

Актуальні аспекти вагітності та пологів у жінок з кесаревим розтином в анамнезі (оглядова стаття)

Л.Г. Назаренко, Л.Ю. Дуброва

Харківська медична академія післядипломної освіти

Представлено аналіз літературних даних, що стосуються гестаційного процесу у жінок, які перенесли в минулому кесарів розтин. Наведено дані про частоту ускладнень при повторній операції, переваги вагінальних пологів, фактори, які впливають на успіх спроби пологів, оцінкові критерії стану рубця, значення морфології нижнього сегмента оперованої матки, відмінності лактації.

Ключові слова: вагітність, ускладнення, пологи, кесарів розтин.

Наслідком політики лібералізації показань до кесарева розтину (КР), проголошеної в прагненні зниження материнської і перинатальної смертності наприкінці ХХ століття, стало формування світогляду стосовно того, що це втручання є альтернативним методом розродження, а не вимушеною операцією обгрунтованого вибору [6, 9]. У результаті цього в ХХІ столітті майже кожна третя дитина у світі не народжується природним шляхом, а вилучається в ході хірургічного втручання. Одночасно прогресивно зростає частка жінок з рубцем на матці після КР. Разом із цим, оперована матка внаслідок розродження КР в попередніх пологах є однією із сучасних категорій, що характеризують особливий стан репродуктивного здоров'я жінки, відмінний від норми.

З одного боку, наявність рубця на матці після пологів шляхом КР з етичних позицій не є хворобою або хворобливим станом, а, з іншого – є фактором наступного підвищеного ризику гінекологічних, акушерських, перинатальних ускладнень. В МКХ-10 післяопераційний рубець матки окреслено як конкретну нозологічну одиницю (О34.2), розміщену в блоці О34 («Медична допомога матері при установленій або передбачуваній аномалії органів таза»), до якого включено стани, котрі є підставою для спостереження, госпіталізації або іншої акушерської допомоги матері, а також для 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»). Отже, наслідком збільшення числа жінок з розладами репродуктивного здоров'я є зростання частоти КР.

Відзнакою сучасного акушерства є своєрідний парадокс: при стабільно високій частоті КР у світі, без тенденції зниження, загостреним є прагнення до зниження рівня цієї операції принаймні до 15%, рекомендованих ВООЗ. На цьому фоні триває напружена полеміка щодо розродження жінок з рубцем на матці.

У зв'язку з цим на першочергову увагу заслуговують питання планування наступної вагітності жінками, які перенесли КР, раціональна контрацепція, їхній прекоцепційний супровід. Проте, ці питання досить мало висвітлені в джерелах інформації.

Репродуктивна функція після повторного КР повністю відновлюється лише у 40% жінок [6, 20]. У таких випадках більш високий ризик ектопічної вагітності, викиднів [19, 20]. Поодинокі дослідження присвячені особливостям перебігу

вагітності та пологів у жінок з КР в анамнезі. Їхні результати дозволяють скласти загальне уявлення, що протягом наступної вагітності має місце більш висока питома вага акушерських ускладнень: передчасного переривання, прееклампсії, плацентарної дисфункції, аномалій прикріплення та розташування плаценти, передчасного її відшарування, тазового передлежання плода [17].

За емоційним висловлюванням, попередній КР є тягарем страждань в репродуктивному анамнезі жінки, адже при наступній вагітності необхідно буде прийняти складне рішення: елективний повторний КР або спроба пологів. Безсумнівно, якщо спроба пологів матиме успіх, пацієнтку очікує швидке відновлення й одужання, скорочення терміну перебування на ліжку, низька вірогідність ускладнень (характерних для оперативного втручання пошкоджень кишечника, інфекції, втрати крові тощо), мінімальний ризик респіраторних ускладнень у новонародженого, підвищене морально-психологічне задоволення в порівнянні з елективним КР до початку пологів [2, 11]. Проте, у жінки, яка погодилася на спробу пологів після КР, може виникнути необхідність КР внаслідок різних ускладнень, серед яких найчастішими є відсутність прогресу пологів або незадовільні зміни у стані плода. Очікувана частота розриву матки в пологах після КР (1 випадок на 200 пологів) є невисокою, проте, експульсія плода в черевну порожнину в 4% таких випадків веде до його смерті, а для матері має небезпеку тяжкої кровотечі (1 на 90 таких пологів) або гістеректомії (1 на 500 пологів) [1, 9, 10].

