

Актуальні питання вибору способу розродження жінок з кесаревим розтином в анамнезі

Л.Г. Назаренко

Харківська медична академія післядипломної освіти

Медико-соціальне значення проблеми абдомінального розродження визначається його поширеністю, впливом на найважливіші показники здоров'я, параметри материнської і перинатальної летальності. Частота кесарева розтину (КР) неконтрольовано і невпинно зростає, що породжує нові проблеми розродження раніше прооперованих жінок, які в українських реаліях вирішуються здебільшого однобічно, на користь елективного повторного КР. У статті наведені актуальні дані переважно закордонних авторів щодо найбільш дискусійних аспектів проблеми: ризику первинного КР, шляхів керування загальною частотою КР, частоти і можливостей прогнозу успіху вагінальних пологів.

Ключові слова: розродження шляхом кесарева розтину, частота, причини, повторний кесарів розтин, вагінальні пологи.

Частота кесарева розтину (КР) як інструменту позитивного впливу на перинатальну смертність (ПС) і захворюваність новонароджених у багатьох країнах перевищує розумні межі. Завдяки лібералізації показань наприкінці ХХ століття доля КР у народженні людини підвищилася настільки, що абдомінальне розродження стало найбільш поширеною операцією сучасної клінічної медицини [1, 2]. За даними ВООЗ, на сьогодні у світі щорічно виконується приблизно 18,5 млн КР і кожну хвилину – 50. У результаті у ХХІ столітті майже кожна третя дитина у світі не народжується природним шляхом, а вилучається у ході хірургічного втручання [3].

Разом з тим фактичні результати глобального зростання частоти КР спонукають експертів і фахівців робити невтішні прогнози. Доведено, що «епідемія КР» не супроводжується пропорційним зниженням числа перинатальних втрат, проте видається затратною для системи медичного сервісу і, що є не менш важливим, стає у популяційному масштабі одним із факторів погіршення здоров'я жінок репродуктивного віку [4]. Також останнім часом стали очевидними певні негативні наслідки для здоров'я малюків, вилучених шляхом КР, у короткостроковій і довгостроковій перспективі, що теж насторожує і мотивує до стримування подальшого зростання частоти оперативних пологів. Психологічні проблеми покоління людей, які минули природний процес появи на світ, ще тільки починають усвідомлюватися суспільством.

Особливе місце серед факторів, якими зумовлене збільшення числа народжень шляхом КР, посідає контингент жінок з рубцем на матці внаслідок попередньої операції. Незважаючи на доказові дані щодо безпеки вагінальних пологів після КР (ВПКР), викладені у керівництвах провідних світових професійних асоціацій, клінічних протоколах для вітчизняних фахівців, слід констатувати стабільність домінуючої психологічної установки медичного персоналу і пацієнтів України на повторну операцію. Тому вкрай необхідно є активна дискусія і обмін досвідом з питань безпечності вагітності та пологів для матері і дитини, інформативності клінічних та інструментальних методів під час вибору способу розродження. Окреме місце посідають визначення шляхів зниження рівня первинного КР, регіональні відмінності використання ВПКР. Для цього практикуючому лікарів доцільно приділити увагу актуальній інформації з цих питань, чому присвячене дане повідомлення.

Резюмуючи сучасні тенденції розродження у світі, фахівці та експерти констатують, що часто оперують «не тих, кого потрібно». Як мінімум, у 15% жінок з високим перинатальним ризиком КР зроблено не було, і ці випадки поповнюють скорботну статистику ПС, тяжкої інвалідизації немовлят. Але разом з тим у кожному четвертому випадку проведення КР перевага мала бути віддана пологам через природні шляхи [5, 6].

Частота КР широко варіює у різних країнах і навіть у різних регіонах однієї країни. Наприклад, у США, за даними на 2010 р., КР становить від 4 до 65% усіх пологів, у Канаді – з коливаннями у 2009 р. від 20,2 до 37,8% [7,8]. Рекордні показники реєструють у країнах Латинської Америки – до 80% у Бразилії, при цьому майже 50% операцій проводять без медичних показань.

У 2003 р. XVI Всесвітній Конгрес акушерів-гінекологів у Сантьяго у результаті напружених дебатів виніс резолюцію: розширення показань до КР виправдано тільки тоді, коли приводить до зниження частоти ПС і захворюваності новонароджених. Проте протягом наступних 15 років, до сьогодні, така стратегія не опанувала реальної клінічної практики. Натомість в останні роки фахівців непокоїть підвищення траєкторії рівня КР серед жінок з низьким ризиком до 12–13% [9]. Для подолання даної тенденції під егідою *American College of Obstetrician and Gynecologist* розроблено Консенсус «Безпечне запобігання первинному КР», у межах якого переглянута тривалість ліміту другої фази пологів, уточнено зміст понять «безуспішна індукція пологів», «зупинення пологів у другу фазу», режим застосування окситоцину [10]. Визнано, що сьогодні безпечно зниження рівня КР входить до числа пріоритетів не тільки для клініцистів, а й всієї системи охорони здоров'я і служб родопомочі розвинутих країн. Рівень КР навіть сприймається як один з індикаторів якості роботи акушерського стаціонару, адже асоціюється з обґрунтованістю вартості медичної допомоги [11].

