

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ВАГІНАЛЬНИХ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

О.О. Корчинська, У.В. Волошина, Н.М. Гребя (Ужгород)
Ужгородський національний університет
Ужгородський міський перинатальний центр

Резюме. Частота кесаревого розтину (КР) невпинно зростає, що пов'язано зі збільшенням показань до абдомінального розродження. Оскільки проведення КР не настільки безпечно і для родиль, і для новонароджених, актуальним є впровадження в практику нового методу родорозрішення – пологів через природні родові шляхи у жінок з рубцем на матці.

Ключові слова: вагінальні пологи, кесарів розтин, рубець на матці.

Збільшення частоти абдомінального розродження і проведення органозберігаючих операцій на матці зумовило актуальність питання щодо ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці. Протягом останніх 20 років спостерігається чітка тенденція до значного зростання показань до абдомінального розродження. Актуальність операції кесаревого розтину (КР) зумовлена пошуком шляхів зниження рівня перинатальної та материнської захворюваності і смертності. Але материнська смертність при КР зростає в 10–25 разів, а інфекційно-запальні ускладнення – в 80 разів порівняно з природними пологами [13;27;33].

Рубець на матці визначає особливості виношування вагітності, яка часто перебігає з ознаками загрози переривання, плацентарної недостатності, неправильним положенням плоду, збільшенням частоти тазового передлежання. Крім того, у жінок із рубцем на матці розвивається затримка внутрішньоутробного росту плода у зв'язку з плацентарною дисфункцією [3;4].

Частота КР в Україні за останні 20 років зросла у межах 0,7–8%, а в деяких пологових відділеннях – 20% і більше. Поряд зі зростанням частоти первинного КР збільшується частота повторних КР. За даними багатьох авторів, кожен п'ятий і навіть третій КР є повторним [12;19;23]. Таким чином, консервативне розродження вагітних з оперованою маткою є резервом зменшення частоти КР.

Мета роботи – на основі даних наукової літератури висвітлити проблему вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці у сучасних умовах.

Методи: інформаційно-аналітичний, контент-аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

Раніше, якщо повторний КР супроводжувався високим ризиком розриву матки, то можливість пологів через природні родові шляхи взагалі тривалий час не обговорювалася. Погляди змінилися у другій половині ХХ ст. у зв'язку з появою: по-перше, нової техніки проведення КР, відповідно до якої, замість корпорального виконують нижній поперечний розріз матки, що є більш фізіологічним; по-друге, з 1930 р. широко почали використовувати синтетичний і напівсинтетичний шовний матеріал, що забезпечує швидше і краще загоєння тканин; по-третє, у США та європейських країнах була розгорнута широка кампанія за здоровий спосіб життя, яка мала на меті відмову від куріння, максимальне обмеження вживання ліків, грудне вигодовування і, по можливості, пологи через природні родові шляхи [7].

Перші успішні випадки згадуються у роботі J.T. Shell у 1923 р., який описав успішні випадки народження 34 дітей через природні родові шляхи у 23 матерів з рубцем на матці після попереднього КР [28]. У 1999 р. Rageth зі співавт. дослідив 17 613 вагінальних пологів після операції КР та 11 433 планових повторних КР. Встановлено, що в групі VBAC (Vaginal Birth After Caesarian Section) у жінок спостерігалася менша частота гістектомій, запальних захворювань у післяпологовому періоді, менша крововтрата і швидше відновлення повноцінної активності жінки. Вплив КР на наступні вагітності оцінено в 16 938 випадках, де спостерігалось: збільшення частоти ектопічної вагітності,

передлежання плаценти, відшарування плаценти [37]. Отже, жінки з рубцем на матці успішно народжують через природні родові шляхи, а рівень перинатальної захворюваності та смертності серед цих жінок не перевищує аналогічний у жінок з неоперованою маткою.

У США проведено грандіозне за масштабами дослідження в 19 університетських клініках. Із 17 898 випадків вагінальних пологів у жінок з КР в анамнезі успішні становили 73,4% [32].

