

# Оптимізація клінічних підходів до розродження жінок з кесаревим розтином в анамнезі

Л.Г. Назаренко<sup>1,2</sup>, К.М. Недорезова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти

<sup>2</sup>КЗОЗ Харківський міський клінічний пологовий будинок № 6

У статті представлено обґрунтування резерву зниження частоти кесарева розтину (КР) шляхом впровадження практики вагінальних пологів у жінок з КР в анамнезі (ВПКР) за допомогою удосконаленого функціонального тесту стану ділянки рубця на матці.

**Мета дослідження:** визначення впливу числа ВПКР на загальний рівень КР, можливості прогнозу успіху ВПКР на основі функціональної оцінки матки і стану плода при доношеній вагітності.

**Матеріали та методи.** Було проведено когортне дослідження на матеріалі установи 2-го рівня перинатальної допомоги за 2008–2015 рр., в умовах запровадження практики ВПКР, а також вибіркоче обстеження двох груп жінок для оцінювання перфузії у шийково-перешийковій ділянці матки шляхом доплерометрії під впливом тестових маткових скорочень.

**Результати.** Упровадження ВПКР в установі 2-го рівня перинатальної допомоги привело до зниження частоти КР на чверть. Успішну спробу ВПКР здійснили у 51,6% випадків, безуспішна мала місце у 9,3% випадків від числа жінок з рубцем на матці, елективний повторний КР (ЕПКР) проведений у 39,1% осіб. Відзначено збільшення відсотку жінок з КР в анамнезі у досліджуваній когорті – від 4,1% у 2008 р. до 6,5% у 2014 р. Подано патогенетичне обґрунтування доцільності оцінювання гемодинаміки шийково-перешийкової ділянки у контрактильному тесті як адекватного сучасного підходу до прогнозування успіху спроби ВПКР для матері і плода.

**Заключення.** Запропонований тест дозволяє об'єктивно оцінити шанси успіху ВПКР, сформулювати аргументи щодо спроби ВПКР або ЕПКР.

**Ключові слова:** кесарів розтин, шийка матки, вагінальні пологи, прогноз.

Кесарів розтин (КР) у сучасному акушерстві – це не тільки Кспосіб розродження, а й медична проблема, яка потребує відповіді на низку дискусійних питань. Найбільш актуальними з них є шляхи стримування поступового неконтрольованого і безупинного зростання частоти застосування цієї операції, зниження її питомої ваги до аргументованого рівня.

Однією з причин зростання частоти КР є збільшення у популяції жінок з оперованою маткою внаслідок КР у попередніх пологах. «Рубець на матці» протягом останніх років стабільно посідає перше місце серед показань до КР у більшості країн. Складним питанням у загальній проблемі КР є роль вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці [10]. Незважаючи на заохочення лікарів акушерів-гінекологів до вагінальних пологів після КР (ВПКР), реальний відсоток жінок, яким пропонують вагінальні пологи і які віддають їм перевагу перед елективним повторним КР (ЕПКР), залишається низьким. Причинами, якими зумовлений такий стан, з боку пацієнтів є недостатнє і необ'єктивне інформування про можливість природних пологів після КР, а з боку лікарів – уявне піклування про безпеку жінки та дитини, але це, скоріше за все, турбота про власну професійну відповідальність та репутаційні ризики. Тому вкрай необхідно накопичення досвіду і обмін професійною

інформацією стосовно безпеки ВПКР, реальності зниження частоти КР шляхом розширення практики вагінальних пологів за наявності рубця на матці.

Епідеміологічні аспекти ВПКР добре представлені в літературі, демонструють 40–80% успішних спроб, що має формувати мотивацію до відмови від безальтернативного застосування ЕПКР [7]. Водночас, питання прогнозування успішного або невдалого результату вагінальних пологів залишаються без однозначної відповіді, тому існує потреба нового розроблення шляхів максимально коректного відбору кандидатів на ВПКР. Прогностичні моделі, що розроблені на сьогодні – номограми, on-line калькулятори, засновані на сукупності демографічних і анамнестичних даних (вік, етнічна і расова приналежність, масо-зростові параметри, наявність у минулому вагінальних пологів, показання до першого КР, довжина шийки матки у II триместрі) [5, 6, 9]. У випадках госпіталізації жінок у стані пологів у калькулятор включено окремі акушерські параметри: розкриття шийки, розташування голівки, застосування індукції. Але для клініциста цієї інформації недостатньо для прогнозу пологів незалежно від наявності рубця на матці.

