Пологи після попереднього кесарева розтину

Вперше настанова схвалена RANZCOG: липень 2010 року
Діючий варіант: березень 2019
Термін перегляду: березень 2022
Королівський коледж акушерів та гінекологів Австралії та Нової Зеландії
(The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, RANZCOG)

Адаптовано Л.В. Пахаренко

Ця настанова була розроблена та розглянута Комітетом з охорони здоров'я жінок і затверджена Правлінням та Радою Королівського коледжу акушерів та гінекологів Австралії та Нової Зеландії (RANZCOG).
Список осіб, які входять до Комітету з охорони здоров'я жінок, знаходиться у Додатку А.
Заяви про розголошення інформації були отримані від усіх членів комітету.

Відмова від відповідальності. Дана інформація призначена для надання загальних рекомендацій практикуючим лікарям. Дана інформація не повинна використовуватись як заміна належної оцінки з урахуванням конкретних обставин у кожному конкретному випадку та потреб будь-якого пацієнта. Цей документ відображає нові клінічні та наукові досягнення на дату публікації та може бути змінений. Документ був підготовлений з урахуванням загальних обставин.

Мета: Надати жінкам, які раніше народили шляхом кесарева розтину, а також їхнім партнерам, лікарям та акушеркам інформацію про переваги та ризики різних методів розродження, можливостей розродження шляхом вагінальних пологів або повторного планового кесарева розтину.

Цільова аудиторія: Медичні працівники, які надають допомогу під час вагітності та пологів.

Оцінка: Докази були переглянуті Комітетом з охорони здоров'я жінок (RANZCOG) та застосовані до місцевих факторів, які відносяться до Австралії та Нової Зеландії.

Довідка: Дана настанова вперше була розроблена Комітетом з охорони здоров'я у липні 2010 року та переглянута останній раз у березні 2019 року.

Фінансування: Створення та опрацювання даної настанови фінансувалось RANZCOG.

1. Термінологія

• ВПКР – успішні вагінальні пологи у жінки, яка попередньо народила шляхом кесарева розтину.

• ПЛАНОВІ ВПКР – заплановані пологи, метою яких є безпечні вагінальні пологи у жінки, яка раніше мала кесарів розтин. Деякі автори застосовують назву «спроба пологів» (Trial of Labour, TOL), або «спроба пологів після попереднього кесарева розтину» (Trial of Labour after Caesarean, TOLAC), або «наступні пологи після кесарева розтину» (Next Birth after Caesarean, NBAC).

• ЕПКР – елективний повторний кесарів розтин. Плановий кесарів розтин у жінки, яка мала один або кілька попередніх кесаревих розтинів.

• ПЕРИНАТАЛЬНА СМЕРТНІСТЬ – сукупна кількість випадків мертвонародженості (до та під час пологів) та неонатальної смерті новонароджених (смерть живого немовляти від народження до 28 днів).

• ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ (ГІЕ) – неврологічні зміни, спричинені відсутністю достатньої насиченості киснем крові, що постачає його у мозок, які призводять до порушення неврологічної функції, що проявляється протягом перших днів після народження. ГІЕ може бути пов'язана зі схожими розладами перфузії, які виникають у багатьох інших органах.

• НЕОНАТАЛЬНА РЕСПІРАТОРНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ – це комбінована частота транзиторного тахіпное новонародженого (ТТН) та респіраторного дистрес-синдрому (РДС).

• РОЗРИВ МАТКИ – розрив м'язової оболонки матки, що поширюється та залучає серозну оболонку матки, або розрив м'язової оболонки матки з поширенням на сечовий міхур або широку зв'язку.

• РОЗРИВ МАТКИ ПО РУБЦЮ – розрив м'язової оболонки матки з неушкодженою серозною оболонкою.

• PLACENTA ACCRETA – щільне прикріплення плаценти внаслідок патологічного глибокого врощення плаценти у м'язову оболонку матки та іноді її проростання крізь усю товщину стінки матки до зовнішньої оболонки матки.

• КРНСМ – кесарів розтин у нижньому сегменті матки.

• RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Королівський коледж акушерів та гінекологів).

• ACOG – American Congress of Obstetricians and Gynaecologists (Американський конгрес акушерів та гінекологів).

• SOGC – Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (Товариство акушерів та гінекологів Канади).

2. Резюме доступною мовою

Багатьом жінкам потрібно буде прийняти рішення про спосіб розродження при подальших вагітностях після попереднього кесарева розтину. Кожен варіант – або безпечні вагінальні пологи, або плановий кесарів розтин – має як потенційні ризики, так і переваги. Кожна жінка буде мати різні переваги та ризики. Участь жінки та її сім'ї у прийнятті рішень завжди підтримується. Особи, які надають допомогу під час пологів (лікарі та акушерки), повинні надавати жінкам та їхнім партнерам точну та актуальну інформацію.

Може бути складно пояснити та зрозуміти ризик ускладнень, які виникають нечасто, але призводять до серйозних наслідків. Спроба вагінальних пологів після попереднього кесарева розтину асоціюється з додатковим ризиком для матері та дитини і пов'язана з розривом матки по рубцю. Це відбувається з частотою п'ять-сім разів на кожні 1000 спроб. Якщо таке стається, то приблизно в одному із семи випадків відзначаються серйозні негативні наслідки для дитини (смерть або ураження головного мозку). При повторному елективному кесаревому розтині виникають ризики, пов'язані з проведенням великих оперативних втручань, а також вірогідність схильності у майбутньому до проведення ще одного кесарева розтину. Зі збільшенням кількості попередніх кесаревих розтинів зростає ризик виникнення рідкісних, але серйозних ускладнень. Переваги та ризики кожного способу розродження, а також фактори, що впливають на вірогідність успішних планових ВПКР, розглядаються у цій настанові.

Погоджений план ведення пологів повинен бути складений під час вагітності жінки та задокументований у медичній карті. Жінки, які обирають максимально безпечні вагінальні пологи, повинні спостерігатись в акушерському відділенні, у

якому працює спеціально підготовлений персонал та наявне відповідне обладнання для постійного спостереження за станом здоров'я матері та плода протягом пологів, а також є можливість виконати терміновий кесарів розтин за необхідності. Можна застосовувати епідуральну анестезію.

Також необхідно обговорити деякі особливі обставини, такі, як наявність більше одного кесарева розтину, багатоплідної вагітності та індукції пологів у другому триместрі гестації.

Додаткову інформацію про розродження після попереднього кесарева розтину можна знайти за посиланням: https://www.ranzcog.edu.au/Womens-Health/Patient-Information-Guides/Patient-Information-Pamphlets

3. Рекомендації

Рекомендація 1	Ступінь доказовості
На початку постнатального періоду після проведення первинного кесарева розтину жінок потрібно опитати та обговорити їхній досвід щодо розродження, а також їхню потенційну придатність до проведення планових ВПКР при майбутній вагітності.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 2	**Ступінь доказовості**
Із жінками з неускладненим кесаревим розтином у нижньому сегменті матки в анамнезі або неускладненому перебігу вагітності протягом антенатального спостереження за вагітністю слід обговорити способи розродження шляхом планових ВПКР або елективного кесарева розтину.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 3	**Ступінь доказовості**
Ризики та переваги різних способів розродження, які розглядаються у поєднанні з шансами кожної окремої жінки на проведення успішних ВПКР, повинні обговорюватись з пацієнтом та бути задокументовані у медичній картці. Під час проведення такої консультації рекомендовано надавати пацієнту інформаційну брошуру або інший вид інформації для ознайомлення.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 4	**Ступінь доказовості**
Слід з повагою віднестись до права жінки на участь у прийнятті рішень щодо способу пологів, ураховуючи її побажання, сприйняття нею ризиків та її планів щодо майбутніх вагітностей.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 5	**Ступінь доказовості**
За можливості слід переглянути протокол операції попереднього кесарева розтину, показання до нього та перебіг післяопераційного періоду.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 6	**Ступінь доказовості**
Жінки, які розглядають можливість народження після попереднього кесарева розтину, повинні бути поінформовані про те, що проведення ЕПКР може збільшити ризик серйозних ускладнень під час майбутніх вагітностей.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 7	**Ступінь доказовості**
Остаточне рішення щодо способу розродження повинно бути узгоджене між жінкою та її лікарем-акушером (і акушеркою, де це доречно) до очікуваної / запланованої дати пологів (ідеально – до терміну 36 тиж вагітності). План на випадок початку пологів до запланованої дати повинен бути узгоджений та задокументований.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 8	**Ступінь доказовості**
Жінки мають бути поінформовані, що планові ВПКР повинні проводитись у відділенні, у якому працює кваліфікований персонал, наявне обладнання для проведення пологів, у тому числі для безперервного моніторингу та допомоги під час пологів, а також є можливість проведення термінового кесарева розтину та реанімації новонароджених у разі виникнення ускладнень, таких, як розрив матки по рубцю.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 9	**Ступінь доказовості**
Необхідно проводити постійний догляд під час пологів для моніторингу прогресу пологів та швидкого виявлення розриву матки по рубцю і проведення необхідних заходів у разі появи такого стану.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 10	**Ступінь доказовості**
Слід рекомендувати жінкам безперервний електронний моніторинг плода після появи скорочень матки та протягом усього часу проведення планових ВПКР.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 11	**Ступінь доказовості**
Епідуральна анестезія не є протипоказанням до планових ВПКР.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 12	**Ступінь доказовості**
Рання діагностика серйозних ускладнень у разі розриву матки по рубцю з подальшим швидким оперативним втручанням – проведенням лапаротомії та реанімаційних заходів є необхідною умовою зменшення захворюваності та смертності матерів та новонароджених.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