При повторних КР зростає рівень материнської захворюваності і смертності. Показник материнської захворюваності при повторній операції зростає в 3–4 рази, ніж при пологах через природні родові шляхи. Підвищується ризик гінекологічних захворювань: порушення менструальної функції, вторинне безпліддя, ектопічна вагітність, невиношування при наступній вагітності, порушення сексуальної функції [5;13].

Крім того, повторний КР є небезпечнішим за попередній, оскільки у зв'язку зі спайковим процесом у ділянці рубця змінюється нормальне анатомічне співвідношення органів, що призводить до таких ускладнень, як пошкодження сечового міхура, сечоводів, кишок. У зв'язку з цим подовжується тривалість проведення операції, наркозу, який призводить до порушення мозкового кровообігу в новонароджених; зростає ризик гіпотонічної маткової кровотечі, консервативні методи зупинки якої неефективні, що часто змушує проводити екстирпацію матки; виникають різноманітні порушення менструальної, репродуктивної функції; значно підвищується ризик післяопераційних ускладнень, таких як анемія, ендометрит, тромбофлебіт тазових вен [21;26;27].

Водночас, спостерігається тенденція до негативно-го ставлення до КР жінок, які вже перенесли цю операцію. Більшість з них при наступній вагітності бажають народжувати через природні шляхи. Але акушери-гінекологи часто відмовляються від природних пологів, мотивуючи це високим ризиком розриву матки. Хоча вже доведено, що частота цього ускладнення не перевищує 3,5%, причому ризик розриву матки під час вагітності вищий, ніж під час пологів. Зарубіжні автори після ряду досліджень стверджують, що ризик розриву матки становить 1 на 25 тис. жінок. Проблемою частіше є не сам розрив матки, а передлежання плаценти. Часто спостерігається низька плацентация. Ендометрій матки руйнується через вишкрібання в кінці операції. Це веде до того, що плід імплантується низько. Крім того, при серйозному порушенні ендометрію плацента врослає глибше – в міометрій, параметрій, що, своєю чергою, змушує проводити гістеректомію [35].

Основним критерієм, який дає змогу вести повторні пологи через природні родові шляхи після КР, є спроможність рубця на матці. При наявності в анамнезі КР до початку пологової діяльності, внутрішньоматко-

вих втручань (у т.ч. аборти), запальних захворювань статевих органів, порушення процесу загоєння післяопераційного рубця підвищується ризик його неповноцінності. Загоєння рубця залежить від багатьох чинників: стану макроорганізму, техніки проведення КР, типу використаного шовного матеріалу, особливостей перебігу післяопераційного періоду, тривалості періоду до настання наступної вагітності. На думку багатьох авторів, при корпоральному (поздовжньому) розрізі мат- ки неповноцінність рубця сягає 100% [16;19;25].

Повторні пологи через природні шляхи проходять легше, якщо попередній КР проведено у пологах. У такому випадку в матці зростає кількість рецепторів до окситоцину. Іншими словами, під час других пологів матка стає чутливішою до гормону, завдяки чому перейми є ефективнішими [22]. Більшість дослідників довели, що шанси на успіх мають 70–80 жінок зі 100. У деяких роботах наведено шкалу, відповідно до якої, кожній жінці можна скласти індивідуальний прогноз. Чинники, які збільшують шанси на успіх, такі: молодий вік, наявні в минулому вагінальні пологи, попередній КР виконаний у зв'язку зі слабкістю родової діяльності [31;38].

Л.М. Вакарчук розробив алгоритм імовірності виникнення неповноцінного гістеротомного рубця після КР і математичну модель прогнозування даної патології. Він визначив і розподілив за п'ятибальною шкалою провідні чинники ризику формування неповноцінного рубця на матці після КР: запальні захворювання геніталій – 3 бали, гістерографія кетгуттом – 3 бали, гістерографія вузловими швами – 1 бал, формування неповноцінного рубця за даними ехографії – 5 балів, субінволюція оперованої матки за даними динамічного ультразвукового дослідження – 3 бали, діагностичні та лікувальні втручання на матці до і під час вагітності – 2 бали. Відповідно виділено три стадії прогнозу: низький ступінь ризику – 4 бали; середній ступінь ризику – 5–8 балів; високий ступінь ризику – 9–17 балів [2].