Аналіз інформаційних джерел і власного клінічного досвіду дозволив нам визначити як перспективний напрямок удосконалення прогностичного підходу шляхом *функціонального оцінювання* здатності матки для здійснення пологів. Зважаючи на те, що стан оперованої матки, її нижнього сегмента з наявністю рубця, має вирішальне значення для розвитку скоротливої діяльності, ми вважали за доцільне отримати уявлення про гемодинамічні процеси у шийково-перешийковій ділянці, зміни морфофункціонального характеру під впливом маткових скорочень у співставленні у порівняльному дослідженні стану фетоплацентарного комплексу повторнороділець з КР та нормальними пологами в анамнезі.

**Мета дослідження:** визначення впливу числа ВПКР на загальний рівень КР, можливості прогнозу успіху ВПКР на основі функціональної оцінки матки і стану плода при доношеній вагітності.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено ретроспективне когортне дослідження історій жінок, які народили в установі, що відповідає 2-у рівню перинатальної допомоги, протягом 2008–2015 рр. На рубежі 2007–2008 рр. колективом реалізовано зміну політики пологового будинку щодо КР, відпрацьовано ставлення до операції як такої, що виконується за однозначної клінічної необхідності. Зокрема, «операція КР в анамнезі» не розглядається як самостійне показання до повторного КР, за виключенням випадків наполегливої відмови жінки від спроби вагінальних пологів. Для порівняння використано статистичні дані установи за 2003–2007 рр., коли панувала лібералізація показань до КР.

У другій частині дослідження було проведено вибіркоче проспективне обстеження двох груп жінок з доношеною вагітністю, по 50 осіб у кожній, з ретроспективним аналізом отриманих даних. До основної (1-ї) групи включили жінок з доношеною вагітністю одним плодом без вад розвитку, з КР в анамнезі; до

контрольної (2-ї) групи – повторнороділей з попередніми пологами через природні шляхи. Критеріями включення були головне передлежання плода, відсутність ознак низького прикріплення і прирощення плаценти та аномалій розвитку матки і посттравматичних змін шийки, нормальні показники кровообігу плода. У контрольну групу увійшли жінки, пологи у яких розпочалися без втручання, у терміні 39–40 тиж і перебігали без ускладнень.

Невдалу спробу вагінальних пологів оцінювали за кількістю пацієнток, які планували ВПКР, але в подальшому були розроджені шляхом ургентного КР.

Особливу увагу приділяли випадкам порушення цілісності матки, при цьому враховували розриви (rupture) і розходження (dehiscence) матки, яке є дезінтеграцією м'язів з інтактним серозним покривом [8] – відповідно до вітчизняних дефініцій, повний і неповний розрив матки.

У термін вагітності 38–39 тиж, до початку регулярної скоротливої діяльності матки (СДМ), за поінформованою згодою проводили комплексне ультразвукове дослідження (на приладі *MINDRAY DC-N6*, обладнаному трансвагінальним конвексним датчиком і трансабдомінальним конвексним мультичастотним датчиком). Разом зі стандартною фетометрією, плацентографією, доплерометрією матково-плацентарного і плодового кровообігу оцінювали ехоструктуру шийки матки, стан судин і гемодинаміку нижнього сегмента і шийки матки шляхом енергетичної доплерографії й спектральної імпульсно-хвильової доплерометрії.

Для оцінювання перфузії у шийці матки досліджували кровообіг у низхідних гілках маткових артерій (МА), артеріях строми, що йдуть радіально у напрямку каналу шийки матки, відповідних вен; судинах периферійної зони – субендоцервікальних та інтраендоцервікальних артеріях та венах. Ідентифікували максимальну кількість кольорових локусів з визначенням в них артеріального або венозного кровообігу. Васкуляризацію шийки матки оцінювали як виражену ( $> 10$  кольорових локусів у  $\text{см}^2$ ), помірну (6–10 локусів у  $\text{см}^2$ ), мізерну ( $\leq 5$  судин у  $\text{см}^2$ ). Вимірювали максимальну артеріальну швидкість, мінімальний індекс резистентності (ІР) у низхідних і висхідних гілках МА, максимальну венозну швидкість у судинах шийки матки [1].