У сучасному репродуктивному поколінні чимало першороділей потребують втручання у хід народження дитини, насамперед, виконання КР, але цей процес (зокрема показання, частота) залишається на рівні популяцій малоконтрольованим. У сучасному індустріалізованому світі у середньому роділля є старшого віку, частіше – з ожирінням, відрізняються схильністю до елективної індукції пологів, виношування великого плода порівняно з минулими поколіннями. Українські реалії – це поширеність гіподинамії через вимушене безробіття, зниження мотивації і можливостей у кар'єрі, отриманні освіти. Ці фактори доволі часто призводять до дисфункції пологів.

Сьогодні експерти акцентують увагу на нагальній потребі стандартизації підходів для досягнення розумного рівня КР без додаткових перинатальних ризиків, а також на визначенні потенційної вірогідності цієї акушерської операції, адже захворюваність і смертність є вищими у разі незапланованого КР, виконаного під час пологів [12]. Нинішній високий рівень КР можна вважати симптомом багатограних некерованих і недостатньо зрозумілих процесів.

У підсумку сучасного масштабного дослідження GENESIS STUDY, присвяченого розробленню предикативної моделі «ризиків КР», визначено 5 параметрів, комбінація яких дозво-

ляє обрахувати вірогідність КР у першороділей: старший вік, низький зріст, високий індекс маси тіла, збільшена окружність голівки і живота плода [13].

Запропоновано альтернативний метод акушерської допомоги, скерований на досягнення низького рівня КР – так званий *Active Management of Risk in Pregnancy at Term* (AMOR-PRAT) – шляхом використання превентивної індукції пологів в індивідуально визначений термін [14].

Цільові стратегії щодо виходу на оптимальний рівень КР пов'язані з впливом на три найбільші категорії показань: підозра на дистрес плода (17%), відсутність прогресу пологів (12%), попередній КР (12%), адже майже у половині цих випадків жінки могли народжувати самостійно [15].

Незважаючи на це, протягом майже двох декад ХХІ століття наявність рубця на матці після КР у багатьох медичних колективах залишається прикладом «відносного» показання до елективного повторного КР (ЕПКР) і займає лідируючі позиції у структурі показань до абдомінального розродження.

Декларація «один раз кесарів розтин – завжди кесарів розтин», проголошена *Edwin Craigin* у 1916 р., у 80-х роках ХХ століття була переглянута у багатьох країнах, і спроби пологів у жінок з КР в анамнезі було запропоновано вважати одним із напрямків на зниження загального рівня КР. Цьому сприяло те, що операція у нижньому сегменті матки витиснула класичну методику КР. Проте зростання частоти випадків розриву матки, асоційованих з рубцем, ставило під сумнів вибір вагінальних пологів у цього контингенту жінок. Відтоді у різні періоди часу частота проведення КР у зв'язку з рубцем на матці у багатьох країнах періодично зростала і знижувалася [16, 17].

Частота успішних пологів через природні шляхи у разі локалізації рубця у нижньому сегменті відрізняється у різних країнах і навіть між закладами однієї країни. У Великій Британії пологи *per vias naturales* у жінок з рубцем на матці становлять 63,4%, у Новій Зеландії – 73%, у клініках США – 0–44%, в Ізраїлі – 10%, Росії – 5–28%, в Україні, за оптимістичними даними, – не більше 30% [4, 18, 19, 20]. При тому, що загальне число ВПКР у США не перевищує 1 на 10 випадків, збільшується кількість жінок з ВПКР поза медичним закладом, аби уникнути ЕПКР [21].

Переваги мимовільних ВПКР перед ЕПКР незаперечні [22]. Проте дослідження з цієї проблематики у світі доволі розрізнені, що можна пояснити певними інтересами наукових медичних шкіл, політикою окремих акушерських стаціонарів, домінуванням прагматичних аспектів.

Економічний фактор асоціюється з редукцією вартості родопомочі, адже ВПКР зберігають 747 \$ за одну вагітність, а на рівні когорти – 74 млн \$ [23].

Проблема розродження жінок з КР в анамнезі в Україні сьогодні актуальна як ніколи. Перенесений КР однозначно впливає на репродуктивне майбутнє сім'ї, а отже – обмежує демографічні перспективи країни. Цей факт проектується на те, що прогнозованим і навіть очікуваним є прогресивне зростання долі жінок з рубцем на матці після КР – до 10,9% [24, 25].