Рекомендація 13	Ступінь доказовості
Індукція пологів підвищує ризик розриву матки порівняно зі спонтанними пологами або проведенням повторного КР, тому ризики та переваги індукції пологів мають бути розглянуті лікарем та обговорені з пацієнтом.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 14	**Ступінь доказовості**
Застосування простагландинів призводить до підвищеного ризику розриву матки порівняно з іншими методами індукції пологів, отже, ризики та переваги призначення простагландинів мають бути розглянуті лікарем та обговорені з пацієнтом.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 15	**Ступінь доказовості**
Слід обговорити з лікарем-акушером застосування окситоцину під час пологів для посилення недостатньої пологової діяльності та прогресу пологів при планових ВПКР, а також слід обговорити з пацієнтом ризики та переваги такої тактики, а потім задокументувати це у медичній картці.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 16	**Ступінь доказовості**
Спосіб розродження після кесарева розтину повинен підлягати мультидисциплінарному клінічному аудиту, включаючи оцінювання кількості жінок, які надають перевагу плановим ВПКР порівняно з ЕПКР, а також кількості розроджень, що відбулись шляхом ВПКР. Якість дотримання положень узгоджених протоколів має бути частиною клінічного аудиту.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

4. Вступ

В останні десятиліття частота кесарева розтину продовжувала зростати і становила до 33% пологів в Австралії у 2015 році та 25,5% пологів – у Новій Зеландії у 2015 році [1, 2]. Як наслідок, збільшується кількість жінок, які потребують консультацій щодо способу розродження при наступних вагітностях. Кожен спосіб, елективний кесарів розтин або спроба вагінальних пологів має свої переваги та ризики. Відмінності між пацієнтами зумовлюють різні переваги для певних пацієнтів, широкий діапазон варіантів ризику та ступеня успішності вагінальних пологів. Пацієнти та лікарі повинні разом розглянути та запланувати варіанти розродження, місце проведення пологів для кожної матері, яка мала кесарів розтин в анамнезі. Не існує великих проспективних рандомізованих контрольованих досліджень, які б оцінювали різні способи розродження [3]. Існує велика кількість публікацій, що представляють собою здебільшого ретроспективні дослідження, які проведені переважно у Північній Америці, Великій Британії та Європі і надають певні докази, на яких ґрунтується прийняття рішень. Але ці дослідження проведені у різних популяціях та в них були застосовані різні підходи до клінічної тактики ведення. Було проведено щонайменше три дослідження в Австралії та два у Новій Зеландії, які демонструють результати, характерні для цього регіону [4–8].

5. Обговорення та рекомендації

5.1. Анамнез та придатність до ВПКР

Рекомендація 1	Ступінь доказовості
На початку постнатального періоду після проведення первинного кесарева розтину жінок потрібно опитати та обговорити їхній досвід щодо розродження, а також їхню потенційну придатність для проведення планових ВПКР при майбутній вагітності.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 2	**Ступінь доказовості**
Із жінками з неускладненим кесаревим розтином у нижньому сегменті матки в анамнезі або неускладненим перебігом вагітності протягом антенатального спостереження за вагітністю слід обговорити способи розродження шляхом планових ВПКР або елективного кесарева розтину.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 3	**Ступінь доказовості**
Ризики та переваги різних способів розродження, які розглядаються у поєднанні з шансами кожної окремої жінки на проведення успішних ВПКР, повинні обговорюватись з пацієнтом та бути задокументовані у медичній картці. Під час проведення такої консультації рекомендовано надавати пацієнту інформаційну брошуру або інший вид інформації для ознайомлення.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 4	**Ступінь доказовості**
Слід з повагою віднестись до права жінки на участь у прийнятті рішень щодо способу пологів, ураховуючи її побажання, сприйняття нею ризиків та її планів щодо майбутніх вагітностей.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 5	**Ступінь доказовості**
За можливості слід переглянути протокол попереднього кесарева розтину, показання до нього та перебіг післяопераційного періоду.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

Рекомендація 6	Ступінь доказовості
Жінки, які розглядають можливість народження після попереднього кесарева розтину, повинні бути поінформовані про те, що проведення ЕПКР може збільшити ризик серйозних ускладнень при майбутніх вагітностях.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 7	**Ступінь доказовості**
Остаточне рішення щодо способу народження повинно бути узгоджене між жінкою та її лікарем-акушером (і акушеркою, де це доречно) до очікуваної / запланованої дати пологів (ідеально до терміну 36 тижнів вагітності). План на випадок початку пологів до запланованої дати повинен бути узгоджений та задокументований.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

5.1.1. Жінка повинна бути добре поінформована щодо способу розродження після попереднього кесарева розтину та мати право на свої побажання, що рішуче підтримується RANZCOG та іншими подібними професійними організаціями [9–11].

5.1.2. Доцільно, щоб процес консультування починався після первинного кесарева розтину, бажано до виписки з лікарні. В ідеалі він повинен проводитись лікарем, який виконував кесарів розтин і, де це було доречно, акушеркою, яка доглядала за пацієнткою під час пологів. Слід обговорити показання до кесарева розтину та будь-які несподівані моменти, що виникають до, під час або після операції, особливо такі, які впливають на можливість проведення ВПКР при майбутній вагітності.

Повинні бути надані рекомендації, які можуть сприяти більшому успіху та безпеці планових ВПКР, такі, як інтервал між вагітностями (від народження дитини до наступного зачаття), який повинен становити не менше 12 місяців, а також зниження маси тіла для пацієнтів з надмірною масою тіла та ожирінням [12–16]. Таке обговорення також надасть можливість вирішити будь-які емоційні проблеми, особливо пацієнтам, які мали травматичний досвід. Якщо жінка не відчувала себе готовою до подібної бесіди перед випискою з лікарні, було б доцільно обговорити це на початку постнатального періоду.

5.1.3. Дослідження, у якому брали участь жінки, що зіткнулись з прийняттям рішенням щодо способу пологів після попереднього кесарева розтину, демонструють, що значна кількість жінок вважає, що рішення є важким – балансуючи між своїми побажаннями та інтересами своєї дитини [17]. Необхідно обговорити потенційні ризики та переваги з урахуванням індивідуальних обставин жінки, включаючи її особисту мотивацію та побажання щодо вагінальних пологів або ЕПКР, її ставлення до ризику виникнення рідкісних, але серйозних негативних наслідків, її планів на майбутню вагітність та шанси на успішні ВПКР.

5.2. Показники успішного результату

5.2.1. Існує значний діапазон частоти успішного результату (23–85%) у тих осіб, у яких відбулись вагінальні пологи після планових ВПКР [4, 6, 18–21]. Опубліковані дослідження результатів пологів у жінок із спробою ВПКР свідчать, що частота вірогідності успішних пологів становить 60–80% [10]. Дослідження, проведене у лікарні м. Мідлмор у Новій Зеландії, свідчить про успішність на рівні 73%, а одна з 14 австралійських лікарень повідомила про успішність 43% [6, 7].

5.2.2. Фактори, які впливають на успішність пологів:

СПРИЯЮТЬ УСПІХУ	ЗНИЖУЮТЬ УСПІХ
• Попередні безпечні вагінальні пологи. • Попередні успішні ВПКР. • Спонтанний початок пологів. • Неускладнена вагітність без інших факторів ризику.	• Попередній кесарів розтин, проведений з приводу дистоції. • Індукція пологів. • Поєднання факторів з боку плода, плаценти та матері [22]. • ІМТ матері більше ніж 30 кг/м^2. • Великий плід – 4 кг та більше. • Старший вік матері. • Низький зріст. • Наявність більше одного кесарева розтину в анамнезі. • Наявність факторів ризику, які асоціюються з підвищеним ризиком розриву матки по рубцю (див. нижче).

5.2.3. Попередні вагінальні пологи, особливо успішні ВПКР, є найсильнішим предиктором успіху, причому частота ВПКР у такій групі становила 87–91% [7, 18, 19, 23].

5.2.4. Індуковані пологи, відсутність попередніх вагінальних пологів, ІМТ більше 30 кг/м^2 та попередній кесарів розтин з приводу дистоції – це фактори, які знижують рівень успішності; Landon повідомив, що за наявності всіх чотирьох зазначених чинників ймовірність успіху становила лише 40% [18].