Статистичне оброблення проведене з використанням параметричних і непараметричних методів, з оцінюванням значущості різниці між вибірками при нормальному розподілі, використовуючи критерій Стьюдента.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За 2008–2015 рр. завершилася вагітність пологами у 13 563 жінок, у тому числі розроджені шляхом КР 1426 жінок (10,5%). Із них первинний КР виконано у 956 (67,0%), повторний – у 470 (33,0%) випадках. Вагінальні пологи відбулися у 379 жінок, які в анамнезі мали КР, що складає 2,8% від загального числа пологів. У різні роки періоду 2008–2015 рр. доля жінок з ВПКР від загальної кількості пологів складала від 2,3% до 3,8%. Отже, вплив ВПКР на частоту КР в установі є фактичним, адже дозволяє знизити даний показник щонайменше на чверть. Число жінок, які мали успішні ВПКР, складає 21% від суми загальної кількості пацієнток, яким виповнений КР (первинний і повторний), і тих осіб з рубцем на матці, які реалізували спробу пологів, тобто тих, яким КР не виконували. Оже, наведені дані демонструють, що ВПКР є дійовим способом зниження частоти КР.

Із 735 жінок з КР в анамнезі успішні вагінальні пологи відбулися у 51,6%, безуспішна спроба мала місце у 68 – 9,3% від числа жінок з рубцем на матці, ЕПКР проведений у 288 осіб, що дорівнює 39,1%. Співвідношення відсотку успішної і безуспішної спроби ВПКР ілюструють такі дані: із 477 жінок, які погодилися на ВПКР, пологи завершилися вагінальним шляхом у 79,4%, тоді як екстрений КР потребували 14,6%, що у 5,6 рази менше.

Частота КР у 2003–2007 рр. у середньому була 20% (з коли-

ваннями від 18,7% у 2006 р. до 26% у 2004 р.). ВПКР як виняткове явище мало місце у 2005 р. (0,1%) і 2007 р. (0,4%) у випадках, коли «ми не встигли зробити КР» – при госпіталізації жінок до пологового будинку наприкінці пологів.

Відзначено збільшення відсотку жінок з КР в анамнезі у досліджуваній когорті – від 4,1% у 2008 р. до 6,5% у 2014 р. ( $\chi^2=7,62$ ;  $p=0,006$ ).

Отже, на даному етапі підтверджено внесок практики ВПКР у стримування рівня операцій в установі другого рівня перинатальної допомоги. Не менш важливим є те, що отримані результати, зважаючи на високий рівень первинного КР і зростання попиту у суспільстві на природні пологи, засвідчують актуальність питання відбору пацієнток, об'єктивного оцінювання шансів на сприятливий перебіг і успішний результат ВПКР.

У даному дослідженні як базовий підхід до прогнозування успішної спроби пологів і їхнього перебігу було використано функціональний тест на активність нижнього сегмента матки. Основою його є аналіз змін у різних відділах матки (тіло, шийково-перший ділянка) на тлі тестових маткових скорочень (в окситоциновому тесті) або в період передвісників [3]. Ретроспективний аналіз даних вагінального дослідження, ехографії і зовнішньої токографії у зіставленні з візуальною оцінкою оперованої матки у ході повторного КР (елективного чи ургентного) або перебігом успішних ВПКР дозволив охарактеризувати три типи повождення шийково-перший ділянки оперованої матки і визначити їхнє прогностичне значення щодо «спроможності рубця». За прототип було взято методику і оціночні критерії, означені С.Л. Воскресенським у межах ультразвукової діагностики під час пологів [2].

