Lynch, Louis G. Keith, 2006

19

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Реально, дистальні гілки гіпогастральних артерій нижче місця перев'язки ніколи не знекровлюються, що пов'язано з великою кількістю анастомозів, які починають функціонувати зразу ж після накладання лігатур. У результаті перев'язування внутрішніх клубових артерій зменшуються пульсовий тиск і швидкість кровоплину у колатеральних судинах, що призводить до ішемії матки, її скорочення та локального підвищення згортання крові і, таким чином, зменшення або припинення кровотечі. Хірурги, які виконують цю операцію повинні знати, що двостороннє лігування внутрішніх клубових артерій більш ефективно, ніж одностороння перев'язка; це підтверджено меншою кількістю релапаротомій за першого варіанту операції.

*Показання до перев'язування внутрішніх клубових артерій*

Виділяють профілактичне і терапевтичне перев'язування внутрішніх клубових артерій, хоча чітка диференціація між ними відсутня.



Стани, які потребують профілактичного накладання лігатур на внутрішні клубові артерії, можна визначити як наступні:

- Відшарування плаценти з атонією матки;
- Черевна вагітність з імплантацією плаценти в області таза;
- Істинне прирощення плаценти з кровотечею, перед проведенням гістеректомії;
- Коли попередні методи зупинки кровотечі були безуспішними;
- Рецидив післяпологової кровотечі та рецидивуючі кровотечі на тлі передлежання плаценти.

Терапевтичне перев'язування може стати необхідним:

- До або після проведення гістеректомії з приводу післяпологової кровотечі.
- Коли кровотеча продовжується з-під листків широкої зв'язки матки.
- У разі масивної кровотечі зі стінки таза, параметральної клітковини.
- Дифузна кровотеча без чіткого визначення джерела кровотечі та ложа судини.
- **У випадках розриву матки, при яких спостерігається відрив маткової артерії.**
- Атонія матки, коли інші методи лікування були неефективними.
- У разі глибоких розривів шийки матки та склепінь піхви, коли виникають труднощі з ушиванням цих розривів.
- За вогнепальних ран нижньої частини живота і малого таза.
- У разі переломів таза з інтраперитонеальною кровотечею.

*A Textbook of POSTPARTUM HEMORRHAGE. A comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. Edited by Christopher B-Lynch, Louis G. Keith, Andre B. Lalonde, Mahantesh Karoshi, Sapiens Publishing, 2006.*

*Камінський В.В., Голяновський О.В. Перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій в акушерській практиці. Здоров'я жінки. – 2007. – №3. – С.61-66.*

## Гістеректомія

- Показання до надпівової ампутації матки:
  - Розриви тіла матки, зі збереженим судинним пучком, з помірною крововтратою без ознак синдрому ДВЗ та інфекції
- Показання до екстирпації матки:
  - Розрив тіла або нижнього сегменту матки, який перейшов на шийку
  - Травма судинного пучка
  - Неможливість визначення нижнього кута рани
  - Розрив шийки матки з переходом на тіло

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

21

Коментарі до слайду №21:

У випадку прийняття рішення щодо гістеректомії вона не завжди повинна бути тотальною. Немає прямої залежності між тяжкістю стану жінки та об'ємом оперативного втручання. Навпаки, усвідомлюючи, що екстирпація матки, особливо екстрена, супроводжується більшим об'ємом крововтрати та вірогідністю ускладнень, лікарю не слід намагатися провести радикальну операцію у жінки з тяжким геморагічним шоком (крім тих ситуацій, коли екстирпація є єдиним варіантом остаточного гемостазу).

Для нотаток:



## Висновки (1)

- У випадку оперованої матки зустрічаються як повні, так і неповні розриви
  - Неповні розриви можуть бути безсимптомними (52% випадків) та виявлятися під час планового КР
- Зниження кількості гладком'язових волокон та збільшення вмісту колагену – головний фактор неспроможності рубця на матці
- Дистрес плода - найбільш надійна клінічна ознака розриву матки (~100% випадків)
  - Не завжди дистрес плода при спробі ВПКР — це обов'язково розрив, але розрив — це майже завжди дистрес

22

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

## Висновки (2)

- При появі симптомів розриву матки:
  - I-й період пологів – негайна лапаротомія
  - II-й період (голівка в порожнині тазу) – вакуум-екстракція плода
- Перевага має надаватися органозберігаючим операціям
- Перев'язування магістральних судин:
  - Зменшує об'єм крововтрати
  - Сприяє збереженню матки

23

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №22-23:

Для нотаток:



## Література

1. A Textbook of POSTPARTUM HEMORRHAGE. A comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. Edited by Christopher B-Lynch, Louis G. Keith, Andre B. Lalonde, Mahantesh Karoshi, Sapiens Publishing, 2006.
2. ACOG Practice Bulletin. # 76, Postpartum Hemorrhage. OBSTETRICS & GYNECOLOGY. VOL. 108, NO. 4, 2006.
3. Fabrizio Pollio, Stefania Staibano, Massimo Mascolo, Gaetano Salvatore, Francesco Persico, Marianna De Falco, Andrea Di Lieto. Uterine dehiscence in term pregnant patients with one previous cesarean delivery: Growth factor immunoexpression and collagen content in the scarred lower uterine segment. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 194, 527–34.
4. Jeanne-Marie Guise, Marian S McDonagh, Patricia Osterweil, Peggy Nygren, Benjamin K S Chan and Mark Helfand. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329;19.
5. Katharina E. Kieser, MD, and Thomas F. Baskett, MB A 10-Year Population-Based Study of Uterine Rupture. Obstet Gynecol 2002;100:749 –53.
6. KEVIN S. TOPPENBERG, WILLIAM A. BLOCK, Uterine Rupture:What Family Physicians Need to Know? Am Fam Physician 2002; 66:823-8.
7. Камінський В.В., Голяновський О.В. Перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій в акушерській практиці. Здоровье женщины. – 2007. –№3.– С.61-66.



## **Навчальний модуль 6**

**Вагітність, що розташована у рубці на матці.**





## Вагітність у рубці на матці

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

1

Коментарі до слайду №1:

Завданнями цього модулю є:

- Ознайомити учасників з актуальністю проблеми ВРМ
- Навчити учасників принципам діагностики та профілактики ВРМ
- Надати інформацію щодо можливих варіантів медикаментозного та хірургічного лікування ВРМ

Для нотаток:



## Частота

- Рідка форма ектопічної вагітності
  - Справжня частота невідома
    - З 1971 по 2001 рік в англійській літературі описано 18 випадків
    - З 2002 по 2004 – ще 66 випадків
- За даними деяких авторів вагітність у рубці на матці (ВРМ) сьогодні зустрічається частіше, ніж шийкова вагітність
- Може супроводжуватися масивною кровотечею та являє загрозу життю жінки

Maymon R, Halperin R, et al., 2004

2

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №2:

Імплантація вагітності безпосередньо у рубці на матці після КР відноситься до рідких форм ектопічної вагітності та розцінюється як стан, що загрожує життю жінки. Істинна частота вагітності у рубці на матці (ВРМ) наразі невідома. З 1978 по 2001 рік в англійській літературі було описано лише 18 випадків ВРМ, а з 2002 по 2004 – 66 випадків. Подібне збільшення кількості ВРМ, описаних у літературі, може бути результатом:

- Реального збільшення кількості ВРМ внаслідок росту частоти КР в цілому світі
- Більш широкого використання трансвагінального УЗ сканування, яке дозволяє виявляти ВРМ на ранніх термінах вагітності.

Деякі автори навіть повідомляють, що ВРМ сьогодні зустрічається більш часто, ніж шийкова вагітність.

*R.Maymon, R.Halperin, S.Mendlovic, D.Schneider, A.Herman  
Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review  
of the medical approach to an iatrogenic complication  
Human Reproduction Update, 2004, Vol.10, No.6 pp. 515–523,*

### Для нотаток:



## Фактори ризику ВРМ

- Наявність ділянки травмованого/оперованого міометрію з дефектами рубцевої тканини (розходження рубця, ніші)
  - Інвазивні внутрішньоматкові маніпуляції (розширення цервікального каналу, вишкрібання стінок порожнини матки тощо) у жінки з КР в анамнезі
  - Два та більше КР в анамнезі
  - КР до початку пологової діяльності
  - КР після тривалого безводного проміжку
  - Ендометрит після КР

Maymon R, Halperin R, et al., 2004

3

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №3:

У 1969 році Shinagawa та Nagayama виявили, що шийковій вагітності у більшості випадків передують штучний аборт з вишкрібанням стінок порожнини матки. Пов'язана з цим травма ендо-міометрію в ділянці внутрішнього вічка створює сприятливі умови для імплантації зародку саме в це місце.

Подібним механізмом можна пояснити виникнення ВРМ, оскільки рубець на матці може стати зоною ризику імплантації. Бластоциста може проникати у мікроскопічні ділянки розходження внутрішнього шару міометрію чи рубцевої тканини, які можуть утворитися після хірургічних втручань на матці.

Небезпечним може бути поєднання КР в анамнезі та штучного аборт, під час якого ділянка рубця може пошкоджуватися. Так, з 66 випадків, описаних з 2002 по 2004 роки, 13 ВРМ були саме після попереднього аборт з кюретажем.