У світі триває полеміка щодо методу розродження жінок з рубцем на матці.

Удосконалення методики і оперативної техніки, використання сучасних шовних матеріалів, раціоналізація знеболювання і ведення післяопераційного періоду не можуть приховати очевидне: перебіг вагітності після КР не повинен сприйматися як фізіологічний. Ризик материнських і перинатальних ускладнень порівняно з першим КР зростає у декілька разів.

Оперована матка внаслідок розродження методом КР у попередніх пологах є однією із сучасних категорій, що характеризують стан репродуктивного здоров'я жінки, відмінний від норми, незалежно від того, за якої моделі проходитимуть наступні пологи. З етичних позицій наявність рубця на матці після КР не є хворобою або хворобливим станом, проте з

медичних – є фактором підвищеного ризику гінекологічних, акушерських, перинатальних ускладнень [26, 27, 28]. У МКХ-10 післяопераційний рубець матки окреслено як конкретну нозологічну одиницю (О.34.2), розміщену у блоці О34 («Медична допомога матері при установленій або передбачуваній аномалії органів таза»), до якого включено стани, які вимагають акушерської допомоги матері, а також проведення КР до початку пологів. Вагінальні пологи після попереднього КР також віднесено до окремих нозологічних одиниць (О.75.7) у блоці О75 («Інші ускладнення пологів і розродження, що не класифіковані в інших рубриках»).

Репродуктивна функція після повторного КР повністю відновлюється лише у 40 % жінок [27]. Результати досліджень, присвячених особливостям перебігу вагітності та пологів у жінок з КР в анамнезі, свідчать, що протягом наступної вагітності спостерігається більш висока питома вага передчасного переривання, прееклампсії, плацентарної дисфункції, аномалії прикріплення та розташування плаценти, передчасного її відшарування, тазового передлежання плода [29]. Особливою проблемою стає «вагітність з імплантацією в рубці» або «ніші», так звана грижа матки з високою ймовірністю гістеректомії, масивної кровотечі [30]. Діагностичною ознакою такої патології є товщина міометрія <2 мм у І триместрі за даними УЗД. Вважається, що до цього ускладнення, а також патологічного стоншення міометрія у зоні рубця призводить популярність однорядного шва із захлестом при попередній операції [31].

Очікувана частота розриву матки під час пологів після КР (1 випадок на 200–300 пологів) є невисокою. Але експлуатація плода у червну порожнину у 4% таких випадків призводить до його смерті, а для матері має небезпеку тяжкої кровотечі (1 на 90 таких пологів) або гістеректомії (1 на 500 пологів).

Заслугує уваги думка, що більш високий ризик розриву матки при ВПКР врівноважується зниженням захворюваності від повторної операції [16].

Приваблює також позиція, що не слід концентруватися на передбачуваності розриву матки, – необхідно приділяти увагу не ризику такої події, а профілю шансів на успіх ВПКР [32].

Клінічний досвід свідчить, що ЕПКР має значно нижчий рівень ускладнень, ніж операція, виконана під час пологів, але більший порівняно з успішною спробою пологів. Необхідно відзначити, що численні абдомінальні розродження значно підвищують ризику таких у разі наступних вагітностей. У США, де не практикується обмеження числа КР, рівень передлежання плаценти після першої операції (0,24%) майже у 30 разів нижчий, ніж після шостої (6,74%) [33]. Ризик аномальної плацентації (*placenta previa*, *placenta accreta*) зростає зі збільшенням числа попередніх операцій [32]. Разом з тим вірогідність успішних ВПКР після двох КР оцінюється доволі високо – у 66% [34].

Консультування жінки з КР в анамнезі щодо спроби ВПКР потребує ретельної експертизи її здоров'я, наявності у лікаря вичерпної інформації стосовно попереднього розродження. На успіх спроби ВПКР, на рівні доказовості II-B, впливають такі фактори [35]:

1. *Тип розрізу*. Поперечний розріз та вертикальний у нижньому сегменті мають незначний ризик розриву матки, тоді як класичний вертикальний або Т-розріз підвищують ризик розриву, а отже – мають вважатися протипоказанням до спроби самостійних пологів. Частота розриву матки при класичному варіанті або Т-подібному розрізі коливається у межах 4–9%, при низькому вертикальному – у межах 1–7%, низькому поперечному – на рівні 0,2–1,5%.
2. *Варіант відновлення цілісності матки*. На сьогодні у питанні про ризик розриву матки при накладанні одиничних або дворядних швів для закриття рани матки під час попередньої операції немає консенсусу. Але в усякому разі дані про характер зашивання матки необхідно фіксувати. Останнім часом все більше прихиль-

ників дворядного шва, з першим рядком безперервного, і це особливо значуще у разі виконання КР до пологів.