Установлено, що «активний» тип «повождення» нижнього сегмента, який характеризується збільшенням товщини міометрія під час перейми, має інтерпретуватися як сприятливий варіант для пологів після КР з неускладненим перебігом. «Пасивний» тип, при якому нижній сегмент під час перейми стоншується, прогнозує умовно успішну/сумнівну спробу пологів, часто потребує обережної корекції СДМ окситоцином і за цих умов у 60% випадків має перспективу завершення пологів вагінальним шляхом. У решті розвивається стійка гіпотонічна дисфункція, що є показанням для ургентного КР. «Німий» тип, який характеризується відсутністю будь-яких змін нижнього сегмента в умовах перейми, прогнозує безуспішну спробу пологів. Імовірно, нижній сегмент, який «не бере участі» у процесі пологів, функціонально відокремлюючись від тіла матки, можна вважати клінічною характеристикою неспроможності матки з наявністю рубця та доклінічною ознакою загрози її розриву.

Незважаючи на прогностичну значущість даного тесту у жінок з КР в анамнезі, слід відзначити, що він не позбавлений суб'єктивізму. Удосконалення цього підходу стає можливим у разі використання сучасної ультразвукової діагностики у визначенні особливостей васкуляризації тканин. Як відомо, наприкінці нормальної вагітності у міру наближення до пологів разом зі змінами сполучнотканинних структур шийки матки має місце виражена кавернозоподібна трансформація її венозних судин, підвищується швидкість венозного кровообігу у нижньому сегменті. Ці зміни, досить виражені у спокої, достовірно збільшуються на висоті перейми, що приводить до депонування крові і, напевне, є одним із механізмів, що сприяють розкриттю шийки [4].

Друга частина дослідження охоплювала дві вибіркові групи жінок віком 22–39 років, відібраних за принципом «випадок–контроль», з однорідними соціально-демографічними характеристиками, медичними і немедичними факторами, з критерієм відмінності «КР в анамнезі». В основній групі ретроспективно проведено розподілення на підгрупи залежно від способу розродження: 1А підгрупа – успішна спроба вагінальних пологів (25 випадків – 50%), 1Б підгрупа – безуспішна спроба вагінальних пологів, ургентний КР (13 випадків – 26%,

Зміни гемодинаміки матки у жінок з нормальними пологамі і КР в анамнезі

Показник	Основна група		Контрольна група	
	У спокої	На тлі перейми	У спокої	На тлі перейми
ІР висхідної гілки МА	0,52±0,01	0,49±0,02	0,56±0,015	0,52±0,011*
ІР низхідної гілки МА	0,53±0,015	0,52±0,017	0,56±0,018	0,42±0,012*
ШВК у периферійній зоні, см/с	4,3±0,68	5,83±0,76	5,0±0,71	6,83±0,62
ШВК у стромальній зоні, см/с	3,83±0,65	3,76±0,45	4,61±0,32	5,86±0,47*
ШВК у центральній зоні, см/с	2,88±0,25	2,78±0,55	3,61±0,25	5,76±0,64*

Примітки: \* – різниця між показниками у спокої і на тлі перейми достовірна при  $p \leq 0,05$ ; ШВК – швидкість венозного кровообігу.

у тому числі 6 випадків з появою ознак неспроможності рубця на тлі СДМ, 4 випадки – гіпотонічної дисфункції матки, 2 – інтранатального дистресу плода, 1 – передчасного відшарування нормально розташованої плаценти); 1В підгрупа – ЕПКР (12 жінок – 24%).

Усі жінки були госпіталізовані у плановому порядку за 2–5 діб до розродження, що дозволило провести цілеспрямоване обстеження у динаміці. Ведення пологів забезпечено КТГ-моніторингом і готовністю розпочати лапаротомію на 5-й хвилині від прийняття відповідного рішення.

Допплерометрія матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу дозволила отримати нормальні показники в усіх жінок 2-ї групи, а також у 64% спостережень 1-ї групи: 22 (91,7%) – у 1А підгрупі, 7 (53,8%) – у 1Б і 5 (41,7%) – у 1В підгрупі. Ознаки порушень матково-плацентарного кровообігу, характерні для ІА ступеня, мали місце у 16% спостереженнях основної групи: 2 жінки – у 1А підгрупі, 4 – у 1Б і 2 – у 1В. Порушення гемодинаміки відповідно ІБ ступеня відзначені у 10% пацієнток основної групи (2 випадки у підгрупі 1Б і 3 – у підгрупі 1В), ІІ ступеня – 10% (усі у підгрупі 1В). Отже, ознаки матково-плацентарної дисфункції супроводжують кожен третю доношену вагітність за наявності КР в анамнезі.