Jurkovic з колегами (2003) продемонстрували, що у 72% випадків ВРМ пацієнтки мали  $\geq 2$  КР в анамнезі.

Цікавий зв'язок був знайдений кількома авторами (Маумон з колегами, 2004; Neiger з колегами, 1998; Vial з колегами, 2000; Ghezzi з колегами, 2002; Hartung та Meckies, 2003; Yang та Jeng, 2003), а саме — велика кількість жінок з ВРМ після КР з приводу тазового передлежання плода. В дослідженні Маумон таких жінок було 63%.

Можливе пояснення такому поєднанню може бути наступне. Після оприлюднення результатів рандомізованого контрольованого дослідження (Term Breech Trial, The LANCET, 2000. Vol 356, p 1375–83), яке показало, що КР у порівнянні з ВП при доношеній вагітності та тазовому передлежанні плода достовірно знижує перинатальну смертність 67%, планове розродження шляхом КР у разі тазового передлежання стало рутинною практикою у багатьох країнах світу. При цьому більшість операцій виконується до початку пологової діяльності, тобто за відсутності «сформованого» нижнього сегменту матки. Внаслідок цього процес загоєння міометрію може порушуватися, з утворенням розходжень та ніш, які стають зоною ризику імплантації бластоцисти.

*R.Maymon, R.Halperin, S.Mendlovic, D.Schneider, A.Herman.  
Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review  
of the medical approach to an iatrogenic complication  
Human Reproduction Update, 2004, Vol.10, No.6 pp. 515–523,*

*Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ.  
First-trimester diagnosis and management of pregnancies  
implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar.  
Ultrasound Obstet Gynecol, 2003. 21,220–227.*

*Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Vaknin Z, Herman A  
et al. Ectopic pregnancies in cesarean section scars: the 8-year  
experience of one medical center. Hum Reprod, 2004. 19,278–284.*

---

Для нотаток:



## Можливі профілактичні заходи

- Надавати перевагу медикаментозному аборті (у разі можливості) у жінок з КР в анамнезі
- Сприяти зниженню ППКР шляхом впровадження практики ВПКР
- Здійснювати плановий КР з початком пологової діяльності
- Використовувати раціональні схеми антибіотикопрофілактики у разі ПРПО та КР

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Maymon R, Halperin R, et al., 2004

4

### Коментарі до слайду №4:

Слід підкреслити, що знання факторів ризику ВРМ допоможе планувати та здійснювати певні заходи, які потенційно можуть попередити виникнення такої вагітності:

- Надавати перевагу медикаментозному аборті (у разі можливості) у жінок з КР в анамнезі
- Сприяти зниженню ППКР шляхом впровадження практики ВПКР
- Здійснювати плановий КР з початком пологової діяльності
- Використовувати раціональні схеми антибіотикопрофілактики у разі ПРПО та КР

### Для нотаток:



## Діагностика ВРМ (1)

- Анамнез (фактори ризику)
- Клінічні прояви:
  - Біль у нижніх відділах живота, кров'яні виділення зі статевих шляхів різної інтенсивності
- УЗД-критерії (віддавати перевагу трансвагінальному скануванню):
  - Порожня матка та цервікальний канал
  - Зародок локалізується у передній частині перешийка матки
  - Товщина шару міометрію між зародком та стінкою сечового міхура зменшена
  - Переривчастість передньої стінки матки у сагітальній площині, коли промінь спрямовується через зародок
  - Ознаки доброї перфузії зародку:
    - Низький судинний опір (пульсаційний індекс < 1)
    - Висока швидкість кровоплину (пікова швидкість >20 см/сек.)

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

5

### Коментарі до слайду №5-6:

Оскільки клінічна діагностика вагітності малого терміну гестації, яка імплантувалася у рубці доволі складна, ВРМ може бути не виявлена, аж поки не відбудеться розрив матки, який зазвичай супроводжується масивною кровотечею. Крім того, якщо ВРМ розцінена лікарем як аборт в ходу, то вишкрібання стінок порожнини матки також супроводжуватиметься масивною кровотечею з високим ризиком летальності.

Тому рання і точна діагностика ВРМ є надзвичайно важливою.

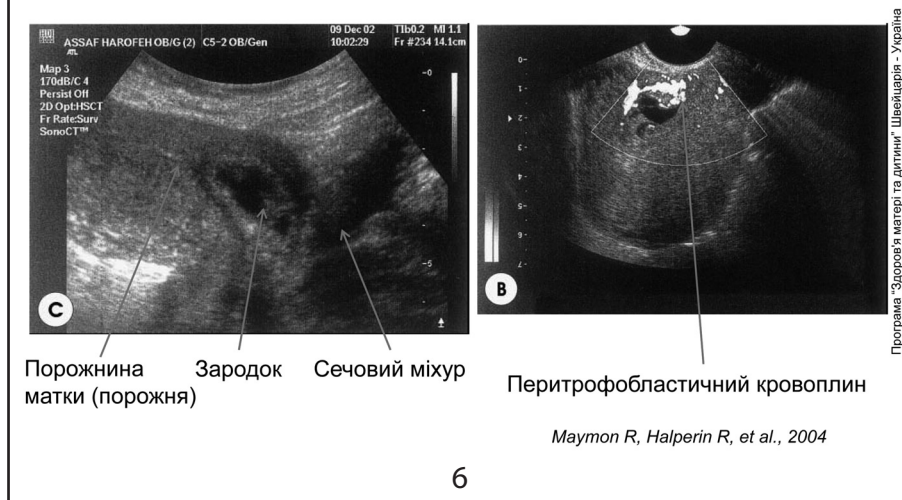
Діагноз ВРМ повинен ґрунтуватися на даних анамнезу (фактори ризику) та клінічних проявах (біль у нижніх відділах живота, кров'яні виділення зі статевих шляхів різної інтенсивності).

Але найбільш важлива роль в діагностиці ВРМ належить УЗД та дослідженню особливостей кровоплину (Доплер). Загалом, УЗД може виявити збільшення рубця на матці в нижньому сегменті та зародок, який в ньому імплантований. У деяких випадках можна побачити тонкий шар міометрію між зародком та стінкою сечового міхура.

Сонографічними критеріями ВРМ є:

- Порожня матка
- Порожній цервікальний канал
- Зародок локалізується у передній частині перешийка матки зі зменшеною товщиною шару міометрію між зародком та стінкою сечового міхура
- Переривчастість передньої стінки матки у сагітальній площині, коли промінь спрямовується через зародок.

## Діагностика ВРМ (2)



Ці критерії дозволяють виявити ВРМ та одночасно провести диференціальну діагностику між шийковою вагітністю та спонтанним абортom в ходу.

На додаток до цього, Доплер дозволяє побачити перитрофобластичний кровоплин. Однією з головних переваг Доплеру є можливість диференціювати між вагітністю в рубці, що розвивається, та матковою вагітністю, що не розвивається. Це безумовно впливатиме на вибір тактики лікування.

У випадку завмерлої маткової вагітності зародок буде безсудинним, що вказує на його відшарування від місця імплантації. Для ВРМ характерним є наявність ознак доброї перфузії зародку. Кровоплин кругом зародку характеризується низьким судинним опором (пульсаційний індекс < 1) та високою швидкістю кровоплину (пікова швидкість >20 см/сек.)

Трансвагінальне сканування є однією з необхідних умов правильної діагностики ВРМ. Деякі автори вважають, що умовами для точного встановлення діагнозу ВРМ є комбінація трансвагінального сканування з наступним трансабдомінальним дослідженням при наповненому сечовому міхурі. Це дозволяє оцінити товщину міометрію між зародком (хоріоном) та стінкою сечового міхура.

*R.Maymon, R.Halperin, S.Mendlovic, D.Schneider, A.Herman.  
Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review  
of the medical approach to an iatrogenic complication  
Human Reproduction Update, 2004, Vol.10, No.6 pp. 515–523,*

Для нотаток:



## Типи ВРМ

- **Тип 1** - Зародок імплантований переважно на рубці з ростом в бік порожнини матки
  - Може прогресувати до термінів, за яких плід стає життєздатним
- АЛЕ
- Має вкрай високий ризик пророщення плаценти (*placenta percreta*), кровотечі з місця прикріплення плаценти та розриву матки
- **Тип 2** – Зародок імплантований у рубці
  - Прогресування супроводжується розривом матки та кровотечею у ранньому терміні вагітності

Maymon R, Halperin R, et al., 2004

7

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №7:

Vial з колегами (2000 рік) запропонував розподіляти ВРМ на два типи. Перший тип ВРМ полягає в тому, що імплантація зародку відбувається на рубці з прогресуванням у бік порожнини матки. Така вагітність може прогресувати до терміну, в якому плід є життєздатним, однак супроводжується вкрай високим ризиком кровотечі з місця прикріплення плаценти, пророщенням плаценти (*placenta percreta*) та розривом матки.

Очікувальна тактика при даному типі ВРМ була використана Herman з колегами (1995 рік). Після обговорення можливих варіантів ведення та ускладнень з сімейною парою було вирішено не переривати вагітність та спостерігати за перебігом вагітності. Вагітність розвивалася до 35 тижнів гестації. Під час КР було вилучено плід масою 3600 г. Плацента розміщена у нижньому сегменті матки, шар *decidua basalis* та міометрію відсутній. Передня стінка нижнього сегменту була представлена тонким шаром сполучної тканини. Поведена гістеректомія, яка ускладнилась масивною крововтратою.