5.2.5. У пацієнтів з патологічним ожирінням (ІМТ>40 кг/м^2) шанси на невдалі ВПКР та виникнення розриву матки значно підвищені. Hiddard повідомив у проспективному дослідженні, у якому взяли участь 14 142 пацієнти, які мали ВПКР, про невдалу спробу пологів у 15,2% осіб з нормальною масою тіла (1344 жінки) порівняно з 39,3% осіб, які мали ІМТ≥40 кг/м^2 (1344 жінки) (p<0,001). Причому частота розриву матки/розшарування тканин матки становила 0,9% порівняно з 2,1% (p=0,03) [24].

5.2.6. До інших факторів, що, як вже зазначалось, негативно впливають на рівень успішності, належать: термін гестації більше 41 тиж, макросомія плода, старший вік матері, невисокий зріст та неправильні вставлення передлеглої частини плода [18–21, 25].

Лікарі можуть знайти онлайн-калькулятор NICHD MFMU для прогнозування успішних ВПКР. Доступ до цього ресурсу можна отримати за посиланням: *https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/PublicBSC/MFMU/VGBirthCalc/vagbirth.html*. Цей калькулятор оцінює ймовірність успіху ВПКР, враховуючи такі показники, як вік матері, ІМТ та показання до попереднього кесарева розтину, та ґрунтується на рівнянні,

опублікованому мережею відділень Медицини матері та плода Національного інституту здоров'я дітей та розвитку людини (*Maternal-Fetal Medicine Units* Network, National Institute of Child Health and Human Development, NICHD MFM Unit) [26]. Хоча інші фактори можуть впливати на ймовірність успіху, цей калькулятор може бути корисний лікарям для консультування пацієнтів щодо їхньої індивідуальної вірогідності успіху.

5.3. Переваги та ризики ВПКР

ПЕРЕВАГИ У РАЗІ ПРОВЕДЕННЯ УСПІШНИХ ВПКР	РИЗИКИ
• Нижча частота материнської захворюваності при теперішній та майбутніх вагітностях. • Уникнення великих операцій та численних операцій кесарева розтину при майбутніх вагітностях. • Рання мобілізація та виписка з лікарні. • Задоволення пацієнта у досягненні вагінальних пологів, якщо це було бажано.	• Збільшення перинатальних втрат при ЕПКР у терміні 39 тижнів (1,8 на 1000 вагітностей): - мертвонародження після 39 тижнів вагітності (внаслідок більш тривалого терміну вагітності); - смертність під час пологів або неонатальна смертність (пов'язані з розривом матки по рубцю під час пологів). • Ризик ГІЕ (0,7 на 1000): - пов'язаний як з проведенням вагінальних пологів, так і виникненням розриву матки по рубцю. • Збільшення захворюваності при проведенні термінового кесарева розтину порівняно з ЕПКР, якщо ВПКР були неуспішними [27, 28]. • Травма тазового дна.

5.4. Переваги та ризики елективного повторного кесарева розтину у терміні гестації 39 тижнів

ПЕРЕВАГИ	РИЗИКИ
• Запобігання мертвонародженості на пізніх термінах вагітності (після 39 тижнів). • Зниження перинатальної смертності та захворюваності (особливо ГІЕ), які пов'язані з розродженням та розривом матки по рубцю. • Запобігання травматизму тазового дна. • Зручність планування дати пологів.	• Хірургічна патологія та ускладнення, які пов'язані як з теперішньою, так і з майбутніми вагітностями. • Підвищений ризик розвитку неонатальної респіраторної захворюваності – низька частота при терміні вагітності ≥ 39 тижнів. • Пов'язаний з більш низькою частотою початку грудного вигодовування [29–31].

5.5. Розрив матки

5.5.1. Розрив матки за відсутності рубця на матці діагностують надзвичайно рідко, його частота становить 0,5–2,0 на 10 000 пологів, та виникнення цього ускладнення спостерігається переважно у багатонароджуючих жінок під час пологів [32]. Частота розриву матки по рубцю у пацієнта при проведені ВПКР становить 22–74 на 10 000 пологів [9, 33, 34].

5.5.2. Chauhan et al. проаналізували материнські та перинатальні ускладнення у 142 075 пацієнтів, які намагались народити вагінально після операції кесарева розтину [35]. Науковці повідомили про частоту розриву матки на рівні 6,2/1000 спроб пологів. Частота ускладнень, які пов'язані з розривом матки, становила: 1,5 на 1000 при патологічному ацидозі плода (pH у пуповині <7,00), 0,9/1000 – гістеректомії, 0,4/1000 – перинатальної смертності та 0,02/1000 – материнської смертності. Ці показники узгоджуються з великим австралійським ретроспективним аналізом та оглядом 10 міжнародних досліджень, де зазначається, що ймовірність розриву матки при спробі вагінальних пологів після попереднього кесарева розтину у нижньому сегменті становила 5/1000, а перинатальна смерть від розриву матки – 0,7/1000 жінок, які намагалися народити шляхом ВПКР [4].

Landon у проспективному дослідженні-спостереженні, у якому надано дані з 19 академічних центрів у Сполучених Штатах Америки, повідомив, що частота симптоматичного розриву матки становить 7/1000 від загальної кількості 17 898 жінок, які планували ВПКР; виникнення ГІЕ відзначено у семи дітей, що пов'язано з розривом матки (0,4/1000) [33]. Загальні показники ускладнень, пов'язаних з розривом матки по рубцю, на 1000 жінок, які мали спроби ВПКР, у трьох дослідженнях наведені у табл. 1 [4, 33, 35].

Таблиця 1

Частота ускладнень, пов'язаних з розривом матки по рубцю, на 1000 жінок, які мали спробу ВПКР [4, 33, 35]

УСКЛАДНЕННЯ	РИЗИК/1000 СПРОБ ВПКР
Розрив матки	5–7/1000
Перинатальна смертність	0,4–0,7/1000
Материнська смертність	0,02/1000
Основна захворюваність у матері	Приблизно 3/1000
• Гістеректомія	0,5–2/1000
• Сечостатеві пошкодження	0,8/1000
• Переливання крові	1,8/1000
• Основна перинатальна захворюваність	Приблизно 1/1000
• Ацидоз плода (pH в пуповині <7,0)	1,5/1000
• ГІЕ	0,4/1000

5.5.3. Попередні вагінальні пологи знижують ризик розриву матки по рубцю [36, 37].

5.5.4. Ризик розриву матки збільшується при попередньому класичному кесареву розтині (від 20 до 90/1000), попередньому кесареву розтині, проведеному «перевернутим Т»- або «J»-подібними розрізами на матці (19/1000) та нижнім вертикальним розрізом (20/1000) [9]. Отримання протоколу операції попереднього кесарева розтину для визначення виду попереднього рубця та будь-яких значних розривів матки може бути корисним при оцінюванні ризику майбутнього розриву матки. Також зазначено про більш високу частоту розриву матки по рубцю при проведенні індукції пологів та посиленні пологової діяльності [5, 38–41]. Ризик розриву матки по рубцю ще більше зростає за використання простагландинів для індукції пологів [38–40].

5.5.6. Повідомлялося про 2–3-разове збільшення (2,3–4,8% проти 1,1–1,3%) частоти розриву матки по рубцю, якщо інтервал між вагітностями був менше 18 місяців [12] або менше 24 місяців [12, 15]. Існують суперечливі дані щодо того, чи підвищує ризик розриву матки по рубцю при наступних планових ВПКР [12, 42] ушивання матки однорядним швом порівняно з дворядним.

5.5.7. На жаль, ультразвукове вимірювання товщини міометрія не продемонструвало достатнього прогностичного або захисного значення стосовно розриву матки, щоб використовувати його у клінічній практиці. Дослідження, у яких проводилось вимірювання товщини нижнього сегмента за допомогою ультразвукового обстеження у пізніх термінах вагітності, вказують на низьку частоту виявлення дефектів рубця (розрив або розшарування), що відбуваються з більшою частотою у пацієнтів, у яких при ультразвуковому скануванні встановлено дуже тонкий нижній сегмент. Проте існує багато інших факторів, які можуть впливати на частоту розриву матки по рубцю [43–47].

5.6. Перинатальна смертність

Жінки, які обирають спробу вагінальних пологів, мають підвищений ризик перинатальної смерті порівняно з пацієнтами, яким проведено ЕПКР [48]. Однак це переважно пояснюється часто заниженим фоновим рівнем перинатальної смертності після 39 тижнів вагітності. У випадках, коли частота перинатальної смертності, яка пов'язана з розривом матки, становить 0,4/1000, підвищення показника до рівня 1,4/1000 може виникнути внаслідок ще додатково показників антенатальної смертності, смертності під час пологів або неонатальної смертності після 39 тижнів вагітності [35, 49]. Доречно, що дане підвищення перинатальної смертності (1,8/1000) необхідно брати до уваги при проведенні консультування щодо способів розродження, хоча переважно це не є прямим наслідком розриву матки.

5.7. Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГІЕ)

Landon повідомив про 12 випадків ГІЕ серед 17 898 жінок, у яких були планові ВПКР (0,7/1000), сім випадків були пов'язані з розривом матки, п'ять – з гіпоксією під час пологів [33]. У цьому самому дослідженні не відзначено випадків ГІЕ серед 15 801 жінок, яким проведено ЕПКР ($p<0,001$). Також повідомлялось про дітей з довгостроковими неврологічними порушеннями після розриву матки, але частоту майже неможливо визначити, ураховуючи відсутність даних довгострокових спостережень у цих ретроспективних дослідженнях [50, 51].