3. Характеристики *здоров'я матері* – ожиріння та вік понад 30 років.
4. *Інтервал після попереднього КР*. Короткий інтергенетичний інтервал підвищує ризики. При порівнянні даних щодо інтервалів у 24 міс, 18 міс, <6 міс доведено доцільність вважати 15 міс після КР мінімальним інтервалом для наступного запліднення, адже за меншого інтервалу ризик розриву матки зростає. Цей фактор збігається з поняттям «спроможність» рубця, яка залежить насамперед від гемодинамічних процесів у ділянці нижнього сегмента та її перешийку після оперативного втручання. Становлення архітектоніки судинного русла завершується через 10–12 міс після операції, що, ймовірно, і обґрунтовує високий ризик вагітності, яка настає раніше. Низка досліджень підтверджує, що для формування повноцінного рубця є необхідним мінімальний інтергенетичний інтервал між двома послідовними пологами 24+9 міс і навіть 5 років, з яким асоціюється мінімізація ризику виникнення ускладнень.
5. *Початок пологів*. Індукція пологів, особливо простагландінами E₂, E₁, корелює з підвищенням ризику розриву матки.
6. *Кількість попередніх КР*. Попередні передчасні пологі шляхом КР підвищують ризик розриву матки навіть при поперечному розрізі [36]. Разом з цим багаторазові КР, якщо усі вони виконані поперечним розрізом у нижньому сегменті, незначно підвищують ризик розриву матки протягом пробних пологів порівняно з однією операцією у минулому [37].

Комбінація зазначених вище ризик-факторів, зведена у формулі Shipp та співавторів (2008), дозволяє розраховувати ризик розриву матки під час пологів і є придатною для обговорення з пацієнткою. Її стислий опис зводиться до підрахунку шляхом складання:

- «2 бали» – за два або більше КР,
- «1 бал» за інтергенетичний інтервал 18 міс або менше,
- «1» – за вік пацієнтки 30–39 років,
- «2» – за вік ≥40 років,
- віднімання «-1» у разі попередніх вагінальних пологів при одному КР.

На додаток до прогностичної моделі успіху ВПКР запропоновано ввести хронічну гіпертензію, гестаційну гіпертензію або преєклампсію [38].

Набула поширення прогностична модель відбору кандидатів на ВПКР у формі on-line-калькулятора з урахуванням віку, раси, індексу маси тіла, наявності вагінальних пологів у минулому, показань до першого КР [38, 39].

Пропонується доповнити прогностичну модель вимірюванням довжини шийки матки у 18–24 тиж гестації [39].

Оригінальна нова модель прогнозу ВПКР передбачає вимірювання довжини шийки матки після 36 тиж, критерієм успіху є параметри ≤33 мм [40].

В окремому дослідженні доведено, що не менше 50% шансів успіху ВПКР мають жінки з макросомією плода (>4000 г) [41].

Заслугує уваги повідомлення про успіх ВПКР у жінок з двійнею, засноване на популяційному дослідженні у США за 2013–2015 рр. Із 60 845 пологів двійнею у 12,4% випадків була здійснена спроба ВПКР, і вона виявилася успішною у 47%, що має підбадьорувати лікарів, та про це слід інформувати пацієнтку [42].

Своєрідним тестом на успіх ВПКР може слугувати індукція окситоцином: рання адекватна відповідь вважається доброю прогностичною ознакою [43].

Новим недостатньо вивченим питанням є придатність оперативних вагінальних пологів для жінок з рубцем на матці. Повідомляється, що оперативне вагінальне розродження у другу фазу пологів зі спробою ВПКР є успішним у 96,7% і не асоціюється з несприятливими результатами для матері і дитини, але

співвідноситься з редукцією частоти ендометриту порівняно з жінками, у яких не було спроби вагінальних операцій [44].

Широкий діапазон успішних спроб пологів у жінок з КР в анамнезі – від 30 до 80% – засвідчує насамперед відсутність повної ясності щодо ознак повноцінності рубця на матці, а також відображає недосконалість прогностично-діагностичних критеріїв функціонального стану міометрія нижнього сегмента.

Відмова більшості вітчизняних акушерів від проведення ВПКР здебільшого продиктована боязню розриву матки. Проте реальна частота цього ускладнення становить лише 1,05–2,8 %, причому ризик розриву матки під час вагітності вищий, ніж під час пологів [25]. За деякими спостереженнями, ризик розриву матки не корелює з інтенсивністю маткових скорочень [45].

Запропоновано систему бального оцінювання ризику розриву матки із 12 факторів. Але і ця система теж зводиться до підрахунку не вірогідності розриву, а прогнозованого успіху ВПКР, який достовірно визначається у 2/3 жінок [35].