Дослідники, які використовували подібну тактику (Herman з колегами, 1995; Маумон з колегами, 2004, Roberts, 1998), стверджують, що прогноз неускладненого перебігу вагітності дуже несприятливий, а ризик занадто великий для того, щоб ця тактика була рекомендована для подальшого використання.

Ці автори вважають, що **будь яка ВРМ має бути перервана відповідним способом, щойно таку вагітність діагностовано.**



Другий тип ВРМ характеризується імплантацією зародку в рубці. Прогресування вагітності призводить до розриву матки та масивної кровотечі, яка загрожує життю.

*Vial Y, Petignat P and Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000, 16,592–593.*

*Herman A, Weinraub Z, Avrech O, Maymon R, Ron-El R and Bukovsky Y Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar. Br J Obstet Gynecol. 1995, 102,839–841.*

*R.Maymon, R.Halperin, S.Mendlovic, D.Schneider, A.Herman. Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication Human Reproduction Update, 2004, Vol.10, No.6 pp. 515–523,*

---

Для нотаток:



## Лікування (1)

- **Будь-яка ВРМ має бути перервана відповідним способом, щойно таку вагітність діагностовано**
- Враховуючи малу кількість випадків, оптимальні підходи до лікування ВРМ наразі невідомі
- Лікування має бути обрано індивідуально з урахуванням:
  - Наявності/інтенсивності кровотечі
  - Стану гемодинаміки жінки
  - Терміну вагітності
  - Ступеню потоншення/руйнування передньої стінки перешийка матки
  - Репродуктивних планів жінки

Maymon R, Halperin R, et al., 2004

8

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №8-9:

З одного боку, рекомендації щодо тактики лікування того чи іншого захворювання не повинні ґрунтуватися на досвіді, який отриманий у поодиноких випадках цього захворювання. З іншого боку, надзвичайна рідкість ВРМ змушує використовувати кожне окреме повідомлення для формування загальних принципів ведення подібної вагітності.

У гемодинамічно стабільної пацієнтки мають бути розглянуті дві опції – медикаментозне або хірургічне лікування. Головними цілями лікування є елімінація зародку та збереження фертильності.

У пацієнтки з інтенсивною кровотечею та нестабільною гемодинамікою показано хірургічне втручання з метою остаточної зупинки кровотечі та супутнє лікування геморагічного шоку.

Для лікування ВРМ використовують медикаментозну терапію, різноманітні хірургічні методи та їх комбінацію.

Медикаментозна терапія є основним методом лікування гемодинамічно стабільної пацієнтки без інтенсивної кровотечі. Така терапія рекомендується перед проведенням оперативного втручання, що дозволить зменшити об'єм крововтрати та, часто, й об'єм самого втручання. Так, наприклад, за умови своєчасної терапії метотрексатом, яка вдалася ефективною, оперативне втручання може бути обмежене лише пункцією та аспірацією зародку, що сприятиме його подальшому розсмоктуванню.

Деякі автори (Ghezzi з колегами, 2002) вважають, що медикаментозна терапія є абсолютно необхідною у гемодинамічно стабільного пацієнта, коли за даними УЗД трофобласт вже майже повністю зруйнував передню стінку матки та досягає матково-пузирного простору, тобто коли передбачається розширена операція.

Але найголовнішим є те, що у певному відсотку випадків своєчасна та адекватна медикаментозна терапія дозволяє взагалі уникнути оперативного втручання.

Лікування (2)	
Головні цілі лікування ВРМ	
Гемодинамічно стабільна пацієнтка, легка або помірна (контрольована) кровотеча	Гемодинамічно нестабільна пацієнтка або інтенсивна кровотеча
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Елімінація зародку</li> <li>• Збереження фертильності</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Остаточна зупинка кровотечі хірургічними методами</li> <li>• Лікування геморагічного шоку</li> </ul>
Можливі варіанти лікування ВРМ	
Медикаментозне	Хірургічне (варіанти)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метотрексат                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Системно</li> <li>✓ Комбінація системного та локального введення</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ділятація та кюретаж (тільки після медикаментозного лікування!!!)</li> <li>• Ендоскопічна аспірація зародку (лапароскопія, гістероскопія)</li> <li>• Емболізація маткових артерій</li> <li>• Лапаротомія, перев'язка внутрішніх клубових артерій та висічення зародку</li> <li>• Гістеректомія</li> </ul>
Комбінація медикаментозного та хірургічного лікування	
9	

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Наразі з метою медикаментозної терапії використовують метотрексат. Препарат вводять системно (частіше внутрішньом'язово) або комбінують системне та локальне введення.

Існує думка, що наявність рубцевої тканини, яка оточує зародок, зменшує проникнення метотрексату до клітин трофо- та ембріобласту, тому лише пункція зародку під сонографічним контролем, відсмоктування рідини та введення метотрексату дозволить створити достатні локальні концентрації препарату. З іншого боку, інтенсивний перитрофобластичний кровотік за даними Доплера, на який вказують більшість авторів, скоріш за все сприятиме створенню адекватних концентрацій цитостатику в тканинах зародку і без місцевого введення, яке передбачає певні хірургічні маніпуляції та пов'язані з ними ризики для пацієнтки.

Досліджень, які б порівнювали ефективність та безпеку системного, локального та комбінованого шляхів введення метотрексату при ВРМ, поки що немає.

Відсутні також дані щодо оптимального хірургічного лікування ВРМ. Наразі різноманітність хірургічних втручань ВРМ відображає здебільше науково-практичний пошук лікарів, який триває. Наразі найкращим хірургічним методом лікування ВРМ буде такий, яким володіють лікарі у даному закладі, який дозволяє видалити зародок, зберегти репродуктивну функцію жінки та уникнути масивної крововтрати.

Слід підкреслити, що у переважній більшості описаних випадків ВРМ у гемодинамічно стабільних пацієнток, хірургічному лікуванню передувала медикаментозна терапія або проводилась одночасно з хірургічним втручанням (наприклад пункція зародку, аспірація рідини та локальне введення метотрексату).

*R.Maymon, R.Halperin, S.Mendlovic, D.Schneider, A.Herman.  
Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review  
of the medical approach to an iatrogenic complication  
Human Reproduction Update, 2004, Vol.10, No.6 pp. 515–523,*



## Використання метотрексату (1)

- До початку терапії:
  - Обстежити:
    - Вихідний рівень  $\beta$ ХГТ
    - Загальний аналіз крові з формулою
    - Оцінка функції печінки (трансамінази) та нирок (креатинін)
    - Група крові, Rh-фактор, антитіла до Rh-фактору (ведення антирезус-гамма глобуліну, якщо жінка Rh-негативна та не має антитіл)
  - Врахувати протипоказання до використання метотрексату (абсолютні та відносні)
  - Врахувати фактори, що збільшують невдачу медикаментозної терапії
  - Надати пацієнтці інформацію щодо застережень під час терапії метотрексатом

PC ASRM, 2008

10

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №10-12:

Метотрексат – похідне фолієвої кислоти, належить до цитотоксичних засобів класу антиметаболітів. Він діє під час S-фази клітинного циклу і конкурентно пригнічує фермент дигідрофолатредуктазу, запобігаючи відновленню дигідрофолату до тетрагідрофолату, який є необхідним для синтезу ДНК та реплікації клітин. Активно проліферуючі тканини, такі як злоякісні утворення, кістковий мозок, ембріональні та фетальні клітини, слизова оболонка кишківнику, клітини сечового міхура, звичайно більш чутливі до метотрексату. Коли проліферація тканин швидша за нормальну, метотрексат може порушувати їхній розвиток, не завдаючи незворотної шкоди нормальним тканинам. Термінальний період напіввиведення метотрексату становить приблизно 3-10 годин у пацієнтів, які отримують терапію низькими дозами препарату (<30 мг/м<sup>2</sup>). Метотрексат екскретується переважно нирками (кількість виведеного із сечею метотрексату залежить від дози і шляху введення). З жовчю виводиться менш, ніж 10% дози.

Найбільш частими побічними ефектами при лікуванні метотрексатом є виразковий стоматит, лейкопенія, нудота і шлункові розлади, підвищення рівня трансаміназ. Дуже рідко спостерігаються анафілактичні реакції на метотрексат. Також можливі подразнення очей, нездужання, легка стомлюваність, пропасниця, запаморочення, втрата лібідо і зниження опору інфекціям. У цілому, частота й інтенсивність побічних ефектів зростають при збільшенні доз.

Протягом останніх років метотрексат активно використовують для консервативного (медикаментозного) лікування ектопічної вагітності. Описані в літературі дози та схеми введення метотрексату були розроблені переважно для трубної вагітності. Будь-яких специфічних схем використання цього препарату для ВРМ не має. Аналіз існуючих повідомлень свідчить про те, що автори використовували для лікування ВРМ загальноприйнятні схеми введення метотрексату.