Під час клінічного обстеження пальпація області проекції рубця в усіх спостереженнях була безболісною. Привертало увагу низьке розташування передлеглої голівки плода (у 10 жінок підгрупи 1Б і 6 – 1В), яка виповнювала передне склепіння вагіни, сприяючи розташуванню шийки матки (як «зрілої», так і «недостатньо зрілої») дозадку від провідної лінії таза, до крижів. Стан шийки матки під час госпіталізації оцінювали за шкалою Bishop у 6–8 балів («недостатньо зріла») у 24% спостереженнях основної групи та у 32% контрольної;  $\geq 9$  балів («зріла») у решті, що було адекватною умовою для проведення контрактильного тесту з метою оцінювання стану матки, прогнозу розвитку скоротливої діяльності й адаптаційних можливостей плода під впливом пологового стресу. Слід відзначити, що у кожному десятому випадку в основній групі ефективної перейми отримати не вдалося.

Допплерометричні дослідження у 4 спостереженнях основної групи (8%) виявили односторонні порушення геометрії судин, які стосуються лівої маткової артерії, що можна трактувати як результат технічних проблем попереднього КР, накладання швів по ребру, близько до основи широкої зв'язки матки.

Установлено різницю між основною і контрольною групами як за вихідним станом (матка у спокої), так і за реакцією маткової гемодинаміки і шийкової перфузії у відповідь на перейму. Цифрові дані наведено у таблиці.

Нормальні зміни маткової гемодинаміки на тлі тестових маткових скорочень, отримані у контрольній групі, характеризуються збільшенням швидкості артеріального кровообігу, зниженням периферійного спротиву судинного русла матки. Слід відзначити, що у низхідних гілках ці процеси відбуваються більш активно, ніж у висхідній. Зниження ІР у висхідній гілці МА складає 7,1%, тоді як у низхідній – 21,3%. Вочевидь, у фізіологічних умовах початок СДМ супроводжується змінами периферійного спротиву судин у різних відділах матки, що

сприяє перерозподілу загального маткового кровообігу «на користь» низхідної гілки, яка відповідає за кровопостачання нижнього сегмента і шийки матки, тобто тієї ділянки матки, динаміка якої характеризує перший період пологів.

Судинний компонент у шийці матки представлений переважно венозними судинами – від дрібнокрапчастих за «недостатньо зрілої» шийки матки до об'ємних лакуноподібних за «зрілої». Відзначено, що кровообіг у венах «зрілої» шийки чітко співпадає зі скороченням міометрія, збільшуючись на 20,5% у стромальній ділянці, на 23,5% – у периферійній, на 37,3% – у центральній, і не реагує на дихальні рухи жінки. Для уточнення походження реакції венозного кровообігу у низці випадків проводили пробу із затримкою дихання (проба Вальсави – глибокий вдих з наступним видихом, з натужуванням і затримкою дихання), що підтвердило відсутність синхронізації змін з дихальними рухами і залежність від підвищення маткового тону. Наведені дані узгоджуються з опублікованими в літературі щодо змін кровообігу в інтактній матці перед фізіологічними пологамі [4].

Інша картина спостерігалася в основній групі. Аналіз вихідних даних засвідчив, що ІР у висхідній і низхідній гілках МА практично не розрізняється. За середніми даними під впливом скорочень відсутня реакція зниження периферійного судинного опору як у висхідній, так і низхідній гілках.

Диференційований аналіз даних за підгрупами основної групи дозволив встановити, що успішна спроба пологів (підгрупа 1А) має місце у жінок, у яких в умовах функціональної проби проявилися зміни гемодинаміки, аналогічні контрольній групі. Підгрупа 1Б відрізнялася протилежною динамікою – підвищенням ІР у низхідній гілці МА (з  $0,51 \pm 0,013$  до  $0,56 \pm 0,012$ ;  $p < 0,01$ ) на 13,5% за зниження ІР у висхідній (з  $0,51 \pm 0,015$  до  $0,46 \pm 0,017$ ;  $p < 0,05$ ) на 11,8%. Васкуляризація шийки була помірною або мізерною, показники венозного кровообігу в ній не змінювалися, що свідчить про відсутність збільшення об'єму венозного русла ані під впливом маткових скорочень, ані в умовах проби із затримкою дихання.