К.В. Воронін, В.О. Потапов і співавт. [20] визначили три варіанти гістологічної структури рубця на матці. Варіанти розміщено від 1 до 3, за ступенем зростання ризику для консервативного розродження:

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

Розроблено морфологічний індекс (MI), який включає 4 критерії: наявність периваскулярної лейко-

цитарної інфільтрації, ступінь набряку тканин, розвиток капілярної сітки, ступінь проліферації ендотелію капілярів [12]. Розрахунок МІ проводять за формулою: $MI = A + B + C + D$, де A – кількість капілярів у 3 полях зору при збільшенні 100; B – ступінь проліферації ендотелію при збільшенні 400; C – наявність і вираженість набряку міометрію в 3 полях зору при збільшенні 400; D – наявність запальної інфільтрації при збільшенні 400. Далі, залежно від суми балів, отриманих у результаті гістологічного дослідження, прогноують повноцінність загоєння рани на матці.

Для формування повноцінного рубця важливою умовою є пошук і використання нових видів шовного матеріалу. Ушивання матки кетгуттовими швами не забезпечує необхідного за тривалістю щільного і надійного зіставлення країв рани, оскільки вже на 7-му добу нитки набухають, вузли слабнуть, а навколо ниток з'являються вогнища асептичного запалення [16]. Для усунення цих негативних факторів більшість авторів надають перевагу синтетичним розсмоктувальним шовковим ниткам: вікрилу, супраміду, полігліконату, полідіоксанону, поліглактину [32;34;37]. І.О. Макаров, І.С. Сидорова описують ефективність використання біосумісних сполучнотканинних елементів вінілпірролідону з бутілметакрилатом, які прикріплювали на лінію швів матки у вигляді смужки за допомогою ціанокрилатного клею із навантаженням її антибіотиками. Спостерігалось менш виразне дозрівання сполучної тканини і зменшення частоти ендометритів [14].

Експериментально обґрунтовано і вперше рекомендовано для впровадження в оперативну гінекологію новий біологічний шовний матеріал, що розсмоктується, – біофіл. У результаті морфологічних, інструментальних, морфофункціональних і спеціальних методів дослідження об'єктивно доведено, що біофіл, на відміну від кетгуту і меншою мірою вікрилу, краще впливає на перебіг ранового процесу, менше викликає мінімально виражені запальні зміни в тканинах внутрішніх статевих органів, без алергічного компонента [1;14;23;30].

Одним із важливих заходів, які забезпечують формування повноцінного рубця на матці, є антибіотикопрофілактика. Препаратом вибору на даному етапі є амоксицилін сульбактам, який використовують для профілактики інфекційних ускладнень у післяопераційному періоді. За даними дослідження М.А. Кучеренко, ефективність антибіотикопрофілактики дорівнювала 90% породіль, з них 6,6% перенесли інфекційні і 3,3% – неінфекційні ускладнення [15]. Щодо проміжку часу між операцією КР і наступною вагітністю, оптимальним строком є 1,5–4 роки, оскільки в наступні роки в рубці прогресують склеротичні зміни, що, своєю чергою, ускладнює перебіг вагітності та пологів [10;29;32].

Для об'єктивної оцінки спроможності рубця на матці використовують клінічні, інструментальні (УЗД, МРТ, гістероскопію, гістерографію) і лабораторні методи дослідження. Оптимальним строком для інструментальної діагностики спроможності рубця на матці є період поза вагітністю, а потім під час її настання. Раніше був тільки один, рентгенологічний метод діагностики – гістеросальпінгографія. У зв'язку з інвазивністю його використовували з даною метою досить рідко. На зміну прийшло УЗД – неінвазивний і більш інформативний метод, особливо з використанням доплерометрії, що дає змогу оцінити не тільки спроможність рубця на матці, але і його васкуляризацію.