5.8. Ризики, пов'язані з ЕПКР

Хоча елективний кесарів розтин знижує ризик деяких серйозних негативних наслідків для дитини, мати піддається хірургічним ризикам, які зростають із кожним кесаревим розтином.

5.8.1. Неонатальна перспектива

Елективний кесарів розтин усуває ризик пізньої перинатальної втрати дитини (1,8/1000), ризик розвитку ГІЕ, пов'язаний з пологами (0,7/1000), та знижує ризик виникнення значних травм плода. Ризик травматизму плода при елективному кесареву розтині становить 5/1000, причому у більшості новонароджених (71%) це поверхневі пошкодження шкірних покривів [52]. Ризик виникнення внутрішньочерепної травми плода при ЕПКР дуже низький (1:2750) порівняно з оперативними вагінальними пологами – накладанням щипців (1:664) та вакууму (1:860) і спонтанними вагінальними пологами (1:1900) [53]. Ризик травми плечового сплетення при дистоції плечиків є значно нижчий у разі проведення кесарева розтину [54].

Порівняно з вагінальними пологами, кесарів розтин без розвитку пологової діяльності був пов'язаний з підвищенням респіраторної захворюваності новонароджених, включаючи транзиторне тахіпное новонародженого, дефіцит сурфактанту та легеневу гіпертензію. Ця захворюваність обернено пропорційна терміну вагітності та після 40 тижнів гестації різниця у частоті зазначеної патології відсутня [55]. У відповідь на це деякі міжнародні акушерські організації рекомендують відкласти проведення елективного кесарева розтину при неускладненій одноплідній вагітності до 39 тижнів гестації або пізніше [56–58].

5.8.2. Материнська перспектива

Повторний елективний кесарів розтин піддає мати хірургічному ризику при її теперішній вагітності, ризик збільшується з кожним наступним кесаревим розтином. У великому проспективному дослідженні, в якому взяли участь 30 132 жінки, яким проведено кесарів розтин за відсутності пологової діяльності, загалом виникли 1202 значних ускладнення у 15 808 пацієнтів, яким проведено планово другий кесарів розтин. Зі збільшенням кількості кесарева розтину у пацієнтів спостерігалось статистично значуще зростання частоти серйозних ускладнень, які виникали внаслідок тяжкої крововтрати (що вимагає переливання більше чотирьох одиниць крові), гістеректомії, пошкодження сечового міхура та кишечнику і потреби у післяопераційній вентиляції легень [59]. Подробиці цих результатів надано у Додатку А.

5.8.3. Наступні вагітності

Важливим питанням, яке необхідно ураховувати при прийнятті рішень багатьом жінкам, є передбачуваний майбутній розмір сім'ї. Silver встановив, що placenta accreta була діагностована у 0,24, 0,31, 0,57, 2,1, 2,3 і 6,7% жінок, які народили шляхом операції кесарева розтину відповідно один, два, три, чотири, п'ять та шість або більше разів [59]. Це є наслідком як підвищення частоти випадків передлежання плаценти при проведенні повторних кесаревих розтинів, так і підвищення ймовірності виникнення placenta accreta, коли плацента розташована над рубцем матки. Патологічне прикріплення плаценти, яке асоціюється з placenta accreta, є потенційно небезпечним для життя акушерським ускладненням, яке може вимагати втручань, таких, як гістеректомія та переливання великого об'єму крові.

5.8.4. Порівняння термінового та елективного кесарева розтину

Материнська захворюваність, пов'язана з терміновим кесаревим розтином, значно перевищує показник, зазначений для планового кесарева розтину. За даними мультицентрово-

го дослідження, проведеного у Фінляндії, тяжкі ускладнення констатовані у 179/1355 (13,2%) випадків при виконанні термінових кесаревих розтинів порівняно з 80/1141 (7%) – при проведенні планового кесарева розтину (p<0,001) [27]. Подібні результати отримано за даними великого дослідження, проведеного у Канаді, у якому взяли участь вагітні, які ще не народжували; порівнювали наслідки у 17 714 жінок, у яких відбулись спонтанні пологи у терміні доношеної вагітності, з 721 жінкою, які народили шляхом елективного кесарева розтину [28].

Цей підвищений ризик, пов'язаний з терміновим кесаревим розтином, необхідно ураховувати, особливо для пацієнтів з відносно низькою ймовірністю успішних ВПКР та особливо для жінок із супутньою патологією.

5.8.5. Вплив на початок грудного вигодовування

Декілька досліджень свідчать про значно нижчі показники успішного початку грудного вигодовування у жінок, яким проведено ЕПКР, порівняно з жінками, які мали вагінальні пологи або спробу вагінального розродження [29–31]. Важко коригувати всі потенційні змішані параметри, які можуть зумовити ці результати. Проте, з огляду на ці висновки, рекомендується вжити всі можливі заходи, щоб допомогти жінкам, які мають кесарів розтин, ініціювати грудне вигодовування. Це включає в себе сприяння встановленню контакту «шкіра до шкіри» в операційній та підтримку грудного вигодовування, як тільки це буде практично можливо після пологів, у тому числі у період одужання.

5.9. Рекомендації під час пологів

Рекомендація 8	Ступінь доказовості
Жінки мають бути поінформовані, що планові ВПКР повинні проводитись у відділенні, у якому працює кваліфікований персонал, наявне обладнання для проведення пологів, у тому числі для безперервного моніторингу та допомоги під час пологів, а також є можливість проведення термінового кесарева розтину та реанімації новонароджених у разі виникнення ускладнень, таких, як розрив матки по рубцю.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

5.9.1. Усі жінки, які обирають вагінальні пологи після попереднього кесарева розтину, повинні мати вільний доступ до акушерської, неонатальної, дитячої, анестетичної служб, операційного блоку, а також реанімаційної служби (включаючи наявність препаратів крові) у разі виникнення ускладнень.

5.9.2. У тих випадках, коли внаслідок віддаленого розташування ці послуги на місці не можуть бути надані, пацієнти повинні бути поінформовані про обмеження доступності медичних послуг та наслідки при наданні допомоги, якщо відбудеться розрив матки. У більшості випадків це приведе або до вибору елективного повторного кесарева розтину або, в альтернативному випадку, до початку переводу жінки до пологів до медичного центру з більш комплексними послугами для розродження.

Рекомендація 9	Ступінь доказовості
Необхідно проводити постійний догляд під час пологів для моніторингу прогресу пологів та швидкого виявлення розриву матки по рубцю та проведення необхідних заходів при виникненні такого стану.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 10	**Ступінь доказовості**
Слід рекомендувати жінкам проводити безперервний електронний моніторинг плода після появи скорочень матки та протягом усього часу планових ВПКР.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

5.9.3. На початку пологів потрібно оцінити стан жінки, у якої плануються ВПРК. Медичні працівники, які будуть надавати допомогу під час пологів, повинні бути своєчасно повідомлені про госпіталізацію жінки та відповідні клінічні обставини.

5.9.4. Необхідно забезпечити безперервну підтримку акушерок та постійний електронний моніторинг плода.

5.9.5. Необхідно встановити внутрішньовенний катетер, як тільки пологи розпочнуться. Ведення пологів та можлива потреба у препаратах крові в надзвичайній ситуації слід розглядати з урахуванням конкретних клінічних настанов, які повинні бути визначені медичною службою.

5.9.6. Пероральне вживання слід обмежити вживанням очищеної рідини внаслідок більшої, ніж зазвичай, ймовірності необхідності проведення негайного кесарева розтину під загальним наркозом.

5.9.7. Спроба вагінальних пологів вимагає пильного оцінювання прогресу пологів з проведенням вагінальних оглядів принаймні кожні чотири години в активній фазі пологів та частіше при наближенні до повного розкриття шийки матки. Оцінювання пологів кожні дві години при розкритті шийки матки від 7 см може бути корисним для виявлення вторинної слабкості пологової діяльності. **Необхідно мати докази про прогресування пологів як у перший, так і у другий періоди. Відсутність прогресу повинна спонукати провести клінічну переоцінку пологів досвідченим лікарем-акушером.**

Рекомендація 11	Ступінь доказовості
Епідуральна анестезія не є протипоказанням до планових ВПКР.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

5.9.8. Будь-які застереження, що епідуральна анестезія може маскувати симптоми розриву матки, не вважаються достатнім протипоказанням до її проведення. У дослідженні NICHD встановлено, що успішність планових ВПКР була вищою у жінок, яким проведено епідуральну анестезію, порівняно з тими, хто її не отримав (73% проти 50%) [18].