Елективний КР має значно нижчий рівень ускладнень, ніж операція, виконана в пологах, але більший у порівнянні з успішною спробою пологів. Проте, вважається, що численні абдомінальні розродження значно підвищують ризики наступних вагітностей. Наприклад, повідомляється, що у США, де не практикується обов'язкове обмеження числа КР, рівень передлежання плаценти після першої операції (0,24%) майже в 30 разів нижче, ніж після шостої (6,74%) [12, 13]. Серед пацієнток з передлежанням плаценти рівень її прирощення зростає з 3% у жінок з одним КР до 61–67% серед жінок з чотирма або більше операціями [6]. Подібні випадки в найбільш тяжких варіантах навіть можуть призвести до смерті матері.

Консультування жінки з КР в анамнезі на предмет спроби пологів потребує ретельної експертизи її здоров'я, наявності у лікаря вичерпної інформації щодо попереднього розродження. Факторами, які впливають на успіх спроби вагінальних пологів, за даними, які мають надійну науково-доказову базу (рівень доказовості II-B), є:

1. *Тип розрізу.* Поперечний розріз та вертикальний в нижньому сегменті мають незначний ризик розриву, тоді як класичний вертикальний або Т-розріз підвищують ризик розриву, а отже, мають вважатися за протипоказання до спроби пологів. Рівень розриву матки при класичному варіанті або Т-образному розрізі коливається в межах 4–9%, при низькому вертикальному в межах 1–7%, низькому поперечному на рівні 0,2–1,5%.

2. *Варіант відновлення цілісності матки.* Незважаючи на те що в питанні про детермінанти ризику розриву матки при накладанні поодиноких і дворядних швів для закриття рани матки в попередній операції, немає консенсусу, дані про характер зашивання матки необхідно враховувати.

3. Із особливостей *здоров'я матері* мають значення ожиріння та вік більше 30 років [18].

4. *Час після попереднього КР.* Короткий інтергенетичний інтервал (визначається як відношення числа місяців після попередніх пологів до індексу пологів) підвищує ризику. У порівняльних даних щодо інтервалу в 24 міс, 18 міс, менш за 6 міс продемонстровано доцільність вважати мінімальним інтервалом для наступного запліднення 15 міс після КР [23, 24].

5. *Початок пологів.* Індукція пологів, особливо простагландінами E2, E1, асоціюється з підвищенням ризику розриву матки.

6. *Кількість попередніх КР.* Попередні передчасні пологи шляхом КР підвищують ризик розривів матки навіть при поперечному розрізі. Багаторазові КР, якщо усі виконані поперечним розрізом в нижньому сегменті, незначно підвищують ризик розриву матки протягом пробних пологів у порівнянні з однією операцією в минулому [15].

Комбінація зазначених вище факторів ризику, зведена у формулу Shipp і співавторів (2008) [19], дозволяє у нескладний спосіб розраховувати ризик розриву матки протягом пробних пологів, 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, враховування -1 у разі попередніх вагінальних пологів при одному КР. Проте, ці фактори не вичерпують усього клінічного «портрету» жінки з КР в анамнезі, зокрема, морфофункціональної характеристики оперованої матки, реального психологічного настрою на пологи тощо [3, 7].

За численними повідомленнями, кількість жінок з КР в анамнезі та успішно спробованих пологів для матері та для дитини має широкий діапазон – від 30% до 80%, що свідчить, напевне, про незавершеність клінічних підходів для оцінки ризиків, інтерпретації особливостей скоротливої діяльності оперованої матки, про відсутність однозначних прогностично-діагностичних критеріїв загрози розриву [23, 24].

Відмова вітчизняних акушерів від проведення консервативних пологів після абдомінального розродження здебільшого продиктована насамперед страхом розриву матки [4]. Проте, реальна частота цього ускладнення, за вітчизняними даними, становить лише 1,05–2,8%, причому ризик розриву матки під час вагітності вищий, ніж під час пологів [6]. І це не має стримувати лікаря від перспективи проведення пологів, а мотивувати до ретельної реабілітації після першої операції, планування наступної вагітності з урахуванням оптимального часу її настання, діагностикою стану рубця. Як лікар, так і пацієнтка, мають добре усвідомлювати, що материнська захворюваність після повторної операції в 3–4 рази вища, ніж при природних пологах, частота інтраопераційних ускладнень при повторному КР має місце в кожному п'ятому випадку, що в 5 разів вище, ніж при першій операції. Отже, повторний КР є новим серйозним випробуванням [23].