## Використання метотрексату (2)

### Протипоказання

Абсолютні	Відносні
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Маткова вагітність</li> <li>• Грудне вигодовування</li> <li>• Імунодефіцит (ВІЛ/СНІД, гіпоплазія кісткового мозку, лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія середньої тяжкості або тяжка)</li> <li>• Зловживання алкоголю</li> <li>• Клінічно значущі захворювання печінки (гепатит, цироз) та нирок</li> <li>• Активна виразкова хвороба</li> <li>• Активне захворювання легенів</li> <li>• Чутливість до метотрексату</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність серцевих скорочень ембріона при трансвагінальному УЗД</li> <li>• Вихідний рівень <math>\beta</math>ХГТ &gt; 5,000 mIU/мл</li> <li>• Діаметр зародку &gt;4 см при трансвагінальному УЗД</li> <li>• Неможливість цілодобового спостереження за пацієнткою</li> </ul>

PC ASRM, 2008

11

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

Кандидатами для медикаментозної терапії метотрексатом можуть бути жінки з ектопічною вагітністю у яких

- Стабільна гемодинаміка
- Немає сильного чи тривалого болю в животі
- Існує можливість знаходитись під наглядом лікаря тривалий час
- Нормальні функціональні печінкові та ниркові тести

Жінка має бути обстежена: вихідний рівень  $\beta$ ХГТ, загальний аналіз крові з формулою, оцінка функції печінки (трансамінази) та нирок (креатинін), група крові, Rh-фактор, антитіла до Rh-фактору. Жінці, яка мала захворювання легенів в анамнезі, слід провести рентгенографію органів грудної клітки, оскільки існує ризик інтерстиціального пневмоніту у пацієнтів з хронічними захворюваннями легенів.

Крім того, до початку лікування слід переконатися у відсутності протипоказань до використання метотрексату.

- Абсолютні
  - ✓ Маткова вагітність
  - ✓ Грудне вигодовування
  - ✓ Імунодефіцит (ВІЛ/СНІД, гіпоплазія кісткового мозку, лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія середньої тяжкості або тяжка)
  - ✓ Зловживання алкоголем
  - ✓ Клінічно значущі захворювання печінки (гепатит, цироз) та нирок
  - ✓ Активна виразкова хвороба
  - ✓ Активне захворювання легенів
  - ✓ Чутливість до метотрексату



## Використання метотрексату (2)

Застереження пацієнтці протягом лікування	Фактори, що збільшують ризик невдачі медикаментозної терапії
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уникати статевих актів до повного зникнення <math>\beta</math>ХГТ</li> <li>• Уникати вагінальних досліджень та трансвагінального УЗД протягом лікування</li> <li>• Під час лікування не вживати алкоголь, аспірин, уникати сонячного опромінення</li> <li>• Випивати щонайменше 1,5 – 2,0 літри негазованої води на день</li> <li>• Уникати додаткової фолієвої кислоти (вітаміни та їжа), крім тієї, яка призначена у багатодозовій схемі</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність серцевих скорочень ембріона при трансвагінальному УЗД</li> <li>• Вихідний рівень <math>&gt; 5,000</math> mIU/мл</li> <li>• Діаметр зародку <math>&gt;4</math> см при трансвагінальному УЗД</li> <li>• Швидке зростання рівня <math>\beta</math>ХГТ (<math>&gt;50\%/48</math> годин) до початку терапії МТХ</li> <li>• Зростання рівня <math>\beta</math>ХГТ на фоні терапії</li> </ul>

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

PC ASRM, 2008

12

- Відносні
  - ✓ Наявність серцевих скорочень ембріона при трансвагінальному УЗД
  - ✓ Вихідний рівень  $\beta$ ХГТ  $> 5,000$  mIU/мл
  - ✓ Діаметр зародку  $>4$  см при трансвагінальному УЗД
  - ✓ Неможливість цілодобового спостереження за пацієнткою

Слід зазначити, що перші три відносні протипоказання є також факторами, які підвищують ризик невдачі медикаментозної терапії та вірогідність того, що обмежитись медикаментозною терапією не вдасться, і треба буде використовувати хірургічні методи. До цих факторів також відносяться: швидке зростання рівня  $\beta$ ХГТ ( $>50\%/48$  годин) до початку терапії МТХ та зростання рівня  $\beta$ ХГТ на фоні терапії.

Добре відомо, що прогноз успіху медикаментозного лікування ектопічної вагітності має пряму залежність від вихідного рівня  $\beta$ ХГТ, хоча суперечки щодо граничного рівня цього показника ще тривають. Так, Комітет з практики Американської Асоціації Репродуктивної Медицини (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. 2008 р) визнає граничним рівнем концентрацію  $\beta$ ХГТ  $> 5,000$  mIU/мл.

Британська Королівська Колегія Акушерів–Гінекологів (RCOG, 2004) у своєму клінічному керівництві визначає, що найбільший ефект від медикаментозної терапії може бути отриманий, якщо вихідний рівень  $\beta$ ХГТ становить  $< 3,000$  mIU/мл. Слід підкреслити, що наведені цифри стосуються трубної вагітності. Чи є якісь особливості суто для ВРМ, поки що невідомо. Але загалом можна зробити наступний висновок – **чим менше висхідний рівень  $\beta$ ХГТ, тим вище вірогідність успіху медикаментозної терапії та вірогідність того, що оперативного втручання вдасться уникнути.**

Незалежно від обраного режиму введення метотрексату пацієнтці, слід обов'язково враховувати наступні застереження

- Уникати статевих актів до повного зникнення  $\beta$ ХГТ
- Уникати вагінальних досліджень та трансвагінального УЗД протягом лікування
- Під час лікування не вживати алкоголь, аспірин, уникати сонячного опромінення
- Випивати щонайменше 1,5 – 2,0 літри негазованої води в день
- Уникати додаткової фолієвої кислоти (вітаміни та їжа), крім тієї, яка призначена у багатодозовій схемі

*Medical treatment of ectopic pregnancy  
The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine  
Fertil Steril. 2008;90:S206–12.*

*The management of tubal pregnancy. RCOG. Clinical Practice Guideline #21, 2004*

---

Для нотаток:





Системна медикаментозна терапія		
	Однодозовий режим	Багатодозовий режим
<b>Препарати та режим дозування</b>	<b>Метотрексат</b> • Внутрішньом'язово в дозі 50 мг/м <sup>2</sup>	<b>Метотрексат</b> • Внутрішньом'язово, в разовій дозі 1 мг/кг, один раз на добу (на 1, 3, 5, 7 дні)  <b>Фолієва кислота</b> • 0,1 мг/кг per os або в/м, на 2, 4, 6 та 8 дні
<b>Моніторинг рівня βХГТ</b>	Вихідний рівень, потім на 4-й день, на 7-й день	Вихідний рівень, потім на 3-й, 5-й та 7-й дні
<b>Додаткові дози</b>	Якщо між 4-м та 7-м днями рівень βХГТ не зменшився на 15% та більше – вводять другу дозу	Друга, третя та четверта дози вводяться, якщо βХГТ не зменшився на 15% та більше від <b>попереднього</b> рівня; максимально 4 дози
<b>Подальше спостереження</b>	βХГТ – 1 раз на тиждень до повного зникнення Трансабдомінальне УЗД 1-2 рази на тиждень	

PC ASRM, 2008

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

13

Коментарі до слайду №13:

Для ектопічної вагітності описані дві схеми використання метотрексату – однодозовий режим та багатодозовий режим.

### Однодозовий режим

Після визначення вихідного рівня βХГТ метотрексат вводиться одноразово внутрішньом'язово в дозі 50 мг/м<sup>2</sup> поверхні тіла пацієнта.

Швидко розрахувати дозу на м<sup>2</sup> можна за допомогою онлайн-калькулятора (<http://www.halls.md/body-surface-area/bsa.htm>) або самостійно, що більш складно, за допомогою формули Mosteller.

$$\text{Площа поверхні тіла (м}^2\text{)} = ( [\text{Ріст (см)} \times \text{Вага(кг)} ] / 3600 )^{1/2}$$

Після введення дози метотрексату визначається рівень βХГТ на 4-й та 7-й дні. Якщо між 4-м та 7-м днями не відбулося зниження рівня βХГТ на 15% та більше, вводять другу дозу. Продовжують визначати рівень βХГТ один раз на тиждень до повного його зникнення та контролювати стан зародку та матки за допомогою трансабдомінального УЗД 1-2 рази на тиждень

### Багатодозовий режим

Після визначення вихідного рівня βХГТ в перший день вводиться перша доза метотрексату (1 мг/кг, внутрішньом'язово). На другий день пацієнтка приймає фолієву кислоту per os або препарат вводиться внутрішньом'язово 0,1 мг/кг (лейковорин). На 3-й день визначається рівень βХГТ. Якщо між 1-м та 3-м днями не відбулося зниження рівня βХГТ на 15% та більше вводять другу дозу. На 4-й день — фолієва кислота. На 5-й день визначається рівень βХГТ.



Якщо між 3-м та 5-м днями не відбулося зниження рівня  $\beta$ ХГТ на 15% та більше, вводять третю дозу. Максимально вводять 4 дози метотрексату. У одному випадку багатодозовий режим складатиметься з двох доз, у другому – з чотирьох, в залежності від показників  $\beta$ ХГТ.

Продовжують визначати рівень  $\beta$ ХГТ один раз на тиждень до повного його зникнення та контролювати стан зародку та матки за допомогою трансабдомінального УЗД 1-2 рази на тиждень.