За традиційними уявленнями, вирішальне значення серед сукупності факторів, які впливають на перебіг вагітності та пологів при КР в анамнезі, має стан рубця на матці. У клініко-морфологічному дослідженні [22] виявлено, що у рубцях міометрія після попереднього КР об'ємна щільність судин менша, ніж у міометрії жінок без рубцевих змін. Такі відмінності пояснюються наявністю в рубці грубоволокнистої сполучної тканини, судини якої слабо реагують на гіпертрофію матки і зміни гормонального фону під час вагітності. Зміни до граничних з рубцем зонах міометрія являють собою розширення лімфатичних судин і міжклітинних щілин, значну дифузну і вогнищеву лейкоцитарну інфільтрацію. Вираженість змін судин і чисельності тканинних лейкоцитів у граничних з рубцем зонах пов'язують з розривом волокнин під час вагітності. Відбувається не розшарування і розрив рубця міометрія, а його відрив за місцем прикріплення до гладком'язових клітин, тобто по його межі.

З такими уявленнями узгоджується рекомендація видалення рубця міометрія під час КР, сформульована ще у 60-і роки минулого століття (Yamamura, Yoshida, 1967).

Стан нижнього сегмента матки визначають за характером репаративних процесів, які залежать від інтенсивності ангиогенезу, і отже – кровопостачання. У цьому контексті також доцільно звернутися до змісту дискусії, яка не надала остаточного висновку щодо переваг одно- або дворядного шва при зашиванні матки задля забезпечення оптимальної товщини міометрія і рубця нижнього сегмента [31]. Повідомляється про більшу товщину нижнього сегмента у разі використання однорядного шва. Разом з цим є прихильники дворядного шва із безперервним першим рядом без замикавання.

Власний досвід і огляд доступних джерел інформації дають підстави стверджувати, що зосередженість на «стані рубця» і недостатня увага до інших складових реалізації ефективної скоротливої діяльності матки у жінок з КР в анамнезі значною мірою гальмують поширення практики ВПКР. Адже за забезпечення пологів і прогрес скорочувальної активності прямої «відповідальності» рубець не несе. «Кроком вперед» можна вважати подолання дослідження стану нижнього сегмента матки, оскільки у більшості сучасних жінок рубець локалізується саме в ньому [18].

Нижній сегмент матки є особливою тимчасовою анатомічною ділянкою, яка формується наприкінці вагітності у результаті перетворень перешийки матки. Верхньою межею перешийки вважається анатомічне внутрішнє вічко (відповідає переходу каналу шийки матки у порожнину матки), нижньою – гістологічне внутрішнє вічко (відповідає межі переходу слизової оболонки тіла у слизову оболонку каналу шийки матки). Довжина перешийки у невагітних жінок становить 1–1,4 см, товща стінки – 1–1,2 см. Поза вагітності у перешийку переважає сполучна тканина, м'язова становить не більш ¼ її обсягу, а в ділянці гістологічного внутрішнього вічка м'язова тканина займає тільки 10–12%. Протягом II і III

триместрів вагітності проходить «розгортання» перешийка, і перетворений перешийок стає частиною плодомістилиця, отримує з 28–32-го тиж назву нижнього сегмента. На закінчення вагітності товща його становить 0,7–0,8 см, довжина – 7–8 см. Морфофункціональні перетворення у перешийку матки під час вагітності включають гіпертрофію м'язів, і в результаті у ділянці гістологічного внутрішнього вічка вміст м'язових волокон сягає 16–18%, у ділянці анатомічного – 30–35%, в 1,2 разу зростає обсяг сполучної тканини.

Отже, слід чітко уявляти, що локалізація розрізу на матці під час першої операції (оптимальною є середня частина нижнього сегмента, яка є відносно товстою порівняно з верхньою й нижньою відповідно, ділянка анатомічного внутрішнього вічка) безпосередньо впливає на якість рубця, а якість відновлення цілісності матки є необхідною умовою його спроможності у майбутньому. Незважаючи на це, за наявності КР в анамнезі очікуваним є зменшення товщини міометрія середньої частини нижнього сегмента, яка відповідає ділянці передбачуваного рубця, на 11% на тлі того, що дистальна й проксимальна частини не відрізняються.

Головним ехографічним маркером стану нижнього сегмента матки традиційно вважається товщина. Установлено залежність товщини нижнього сегмента від наявності у ньому рубцевої тканини: у разі зростання строку фізіологічної вагітності товща нижнього сегмента зменшується у 2 рази (з 6,7 мм у 19 тиж до 3 мм у 39 тиж), а у вагітних з КР в анамнезі – більш ніж у 3 рази (з 6,8 мм у 19 тиж до 2,1 мм у 39 тиж) [46]. За іншими даними, товщина нижнього сегмента у 16–19 тиж вагітності становить 10,8 мм, у 28–31 тиж – 7 мм, після 35 тиж – від 3 мм при «неповноцінному» рубці до 5,2 мм при «повноцінному» [47].