Вважається, що вирішальне значення серед сукупності факторів, які впливають на перебіг вагітності та пологів при КР в анамнезі, має стан рубця на матці. Оцінювання післяопераційного рубця можна проводити поза вагітністю і під час вагітності, а також в найближчий період після першої операції.

В обстеженні породілей після КР використовують сучасні методи цитологічного дослідження – відбитку ендометрія, аспірату з порожнини матки, – які дозволяють скла-

сти уявлення про повноцінність регенерації усього органа в найближчий період після операції, що має стати обґрунтуванням реабілітаційних заходів [5].

Для оцінювання рубця поза вагітності сьогодні застосовують гістероскопію та ехографію [22]. У недавньому минулому використовували також рентгенологічний метод гістерографії. Усі наведені методи дозволяють описати грубі анатомічні дефекти, оцінити поверхню матки, передусім, перешийку, наявність деформацій його стінки, а гістероскопія – також виявити перевагу в цій зоні м'язового або сполучнотканинного компоненту. Ехографічними дослідженнями з вимірюванням товщини передньої стінки, особливостей ехогенності, в комбінації з ехогістерографією (біконтрастне дослідження, відмінність якого від загальноприйнятого УЗД полягає у додатковому контрастуванні стінки матки шляхом введення в її порожнину гумового балону, який заповнюється 70–90 мл стерильної рідини) встановлено, що у 60% пацієнток мають місце «глибокі ніші», величина яких сягає 80% товщі міометрію [7, 8]. Припускається, що цей феномен є фактором ризику розриву матки, а також аномалій розташування і прикріплення плаценти. Проте, обстеження оперованої матки поза вагітністю не набуло поширення, виконують здебільшого в науково-дослідницьких цілях.

При вагітності перелік методик для оцінювання стану рубця доволі обмежений, зводиться до ехографії й доплерометрії [16, 22]. Більшість робіт відносяться до другої половини вагітності, адже ранні дослідження вважаються малоінформативними. Проте, ехографія в I триместрі дозволила виявити в кожній другій пацієнтки в 14–16 тиж в області перешийки гіпоехогенні зони, клінічна інтерпретація яких дотепер залишається неясною, здебільшого гіпотетичною [3].

Складається враження, що зосередженість дослідників питання про особливості розродження жінок з КР в анамнезі лише на «стані рубця» значною мірою гальмує вичерпний прогноз спроби пологів, адже реалізація ефективної скоротливої діяльності матки виходить за межі рубця. «Кроком вперед» можна вважати поодинокі дослідження стану нижнього сегмента матки, оскільки сьогодні більшість рубців локалізуються саме в ньому.

Нижній сегмент матки є особливою анатомічною зоною, яка формується наприкінці вагітності в результаті перетворень перешийки матки. Верхньою межею перешийки вважається анатомічне внутрішнє вічко (відповідає переходу каналу шийки матки в порожнину матки), нижньою – гістологічне внутрішнє вічко (відповідає межі переходу слизової оболонки тіла в слизову оболонку каналу шийки матки). Довжина перешийки у невагітних жінок складає 1–1,4 см, товщина стінки – 1–1,2 см. Поза вагітністю в перешийку переважає сполучна тканина, м'язова складає не більше 1/4 її обсягу, а в області гістологічного внутрішнього вічка м'язова тканина займає тільки 10–12%. Протягом II і III триместрів вагітності проходить «розгортання» перешийки, і перетворений перешийок стає частиною плодовместилища, отримує з 28–32 тиж назву нижнього сегмента. У період закінчення вагітності товщина його складає 0,7–0,8 см, довжина – 7–8 см. Морфо-функціональні перетворення в перешийку матки при вагітності включають гіпертрофію міоцитів, і в результаті в області гістологічного внутрішнього вічка вміст м'язових волокон сягає 16–18%, в області анатомічного – 30–35%, в 1,2 разу зростає обсяг сполучної тканини [3].