При неповноцінності рубця на рентгеновських знімках, отриманих шляхом введення контрастної речовини в порожнину матки, виявляються «ніші», «шпори», «мішки», грижі, зміни контурів матки тощо [24;31;33]. Але відсутність патологічних змін при гістерографії не є достовірним показником спроможності рубця на матці. Це підтверджують дані дослідження Л.С. Марєєвої [17], при порівнянні методів гістерографії і гістероскопії в діагностиці стану рубця на матці після КР, із 32 досліджуваних жінок при рентгенологічному дослідженні не виявлено патології, а при візуальному дослідженні порожнини матки тільки у 18 жінок, а в інших 14 виявлено сполучнотканинні волокна або грубі тяжі, що свідчило про неспроможність рубця на матці. Рожевий колір рубця при гістероскопії вказує на його повноцінність і спроможність, оскільки це свідчить про м'язову тканину, а значна кількість включень білого кольору – про наявність сполучної тканини.

Гістероскопічне дослідження у жінок з рубцем на матці має високу діагностичну цінність щодо визначення стану рубця на матці після КР. За рахунок візуалізації внутрішнього контуру матки таке дослідження є найбільш результативним. Виявляються випадки розростання сполучної тканини в області рубця, наявність активного спайкового процесу, що безсумнівно вказує на вибір тактики ведення вагітності та пологів [8;23;30;36]. Серед патологічних ознак виділяють: зміну кольору над рубцем або його частиною (безсудинна зона), заглиблення і вибухання, витиснутий рубець або його частини, фрагментований рубець [25;30;33].

Дотепер залишається спірним питання ехографічної оцінки спроможності рубця на матці. Оптимальним строком для проведення УЗД є 28–36-ий тиждень вагітності, оскільки в цей період формується нижній сегмент матки, передлежача частина плоду розміщена високо, передніх вод достатньо. Для нормального стану зони поперечного розрізу матки, що свідчить про спроможність рубця, характерно [1;6;11;16;28]:

- V-подібна форма його при товщині не менше 3–5 мм;

- нормальна ехогенність нижнього сегменту, подібна тій, що в інших відділах матки;
- локальні ділянки зниженої звукопровідності на фоні нормальної акустичної щільності.

Відповідно, ехографічними ознаками неспроможності нижнього сегменту матки є:

- балоноподібна або конусовидна форма нижнього сегменту матки;
- товщина менше 3 мм;
- симптом «ніші», який визначається в II, на початку III триместру;
- локальні стоншення нижнього сегменту на тлі нормальної товщини (понад 3,5 мм);
- висока акустична щільність по всій довжині рубця на матці [13;14;21;24;33].

Для вибору методу родорозршення даного контингенту вагітних велике значення має функціонально-морфологічний стан рубця. При морфологічному дослідженні тканини рубця, взятої на біопсію, розміщеного в тілі матки, виявляється характерний для прогресуючого склерозу комплекс загальнопатологічних процесів: вростаючи в рубець м'язові волокна з часом атрофуються і розпадаються, це ж спричиняє протеолітична активність плаценти [6;17;26;29]. За даними літератури, процес загоєння поперечно розсіченої стінки матки в нижньому сегменті більш благоприємний: менше травмується нервово-судинний апарат, на рубець значно менше впливають протеолітичні ферменти плаценти. В біопсії тканини не спостерігалось явищ склерозу і деформації судин, некрозу рубця [7;8;15;29]. У міометрії спостерігалась на 5-ту добу не тільки велика кількість мітозів, але й міграція міоцитів у ділянку пошкодження із заміщенням фіброзної тканини. Вияснено, що в матці можуть відмічатися не тільки субституція (неповна регенерація), але й реституція, при якій післяопераційний рубець взагалі не виявлявся [5;9;13;20].

Достовірність результатів, за даними багатьох авторів, ехографічної оцінки спроможності рубця на матці становив 77,5%, МРТ – 60% [2–4;12;32].

Ведення пологів через природні родові шляхи після КР повинно здійснюватись у строго відібраної групи [9;11;20;33]:

- в анамнезі єдиний КР поперечним розрізом у нижньому сегменті матки;
- гладкий перебіг післяопераційного періоду;
- головне передлежання плоду при теперішній вагітності;
- невеликі розміри (вага не більше 3500 г) і задовільний стан плоду;
- нормальні розміри тазу жінки;
- розміщення плаценти поза рубцем;
- стан рубця оцінено як спроможний;
- доношена вагітність;
- відсутність інших показань до проведення повторної операції.