У порядку інтерпретації отриманих даних вважаємо за можливе припустити, що відсутність адекватних змін кровонаповнення шийково-перешийкової ланки за рахунок неприродно стабільного і відносно підвищеного (в умовах перейми) периферійного судинного спротиву оперованої матки є *своєрідним варіантом матково-плацентарної недостатності, який формується за наявності рубця* внаслідок КР у попередніх пологах. Такий стан є вагомою передумовою для розвитку порушень стану фетоплацентарного комплексу, передусім інтранатального дистресу. Тому при встановленні парадоксального або ареактивного варіанту гемодинаміки у відповідь на маткові скорочення слід передбачати серйозні морфофункціональні деформації шийко-перешийкової ланки, асоційовані з післяопераційним рубцем, і вірогідність незадовільного перинатального результату, а отже, обґрунтувати ЕПКР.

Ретроспективний аналіз засвідчив, що відсутність адекватних гемодинамічних змін, навіть при пальпаторно «зрілій» шийці матки, асоціюється з частковою або вираженою демускуляризацією з майже повним відокремленням шийки від матки.

У таких випадках складається хибне уявлення про «зрілість» шийки. Хибна «зрілість» шийки, у якій відсутні судинні трансформации, за наявності інтраопераційно візуально вираженого сполучнотканинного рубця з його відривом і дезорганізацією м'язового шару (безсимптомний неповний розрив матки), ймовірно, є наслідком розладу зв'язків шийки з верхнім відділом матки, порушення провідних нервових шляхів і кровопостачання через попереднє оперативне втручання.

### ВИСНОВКИ

Практика ВПКР сприяє зниженню загальної частоти КР, принаймні на чверть, в установах 2-го рівня перинатальної допомоги.

### Оптимизация клинических подходов к родоразрешению женщин с кесаревым сечением в анамнезе Л.Г. Назаренко, К.М. Недорезова

В статье представлено обоснование резерва снижения частоты операции кесарева сечения (КС) путем внедрения практики вагинальных родов у женщин с КС в анамнезе (ВРКС) с помощью функционального теста состояния рубца на матке.

**Цель исследования:** определение влияния числа ВРКС на частоту КС, возможности прогноза успеха ВРКС на основе функциональной оценки матки и состояния плода при доношенной беременности.

**Материалы и методы.** Было проведено когортное исследование на материале учреждения 2-го уровня перинатальной помощи за 2008–2015 гг. в условиях введения практики ВРКС, а также выборочное обследование двух групп женщин для оценки перфузии в шейечно-перешеечной области матки путем доплерометрии под влиянием тестовых маточных сокращений.

**Результаты.** Внедрение ВРКС в учреждении 2-го уровня перинатальной помощи привело к снижению частоты КС на четверть. Успешную попытку ВРКС осуществили в 51,6% случаев, безуспешная имела место в 9,3% случаев от числа женщин с рубцом на матке, elective повторное КС (ЭПКС) проведено у 39,1%. Отмечено увеличение процента женщин с КС в анамнезе в исследуемой когорте – от 4,1% в 2008 г. до 6,5% в 2014 г. Представлено патогенетическое обоснование целесообразности оценки гемодинамики шейечно-перешеечной области в контрактильном тесте как адекватного современного подхода к прогнозированию успеха попытки ВРКС для матери и плода.

**Заключение.** Предложенный тест позволяет объективно оценить шансы на успех ВПКР, сформировать аргументы для попытки ВРКС или ЭПКС.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, шейка матки, вагинальные роды.

Успішна спроба ВПКР можлива щонайменше у кожній другій жінки за умов відповідної мотивації медичного персоналу і пацієнток, прагнення забезпечити економічні й медичні переваги перед ЕПКР, що є актуальним з урахуванням зростання числа жінок з оперованою маткою.