Основним ехографічним маркером стану нижнього сегмента матки є його товщина. Установлено залежність товщини нижнього сегмента від наявності в ньому рубцевої тканини: при зростанні строку фізіологічної вагітності товщина нижнього сегмента зменшується в 2 рази (з 6,7 мм в 19 тиж до 3 мм в 39 тиж), а у вагітних з КР в анамнезі – більше ніж в 3 (з 6,8 мм в 19 тиж до 2,1 мм в 39 тиж) [22]. За іншими даними, товщина нижнього сегмента в 16–19 тиж складає

10,8 мм, в 28–31 тиж – 7 мм, після 35 тиж – від 3 мм при «неповноцінному» рубці до 5,2 мм – при «повноцінному» [4].

Визначено зворотну залежність між кількістю операцій КР в анамнезі й товщиною нижнього сегмента, а також товщиною нижнього сегмента і частотою розривів матки [16]. Нижньою межею товщини визнано 3,5 мм, а оптимальним значенням – 4,5 мм і вище, при якому майже відсутні розриви матки [4]. Проте, загальноприйняте уявлення, що саме при достатній товщині нижнього сегмента матки навіть за наявності рубця має місце його спроможність, не зовсім пояснює, чому тонкість нижнього сегмента далеко не завжди означає його неповноцінність [4]. Припускається, що витончення нижнього сегмента у вагітних з КР в анамнезі відбувається у зв'язку з надмірним розтяганням зони, що не залучена до рубця, а також дегенеративними процесами у ній [21].

Функціональне оцінювання оперованої матки, поряд з товщею нижнього сегмента, потребує врахування симетричності, відхилення вбік сечового міхура, появою балоноподібної опуклості при змінах внутрішньоматкового тиску на фоні рухової активності плода й навіть легкого тиску датчика [4].

Існує думка, що спроможність рубця залежить від розвитку й особливостей гемодинамічних процесів в області нижнього сегмента та її перешийку після оперативного втручання [7]. Дослідження з цього питання неповні та поодинокі. Проте, однозначно визначено, що становлення архітектоники судинного русла завершується через 10–12 міс після операції, що, ймовірно, і обґрунтовує високий ризик вагітності, яка настає раніше.

За допомогою доплерівського дослідження при вагітності виявлено порушення кровообігу на усьому протязі нижнього сегмента, що створює передумови для аномалій скоротливої діяльності, розбалансування регуляторних механізмів забезпечення пологів при рубці на матці [22].

Не викликає сумніву, що перебіг репаративних процесів після КР визначає морфо-функціональний стан матки та її нижнього сегмента при наступній вагітності та в пологах. У світлі даних про функціональну морфологію нижнього сегмента до факторів, які визначають повноцінність репаративних процесів, слід додати анатомічну зону розрізу при першій операції, стан міометрію. Оптимальною є середня частина нижнього сегмента, яка є відносно товстою в порівнянні з верхньою і нижньою [4, 21]. Незважаючи на це, за наявності КР в анамнезі, очікуваним є зменшення товщини міометрію середньої частини нижнього сегмента, яка відповідає області передбачуваного рубця, на 11%, на фоні того, що дистальна та проксимальна частина не відрізняються [6].

Актуальные аспекты беременности и родов у женщин с кесаревым сечением в анамнезе (обзорная статья)

Л.Г. Назаренко, Л.Ю. Дуброва

Представлен анализ литературных данных, касающихся гестационного процесса у женщин, которые перенесли в прошлом кесарево сечение. Приведены данные о частоте осложнений при повторной операции, преимуществах вагинальных родов, факторы, которые влияют на успех попытки родов, оценочные критерии состояния рубца, значение морфологии нижнего сегмента оперированной матки, различия лактации.

Ключевые слова: беременность, осложнения, роды, кесарево сечение.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баскаков П.Н. Клинико-эндокринологические аспекты акушерской гистерэктомии / П.Н. Баскаков // Педиатрия, акушерство и гинекология. – 2001. – № 2. – С. 84–86.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
3. Морфофункциональная оценка нижнего сегмента матки в конце фи-

Описано відмінності виходів загоєння розрізу на матці при першому й повторному КР. Так, зменшення розмірів швів на матці після повторної операції проходить більш повільно, ніж при першому КР, в метрораспіраті знижений рівень білка, підвищений лейкоцитарний індекс інтоксикації, що, ймовірно, пов'язано з латентним запальним процесом. Інші дані доводять, що при морфометрії висічених дільниць нижнього сегмента при першому і повторному КР співвідношення гладеньком'язових і сполучнотканинних елементів, розташування і напрям м'язових пучків, не відрізняються [5].