Рекомендація 12	Ступінь доказовості
Рання діагностика серйозних ускладнень розриву матки по рубцю з подальшим швидким оперативним втручанням – проведенням лапаротомії та реанімаційними заходами є необхідною умовою зменшення захворюваності та смертності матерів та новонароджених.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

5.9.9. У настанові RCOG зазначено: «Не існує єдиної патогномічної клінічної ознаки, що свідчить про розрив матки, але наявність будь-якого з наступних симптомів, які виникають до, під час або після пологів, повинна викликати стурбованість щодо можливості цієї події:

- Відхилення від норми КТГ (спостерігається у 55–87% випадків).
- Виражений абдомінальний біль, особливо якщо він зберігається між скороченнями матки.
- Біль у грудній клітці або у верхній ділянці плеча.
- Раптова поява задишки.
- Раптова поява чутливості по ходу рубця.
- Аномальна вагінальна кровотеча або гематурія.
- Припинення попередньої ефективної маткової діяльності.
- Тахікардія, гіпотензія або шок у матері.
- Відсутність вставлення передлеглої частини» [9].

5.10. Індукція та посилення пологової діяльності

Рекомендація 13	Ступінь доказовості
Індукція пологів підвищує ризик розриву матки порівняно зі спонтанними пологами або проведенням повторного КР, тому ризики та переваги індукції пологів мають бути розглянуті лікарем та обговорені з пацієнтом.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 14	**Ступінь доказовості**
Застосування простагландинів призводить до підвищеного ризику розриву матки порівняно з іншими методами індукції пологів, отже, ризики та переваги призначення простагландинів мають бути розглянуті лікарем та обговорені з пацієнтом.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу
Рекомендація 15	**Ступінь доказовості**
Слід обговорити з лікарем-акушером застосування окситоцину під час пологів для посилення недостатньої пологової діяльності та прогресу пологів при планових ВПКР, а також слід обговорити з пацієнтом ризики та переваги такої тактики, а потім задокументувати це в медичній картці.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

5.10.1. Індукція пологів за показаннями з боку матері або плода можлива у жінок, які планують ВПКР, однак індукція пологів знижує рівень успішності ВПКР та підвищує частоту розриву матки. Індуковані пологи з меншою ймовірністю приводять до успішності ВПКР, ніж спонтанні пологи, а «незріла» шийка матки при індукції знижує шанси на їхній успіх [18, 40, 41, 60–63].

5.10.2. Результати великого дослідження NICHD, до якого увійшли 17 898 жінок, які планували ВПКР, свідчать, що частота кесарева розтину під час пологів становила 33, 26% та 18% для індукованих пологів, пологів зі стимуляцією пологової діяльності та спонтанних пологів відповідно. Ризик розриву матки на 10 000 планових ВПКР становив 102, 87 та 36 для індукованих пологів, пологів зі стимуляцією пологової діяльності та спонтанних пологів відповідно [18, 33].

5.10.3. Декілька досліджень повідомляли про високу частоту (1,4–2,45%) розриву матки при індукції пологів, яка була проведена за допомогою простагландинів [33, 38, 40]. Практикуючі лікарі повинні знати, що застосування простагландинів відбувається попри невідповідність інструкціям фармакологічних компаній, та повинні використовувати їх лише у клінічних ситуаціях після отримання і документування інформованої згоди жінки.

5.10.4. Інформація про ефективність та безпеку застосування трансцервікальних катетерів при планових ВПКР є недостатньою внаслідок невеликих розмірів вибірки у дослідженнях, через що достовірні висновки неможливо зробити [3]. Два дослідження не встановили ризику розриву матки, тоді як в іншому дослідженні повідомлено про підвищений ризик порівняно з жінками зі спонтанними пологами [20, 40, 64]. Незрозуміло, чи може будь-який підвищений ризик бути пов'язаний з наявністю «незрілої» шийки матки.

5.10.5. Використання окситоцину для посилення скорочень матки, що не пов'язано з індукцією пологів при планових ВПКР, було вивчено у низці досліджень. У деяких з них встановлено зв'язок між стимуляцією окситоцином та розривом матки, проте деякі дослідження його не виявили [5, 33, 62, 63]. У ретроспективному когортному дослідженні, проведеному в Австралії, Dekker повідомив про 14-разову різницю у скоригованому співвідношенні шансів для розриву матки у пацієнтів з плановими ВПКР при їх спонтанному розвитку та посиленні пологової діяльності синтоциноном (Syntocinon) (12/628–1,9%) порівняно з жінками, у яких не було стимуляції синтоциноном (16/8221–0,19%).

5.10.6. До рішення про стимуляцію пологів при планових ВПКР належним чином повинен залучатись консультант-акушер після клінічного оцінювання випадку та обговорен-

Таблиця 2

Розгляд питання планових ВПКР та індукції пологів [65]

Розгляд можливості індукції пологів	На 1000 жінок (95% ДІ)	
	Проведені ВПКР	Розрив матки
Будь-який метод індукції	630 (590–670)	12 (9–16)
Будь-який гестаційний вік	-	10
ВПКР та індукція пологів при доношеній вагітності	-	15
Переношена вагітність та індукція пологів	-	32
Механічний метод – трансцервікальний катетер / або штучний розрив амніотичних оболонок	(i) 612 (ii) 540 (490–590)	(i) 6,3 (0,8–22,4) (ii) -
Простагландин ($ПГЕ_2$)	(i) 514 (ii) 630 (580–690)	(i) 6,8 (1,9–17,4) (ii) 20 (11–35)
Простагландин та окситоцин	(i) 602	(i) 17,7 (4,8–44,7)
Окситоцин	(i) 645 (ii) 620 (530–700)	(i) 8,2 (3–17,7) (ii) 11 (9–15)
Окситоцин та показання до попереднього кесарева розтину	-	-
Відсутність прогресування пологової діяльності та диспропорція між розмірами таза і голівкою плода	540 (480–600)	-
Дистрес плода	600 (490–690)	-
Неправильне передлежання голівки плода / тазове передлежання	750 (600–860)	-

Примітки: (i) – огляд, проведений в Австралії [5]; (ii) – Міжнародний систематичний огляд [66].

ня з пацієнтом. Окситоцин слід вводити таким чином, щоб була отримана адекватна скоротлива активність матки, але не більше чотирьох скорочень за 10 хвилин. Обережне проведення оцінювання стану шийки матки бажано проводити однією і тією самою людиною, що необхідно для визначення адекватності прогресу пологів та дозволяє продовжити стимуляцію. Рішення про інтервал між вагінальними оглядами та визначення параметрів прогресування пологів, які необхідні для оцінювання припинення пологової діяльності, повинні прийматись консультантом.

5.10.7. Під час інформування жінки про індукцію та/або посилення пологової діяльності їй повинна бути надана чітка інформація про потенційні ризики та переваги. Деякі жінки, які розглядають можливість настання вагітностей у майбутньому, можуть погоджуватись на короткострокові додаткові ризики, що пов'язані з індукцією та/або посиленням пологової діяльності, зважаючи на зниження ризику серйозних ускладнень для майбутніх вагітностей, якщо вони будуть мати успішні ВПКР (табл. 2).

6. Особливі обставини

6.1. Спроба пологів після більш ніж одного попереднього кесарева розтину

Дослідження, що порівнювали результати планових ВПКР у жінок, які мали два або більше кесаревих розтинів, зазвичай інформували про значно нижчі показники успіху для досягнення ВПКР, більш високі показники частоти розриву матки або розшарування рубця, а також більшу частоту тяжких випадків материнської захворюваності при порівнянні з пацієнтами, які мали лише один попередній кесарів розтин. Мета-аналіз, опублікований у 2009 році, свідчить про значно нижчий рівень успішності ВПКР (71% проти 77%; p<0,001) та вищу частоту розриву (1,6% проти 0,7%; p<0,001) при порівнянні результатів пацієнтів, які мали планові ВПКР після двох попередніх кесаревих розтинів, та жінок, які мали один попередній кесарів розтин. У мета-аналізі наведено дані про подібну частоту материнської захворюваності у пацієнтів, які народили шляхом планових ВПКР після двох попередніх операцій кесарева розтину, порівняно з пацієнтами, які мали третій ЕПКР [67]. Деталі деяких окремих досліджень наведені у Додатку В.

Відношення лікарів-акушерів та пацієнтів може бути відмінним у різних регіонах. RCOG стверджує, що пацієнт з двома попередніми неускладненими кесаревими розтинами при неускладненій вагітності у терміні доношеної гестації, «який була повністю поінформований консультантом лікарем-акушером, може вважатися придатним для планових ВПКР» [9]. Разом з тим RCOG рекомендує, щоб наявність трьох попередніх кесаревих розтинів було протипоказанням до планових ВПКР. SOGC стверджує, що «наявні дані свідчать про те, що спроба пологів за наявності одного попереднього кесарева розтину, ймовірно, буде успішною, але вона асоціюється з більш високим ризиком розриву матки» [11].

6.2. Двійня

Обережний підхід рекомендується при двійні, якщо розглядається можливість планових ВПКР. Існує певна невизначеність щодо безпеки та ефективності планових ВПКР при двійні.

У трьох невеликих дослідженнях повідомлялось про успішність вагінальних пологів, яка становила 64–76%, без підвищення частоти розриву матки по рубцю або перинатальної захворюваності; Varner (n=412), Cahill (n=535) та Miller (n=210) [68–70]. Результати дослідження, до якого увійшла більша кількість випадків, свідчать про частоту успішності ВПКР на рівні 45% у 1850 жінок з двійнею, які планували народити шляхом планових ВПКР, та частоту розриву матки по рубцю на рівні 0,9%. У цьому дослідженні не надані дані про неонатальні наслідки [71].