*Medical treatment of ectopic pregnancy  
The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine  
Fertil Steril. 2008;90:S206–12.*

---

Для нотаток:

## Однодозовий чи багатодозовий режим? (1)

- Мета-аналіз 26 досліджень (1327 жінок з трубною вагітністю):
  - Використання однодозового режиму **в 4,7 рази** частіше супроводжувалося невдачею у порівнянні з багатодозовим режимом (ВШ 4,74 ДІ 1,77 – 12,62)
  - При однодозовому режимі на 56% рідше зустрічалися побічні ефекти лікування (ВШ 0,44; ДІ 0,31 – 0,63)
- Наразі невідомо, який режим є більш ефективним для ВРМ

Barnhart KT, et al. 2003

14

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №14:

Мета-аналіз 26 досліджень типу випадок-контроль (1327 жінок), які отримували терапію метотрексатом з приводу ектопічної (трубної) вагітності показав, що загальна частота успіху терапії становить 89%. (1181 з 1327). Однодозовий режим використовували набагато частіше, оскільки він простий та більш позитивно сприймається пацієнтами та лікарями. Використання однодозового режиму в 4,7 рази частіше супроводжувалося невдачею у порівнянні з багатодозовим режимом (ВШ 4,74 ДІ 1,77 – 12,62). «Невдачею» у дослідженні вважався перехід від медикаментозної терапії до хірургічного лікування (незважаючи від того, чи відбувся розрив труби, чи ні). При цьому при однодозовому режимі на 56% рідше зустрічалися побічні ефекти лікування (ВШ 0,44; ДІ 0,31 – 0,63). Цікавою знахідкою мета-аналізу стало те, що жінки, у яких виникали побічні ефекти більш часто, мали успіх терапії незалежно від режиму лікування.

*Kurt T. Barnhart, Gabriella Gosman, Rachel Ashby, Mary Sammel,  
The Medical Management of Ectopic Pregnancy: A Meta-analysis Comparing "Single Dose" and  
"Multidose" Regimens. Obstet Gynecol. 2003; 101:778 – 84*

Відомо, що для трубної вагітності:

- При однодозовому режимі
  - 14% жінок потребують додаткової дози (тобто однодозовий режим перетворюється на багатодозовий),
  - Близько 10% потребують хірургічного лікування
- При багатодозовому режимі
  - Одну дозу отримують лише 10%, решта потребує додаткових доз
  - Немає статистично достовірної різниці у порівнянні з лапароскопічною сальпінгостомією в:
    - Успіху лікування
    - Частоті збереження маткової труби

*The management of tubal pregnancy. RCOG. Clinical Practice Guideline #21, 2004*

## Однодозовий чи багатодозовий режим? (2)

- Багатодозовий режим при ВРМ є більш привабливим, оскільки:
  - Він майже у 5 разів ефективніший
  - Однодозовий режим по суті є різновидом багатодозового

**Для ВРМ повинна обиратися найбільш ефективна терапія, навіть якщо вона є більш агресивною**  
**У разі неефективності медикаментозної терапії трубної вагітності, жінка втрачає маткову трубу, а у разі неефективності терапії ВРМ – втрачає репродуктивну функцію**

*Barnhart KT, et al. 2003*

15

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

### Коментарі до слайду №15:

Враховуючи поодинокі випадки ВРМ а також різноманітні підходи до ведення та комбінації з різними хірургічними методами лікування, зробити висновок відносно того, який режим використання метотрексату є більш раціональним при ВРМ, складно.

Але, зважаючи на результати мета-аналізу, а також на те, що при обох режимах орієнтуються на динаміку рівня  $\beta$ ХГТ і однодозовий режим є по суті варіантом багатодозового, найбільш раціональним при ВРМ є саме багатодозовий режим.

Багатодозовий режим є більш привабливим при ВРМ також і тому, що **у разі неефективності медикаментозної терапії трубної вагітності жінка втрачає трубу, а у разі неефективності медикаментозної терапії ВРМ – матку.**

Тому для ВРМ раціональним буде обирати саме багатодозовий режим, хоча він супроводжується більшою кількістю побічних ефектів.

### Для нотаток:



## Інші види лікування

- У більшості описаних випадків терапія була комплексною:
  - Комбінація системного та місцевого введення метотрексату
  - Ділятація та кюретаж після медикаментозного лікування
  - Ендоскопічна аспірація зародку (лапароскопія, гістероскопія) у поєднанні з місцевим введенням метотрексату
  - Емболізація маткових артерій + метотрексат
  - Внутрішньоматкове введення вазопресину + метотрексат
  - Лапаротомія, перевязка внутрішніх клубових артерій та висічення зародку

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

16

### Коментарі до слайду №16:

У переважній більшості описаних випадів використовували комбінацію системної медикаментозної терапії метотрексатом та різні варіанти хірургічного лікування.

- Комбінація системного та місцевого введення метотрексату
- Ділятація та кюретаж після медикаментозного лікування
- Ендоскопічна аспірація зародку (лапароскопія, гістероскопія) у поєднанні з місцевим введенням метотрексату
- Емболізація маткових артерій + метотрексат
- Внутрішньоматкове введення вазопресину + метотрексат
- Лапаротомія, перев'язка внутрішніх клубових артерій та висічення зародку

Наразі невідомо, який з методів є більш ефективним в терапії ВРМ.

*R.Maymon, R.Halperin, S.Mendlovic, D.Schneider, A.Herman.  
Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review  
of the medical approach to an iatrogenic complication  
Human Reproduction Update, 2004, Vol.10, No.6 pp. 515–523,*

Для нотаток:



### Деякі дані статистики

- 66 випадків ВРМ, описаних з 2002 по 2004 рік
  - ВРМ була виявлена в терміні від 5 до 23 тижнів гестації (переважно 6-8 тижнів гестації)
  - Матку вдалося зберегти **у 60 жінок (91%)**
  - Наступна маткова вагітність у 11 жінок
    - Рецидивів ВРМ не було
    - В одному випадку розрив матки в 38 тижнів з загибеллю матері та дитини
  - Гістеректомії:
    - Три випадки були пов'язані з неправильним діагнозом (аборт у ході) та спробою вишкрібання стінок порожнини матки!!!
    - Один випадок – гістеректомія під час КР в 35 тижнів
    - Два випадки – дані недоступні

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

17

#### Коментарі до слайду №17:

66 випадків ВРМ, описаних з 2002 по 2004 рік. ВРМ була виявлена в терміні від 5 до 23 тижнів гестації (переважно 6-8 тижнів гестації).

Слід особливо підкреслити, що матку вдалося зберегти **у 60 жінок (91%)**.

Серед 6 гістеректомій три випадки були пов'язані з неправильним діагнозом (аборт в ході) та спробою вишкрібання стінок порожнини матки!!! Один випадок – гістеректомія під час КР в 35 тижнів. Два випадки – дані недоступні.

У 11 жінок наступна вагітність була матковою, рецидивів ВРМ не було. У одному випадку вагітність закінчилася розривом матки в терміні 38 тижнів та загибеллю жінки та плода

*R.Maymon, R.Halperin, S.Mendlovic, D.Schneider, A.Herman.  
Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review  
of the medical approach to an iatrogenic complication  
Human Reproduction Update, 2004, Vol.10, No.6 pp. 515–523,*

#### Для нотаток:



### Рекомендації (1)

- Лікарям ЖК слід звертати увагу на наступні фактори ризику ВРМ
  - Інвазивні внутрішньоматкові маніпуляції (розширення цервікального каналу, вишкрібання стінок порожнини матки тощо) у жінки з КР в анамнезі
  - Два та більше КР в анамнезі
  - КР до початку пологової діяльності
  - КР після тривалого безводного проміжку
  - Ендометрит після КР
- Уникнення вказаних факторів може слугувати профілактикою ВРМ
- Можливий шлях профілактики ВРМ:
  - Діагностика дефектів передньої стінки перешийка матки ("ніші", рубцева тканина) під час соногістерографії або гістероскопії у жінок з факторами ризику ВРМ до виникнення вагітності

18

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

### Рекомендації (2)

- Жінці, яка має фактори ризику ВРМ, у разі підозри на вагітність слід **рекомендувати трансвагінальне УЗД якомога раніше, бажано не пізніше 7-го тижня вагітності**
- У вагітної з факторами ризику ВРМ та клінікою мимовільного викидню ВРМ має бути виключена до проведення будь-яких лікувальних заходів (кюретаж, зберігаюча терапія)
- У гемодинамічно стабільної пацієнтки з ВРМ без інтенсивної кровотечі системна медикаментозна терапія метотрексатом у багатодозовому режимі має бути розпочата якомога раніше

19

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Коментарі до слайду №18-20:





### Рекомендації (3)

- Найкращим хірургічним методом лікування у гемодинамічно стабільної пацієнтки буде той, який, у поєднанні з медикаментозною терапією, сприятиме видаленню зародка та збереженню репродуктивної функції
- У разі нестабільної гемодинаміки та інтенсивної кровотечі, гістеректомія є операцією вибору
- Можливості прогнозування повторної ВРМ наразі немає

Програма «Здоров'я матері та дитини» Швейцарія - Україна

20

Для нотаток:



## Література

1. Herman A, Weinraub Z, Avrech O, Maymon R, Ron-El R and Bukovsky Y. Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar. Br J Obstet Gynecol. 1995, 102,839–841.
2. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. Ultrasound Obstet Gynecol, 2003. 21,220–227.
3. Kurt T. Barnhart, Gabriella Gosman, Rachel Ashby, Mary Sammel, The Medical Management of Ectopic Pregnancy: A Meta-analysis Comparing “Single Dose” and “Multidose” Regimens. Obstet Gynecol. 2003; 101:778 – 84.
4. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Vaknin Z, Herman A et al. Ectopic pregnancies in cesarean section scars: the 8-year experience of one medical center. Hum Reprod, 2004. 19,278–284.
5. Medical treatment of ectopic pregnancy. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertil Steril. 2008;90:S206–12.
6. R.Maymon, R.Halperin, S.Mendlovic, D.Schneider, A.Herman Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication Human Reproduction Update, 2004, Vol.10, No.6 pp. 515–523.
7. The management of tubal pregnancy. RCOG. Clinical Practice Guideline #21, 2004.
8. Vial Y, Petignat P and Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000, 16,592–593.



## КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО НАВЧАЛЬНОГО ПОСІБНИКА "ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ"

1. Чому ріст частоти кесарського розтину (КР) визнано проблемою в сучасному акушерстві?
2. Яка частота КР в Україні?
3. Що означає аббревіатура ВПКР?
4. Що означає аббревіатура ППКР?
5. Що таке «вдала спроба ВПКР»?
6. Що таке «невдала спроба ВПКР»?
7. Ризики якої акушерської і перинатальної патології збільшує при майбутніх вагітностях плановий кесарський розтин?
8. Який ризик материнської смертності при КР і при звичайних пологах?
9. У чому полягає основний підхід до зниження акушерських і перинатальних ризиків при ВПКР?
10. Чи всім жінкам, які під час попередньої вагітності перенесли КР, можна запропонувати вагінальні пологи при наступному розродженні?
11. Який відсоток жінок з рубцем на матці після КР може бути відібраний для спроби ВПКР?
12. Який відсоток успішних спроб ВПКР у світі?
13. Який ризик розриву матки при спробі ВПКР?
14. Чи є ППКР гарантією відсутності розриву матки під час пологів?
15. Які механізми виникнення розриву матки при ППКР?
16. Які провідні причини материнської смерті у жінок з рубцем на матці після попереднього КР?
17. Який ризик материнської смерті у жінок з ВПКР у розвинутих країнах світу?
18. Як впливає інтервал між пологами на ризик розриву матки при спробі ВПКР?
19. Скільки років слід уникати вагітності після пологів шляхом КР і які механізми реалізації цього?
20. Які дані слід встановити лікарю ЖК при взятті на облік вагітної жінки з попереднім розродженням шляхом КР?
21. Які дані про особливості попереднього КР слід встановити лікарю ЖК при взятті на облік вагітної жінки з рубцем на матці?
22. Розпізнаванню яких «небезпечних симптомів» має бути навчена кожна вагітна з попереднім КР?



23. Яка частота УЗД є оптимальною при спостереженні за вагітною з рубцем на матці в умовах ЖК?
24. Які критерії УЗ-діагностики прирощення плаценти в II-III триместрах вагітності у жінки з попереднім КР?
25. Які показники можуть використовуватись для сонографічної оцінки нижнього сегменту матки у вагітних з попереднім КР?
26. Які показання для екстреної госпіталізації вагітної з рубцем на матці після попереднього КР?
27. Коли слід приймати рішення щодо планової госпіталізації в акушерський стаціонар вагітної з рубцем на матці?
28. Які фактори можуть сприяти затримці у наданні адекватної медичної допомоги вагітній з рубцем на матці після попереднього КР?
29. Чи доцільне більш часте відвідування ЖК вагітною з рубцем на матці?
30. Які групи факторів зумовлюють відбір кандидата для спроби ВПКР?
31. Які основні протипокази проти спроби ВПКР?
32. Які допологові фактори підвищують імовірність ВПКР?
33. Які інтранатальні фактори сприяють підвищенню імовірності ВПКР?
34. Які допологові фактори зменшують імовірність ВПКР?
35. Які інтранатальні фактори знижують імовірність ВПКР?
36. Які допологові фактори збільшують ризик розриву матки при спробі ВПКР?
37. Які інтранатальні фактори збільшують ризик розриву матки при спробі ВПКР?
38. Як впливає багатопліддя на можливість вдалої спроби ВПКР?
39. Як впливає термін вагітності, в якому було виконаний попередній КР, на спробу ВПКР при наступній гестації?
40. Чи можна здійснити спробу ВПКР, якщо у жінки в анамнезі не один, а два КР?
41. Чи є гестаційний діабет протипоказом проти спроби ВПКР?
42. Як впливає на успішність спроби ВПКР вік матері?
43. Як впливає на успішність спроби ВПКР індукція пологів/пологопідсилення?
44. За яких умов можна проводити індукцію пологів при спробі ВПКР простагландинами?
45. Який кандидат може вважатись «ідеальним» для спроби ВПКР?
46. Який кандидат вважається «неідеальним» для спроби ВПКР?
47. Який кандидат вважається «непридатним» для спроби ВПКР?



48. У чому полягають загальні умови організаційного забезпечення лікувального закладу, в якому можна здійснювати спроби ВПКР?
49. Які вимоги до пологової зали, в якій можна здійснювати спробу ВПКР?
50. Яке кадрове забезпечення є необхідним для здійснення спроби ВПКР?
51. Які загальні принципи ведення ВПКР?
52. За яких умов можна проводити індукцію пологів при спробі ВПКР?
53. За яких умов можна проводити стимуляцію пологів при спробі ВПКР?
54. Чи можна використовувати епідуральну аналгезію для знеболення пологів у жінки зі спробою ВПКР?
55. Коли пробу ВПКР слід припинити?
56. Чи є особливості ведення II періоду пологів у жінки зі спробою ВПКР?
57. Чи завжди слід виконувати ручну ревізію стінок порожнини матки після ВПКР?
58. У яких випадках після ВПКР показана ручна ревізія стінок порожнини матки?
59. В чому полягають особливості ведення раннього післяпологового періоду після ВПКР?
60. Яка «найбільш надійна» ознака розриву матки при спробі ВПКР?
61. Що робити при появі ознак розриву матки при спробі ВПКР?
62. Які покази для органозберігаючої операції у випадку розриву матки під час спроби ВПКР?
63. Які покази для надпихової ампутації у випадку розриву матки при спробі ВПКР?
64. Які покази для проведення екстирпації у випадку розриву матки при спробі ВПКР?
65. Що може вважатися фактором ризику виникнення вагітності в рубці на матці після попереднього КР?



## ВІДПОВІДІ НА КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО НАВЧАЛЬНОГО ПОСІБНИКА ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ

1. Існуючі на сьогоднішній день наукові дані свідчать про те, що плановий КР супроводжується достовірним збільшенням ризику цілої низки материнських та перинатальних ускладнень.
2. Частота КР в Україні постійно зростає з 9,58% у 1999 р., до 16,1% у 2009 р., що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.
3. ВПКР є перекладом з англійської мови терміну «вагінальні пологи після кесарева розтину» (VBAC – vaginal birth after cesarean)
4. ППКР – є аббревіатурою фрази «плановий повторний кесарів розтин», що може застосовуватись з метою розродження вагітних жінок, які вже мають кесарів розтин в анамнезі.
5. Вдала спроба ВПКР – це спроба ВПКР, що закінчилася вагінальними пологами (спонтанними чи індукованими).
6. Невдала спроба ВПКР – це спроба ВПКР, що закінчилась операцією кесарів розтин (КР) з будь-яких причин.
7. Плановий КР збільшує ризики:
  - Материнської смертності (у 4 - 5 разів)
  - Тромбоемболії (у 3,8 рази)
  - Гістеректомії (у 44 - 95 разів)
  - Передлежання плаценти у наступних вагітностях (у 1,4 рази)
  - Розриву матки у наступних вагітностях (у 42 рази)
  - Абдомінальних болів (у 2 рази)
  - Травми сечового міхура (у 36 разів)
  - Респіраторної захворюваності новонароджених (транзиторне тахіпноє, РДС) (у 6,8 рази)
8. Материнська смертність, асоційована із КР (близько 40 на 100,000 живонароджених), в 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10 на 100,000 живонароджених). Для порівняння — материнська смертність, асоційована з нормальними вагінальними пологами, становить 5 на 100,000.
9. Основний підхід до зниження акушерського і перинатального ризику при ВПКР є ретельний відбір кандидатів, яким можна запропонувати таку спробу.
10. Не всім жінкам з рубцем на матці може бути запропонована спроба ВПКР, проте з загальної популяції вагітних з рубцем на матці після КР можуть бути відібрані такі, у яких вірогідність успішних ВПКР буде висока, а вірогідність ускладнень під час такої спроби буде низька.