Ведення пологів після КР потребує особливо ретельного моніторингу, тому рекомендується в установах III рівня перинатальної допомоги. За належних умов материнська і дитяча смертність у цього контингенту не відрізняється від пологів у жінок без рубця на матці.

За наявності рубця на матці універсальні фактори, які визначають успіх пологів через природні шляхи, зокрема, психологічний настрій на пологи, відіграють особливу роль, оскільки пацієнтка з негативним досвідом попередніх пологів і високим ступенем ризику суттєво відрізняється від звичайної повторнонароджуючої жінки. Встановлено, що психологічний стан жінок при повторному КР має ознаки підвищеного занепокоєння, стресових розладів, моральної незадоволеності та порушень в емоційній сфері [2, 14]. Усе це негативно впливає на взаємовідносини з новонародженою дитиною, на якість життя жінки в майбутньому.

Порушення лактаційної функції після повторного КР мають місце в 57%, проявляються пізнім становленням лактації та гіпогалактією [6]. Натомість, 78% жінок з рубцем на матці та успішними пологами відзначають моральне задоволення, високу самооцінку, відсутність проблем у взаємовідносинах зі своєю дитиною.

Таким чином, наведені літературні дані свідчать про доцільність подальшого наукового обґрунтування і практичної конкретизації шляхів оптимізації ведення вагітності та пологів у жінок з КР в анамнезі. Ці питання, передусім розродження жінок з рубцем на матці, відносяться сьогодні та перебуватимуть в найближчому майбутньому в категорії «екстремального акушерства». Тому, приймаючи рішення про доцільність оперативного розродження, у випадках, коли немає реально обґрунтованої однозначної необхідності на це, варто дбати не тільки за благополучне завершення даної вагітності для плода і матері, а й передбачувати можливість наступної безпечної вагітності, для чого неодмінною умовою є формування світогляду пріоритету природних пологів, переорієнтація від лібералізації показань на розумне стримування числа вперше виконуваних КР.

Actual aspects of pregnancy and childbirth in women with a history of cesarean incision (Review)

L. Nazarenko, L. Dubrova

Presents an analysis of published data concerning gestation in women who underwent cesarean delivery in the past. The data on the frequency of complications at reoperation, the benefits of a vaginal birth, the factors that affect the success of attempts at delivery, evaluation criteria state scar morphology of the lower value segment operated uterine differences lactation.

Key words: pregnancy complications, birth, cesarean section.

2. зологической беременности и у беременных с рубцом / Н.И. Поленов, Н.Г. Павлова, Э.К. Айламазян [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – № 4. – С. 11–18.
4. Некоторые аспекты разрыва матки по рубцу после операции кесарева сечения / И.Г. Нежданов, Р.В. Павлов, В.А. Аксененко, И.В. Телегина // Медицинский вест-

ник Северного Кавказа. – 2012. – № 2. – С. 82–83.

5. Фурсова З.К. Значение цитологического исследования лохий в оценке состояния матки в послеродовом периоде / З.К. Фурсова, А.П. Никонов, Н.А. Лутфуллаева, Е.А. Кучугурова // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 116. – С. 45–49.

6. Чернуха Е.А. Ведение беременности и выбор метода родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения / Е.А. Чернуха // Справочник фельдшера и акушерки. – 2012. – № 4. – С. 15–22.

7. Шлапак И.М. Эхографические и морфологические особенности состояния рубца при повторном кесаревом сечении / И.М. Шлапак // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. – 2011. – № 22. – С. 57–65.

8. 2D versus 3D transabdominal sonography for the measurement of lower uterine segment thickness in women with previous cesarean delivery / V.Y. Cheung, F. Yang, K.Y. Leung [et al.] // International Journal Of Gynaecology And Obstetrics. – 2011. – Vol. 114, No. 3. – P. 234–237.

9. Alarming rise of cesarean births: a single center experience / Y. Simsek,

S. Celen, E. Ertas [et al.] // European Review For Medical And Pharmacological Sciences. – 2012. – Vol. 16, No. 8. – P. 1102–1106.

10. 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.] // American Journal Of Obstetrics And Gynecology. – 2012. – Vol. 206, No. 1. – P. 51–56.