6.3. Пологи, які відбулись у другому триместрі

Пацієнти, які раніше народили шляхом операції кесарева розтину та потребують розродження у другому триместрі внаслідок наявних аномалій плода або його загибелі, мають три варіанти розродження: гістеротомія; розширення та евакуація (dilatation and evacuation, D&E); медикаментозна

індукція пологів. Не було проведено рандомізованих досліджень, які б порівнювали результати при застосуванні цих способів.

Мізопростол, синтетичний аналог простагландину Е1, успішно застосовувався у другому триместрі у пацієнтів без та з рубцем на матці [72–74]. Goyal в систематичному огляді у 2009 році 16 досліджень повідомив, що частота розриву становить 1/2384 (0,04%) у пацієнтів без рубця на матці та 2/722 (0,28%) у пацієнтів з одним або кількома попередніми кесаревими розтинами. При застосуванні мізопростолу, коли він був єдиним засобом, що використовувався для індукції пологів (7 досліджень), не було розривів матки у 256 пацієнтів, які мали попередньо одну операцію кесарева розтину. При поєднанні даних більш пізніх досліджень Gulec (2013) та Berghella (2009) частота розриву матки по рубцю становила 2/104 (1,9%) у пацієнтів з одним попереднім кесаревим розтином та 3/79 (3,7%) – у пацієнтів з двома або більше кесаревими розтинами. Існує широка варіація щодо дози та способу уведення мізопростолу у зазначених дослідженнях [73, 74].

У зв'язку з обмеженими можливостями доступних досліджень Dodd and Crowther у звіті, наведеному у Кокранівському огляді 2010 року під назвою «Мізопростол для індукції пологів для переривання вагітності у другому або третьому триместрі вагітності у жінок з аномаліями плода або після внутрішньоутробної загибелі плода», зазначають, що «важлива інформація щодо безпеки матері, зокрема, виникнення рідкісних наслідків, таких, як розрив матки, залишається обмеженою» [75].

Використання мізопростолу (самостійно або у поєднанні з міфепристоном) для індукції пологів у другому триместрі виявилось розумним варіантом для застосування у жінок з попереднім кесаревим розтином. Іншим варіантом є механічне дозрівання шийки матки за допомогою балонного катетера (окремо або у поєднанні з міфепристоном) та ретельна контрольована індукція пологів синтоциноном. Вибір на користь одного з методів визначатиметься гестаційним віком, зрілістю шийки матки, кількістю та видом рубця(ів) на матці після кесарева розтину та досвідом лікаря. Такі пологи потребують ретельного спостереження та нагляду досвідченим лікарем.

7. Висновки

Рекомендація 16	Ступінь доказовості
Спосіб розродження після кесарева розтину повинен підлягати мультидисциплінарному клінічному аудиту, включаючи оцінку кількості жінок, які надають перевагу плановим ВПКР порівняно з ЕПКР, а також кількості розроджень, що відбулись шляхом ВПКР. Якість дотримання положень узгоджених протоколів має бути частиною клінічного аудиту.	Рекомендація розроблена на основі консенсусу

Корисні посилання, використані при написанні даної настанови

• RCOG Greentop Guidelines No.45 (2007); Birth after Previous Caesarean section.
https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf

• ACOG Clinical Management Guidelines (Vaginal Birth after Previous Caesarean Section 2010);
http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery.

• SOGC Clinical Practice Guidelines; Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth (2004);
http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/155E-CPG-February2005.pdf.

• SA Perinatal Practice Guidelines; (Birth options after Caesarean Section);
http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/98d6ab804ee1e002ad49add150ce4f37/Birth+options+after+caesarean+sectionPPG_june+2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=98d6ab804ee1e002ad49add150ce4f37.

Посилання на інші настанови Коледжу

• Клінічна настанова з оцінювання стану плода під час пологів, 3-є видання (Intrapartum Fetal Surveillance Clinical Guideline (3rd edition)

• Placenta Accreta (C-Obs 20)

• Вибір терміну для проведення елективного кесарева розтину (Timing of Elective Caesarean Section (C-Obs 23)

• Народження плода за допомогою кесарева розтину (Delivery of the Fetus at Caesarean Section (C-Obs 37)

• Проведення кесарева розтину за бажанням матері (Caesarean Delivery on Maternal Request, CDMR (C-Obs 39)

• Перинатальна тривожність та депресія (Perinatal Anxiety and Depression (C-Obs 48)

• Згода та надання інформації пацієнтам в Австралії щодо запропонованого лікування (Consent and the Provision of Information to Patients in Australia regarding Proposed Treatment (C-Gen 02a)

• Згода та надання інформації пацієнтам в Австралії щодо запропонованого лікування (Consent and the Provision of Information to Patients in Australia regarding Proposed Treatment (C-Gen 02b)

• Доказова медицина, акушерство та гінекологія (Evidence-based Medicine, Obstetrics and Gynaecology (C-Gen 15)

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Australia's Health 2018:in brief.Cat no AUS 222.Canberra:AIWH. 2018.
2. Ministry of Health. New Zealand Maternity Clinical Indicators 2015. Wellington: Ministry of Health. 2016. Available from: https://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-maternity-clinicalindicators-2015.
3. Jozwiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section, Cochrane Database Syst Rev. 2013;3:CD009792.
4. Appleton B, Targett C, Rasmussen M, Readman E, Sale F, Permezel M. Vaginal birth after Caesarean section: an Australian multicentre study. VBAC Study Group, Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2000;40(1):87-91.
5. Dekker GA, Chan A, Luke CG, Priest K, Riley M, Halliday J, et al. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population-based cohort study, BJOG. 2010;117(11):1358-65.
6. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS, Birth After Caesarean Study G. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial, PLoS Med. 2012;9(3):e1001192.
7. van der Merwe AM, Thompson JM, Ekeroma AJ. Factors affecting vaginal birth after caesarean section at Middlemore Hospital, Auckland, New Zealand, N Z Med J. 2013;126(1383):49-57.
8. Wise MR, Anderson NH, Sadler L. Ethnic disparities in repeat caesarean rates at Auckland Hospital, Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2013;53(5):443-50.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after Previous Caesarean section. 2007. Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg4511022011.pdf
10. American College of Obstetricans and Gynaecologists (ACOG). Clinical Management Guidelines Vaginal Birth after Previous Caesarean Section. 2010. Available