Визначено зворотну залежність між кількістю операцій КР в анамнезі й товщиною нижнього сегмента, а також товщиною нижнього сегмента і частотою розривів матки [48]. Нижньою межею товщини визнано 3,5 мм, а оптимальним значенням – 4,5 мм і вище, за якого майже відсутні розриви матки [107]. Проте загально прийняте уявлення, що саме при достатній

товщині нижнього сегмента матки навіть за наявності рубця спостерігається його «спроможність», не зовсім пояснює, чому стоншення нижнього сегмента далеко не завжди означає його неповноцінність. Припускають, що стоншення нижнього сегмента у вагітних з КР в анамнезі відбувається у зв'язку з надмірним розтягненням зони, що не залучена до рубця, а також дегенеративними процесами у ній.

Оцінювання оперованої матки, разом з товщиною нижнього сегмента, включає урахування симетричності, відхилення вбік сечового міхура, наявності балоноподібної опуклості при змінах внутрішньоматкового тиску на тлі рухової активності плода й навіть легкого тиску датчика.

Ведення пологів після КР потребує особливо ретельного моніторингу, й тому рекомендується в установах III рівня перинатальної допомоги. Слід зазначити, що це питання потребує окремого обговорення. Але за належних умов є підстави розраховувати, що материнська і малюкова смертність у цього контингенту не відрізнятиметься від пологів у жінок без рубця на матці.

ВИСНОВКИ

Отже, стислий нарис щодо окремих аспектів і сучасного стану проблеми КР взагалі й ВПКР зокрема засвідчує, що у цьому розділі акушерства є чимало невирішених і дискусійних питань, відкритих для обговорення у професійному середовищі. Розродження жінок з рубцем на матці входить сьогодні до категорії «екстремального акушерства», але має бути більш зрозумілим, не пов'язаним з ризиками для лікаря, з безпекою для матері і дитини. Разом з цим беззаперечність факту, що ВПКР як один із значущих чинників зниження загального відсотку абдомінальних розроджень за умов ретельно виваженого індивідуального прогнозування шансів на успіх є безпечним варіантом родопомочі, який не призводить до зростання травматизму матері і дитини, не здійснює негативного впливу на перинатальну статистику, має спонукати до підвищення зацікавленості вітчизняних акушерів щодо розширення і узагальнення власного досвіду.

Актуальные вопросы выбора метода родоразрешения женщин с кесаревым сечением в анамнезе Л.Г. Назаренко

Медико-социальное значение проблемы абдоминального родоразрешения определяется его распространенностью, влиянием на важнейшие показатели здоровья, параметры материнской и перинатальной летальности. Частота кесарева сечения (КС) неконтролируемо и постоянно растет, что порождает новые проблемы родоразрешения ранее прооперированных женщин, которые в украинских реалиях решаются в основном односторонне, в пользу elective repeated CS. Приведены актуальные данные преимущественно зарубежных авторов по наиболее дискуссионным аспектам проблемы: риска первичного КС, путей контроля общей частоты КС, частоты и возможностей прогноза успеха вагинальных родов.

Ключевые слова: родоразрешение путем кесарева сечения, частота, причины, повторное кесарево сечение, вагинальные роды.

Actual questions about the choice of the method of delivery of women with cesarean section in history L.G. Nazarenko

The medical and social significance of the problem of abdominal delivery is determined by its prevalence, its impact on the most important health indicators, parameters of maternal and perinatal mortality. The rate of Caesarean section (CS) is uncontrolled and steadily growing. This generates a new problem that is the birth of previously operated women, which in most cases are solved in one-sided way in the Ukrainian realities, in favor of an elective repeated CS. The present data is mainly provided by foreign authors on the most controversial aspects of the problem: the risk of primary CS, ways of controlling the overall frequency of CS, the frequency and possibilities of predicting the success of vaginal births.

Key words: cesarean delivery, frequency, causes, cesarean section, vaginal births.

Сведения об авторе

Назаренко Лариса Григорьевна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61000, г. Харьков, ул. Амосова, 58. E-mail: dr.lgn@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Domingues R. M. S. M. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de Parto Final / R. M. S. M. Domingues, M. A. B. Dias, M. Nakamura-Pereira [et al.] // *Cad Saude Publica*. – 2014. – 30. – S101–S116.
- Gibbons L. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage / L. Gibbons, J. Belizán, J. Lauer, [et al.] // *World Health Report*. – 2010. – P.30.
- Орлова В.С. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства // В.С. Орлова, И.В. Калашникова, Е.В. Булгакова, Ю.В. Воронова // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2013. – Т. LXII, № 4. – С. 6–14.
- Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский. – М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. – 688 с.

5. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. – М.: Эксмо, 2009. – 288 с.
6. Bailit J. L. Rates of labor induction without medical indication are overestimated when derived from birth certificate data / J. L. Bailit // Am J Obstet. Gynecol. – 2010. – 203:269. – e1-3.
7. Little S. E. The relationship between variations in cesarean delivery and regional health care use in the United States / S. E. Little, E. J. Orav, J. N. Robinson [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2016. – 214:735.e1. – P. 8.
8. Application of the Robson classification of cesarean section in focus: Robson group / Budhwa T. [et al.] A report by the child health network for the greater Toronto area. – Toronto, 2010. – 60 p.
9. Armstrong J. C. Comparing variation in hospital rates of cesarean delivery among low-risk women using 3 different measures / J. C. Armstrong, K. B. Kozhimannil, P. McDermott [et al.] // FEBRUARY 2016 American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2016. – Vol. 214, Issue 2. – P. 153-163.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine; A. B. Caughey, A. G. Cahill, J. M. Guise, D. J. Rouse / Safe prevention of the primary cesarean delivery. 2014. – 210:179. – P. 93.
11. Shields L. The SMFM cesarean birth rate can safely be reduced without increasing maternal or neonatal morbidity / L. Shields, C. Klein, B. Pelletreau, S. Wiesner // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2018. – P. 541-542
12. Caughey A.B. Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy / A.B. Caughey, V. Sundaram, A.J. Kaimal, et al. // Ann Intern Med. – 2009. – 151:252. – P. 63.
13. Burke N. Effect of induction of labor on cesarean delivery rates in nulliparous patients: results from the prospective multi-center Genesis Study / N. Burke, G. Burke, F. Breathnach [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2016. – S.343.
14. Nicholson M. Active management of risk in nulliparous pregnancy at term: association between a higher preventive labor induction rate and improved birth outcomes / J. M. Nicholson, M. H. Stenson, L. Kellar [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2009. – 200: 254.e1. – P. 254.
15. Melman S. Analysis of current Dutch practice on cesarean deliveries / S. Melman, E. Schoorel, F. Vrouwenraets [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2013. – P. 327.
16. Rossi A. C. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis A. Cristina Rossi, Vincenzo D'Addario // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2008. – Vol. 199, Issue 3. – P.224–231.
17. Are we trending back to “once a cesarean birth, always a cesarean birth”? / S. Tucker, C. Kanaan, M. Plevyak [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2003. – Vol. 189, Issue 6. – P. 139.
18. Поленов Н.И. Функциональное состояние нижнего сегмента матки у беременных женщин после кесарева сечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.01. Акушерство и гинекология; 14.00.16. – Патологическая физиология. – СПб., 2008. – 28 с.
19. Khatib N. New model, based on cervical length, predicts successful VBAC / N. Khatib, M. Emad, R. Beloosesky [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2015. – Vol. 212, Issue 1, Supplement. – P. 195–S196.
20. Ruhstaller K. Trial of labor after cesarean delivery: the impact of BMI / K. Ruhstaller, M.K. Hoffman. A. Sciscione // Am. J. Obste. Gynecol. – 2012 – P. 295–296.
21. Vaginal birth after cesarean: neonatal outcomes and United States birth setting / E.L. Tilden, M. Cheyney, J.-M. Guise [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2017. – 216:403.e1. – P. 1–8.
22. Перминова Е.И. Патоморфологический анализ рубцов миометрия после кесарева сечения и консервативной миомэктомии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.03.02. – Патологическая анатомия; 14.01.01. – Акушерство и гинекология // Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии СО РАМН. – Новосибирск, 2010. – 25 с.
23. Worstell T. Inducing a TOLAC: worth the risk? / T. Worstell, A. Kaimal, A. Cahill [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2015. – Jan., Sup. – P. 205–206.
24. Назаренко Л.Г. Критерії об'єктивізації прогнозу успіху вагінальних пологів у жінок з кесаревим розтинем в анамнезі / Л.Г. Назаренко, К.М. Недорезова // Акушерство. Гінекологія. Генетика. – 2016. – № 3. – С. 5–10.
25. Schoorel E. Probability of vaginal birth after caesarean: don't ask the obstetrician / E. Schoorel, E. Scheepers, D. Hunen [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2014. – P. 283.
26. Вдовиченко Ю.П. Алгоритм діагностики, профілактики та лікування сексуальних дисфункцій у жінок після кесарева розтину / Ю.П. Вдовиченко, О.Ю. Гурженко // Здоровье женщины. – 2015. – № 10. – С. 70–72.
27. Горбунова О.В. Патологія репродуктивної системи у жінок з оперованою маткою: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01. – Акушерство та гінекологія. – К., 2007. – 31 с.