11. На сьогоднішній день достеменно невідомо, який відсоток жінок з рубцем на матці після КР може бути відібраний для спроби ВПКР із всієї популяції жінок з рубцем на матці. За даними національної статистики різних країн, від 30 - 50% жінок з рубцем на матці можуть бути відібрані для спроби ВПКР.
12. За даними різних авторів частота успішних ВПКР коливається в межах від 50% до 85%. (*Рівень достовірності IIb*), і в середньому становить 72-76% від кількості спроб ВПКР.
13. Загальна частота розриву матки при ВПКР низька. Вона становить від 22 до 74 на 10000 спроб ВПКР (~ 0,5%), а в разі успішних ВПКР ризик розриву матки становить 0,2% (22,5 на 10000).
14. ППКР не гарантує відсутність розриву матки, при цьому мають на увазі як розриви, виявлені після лапаротомії (безсимптомні), так і (переважно) розриви, що виникли в ході операції в момент входження у порожнину матки та в процесі вилучення плода.
15. Під час ППКР відбувається примусове порушення цілості стінки матки, а саме розріз у нижньому сегменті. Порушена цілість матки вже створює ризик поширення розрізу (розриву) під час вилучення плода. А у випадку, коли у міометрії нижнього сегменту є ще й певні структурні зміни, зумовлені попереднім оперативним втручанням (рубцева тканина), ризик додаткового розриву матки під час вилучення плода буде ще більшим, оскільки стійкість на розтягування та розрив у тканин нижнього сегменту буде зменшена.
16. Більшість випадків материнської смерті жінок з рубцем на матці після попереднього КР пов'язана з:
  - Тромбоемболією
  - Емболією навколоплідними водами
  - Прееклампсією
  - Хірургічними ускладненнями
  - Анестезіологічними ускладненнями
17. Ризик материнської смерті внаслідок розриву матки в розвинутих країнах становить 1-2 /100 000 спроб ВПКР.
18. Ризик розриву матки при спробі ВПКР підвищений у 2-3 рази, якщо інтервал між пологами становить менше 18-24 місяців.
19. Після пологів шляхом КР жінці слід уникати вагітності щонайменше протягом перших 2-х років:
  - Породілля після КР має бути поінформована щодо існуючих ризиків перед випискою зі стаціонару
  - Жіноча консультація має забезпечити консультування та допомогу у підборі ефективного методу контрацепції
20. Лікар ЖК має встановити наступні ключові анамнестичні та клінічні дані:
  - Кількість вагітностей та їх результати





- Наявність в анамнезі ВПКР
- Наявність в анамнезі ВП перед КР
- Кількість КР
- Наявність в анамнезі інших оперативних втручань на матці (міомектомія, тубектомія)
- Термін вагітності, у якому проведений попередній КР
- Проміжок часу між попереднім КР та теперішньою вагітністю

21. Лікаря ЖК необхідно докласти максимум зусиль для отримання даних відносно:

- Типу розрізу на матці при попередньому КР
- Обставин, за яких була проведена операція (екстреність, показання)
- Розкриття шийки матки на момент операції
- Шовного матеріалу, яким ушивалась матка
- Способу ушивання матки (однорядний, двурядний шов)
- Перебігу післяопераційного періоду (лихоманка, застосування антибіотиків за лікувальною схемою та ін..)

22. Небезпечні симптоми:

- Біль внизу живота
- Кров'яні виділення зі статевих шляхів
- Слабкість, запаморочення, втрата свідомості
- Зменшення рухової активності плода
- Нудота, блювання, головний біль
- Порушення зору
- Спрага, зменшення сечовиділення
- Раптові набряки рук, ніг, обличчя

Поява хоча б одного небезпечного симптому – показання до негайного звернення за медичною допомогою!

23. Частота проведення УЗД у першій половині вагітності у жінок з рубцем на матці не відрізняється від звичайної вагітності:

- 9 -11 тижнів (10 – 14 тижнів) - I скринінг
- 20-22 тижнів - II скринінг
- в 28-32 тижня, а також у 37-38 тижнів (при вирішенні питання щодо способу розродження)



- Стан нижнього сегменту (товщина, наявність дефектів)
  - Передбачувана маса плода, передлежання
  - Розташування плаценти відносно внутрішнього вічка та нижнього сегменту (рубця)
- Наукових доказів відносно збільшення частоти УЗД для вагітних з рубцем на матці наразі немає
  - Відсутні також будь-які дані відносно «критичних термінів», в які УЗД є необхідним у жінок з рубцем на матці.

24. Критерії діагностики прирощення плаценти, що розташована в ділянці рубця на матці:

- Наявність лінійних та округлих судинних лакун (“плацента, що поїдена мишами”)
- Зникнення ехопозитивного простору між плацентою та міометрієм
- Розірвана лінія сечового міхура

25. Сонографічні показники для оцінки стану нижнього сегменту матки:

- Товщина нижнього сегменту (<2 мм., >2 проте <3,5 мм., >4 мм.)
- Наявність рубцевої тканини
- Наявність дефектів тканини
- Потоншення
- Випинання у місті потоншення
- «Ніша»

26. Показання до екстреної госпіталізації:

- Поява будь-якого з небезпечних симптомів
- Поява УЗ-ознак високого ризику розриву матки (потоншення нижнього сегменту  $\leq 2$  мм, дефект тканини)
- Інші акушерські ускладнення...

27. Рішення щодо необхідності допологової госпіталізації приймає лікар в залежності від:

- Клінічної ситуації
- Можливості налагодити належний моніторинг стану матері та плода в амбулаторних умовах
- Можливості вагітної швидко дістатися лікувального закладу з початком пологової діяльності або у разі появи небезпечних симптомів

У терміні повних 39 тижнів, якщо жінка відібрана для ППКР (*Достовірність рекомендації В*)

У терміні 41 повний тиждень, якщо жінка була відібрана для спроби ВПКР (*Достовірність рекомендації А*)



У терміні 38-39 тижнів, якщо швидкий приїзд до лікувального закладу може бути утруднений.

28. На сьогоднішній день описані три фази затримки у отриманні медичної допомоги.

Перша фаза — це затримка у прийнятті рішення щодо необхідності пошуку медичної допомоги (необхідності звернення до медичного закладу), друга – це запізніле звернення до медичного закладу, і третя – це затримка у наданні адекватної допомоги після надходження у лікувальний заклад. Навчання вагітної розпізнаванню небезпечних симптомів сприяє скороченню I і II фаз.

29. Наразі немає досліджень, які б доводили доцільність збільшення частоти візитів у порівнянні зі стандартним доглядом у жінок з рубцем на матці після попереднього КР.

30. Для ідентифікації кандидатів повинні бути враховані наступні фактори відбору:

- Протипоказання для спроби ВПКР
- Фактори, які підвищують імовірність успішних ВПКР
- Фактори, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР
- Фактори, асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР

31. Основні протипокази проти спроби ВПКР:

- Попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10,000) або Т-подібний розріз на матці (ризик розриву матки 190/10,000)
- Два КР в анамнезі (за винятком випадків, коли перед першим КР були вагінальні пологи)
- Розрив матки в анамнезі
- Міомектомія з проникненням у порожнину матки в анамнезі
- Наявність інших акушерських протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода й ін.)
- Тазове передлежання
- Багатоплідна вагітність
- Сонографічно неспроможний рубець (товщина нижнього сегменту < 2 мм, наявність дефектів тканини – «ніша»)
- Відмова жінки від спроби ВПКР

32. Допологові фактори, що можуть підвищувати ймовірність успішних ВПКР:

- Показання до попереднього КР, що не повторюються:
  - Неправильне положення плода
  - Тазове передлежання плода
  - Передлежання плаценти
  - Преекламсія



- Дистрес плода
- Відшарування нормально розташованої плаценти
- Випадіння петель пуповини тощо
- Вік матері < 35 років
- Бажання жінки/родини народити через природні пологові шляхи
- ВПКР в анамнезі
- Вагінальні пологи в анамнезі

33. Інтранатальні фактори, що підвищують імовірність успішних ВПКР:

- Спонтанний початок пологів
- Зріла шийка матки на момент початку пологів
- Друга половина активної фази першого періоду пологів на момент надходження в стаціонар (розкриття шийки матки 6 см та більше)

34. Зменшують імовірність ВПКР до початку пологів:

- Ожиріння у матері
- Вік матері більше 35 років
- Передбачуваний великий плід
- Показання до попереднього КР, що повторюються
  - Клінічно вузький таз
  - Слабкість пологової діяльності
  - Дістоція шийки матки
- Гестаційний діабет, цукровий діабет

35. Зменшують імовірність успішних ВПКР інтранатально:

- Індукція пологів
- Слабкість пологової діяльності

36. Допологові фактори, що збільшують ризик розриву матки:

- Проміжок між пологами менше 18 місяців
- Попередній КР при терміні <37 тижнів вагітності
- Великий плід (макросомія)
- Плацента у ділянці нижнього сегменту
- Лихоманка у післяопераційному періоді



37. Інтранатальні фактори, що збільшують ризик розриву матки:

- Індукція пологів
- Пологопідсилення

38. Згідно з доступними клінічними керівництвами багатоплідна вагітність не є протипоказанням до спроби ВПКР (*Рівень достовірності IIb*). Однак, враховуючи високий ризик таких пологів та відсутність достовірних даних щодо безпеки багатоплодових ВПКР, в Україні таку вагітність слід вважати протипоказанням для спроби ВПКР.

39. Жінки, що мають в анамнезі КР у терміні до 37 тижнів, мають у 1,6 – 2,0 рази вище ризик розриву матки при спробі ВПКР в порівнянні з жінками, які мали в анамнезі КР при доношеній вагітності. (*Рівень достовірності: II*)

40. Ризик розриву матки після двох КР є досить високим і коливається в межах від 1% до 3,7% (Достовірність рекомендації B). Серед жінок, що мають в анамнезі два КР, тільки такі можуть бути відібрані як кандидати для спроби ВПКР, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи. (Достовірність рекомендації B)

41. Гестаційний діабет не є протипоказом для спроби вагінальних пологів (Достовірність рекомендацій IIb).