11. Bergström M. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth / M. Bergström, H. Kieler, U. Waldenström // Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica. – 2010. – Vol. 89, No. 6. – P. 794–800.

12. Bernstein S.N. Trial of labor versus repeat cesarean: are patients making an informed decision? / S.N. Bernstein, S. Matalon-Grazi, B.M. Rosenn // American Journal Of Obstetrics And Gynecology. – 2012. – Vol. 207, No. 3. – P. 204–210.

13. Blanchette H. The rising cesarean delivery rate in America: what are the consequences? / H. Blanchette // Obstetrics And Gynecology. – 2011. – Vol. 118, No. 3. – P. 687–690.

14. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery

rate / R.H. Xie, J. Lei, S. Wang [et al.] // Journal Of Women's Health. – 2011. – Vol. 20, No. 12. – P. 1881–1886.

15. Cesarean techniques in cases with on previous cesarean delivery: comparison of modified Misgav-Ladach and Pfannenstiel-Kerr / A. Gedikbasi, A. Akyol, V. Ulker [et al.] // Archives Of Gynecology And Obstetrics. – 2011. – Vol. 283, No. 4. – P. 711–716.

16. Kushtagi P. Sonographic assessment of lower uterine segment atterm in women with previous cesarean delivery / P. Kushtagi, S. Garepalli // Archives Of Gynecology And Obstetrics. – 2011. – Vol. 283, No. 3. – P. 455–459.

17. Obstetrical outcome and risk of uterine rupture following a caesarean section before 32 weeks / A.S. Maisonneuve, J.B. Haumont, X. Carcopino [et al.] // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2011. – Vol. 40, No. 4. – P. 334–339.

18. Roberts C.L. The contribution of maternal age to increasing caesarean section rates / C.L. Roberts, I.J. Rowlands, M. Nguyen // The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology. – 2012. – Vol. 52, No. 3. – P. 308–309.

19. Shipp T.D. Assessment of the rate

of uterine rupture as the first prenatal visit: a preliminary evaluation / T.D. Shipp, C. Zelop, E. Lieberman // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2008. – Vol. 21, No. 2. – P. 129–133.

20. Systematic review of cesarean scar assessment in the nonpregnant state: imaging techniques and uterine scar defect / S. Roberge, A. Boutin, N. Chaillet [et al.] // American Journal Of Perinatology. – 2012. – Vol. 29, No. 6. – P. 465–471.

21. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture / E. Bujold, C. Bujold, E.F. Hamilton [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 186, No. 6. – P. 1326–1330.

22. Ultrasound evaluation of uterine scar after Cesarean section and next birth / E. Basic, V. Basic-Cetkovic, H. Kozaric, A. Rama // Medicinski Arhiv. – 2012. – Vol. 66, No. 3. – P. 41–44.

23. Vaginal birth after previous caesarian section – outcomes analysis 2007–2010 / L. Hruban, P. Janků, P. Ventruba [et al.] // Česká Gynekologie. – 2012. – Vol. 77, No. 2. – P. 127–132.

24. Vaginal delivery after Misgav-Ladach cesarean section – is the risk of uterine rupture acceptable? / I. Hudic, Z. Fatusic, L. Kmeric [et al.] // The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2010. – Vol. 23, No. 10. – P. 1156–1159.

Статья поступила в редакцию 02.02.2014

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

(один или несколько правильных вариантов ответов на каждый вопрос)

1. Ризик виникнення яких ускладнень вагітності більш високий за наявності кесарева розтину:

- передчасне переривання вагітності, плацентарна дисфункція, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- цервікальна недостатність, гіпотонія вагітних, емболія навколо-плодовими водами;
- хоріоамніоніт, вульвовагініт, бактеріальний вагіноз.

2. До особливостей успішної спроби вагінальних пологів у жінок з наявністю післяопераційного рубця на матці відносять:

- низьку вірогідність пошкоджень органів малого таза;
- підвищення ризику респіраторних ускладнень у новонародженого;
- підвищення терміну перебування породіллі в стаціонарі.

3. Частота розриву матки в пологах після кесарева розтину складає:

- 0,2–1%; 1–3%. 3–5%;

4. Аномальне прикріплення плаценти у вагітних за наявності кесарева розтину в анамнезі:

- зустрічається частіше;
- не відрізняється від аналогічних показників у вагітних з фізіологічними пологами в анамнезі;
- ніколи не виникає у жінок з післяопераційним рубцем на матці.