Сюди також можна додати – попереднє вагінальне розродження в додатку до КР, оскільки у даної групи спостерігається легше розродження через природні родові шляхи, ніж у жінок, які вперше народжують після КР вагінальним шляхом.

Відповідно, виділено ряд протипоказань до проведення вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці:

А. Абсолютні:

- 1) попередній корпоральний КР або якірний розріз матки;
- 2) гістеротомія в минулому;
- 3) розрив матки в минулому;
- 4) плацентажія в рубці;
- 5) інші протипоказання для проведення пологів природними шляхами;
- 6) відмова пацієнтки.

Б. Відносні:

- 1) більше, ніж 1 рубець на матці;
- 2) макросомія (очікувана маса плоду понад 4000 г);
- 3) невідомий тип розрізу матки (у випадку, де велика ймовірність вертикального);
- 4) тазове передлежання плоду;
- 5) багатоплідна вагітність.

Ключовими питаннями для лікаря є забезпечення для роділлі та плода, за наявності рубця на матці, безпеки. Це визначається такими чинниками [1;10;16;23]:

- ретельний відбір тих вагітних із рубцем на матці, яким може бути запропонована спроба вагінальних родів;
- оцінка умов і протипоказань для VBAC згідно з нормативними документами МОЗ України, де чітко зазначені показання до повторного КР;
- визначення спроможності післяопераційного рубця на матці;
- оцінка ризику ускладнень для кожної пацієнтки під час можливих VBAC і при повторному КР;
- VBAC можуть проводити в стаціонарах за таких умов: підготовлений та висококваліфікований персонал; безперервний моніторинг за станом плоду та матері; можливість цілодобово проводити екстрений КР; достатня поінформованість вагітної щодо можливості VBAC та її особиста письмова згода.

Ведення пологів:

I період:

- спостереження за роділлею від початку родової діяльності в пологовому блоці;
- обов'язкове проведення партограми;
- проведення пологів за протоколом нормальних пологів, за винятком постійної КТГ;
- медикаментозне знеболення відповідно до місцевих протоколів (перевагу надають перидуральній анестезії);

II період:

- проведення вагінальних родорозршень (накладання акушерських щипців, вакуум-екстракція

плоду) за звичайними акушерськими показаннями.

III період:

- активне ведення;
- ручна ревізія порожнини матки.

Післяпологовий період:

Активне спостереження в ранньому післяродовому періоді (вимірювання пульсу, АТ, контроль виділень). УЗД за показаннями.

Ознаки загрози або початку розриву матки – показання для екстреної лапаротомії:

- погіршення стану плоду (патологічна КТГ);
- напруження в надлобковій ділянці;
- кров'янисті виділення зі статевих шляхів;
- гострий біль в області нижнього сегменту матки між переймами та при його пальпації;
- зупинка родової діяльності.

Головний фактор ризику розриву матки – це штучна родостимуляція. Ризик розриву матки зростає

в 15,6 разу після родозбудження простагландінами. Дослідження авторитетних вчених показало, що імовірність розриву матки під час VBAC становить 0,5% за умови, що пологи не стимулюються штучно [12; 19; 35; 38]. Те, що родозбудження підвищує ризик розриву матки, підтверджено дослідженнями проведеними серед 35 тис. жінок у Шотландії (одні народжували вагінальним шляхом, інші – КР у процесі родів) [18;30;36].

Висновки

Таким чином, у сучасному акушерстві накопичено досвід успішного розродження через природні родові шляхи жінок з рубцем на матці. Це дасть змогу знизити показники материнської захворюваності та смертності.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні питань вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці.