from: http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery.
11. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for Vaginal Birth after Previous Caesarean Birth. 2004. Available from: http://sogc.org/wpcontent/uploads/2013/01/155E-CPG-February2005.pdf
12. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and uterine rupture, Am J Obstet Gynecol. 2002;187(5):1199-202.
13. Esposito MA, Menihan CA, Malee MP. Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: a case-control study, Am J Obstet Gynecol. 2000;183(5):1180-3.
14. Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA, Jr., Chan K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery, Obstet Gynecol. 2002;99(1):41-4.
15. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture, Obstet Gynecol. 2001;97(2):175-7.
16. Callegari LS, Sterling LA, Zelek ST, Hawes SE, Reed SD. Interpregnancy body mass index change and success of term vaginal birth after cesarean delivery, Am J Obstet Gynecol. 2014;210(4):330 e1-7.
17. Lundgren I, Begley C, Gross MM, Bondas T. 'Groping through the fog': a meta-synthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section), BMC Pregnancy Childbirth. 2012;12:85.
18. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW, et al. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery, Am J Obstet Gynecol. 2005;193(3 Pt 2):1016-23.
19. Smith GC, White IR, Pell JP, Dobbie R. Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section, PLoS Med. 2005;2(9):e252.
20. Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, Berman S, Blackwell SC, Duperron L, et al. Trial of labor in patients with a previous cesarean section: does maternal age influence the outcome?, Am J Obstet Gynecol. 2004;190(4):1113-8.
21. Coassolo KM, Stamilio DM, Pare E, Peipert JF, Stevens E, Nelson DB, et al. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation, Obstet Gynecol. 2005;106(4):700-6.
22. Gregory KD KL, Fridman M et al. Vaginal birth after Cesarean : clinical risk factors associated withadverse outcome, Am J Obstet Gynecol. 2008(198):452-5.
23. Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, Stone JL. Increased success of trial of labor after previous vaginal birth after cesarean, Obstet Gynecol. 2004;104(4):715-9.
24. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery, Obstet Gynecol. 2006;108(1):125-33.
25. Hollard AL, Wing DA, Chung JH, Rumney PJ, Saul L, Nageotte MP, et al. Ethnic disparity in the success of vaginal birth after cesarean delivery, J Matern Fetal Neonatal Med. 2006;19(8):483-7.
26. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery, Obstet Gynecol. 2007;109(4):806-12.
27. Pallasmaa N, Ekblad U, Aitokallio-Tallberg A, Uotila J, Raudaskoski T, Ulander VM, et al. Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors, Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(7):896-902.
28. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term, Obstet Gynecol. 2003;102(3):477-82.
29. Regan J, Thompson A, DeFranco E. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study, Breastfeed Med. 2013;8:181-6.
30. Zanardo V, Savona V, Cavallin F, D'Antona D, Giustardi A, Trevisanuto D. Impaired lactation performance following elective delivery at term: role of maternal levels of cortisol and prolactin, J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25(9):1595-8.
31. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature, Am J Clin Nutr. 2012;95(5):1113-35.
32. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: risk factors and pregnancy outcome, Am J Obstet Gynecol. 2003;189(4):1042-6.
33. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery, N Engl J Med. 2004;351(25):2581-9.
34. Turner MJ, Agnew G, Langan H. Uterine rupture and labour after a previous low transverse caesarean section, BJOG. 2006;113(6):729-32.
35. Chauhan SP, Martin JN, Jr., Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature, Am J Obstet Gynecol. 2003;189(2):408-17.
36. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after cesarean delivery, Am J Obstet Gynecol. 2008;199(1):30 e1-5.
37. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor, Am J Obstet Gynecol. 2000;183(5):1184-6.
38. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery, N Engl J Med. 2001;345(1):3-8.
39. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery, Am J Obstet Gynecol. 1999;181(4):882-6.
40. Ravasia DJ, Wood SL, Pollard JK. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery, Am J Obstet Gynecol. 2000;183(5):1176-9.
41. Sims EJ, Newman RB, Hulsey TC. Vaginal birth after cesarean: to induce or not to induce, Am J Obstet Gynecol. 2001;184(6):1122-4.
42. Durnwald C, Mercer B. Uterine rupture, perioperative and perinatal morbidity after single-layer and double-layer closure at cesarean delivery, Am J Obstet Gynecol. 2003;189(4):925-9.
43. Rozenberg P, Goffinet F, Phillippe HJ, Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus, Lancet. 1996;347(8997):281-4.
44. Bujold E, Jastrow N, Simoneau J, Brunet S, Gauthier RJ. Prediction of complete uterine rupture by sonographic evaluation of the lower uterine segment, Am J Obstet Gynecol. 2009;201(3):320 e1-6.
45. Naji O, Daemen A, Smith A, Abdallah Y, Saso S, Stalder C, et al. Changes in Cesarean section scar dimensions during pregnancy: a prospective longitudinal study, Ultrasound Obstet Gynecol. 2013;41(5):556-62.
46. Asakura H, Nakai A, Ishikawa G, Suzuki S, Araki T. Prediction of uterine dehiscence by measuring lower uterine segment thickness prior to the onset of labor: evaluation by transvaginal ultrasonography, J Nippon Med Sch. 2000;67(5):352-6.
47. Gotoh H, Masuzaki H, Yoshida A, Yoshimura S, Miyamura T, Ishimaru T. Predicting incomplete uterine rupture with vaginal sonography during the late second trimester in women with prior cesarean, Obstet Gynecol. 2000;95(4):596-600.
48. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999, Am J Obstet Gynecol. 2000;183(5):1187-97.
49. Vashevnik S, Walker S, Permezel M. Stillbirths and neonatal deaths in appropriate, small and large birthweight for gestational age fetuses, Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007;47(4):302-6.
50. Jones RO, Nagashima AW, Hartnett-Goodman MM, Goodlin RC. Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor, Obstet Gynecol. 1991;77(6):815-7.
51. Scott JR. Mandatory trial of labor after cesarean delivery: an alternative viewpoint, Obstet Gynecol. 1991;77(6):811-4.
52. Alexander JM, Leveno KJ, Hauth J, Landon MB, Thom E, Spong CY, et al. Fetal injury associated with cesarean delivery, Obstet Gynecol. 2006;108(4):885-90.
53. Towner D CM, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury., N Engl J Med. 1999;341:1709-14.
54. Hankins GD, Clark SM, Munn MB. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise, Semin Perinatol. 2006;30(5):276-87.
55. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section, Br J Obstet Gynaecol. 1995;102(2):101-6.
56. ACOG Committee on Educational Bulletins. Assessment of fetal lung maturity, Int J Gynaecol Obstet. 1996;230(56):191-8.
57. Yee W AH, Wood S. Elective caesarean delivery, neonatal intensive care unit admission, and neonatal respiratory distress., Am J Obstet Gynecol. 2008;11:823-8.
58. National Institute of Health and Clinical Excellence. Caesarean Section CG132. November 2011.
59. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries, Obstet Gynecol. 2006;107(6):1226-32.
60. Delaney T, Young DC. Spontaneous versus induced labor after a previous cesarean delivery, Obstet Gynecol. 2003;102(1):39-44.
61. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option?, Am J Obstet Gynecol. 2005;192(4):1223-8; discussion 8-9.
62. Horenstein JM, Phelan JP. Previous cesarean section: the risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor, Am J Obstet Gynecol. 1985;151(5):564-9.
63. Flamm BL, Goings JR, Fuelberth NJ, Fischermann E, Jones C, Hersh E. Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study, Obstet Gynecol. 1987;70(5):709-12.
64. Hoffman MK, Sciscione A, Srinivasana M, Shackelford DP, Ekbladh L. Uterine rupture in patients with a prior cesarean delivery: the impact of cervical ripening, Am J Perinatol. 2004;21(4):217-22.
65. Vaginal birth after caesarean section (VBAC) [Internet]. 2015. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0022/140836/g-vbac.pdf.
66. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights, Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2010(191):1-397.
67. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections, BJOG. 2010;117(1):5-19.
68. Varner MW, Leindecker S, Spong CY, Moawad AH, Hauth JC, Landon MB, et al. The Maternal-Fetal Medicine Unit cesarean registry: trial of labor with a twin gestation, Am J Obstet Gynecol. 2005;193(1):135-40.
69. Cahill A, Stamilio DM, Pare E, Peipert JP, Stevens EJ, Nelson DB, et al. Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies: is it safe?, Am J Obstet Gynecol. 2005;193(3 Pt 2):1050-5.
70. Miller DA, Mullin P, Hou D, Paul RH. Vaginal birth after cesarean section in twin gestation, Am J Obstet Gynecol. 1996;175(1):194-8.
71. Ford AA, Bateman BT, Simpson LL. Vaginal birth after cesarean delivery in twin gestations: a large, nationwide sample of deliveries, Am J Obstet Gynecol. 2006;195(4):1138-42.
72. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review, Obstet Gynecol. 2009;113(5):1117-23.
73. Kucukgoz Gulec U, Urunsak IF, Eser E, Guzel AB, Ozgunen FT, Evruke IC, et al. Misoprostol for midtrimester termination of pregnancy in women with 1 or more prior cesarean deliveries. 2003.
74. Berghella V, Airoldi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review, BJOG. 2009;116(9):1151-7.
75. Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death, Cochrane Database Syst Rev. 2010(4):CD004901.

Додатки

Додаток А. Материнська захворюваність у жінок, які мали кесарів розтин без вагінальних пологів [59]

Захворюваність	Перший КР*	Другий КР	Третій КР	Четвертий КР	П'ятий КР	≥ шести КР	p †
Кількість	6201	15808	6324	1452	258	89	–
Placenta accreta	15 (0,24)	49 (0,31)	36 (0,57)	31 (2,13)	6 (2,33)	6 (6,74)	<0,001
Гістеректомія	40 (0,65)	67 (0,42)	57 (0,90)	35 (2,41)	9 (3,49)	8 (8,99)	<0,001
Будь-яке переливання крові	251 (4,05)	242 (1,53)	143 (2,26)	53 (3,65)	11 (4,26)	14 (15,73)	0,61
Переливання крові>4 одиниць	65 (1,05)	76 (0,48)	49 (0,77)	23 (1,59)	6 (2,33)	9 (10,11)	<0,001
Цистотомія	8 (0,13)	15 (0,09)	18 (0,28)	17 (1,17)	5 (1,94)	4 (4,49)	<0,001
Пошкодження кишечнику	7 (0,11)	9 (0,06)	8 (0,13)	5 (0,34)	0 (0,00)	1 (1,12)	0,02
Пошкодження сечоводів	2 (0,03)	2 (0,01)	1 (0,02)	1 (0,07)	1 (0,39)	1 (1.12)	0,008
Передлежання плаценти	398 (6,42)	211 (1,33)	72 (1,14)	33 (2,27)	6 (2,33)	3 (3,37)	<0,001
Кишкова непрохідність	41 (0,66)	71 (0,45)	43 (0,68)	13 (0,90)	4 (1,55)	3 (3.37)	0,01
Штучна вентиляція легень у післяопераційний період	61 (1,0)	33 (0,21)	15 (0,24)	10 (0,69)	2 (0,78)	1 (1,12)	<0,001
Госпіталізація до відділення інтенсивної терапії	115 (1,85)	90 (0,57)	34 (0,54)	23 (1,58)	5 (1,94)	5 (5,62)	0,007
Тривалість операції (хв)	50,6 (24,0)	54,9 (23,2)	60,7 (25,6)	64,5 (32,7)	67,9 (32,6)	79,9 (53,4)	<0,001‡
Кількість днів перебування у стаціонарі	5,6 (7,2)	3,9 (4,2)	3,8 (4,0)	4,2 (5,2)	4,1 (5,0)	5,5 (7,8)	<0,001‡
Ранова інфекція	95 (1,3)	148 (0,94)	97 (1,53)	19 (1,31)	9 (3,45)	3 (3,37)	0,09
Ендометрит	371 (5,98)	404 (2,56)	178 (2,81)	43 (2,96)	5 (1,55)	6 (6,74)	<0,001
Розходження швів на рані	23 (0,37)	17 (0,11)	10 (0,16)	3 (0,21)	2 (0,78)	0	0,18
Тромбоз глибоких вен	17 (0,27)	24 (0,15)	9 (0,14)	3 (0,21)	0	1 (1,12)	0,42
Емболія легень	13 (0,21)	18 (0,11)	5 (0,08)	4 (0,28)	1 (0,39)	1 (1,12)	0,85
Повторна операція	26 (0,42)	35 (0,22)	16 (0,25)	6 (0,41)	1 (0,39)	3 (3,37)	0,57
Материнська смертність	12 (0,19)	11 (0,07)	3 (0,05)	1 (0,07)	0	0	0,02