5. Який тип розрізу на матці при першій операції знижує ризик розриву матки при наступній вагітності:

- класичний вертикальний;
- поперечний в нижньому сегменті матки;
- Т-подібний?

6. Оптимальним інтервалом для наступного запліднення після попереднього кесарева розтину вважається:

- 0,5-1 рік; 1-2 роки; 2-5 років.

7. Не підвищують ризик розриву матки:

- попередні передчасні пологи шляхом кесарева розтину;
- кесарів розтин, виконаний поперечним розрізом в нижньому сегменті;
- попередній кесарів розтин, виконаний за показанням: "клінічно вузький таз".

8. Який відсоток жінок з кесаревим розтином в анамнезі може мати успішну спробу вагінальних пологів:

- 50-70%; 30-50%; 70-90%

9. Для оцінювання стану післяопераційного рубця на матці використовують сучасні методи діагностики, серед яких є:

- аускультация серцебиття плода, рентгенологічне дослідження вагітної, амніоскопія;
- цитологічне дослідження, оцінювання імунного статусу, гістероскопія та ехографія;
- пельвіометрія, актографія, термометрія.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

10. Найбільш інформативними вважають дослідження стану післяопераційного рубця під час вагітності, які проводять у:

- I триместрі;
- II триместрі;
- III триместрі.

11. При зростанні строку фізіологічної вагітності товщина нижнього сегмента:

- збільшується;
- зменшується;
- не змінюється.

12. Оптимальною товщиною нижнього сегмента, при якій майже відсутні розриви матки, визнано:

- 3,5-5 мм;
- 1-3 мм;
- 5-7 мм.

13. Психологічний стан жінок при повторному кесаревому розтині супроводжується:

- не змінюється;
- підвищенням занепокоєння, моральною незадоволеністю;
- підвищенням активності, комунікабельності, відкритості.

14. Лактаційна функція після повторного кесарева розтину має такі особливості:

- не залежить від методу розродження;
- пізні становлення лактації, гіпогалактія;
- лактостаз, гіпергалактія.

15. За допомогою якої формули можна розрахувати ризик розриву матки за наявності кесарева розтину в анамнезі:

- R.W. Johnson;
- D. Shipp;
- E.H. Bishop?

Необходимый минимум – 90% правильных ответов.

Врачам, приславшим 90% и более правильных ответов, будут высланы сертификаты

Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика.

Для получения сертификата отправьте ксерокопию страниц с ответами вместе с контактной информацией по адресу: 03039, Киев, а/я 36.

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ:

Ф.И.О. _____

Место работы _____

Должность _____

Почтовый адрес: индекс _____ Область _____

район _____

город _____

улица _____

дом _____ квартира _____

Телефон _____ e-mail _____

Фамилии докторов, получивших сертификаты, будут опубликованы в последующих номерах журнала

За правильные ответы на тесты к статье: «Використання ендохірургії в лікуванні маткового чинника безпліддя» (А.Г. Корнацька, О.Г.Даниленко):

Николайчук Е.А.
Ткачук И.П.

За правильные ответы на тесты к статье: «Противорецидивная терапия бактериальнововагиназа у женщин» (А.Е. Дубчак, А.Г. Корнацька, А.В. Милевский, Е.Н. Довгань)

Николайчук Е.А.

За правильные ответы на тесты к статье: «Сучасні підходи до застосування гепатопротекторів у комплексній терапії уrogenітальних мікст-інфекцій» (О.М.Борис, В.В.Суменко, А.В.Сербенюк, Н.Г.Прядко):

Николишин З.В.

За правильные ответы на тесты к статье: «Патогенетические и терапевтические аспекты потери беременности во II семестре» (Л.Г. Назаренко, Е.А. Бирик):

Артюх Л.П.
Мельничук В.К.

Николишин З.В.
Радченко И.И.
Харабуа Н.М.
Шуныкова Г.Т.

За правильные ответы на тесты к статье: «Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в акушерстве» (Д.А. Гончаренко, Г.Н. Жалоба, Т.Г. Романенко):

Барон В.В.
Радченко И.И.
Совит Н.Б.
Харабуа Н.М.
Шуныкова Г.Т.