Список літератури

1. Боголепов Н. К. Церебральные кризы и инсульт / Н. К. Боголепов. – М.: Медицина, 1971. – 391, [1] с.1.
2. Агеева М. И. Допплерометрические исследования в акушерской практике / М. И. Агеева. – М.: Видар, 2000. – 112 с.
3. Вакалюк Л. М. Чинники ризику і прогнозування утворення неповноцінного рубця на матці в жінок після кесаревого розтину / Л. М. Вакалюк // Буковинський мед. вісник. – 2007. – № 3. – С. 16–19.
4. Горбунова О. В. Патологія репродуктивної системи у жінок з оперованою маткою: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01 / О. В. Горбунова ; НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України. – К., 2006. – 257 арк. – Бібліогр.: с. 227–257.
5. Гулик М. Т. Особливості перебігу вагітності та прогноз пологів у жінок після перенесеного кесаревого розтину: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / М. Т. Гулик ; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. – К., 2001. – 21 с.
6. Густоварова Т. А. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке: клинико-морфологические и диагностические аспекты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т. А. Густоварова. – М., 2007. – 245 с.
7. Иванова О. Реальны ли роды с рубцом на матке? / О. Иванова // «9 месяцев». – 2002. – № 1. – С. 18–20.
8. Кауфман О. Я. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций / О. Я. Кауфман. – М., 1987. – С. 141–162.
9. Клинико-морфологические параллели в оценке состояния рубца на матке после кесарева сечения / Р. И. Габидулина, И. Ф. Фаткуллин, А. П. Киясов [и др.] // Казанский мед. журнал. – 2002. – Т. 83, № 6. – С. 424–429.
10. Козаченко В. П. Беременность и роды после кесарева сечения / В. П. Козаченко. – М.: Медицина, 1979. – 160 с.
11. Крамарский В. А. Морфологический индекс как прогностический критерий заживления раны на матке после кесарева сечения / В. А. Крамарский, Л. Ю. Раевская, В. Н. Дудакова // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 5. – С. 56–57.
12. Краснопольский В. И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В. И. Краснопольский. – М.: Миклош, 2005. – 160 с.
13. Кулаков С. И. Дискуссионные вопросы кесарева сечения / С. И. Кулаков // Мать и дитя: материалы VI Рос. форума. – М., 2004. – С. 109–112.
14. Кучеренко М. А. Применение Трифамокса ИБЛ (амоксциллина/сульбактама) для профилактики инфекционных осложнений при кесаревом сечении / М. А. Кучеренко // Consilium medicum. – 2007. – Т. 9, № 6. – С. 12–13.