28. Полюянова О.М. Оптимізація предгравідарної підготовки у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину: Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. – Акушерство та гінекологія // НМАПО. – К., 2015. – 135 с.
29. Wu S. Abnormal placentation: Twenty-year analysis / S. Wu, M. Kocherginsky, J. U. Hibbard // Am. J. Obstet Gynecol. – 2005. – Vol. 192, Issue 5. – P.1458–1461.
30. Kaelin A. A. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted “on the scar” versus “in the niche” / A. A. Kaelin, G. Cali, A. Monteagudo [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2017. – 216:510.e.1-6.
31. Roberge S. Impact of single- vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: a systematic review and metaanalysis / S. Roberge, S. Demers, V. Berghella [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2014. – Vol. 211, Issue 5. – P.453–460.
32. Macones G. A. Clinical outcomes in VBAC attempts: what to say to patients? / G. A. Macones // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2008 – doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.040.
33. Arikani I. Cesarean section with relative indications versus spontaneous vaginal delivery: short-term outcomes of maternofetal health / I. Arikani, A. Barut, M. Harma [et al.] // Clinical And Experimental Obstetrics & Gynecology. – 2012. – Vol. 39, №. 3. – P. 288–292.
34. Metz T. Validation of vaginal birth after cesarean prediction model in women with two prior cesarean deliveries / T. Metz, A. Allshouse, W. Grobman // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2015. – Vol. 212. – Issue 1. – P.74.
35. Bujold E. An innovative scoring system to counsel patients with a prior cesarean delivery: a step towards a safer and more successful trial of labor / E. Bujold, R. Gauthier // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol.189, Issue 6, Supplement. – Page S139.
36. Краснополский В. И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В. И. Краснополский, Л. С. Логутова, С. Н. Буянова. – М., 2015. – 160 с.
37. Гончарук Н. П. Діагностика неспроможності рубця на матці після кесарева розтину (Огляд літератури) / Н. П. Гончарук, Н. П. Ковида // Здоровье женщины. – 2016. – №7. – С.171-173.
38. Mardy A. H. prediction model of vaginal birth after cesarean in the preterm period / A. H. Mardy, C. V. Ananth, W. A. Grobman, C. Gyamfi-Bannerman // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 214. – Issue 1. – P. 198–S199.
39. Miller E. Does midtrimester cervical length aid in predicting vaginal birth after cesarean? / E. Miller, A. Sakowicz, E. Donelan, W. Grobman // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2015. – Vol. 212, Issue 1. – P. 75–S76.
40. Khatib N. New model, based on cervical length, predicts successful VBAC / N. Khatib, M. Emad, R. Beloosesky [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2015. – Vol. 212, Issue 1, Supplement. – P. S195–196.
41. Elkousyi M. Mothers with macrosomic fetuses should not be discouraged from vaginal birth after cesarean section / M. Elkousyi, D. Marchiano, S. Parry [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 185. – № 6. – SMFM Abstracts. – P. 209.
42. Erfani H. TOLAC success in twin pregnancies in the United States (2013-2015) / H. Erfani, C. Davidson, M. Gandhi [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2018. – Vol. 218, Issue 1, Supplement. – P. S148.
43. Silver R. K. Predictors of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section, who require oxytocin / R. K. Silver, R. S. Gibbs // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 1987. – Vol. 156, Issue 1. – P. 57–60.
44. Son M. Attempted operative vaginal delivery versus repeat cesarean in the second stage in women undergoing a trial of labor after cesarean / M. Son, A. Roy, W. A. Grobman // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2017. – Vol. 216, Issue 1. – P. 68–S69.
45. Maggio L. Association of Montevideo units with uterine rupture in women undergoing a trial of labor after cesarean delivery / L. Maggio, J. Forbes, H. Sangi-Haghpour, C. Davidson // Am. J. Obstet. Gynecol. – Jan, 2012, suppl. – P. 296.
46. Габидуллина Р.И. Клинико-морфологические параллели в оценке состояния рубца на матке после кесарева сечения / Р.И. Габидуллина, И.Ф. Фаткуллин, А.П. Киясов [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2002. – Т. 83, № 6. – С. 424–429.
47. Нежданов И.Г. Некоторые аспекты разрыва матки по рубцу после операции кесарева сечения / И.Г. Нежданов, Р.В. Павлов, В.А. Аксененко, И.В. Телегина // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 2. – С. 82–83.
48. Harper L. M. Association of induction of labor and uterine rupture in women attempting vaginal birth after cesarean: a survival analysis / L. M. Harper, A. G. Cahill, S. Boslaugh [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 206, № 1. – P. 51-56.
49. Курцер М.А. Сравнительная характеристика эндovasкулярных методов остановки кровотечения при placenta accreta / М.А. Курцер, И.Ю. Бреслав, В.Б. Евтеев [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2017. – № 5. – С. 17–24.

Статья поступила в редакцию 17.09.2018