42. Успішність ВПКР має зворотну залежність від віку матері. Встановлено, що вік 35 років і більше супроводжується більш низькою частотою успішних вагінальних пологів, як у жінок, які мають вагінальні пологи в анамнезі (ВШ 0.73, 95% ДІ: 0.56-0.94), так і в тих, які їх не мають (ВШ: 0.47, 95% ДІ: 0.29-0.74).

43. Індукція пологів/пологопідсилення супроводжується 2-х - 3-х-кратним збільшенням ризику розриву матки й 1,5 - кратним ризиком КР у порівнянні зі спонтанними пологами. (B, II)

44. Індукція простагландінами у жінок з рубцем на матці протипоказана, оскільки супроводжується дуже високим ризиком розриву матки (102/10 000).

45. Ідеальний кандидат для спроби ВПКР:

- Придатний до спроби ВПКР на етапі допологового відбору
- Має лише сприятливі фактори
- В пологах вважається "ідеальним" у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів
- У разі появи в пологах слабкості пологової діяльності та пологопідсилення кандидат переходить у статус "не ідеальний за сукупністю ризиків"

46. Не ідеальний кандидат для спроби ВПКР:

- На етапі допологового відбору може бути визнаним придатним до спроби ВПКР консиліумом лікарів за умови отримання письмової згоди жінки/сімейної пари після повного її/їх інформування щодо існуючих ризиків
- Разом із сприятливими факторами має певні допологові фактори ризику невдачі спроби ВПКР, фактори, що підвищують ризик розриву матки або їх комбінацію



- В пологах продовжує вважатися “неідеальним” у разі спонтанного початку, прогресування та завершення пологів
- У разі виникнення потреби в індукції або появи в пологах слабкості пологової діяльності та потреби у пологопідсиленні, статус кандидата та можливість використання окситоцину визначається в залежності від статусу кандидата до пологів

## 47. Непридатний кандидат для спроби ВПКР:

- Має протипоказання до спроби ВПКР
- Протипоказань немає, але комбінація факторів до пологів або поява нових факторів після початку пологів вказує на надзвичайно високий ризик невдалої спроби ВПКР та/або розриву матки

## 48. Загальними умовами для здійснення спроби ВПКР є наступні:

- Наявність персоналу та обладнання для цілодобового надання екстреної допомоги матері та новонародженим
- Можливість цілодобово проводити екстрений КР
- Можливість надання екстреної допомоги у разі акушерської кровотечі (повноцінна інфузійно-трансфузійна терапія, хірургічний гемостаз)
- Можливість надання реанімаційної допомоги новонародженим
- Цілодобово функціонує клінічна лабораторія
- Цілодобово доступні препарати крові

## 49. Пологова кімната, в якій має народжувати жінка, має бути забезпечена:

- Апаратом КТГ з можливістю запису на плівку.
- Набором для надання екстреної допомоги матері
  - В/в катетери – мінімум 2 шт. (16G)
  - Системи, шприці, стерильні рукавички
  - Розчини кристалоїдів (Рингеру лактат, фіз.розчин щонайменше 2 літри) та колоїдів (модифікований желатин – щонайменше 1 літр)
  - Утеротоніки (окситоцин, ергометрин)
  - Мішок Амбу для дорослих, повітрявод

## 50. Згідно з рекомендаціями ВООЗ оптимальним співвідношенням акушерка/роділля є 1/1, тобто:

- Одна акушерка та один досвідчений лікар акушер-гінеколог повинні працювати лише з даною роділлею
  - Акушерка має постійно знаходитись у пологовій кімнаті
  - Лікар має володіти операцією КР, методами акушерського повороту та методами хірургічного гемостазу

- Другий лікар акушер-гінеколог (асистент)
- У відділенні має бути цілодобовий пост анестезіолога та операційної сестри. Якщо анестезіолог знаходиться у іншому відділенні, він має бути проінформований про пологи двійнею, що почалися. У II періоді пологів анестезіолог має знаходитись у пологовому блоці.
- Операційна сестра має бути готовою розгорнути операційну якомога швидше за першою вимогою
- На кожних пологах потрібна присутність принаймні одного медичного працівника (лікаря, акушерки або медсестри), який зможе розпочати реанімацію новонародженого:
  - Уміє надати початкову допомогу новонародженому;
  - Володіє технікою штучної вентиляції легенів реанімаційним мішком і маскою.

51. Для ведення ВПКР мають бути забезпечені стандарти рутинної базові допомоги:

- Індивідуальна пологова зала
- Присутність та підтримка партнера
- Вільний вибір положення у пологах
- Ведення партограми (висновок щодо неадекватного прогресу пологів повинен також ґрунтуватися на даних партограми)
- Обмеження перорального вживання рідини та їжі
- Мобілізація вени (катетер не менше 16 G)
- Взяття крові для дослідження
  - Вихідний загальний аналіз крові
  - Група крові, Rh – належність
  - Кров на сумісність
- Моніторинг стану плода – рекомендовано КТГ у безперервному режимі

52. Індукція пологів не протипоказана у:

- Ідеального кандидата
- Кандидата, неідеального за ризиком невдалої спроби ВПКР
- Має проводитись після ретельної оцінки акушерської ситуації та наявних факторів ризику
- Використовується виключно шляхом в/в введення окситоцину
- Необхідна письмова згода роділлі

53. Стимуляція пологів не протипоказана у:

- Ідеального кандидата





- Кандидата, неідеального за ризиком невдалої спроби ВПКР
- Рішення щодо необхідності стимуляції пологів слід приймати на основі партограми
- Необхідна письмова згода роділлі

54. З метою знеболення при ВПКР можливе використання епідуральної аналгезії.

55. Показаннями для припинення спроби ВПКР є:

- Поява ознак розриву матки
- Інші акушерські показання
  - Клінічно вузький таз
  - Слабкість пологової діяльності, яка не піддається терапії протягом 2-х годин
  - Тощо...
- Потреба у пологодісиленні, яка робить "неідеального" кандидата "непридатним"

56. Ведення II періоду пологів не відрізняється від загальноприйнятих підходів, однак:

- Слід забезпечити безперервний фетальний моніторинг.
- Анестезіолог, неонатолог та операційна сестра мають бути готові до надання ургентної допомоги.

57. Рутинне проведення ручної ревізії порожнини матки після успішних ВПКР за відсутності симптомів розриву не рекомендується.

58. Огляд пологових шляхів та ручне обстеження порожнини матки після ВПКР слід виконувати за показаннями:

- Кровотеча з пологових шляхів
- Дефект плацентарної тканини
- Оперативні вагінальні пологи

59. Для кожної породіллі слід забезпечити стандарт допомоги, який включає:

- Ретельне спостереження за тонусом матки та її масаж протягом 6 годин після пологів
  - протягом перших двох годин — кожні 15 хвилин
  - протягом третьої години — кожні 30 хвилин
  - протягом наступних трьох годин — кожні 60 хвилин
- Оцінка стану матері: пульс та артеріальний тиск
- Виявлення можливої внутрішньої кровотечі
  - У жінок з малою масою тіла, анемією, прееклампсією симптоми шоку можуть виникати при крововтраті менше 500 мл
- Оцінка об'єму крововтрати



- Масаж матки у післяпологовому періоді (кожні 15 хвилин протягом першої години)
  - Необхідно забезпечити ретельний моніторинг стану породіллі протягом найближчих 6 годин
60. Дистрес плода — найбільш надійна клінічна ознака розриву матки (~100% випадків):
- Не завжди дистрес плода при спробі ВПКР – це обов’язково розрив, але розрив – це майже завжди дистрес.
61. При появі симптомів розриву матки:
- I-й період пологів — негайна лапаротомія
  - II-й період (голівка в порожнині тазу) – вакуум-екстракція плода з подальшою лапаротомією
62. Покази для органозберігаючої операції:
- Неповний розрив матки
  - Невеликий повний розрив
  - Інтактні судинні пучки
  - Лінійний розрив із чіткими краями
  - Відсутність ознак маткової інфекції
  - Збережена скоротлива здатність матки
63. Показання до надпівкової ампутації матки:
- Розриви тіла матки
  - Зі збереженим судинним пучком
  - З помірною крововтратою без ознак синдрому ДВЗ та інфекції
64. Показання до екстирпації матки:
- Розрив тіла або нижнього сегменту матки, який перейшов на шийку
  - Травма судинного пучка
  - Неможливість визначення нижнього кута рани
  - Розрив шийки матки з переходом на тіло
65. Фактори ризику виникнення вагітності в рубці на матці:
- Наявність ділянки травмованого/оперованого міометрію з дефектами рубцевої тканини (розходження рубця, ніші)
  - Інвазивні внутрішньоматкові маніпуляції (розширення цервікального каналу, вишкрібання стінок порожнини матки тощо) у жінки з КР в анамнезі
  - Два та більше КР в анамнезі
  - КР до початку пологової діяльності
  - КР після тривалого безводного проміжку
  - Ендометрит після КР