14. Мамытбекова З. М. Оценка состояния рубца на матке в первые три месяца после кесарева сечения / З. М. Мамытбекова // Мед. аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 3. – С. 57–59.
15. Мареева Л. С. Диагностика состояния рубца на матке после кесарева сечения / Л. С. Мареева, И. И. Левашова, Д. Б. Мильман // Акушерство и гинекология. – 1989. – № 3. – С. 37–38.
16. Милов И. М. Возможности оптимизации исходов абдоминального родоразрешения / И. М. Милов, В. С. Курников // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2001–2002. – Т. 1, № 1. – С. 53–54.
17. Оден М. Кесарево сечение: Безопасный выход или угроза будущему? / М. Оден // Междунар. школа традиционного акушерства. – М. 2006. – С. 21–34.
18. Погорелова А. Б. Определение состоятельности рубца на матке у беременных после кесарева сечения / А. Б. Погорелова // Акушерство и гинекология. – 1989. – № 4. – С. 52–55.
19. Проблемы и перспективы родоразрешения беременных с рубцом на матке после кесарева сечения / Л. С. Мареева, И. И. Левашова, А. П. Мельников [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1993. – № 1. – С. 22–27.
20. Прогноз природного розродження у вагітних із рубцем на матці після кесаревого розтину / К. В. Воронін, В. О. Потапов, Д. В. Черненко, О. В. Колобова // Мед. перспективи. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 80–84.
21. Репина М. А. Разрывы матки / М. А. Репина. – Ленинград: Медицина, 1984. – 208 с.
22. Слепых А. С. Абдоминальное родоразрешение / А. С. Слепых. – Ленинград: Медицина, 1986. – 132 с.
23. Сравнительная оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения / Р. И. Габидуллина, Л. Р. Шайхутдина, И. Ф. Фаткуллин [и др.] // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2002. – Т. 1, № 1. – С. 140.
24. Талаш В. В. Морфологічні особливості перебігу раневого процесу в оперованій матці та її придатках при застосуванні шовного матеріалу біофілу (анатомо-експериментальне дослідження): дис. ... канд. мед. наук: 14.03.01 / В. В. Талаш // Харківський держ. мед. ун-т. – Х., 2004. – 21 с.
25. Токарчук М. М. Пологи з рубцем на матці / М. М. Токарчук, Г. Є. Левчук, О. В. Карголь // Мед. аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 3. – С. 20–21.
26. Черненко Д. В. Прогнозування природного розродження та його оптимізація у вагітних з оперованою маткою: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Д. В. Черненко ; НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України. – К., 2007. – 21 с.
27. A guide to effective care in pregnancy and childbirth: [рук-во по эффективной помощи при беременности и родах] / M. Enkin, M. Keirse, M. Renfrew, J. A. Neilson ; пер. с англ. – СПб.: Нормед-Издат, 1999. – С. 375–386.
28. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study / G. C. S. Smith, J. P. Pell, D. Pasupathy, R. Dobbie // BMJ. – 2004. – Vol. 329. – P. 375–377.
29. Flamm B. L. Vaginal birth after cesarean delivery: An admission scoring system / B. L. Flamm, A. M. Geiger // Obstet. Gynecol. – 1997. – P. 907.
30. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery / M. B. Landon, J. C. Hauth, K. J. Leveno [et al.] // N. Engl J. Med. – 2004. – Vol. 351(25). – P. 2581–2589.
31. Post-Cesarean Delivery Fever and Uterine Rupture / T. D. Shipp, C. Zelop, A. Cohen [et al.] // Subsequent Trial of Labor, Obstetrics and Gynecology. – 2003. – Vol. 101(1). – P. 136–139.
32. Predictive score for vaginal birth after cesarean section / D. Weinstein, A. Benshushan, V. Tanos [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1996. – Vol. 174. – P. 192–198.
33. Quilligan E. J. Vaginal birth after Cesarean section: 270 degrees / E. J. Quilligan // J. Obstet. Gynecol. Res. – 2001. – Vol. 27. – P. 169–173.
34. Rageth J. C. Delivery after previous cesarean delivery / J. C. Rageth, C. Juzi, H. Grossenbacher // Clin. Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol. 40. – P. 533–541.
35. Ravica D. J. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery / D. J. Ravica, S. L. Wood, J. K. Pollard // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 183(5). – P. 1176–1179.
36. Risk of uterine rupture during labor among women with prior cesarean delivery / M. Lydon-Rochelle, V. L. Holt, T. K. Easterling, D. P. Martin // N. Engl J. Med. – 2001. – Vol. 345(1). – P. 54–55.
37. Shell J. T. Once a Cesarean always a cesarean / J. T. Shell // N. Y. Med J. – 1923. – P. 637.
38. William W. Акушерство и гинекология / W. William, I. R. Beck ; пер. с англ. ; гл. ред. Г. М. Савельева. – М., 1997. – С. 315–318.

**Современный взгляд на проблему
влагалищных родов у женщин с рубцом
на матке (обзор литературы)**

О.А. Корчинская, У.В. Волошина, Н.М. Гребя (Ужгород)

Частота кесаревого сечения (КС) непрерывно растет, что связано с увеличением показаний к абдоминальному родоразрешению. Поскольку проведение КС не настолько безопасно и для рожениц, и для новорожденных, актуальным является внедрение в практику нового метода родоразрешения – родов влагалищным путем у женщин с рубцом на матке.

Ключевые слова: влагалищные роды, кесарево сечение, рубец на матке.

**Modern view to problem of vaginal births
for women with scar on uterus
(review of the literature)**

O.O. Korchynska, U.V. Voloshyna, N.M. Greba (Uzhhorod)

Frequency of caesarian section grows continuously, that is related to the increase of indexes to abdominal delivery. It is the problem of present, as CC is not so safe not for woman giving births not for new-born. According to this it is used in practice the new method of births are births vaginal a way for women with a scar on uterus.

Key words: vaginal birth, caesarian section, uterus scar.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. А.В. Чурілов.