Примітки: КР – кесарів розтин
Дані наведені в абсолютних числах (%)
* – Первинний кесарів розтин
† – Значення p визначено за методикою Cochran-Armitage, якщо інше не вказано
‡ – Значення p визначено за даними тесту рангової кореляції Spearman.

Додаток В.

Наслідки при проведенні ВПКР у пацієнтів з одним попереднім кесаревим розтином порівняно з пацієнтами з декількома попередніми кесаревими розтинами

ДОСЛІДЖЕННЯ	СТРУКТУРА (Кількість пацієнтів, які планують планові ВПКР)	ЧАСТОТА УСПІШНОСТІ ПРИ ВПКР, % (p)	ЧАСТОТА РОЗРИВУ МАТКИ ПО РУБЦЮ (СТАТИСТИКА)	Є ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ЗНАЧНЕ ЗРОСТАННЯ ЧАСТОТИ СЕРЙОЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТЕРІ ЗА НАЯВНОСТІ >1 КЕСАРЕВА РОЗТИНУ
LANDON al et. (2006)	Проспективне дослідження (США) 1 попередній КРНСМ (16 915) ≥ 2 попередніх КРНСМ (648)	74% (p<0,001) 66%	0,7% (NS) 0,9%	Так
TAHSEEN AND GRIFFITHS (2009)	Огляд літератури (Дослідження «випадок-контроль» та когортне дослідження) 1 попередній КРНСМ (50 685) 2 попередніх КРНСМ (4564)	76% (p<0,001) 71%	0,72% (p<0,001) 1,59%	Ні
ASA KURA AND MYERS (1995)	Ретроспективне дослідження (США) 1 попередній КРНСМ (1110) ≥ 2 попередніх КРНСМ (302)	71% (p<0,05) 64%	1,1% (NS) 1,9%	Ні

CAUGHEY al et. (1999)	Ретроспективне дослідження (США) 1 попередній КРНСМ (3757) 2 попередніх КРНСМ (134)	75% (p=0,001) 62%	0,8% (p=0,001) 3,7%	Так
MACONES al et. (2005)	Ретроспективне дослідження (США) 1 попередній КРНСМ (12 535) 2 попередніх КРНСМ (1082)	76% (NS) 75%	0,9% (OR=2,0; 95% CI: 1,24–3,27) 1,8%	Так

Додаток

C. Члени Комітету з охорони здоров'я жінок

Ім'я	Посада у Комітеті
Професор Yee Leung	Голова та член Правління
Доктор Gillian Gibson	Заступник Голови, гінекологія
Доктор Scott White	Заступник Голови, акушерство та інша вузька спеціалізація
Доцент Ian Pettigrew	Член та представник Aguinaldo College School
Доктор Kristy Milward	Член та радник
Доктор Will Milford	Член та радник
Доктор Frank O'Keeffe	Член та радник
Професор Sue Walker	Член
Доктор Roy Watson	Член та радник
Доктор Susan Fleming	Член та радник
Доктор Sue Belgrave	Член та радник
Доктор Marilyn Clarke	Представник аборигенів та мешканців островів Торресової протоки (*Aboriginal* and Torres Strait Islander)
Доцент Kirsten Black	Член
Доктор Thangeswaran Rudra	Член
Доктор Nisha Khot	Член та представник програми Special International Medical Graduate
Доктор Judith Gardiner	Дипломований працівник
Доктор Angela Brown	Акушерка
Пані Ann Jorgensen	Представник громадськості
Доктор Rebecca Mackenzie-Proctor	Тренер
Професор Caroline De Costa	Запрошений член (член журналу Australia and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology)
Доктор Christine Sammartino	Спостерігач

Додаток D.

Огляд процесу розроблення та розгляду цієї настанови

i. Етапи розроблення та оновлення цієї настанови

Дана настанова спочатку була розроблена у липні 2010 року та нещодавно переглянута у березні 2019 року. Комітет з охорони здоров'я жінок здійснив наступні кроки з розгляду даної настанови:

• Заяви про конфлікт інтересів були затребувані від усіх членів організації перед переглядом даної настанови.

• Були розроблені та узгоджені структуровані клінічні запитання.

• Проведено оновлений пошук літератури для відповіді на клінічні запитання.

• На засіданні комітету у лютому 2019 року існуючі рекомендації, що базуються на консенсусі, були переглянуті та оновлені (де це було доречно) на основі наявних даних та клінічної експертизи. Рекомендації були класифіковані, як зазначено нижче у Додатку B (частина iii).

ii. Декларація про конфлікт інтересів

Оголошення інтересів має важливе значення для того, щоб запобігти будь-якому потенційному конфлікту між приватними інтересами членів та їхніми обов'язками у рамках роботи Комітету з охорони здоров'я жінок.

Форма декларації про інтереси, яка спеціально розроблена для клінічних настанов та керівництв, була розроблена RANZCOG та схвалена Правлінням RANZCOG у вересні 2012 року. Члени Комітету з питань охорони здоров'я жінки повинні були заявити про свої відповідні інтереси письмово у зазначеній формі, перш ніж брати участь у розгляді цієї настанови.

Члени Комітету повинні були оновити інформацію, як тільки вони дізнавались про будь-які зміни в їхніх інтересах, а також на кожному засіданні був наявний постійний пункт

порядку денного, згідно з яким проголошувались декларації про інтереси та реєструвались у протоколі засідань.

Не було ніяких істотних реальних або передбачуваних конфліктів інтересів, які вимагали управління у процесі оновлення даної настанови.

iii. Оцінка рекомендацій

Кожній рекомендації у цій заяві Коледжу дається загальна оцінка відповідно до наведеної нижче таблиці, що розроблена на основі рівнів доказів і оцінок рекомендацій для розробників настанов Національної ради з охорони здоров'я та медичних досліджень (the National Health and Medical Research Council, NHMRC). У тих випадках, де немає достатніх доказів, але є достатній консенсус у Комітеті з питань охорони здоров'я жінок, було розроблено рекомендації, засновані на рішенні консенсусу, чи оновлені існуючі рекомендації та ідентифіковані як такі. Рекомендації, засновані на консенсусі, були узгоджені з усіма членами комітету. Примітки щодо належної практики висвітлені протягом усього тексту та надають практичні рекомендації для полегшення впровадження. Вони також були розроблені на основі консенсусу всіх членів комітету.

Категорія рекомендації		Опис
На основі доказів	A	Доказовим матеріалам можна довіряти для застосування на практиці
	B	Доказовим матеріалам можна довіряти для застосування на практиці у більшості ситуацій
	C	Докази надають певну підтримку рекомендації(ям), але слід дотримуватися обережності при їхньому застосуванні
	D	Сукупність доказів є слабкою та рекомендація повинна застосовуватись з обережністю
На основі рішення консенсусу		Рекомендація ґрунтується на клінічній думці та досвіді, оскільки недостатньо доказів
Примітка щодо належної практики		Практичні поради та інформація основані на клінічній думці та досвіді

Додаток Е.

Повна відмова від відповідальності

Дана інформація призначена для надання загальних рекомендацій практикуючим лікарям і на неї не слід покладатись у якості заміни належної оцінки з урахуванням конкретних обставин кожного випадку та потреб будь-якого пацієнта.

Дана інформація була підготовлена з урахуванням загальних обставин. Кожен практикуючий лікар зобов'язаний ураховувати особливі обставини кожного випадку. Клінічна тактика повинна відповідати потребам окремого пацієнта та конкретним обставинам кожного випадку.

Дана інформація була підготовлена з урахуванням інформації, доступної на момент підготовки, і кожен практикуючий лікар повинен ураховувати відповідну інформацію, дослідження або матеріали, які, можливо, були опубліковані або стали доступними згодом.

Хоча Коледж намагається забезпечити точність і актуальність інформації на час підготовки, він не несе відповідальності за питання, що виникають внаслідок зміни обставин, або інформації, або матеріалів, які згодом можуть стати доступними.