Коректному відбору пацієнтів сприяє дослідження гемодинаміки шийково-перешийкової ділянки у контрактильному тесті як патогенетично обґрунтований підхід до прогнозу ВПКР для матері й дитини.

Відсутність змін гемодинаміки у відповідь на перейму має розглядатися як аргумент відмови від спроби ВПКР на користь обрання ЕПКР.

### Optimization of clinical approach to women with a history of caesarean section L.G. Nazarenko, K.M. Nedorezov

The article presents study allowance reducing the frequency of cesarean delivery (CD) by implementing practices vaginal birth in women after caesarean section (VBAC), with improved functional test for status uterine scar.

**The objective:** to determine the influence of the number VBAC the overall level of the CD, the opportunity to refine prognosis for success VBAC based functional evaluation of the uterus and fetal at full-term pregnancy.

**Patients and methods.** Was held cohort study material for hospital of 2 level of perinatal care for 2008-2015., in terms of introducing VBAC practices, and (2) a investigation of two groups of women for assessing perfusion in cervix and low segment of uterine Doppler influenced by contraction test.

**Results.** Implementation VBAC institution 2 of perinatal care resulting in lower frequency in 25%. Successful attempt of VBAC have 51.6%, unsuccessful in 9.3% of the women with a uterine scar, elective repeat the CD performed in 39.1%. There is increasing level in the percentage of women with a history of the CD in the study cohort - from 4.1% in 2008 to 6.5% in 2014. Posted pathogenetic base for hemodynamic assessment cervix and low segment of uterine areas in contracting test as adequate modern approach to prognosis successful attempt successful attempts for the mother and fetus.

**Conclusions.** The proposed test can objectively assess the chances of successful attempt VBAC to form arguments to try VBAC or repeat CD.

**Key words:** cesarean section, uterine cervix, vaginal delivery, prognos.

### Сведения об авторах

**Назаренко Лариса Григорьевна** – Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковский городской клинический родильный дом № 6, 61075, г. Харьков, ул. Луи Пастера, 12. E-mail: Kh\_6\_pologovy@ukr.net

**Недорезова Карина Михайловна** – Харьковский городской клинический родильный дом № 6, 61075, г. Харьков, ул. Луи Пастера, 12

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика патологии шейки матки: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. 14.00.19. – М., 2004. – 40 с.
- Воскресенский С.Л. Ультразвуковая диагностика в родах / С.Л. Воскресенский // Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии // 1993. – № 2. – С. 110–119.
- Назаренко Л.Г. О родах после кесарева сечения: аргументы и факты / Л.Г. Назаренко, Л.Ю. Дуброва, Н.П. Соловьева // Здоровье женщины. – 2010. – № 7 (53). – С. 117–121.
- Чехонацкая М.Л. Изменения венозного кровотока в нижнем сегменте и шейке матки при физиологическом течении прелиминарного периода / М.Л. Чехонацкая, Н.Е. Яннаева, Л.А. Гришаева и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 3 (8). – С. 729–733.
- Grobman W. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean / W. Grobman, Y. Lai, M. Landon et al. // Obstetrics and Gynecology – 2007. – V. 109. – P. 806–812.
- Khatib N. New model, based on cervical length, predicts successful VBAC / N. Khatib, M. Emad, R. Beloosesky et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – JAN2015. – S195.
- Metz T. How do good candidates for trial of labor after cesarean (TOLAC) who undergo elective repeat cesarean differ from those who choose TOLAC? / T. Metz, G. Stoddart, E. Henry et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2013. – V. 208. – 458.e1-6.
- Palatnik A. Induction of labor versus expectant management for women with a prior cesarean delivery // A. Palatnik, W. Grobman / Am. J. Obstet. Gynecol. – 2015. – V. 212. – 358.e1-6
- Shree R. Can clinical characteristics predict success of operative vaginal delivery? / R. Shree, Caughey A., Chandrasekaran S. // Am. J. Obstet. Gynecol. – JAN2016. – S210.
- Zhang J. Contemporary cesarean delivery practice in the United States / J. Zhang, J. Troendle, U. Reddy et al.; for the Consortium on Safe Labor // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – V. 203. – 326.e1-10.

Статья поступила в редакцию 13.09.2016