



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ  
“ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ ПІСЛЯ  
КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ”**

**Наказ від 27 грудня 2011 року № 976**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ  
“ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ ПІСЛЯ  
КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ”**

**Наказ від 27 грудня 2011 року № 976**

## **ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ (ВПКР)**

Клінічний протокол, який затверджено цим наказом, розроблено відповідно до чинних нормативів надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

### **Вступ**

В останні роки частота кесаревого розтину збільшується. Як результат, збільшується кількість жінок, які мають кесарів розтин в анамнезі. В разі наступної вагітності можливі два шляхи розродження: вагінальні пологи або плановий кесарів розтин. Впродовж 90-х років в світі мала місце тенденція до підтримки вагінальних пологів у жінок після попереднього кесаревого розтину.

Сучасні докази свідчать, що вагінальні пологи у жінок з кесаревим розтином в анамнезі мають певні ризики. Між тим, більшість жінок, яким було зроблено кесарів розтин у нижньому сегменті матки, є кандидатами для спроби ВПКР.

На сьогодні відсутні рандомізовані контрольовані дослідження, які порівнюють заплановані вагінальні пологи у жінок після кесарева розтину з плановим кесаревим розтином. Виконання таких досліджень є нереальним. Тому докази, представлені в протоколі, базуються на даних ретроспективних нерандомізованих досліджень (когортні дослідження або дослідження "випадок-контроль"). В якості прототипу використано протокол Королівського коледжу акушерів та гінекологів (Велика Британія).

### **Шкала рівнів доказовості досліджень, що склали основу клінічних рекомендацій:**

**A (I)** – систематичний огляд або високоякісний мета-аналіз РҚД, окреме високоякісне РҚД. Рекомендації цього рівня є найбільш вірогідними і науково обґрунтованими.

**B (II-III)** – високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень “випадок-контроль”, високоякісне когортне дослідження або дослідження “випадок-контроль”. Рекомендації цього рівня мають високий рівень вірогідності та можуть бути підґрунтям для прийняття клінічного рішення.

**C(IV)** – окремі дослідження або дослідження серії випадків. Рекомендації цього рівня використовуються для обґрунтування певних клінічних вирішень за відсутності доказів рівня A(I) і B(II-III).

**D(Y)** – думка експертів, що базується на досвіді або даних експериментальних досліджень. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень, якщо дослідження A(I), B(II-III), C(IV) не проводилися з етичних або інших причин.

### **Перелік скорочень, що використовуються в протоколі**

ВПКР – вагінальні пологи після кесаревого розтину

КР – кесарів розтин

ППКР – планований повторний кесарів розтин

ЕФМ – електронний фетальний моніторинг

ЧСС – частота серцевих скорочень

УЗД – ультразвукове дослідження

КТГ – кардіотокографія

ВД – вагінальне дослідження

ВП – вагінальні пологи

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги

УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

КН – клінічні настанови

СМД – стандарт медичної допомоги

АТ – артеріальний тиск

## Паспортна частина

### А1

#### А.1.1. Діагноз та термінологія для його формування

**Вагінальні пологи після кесаревого розтину (ВПКР)** – вагінальні пологи у жінок, які мали кесарів розтин в анамнезі.

**Невдала спроба пологів з наступним розродженням шляхом кесаревого розтину** - кесарів розтин у жінки після попереднього кесаревого розтину, що виконується за попереднім планом, у запланований день та час.

**Елективний кесарів розтин** (повторний плановий кесарів розтин) - кесарів розтин у жінки після попереднього кесаревого розтину, що виконується за попереднім планом, у запланований день та час.

#### Розрив матки, що стався під час пологів:

- **Повний розрив матки** – порушення цілісності міометрію з порушенням серозної оболонки матки, або порушення цілісності міометрію з продовженням розриву на сечовий міхур або круглу зв'язку матки, з або без переміщення частин плода в черевну порожнину матері.
- **Неповний розрив матки** - порушення цілісності м'язової тканини без порушення серозної оболонки матки. Плодові оболонки не порушені і плід знаходиться в порожнині матки. Захворюваність та смертність зазвичай не збільшуються, як це має місце у разі повного розриву матки.

#### А.1.2 Коди стану або захворювання (МКХ 10 та інших класифікацій)

**О34.2** – Післяопераційний рубець на матці, при якому мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері за наявності рубця від попереднього кесаревого розтину. Виключено: пологи через піхву після попереднього кесарева розтину БДВ(075.7)

**О66.4** – Невдала спроба викликати пологи, не уточнена. Невдала спроба викликати пологи з наступним кесаревим розтином

**О71.1** – Розрив матки, під час пологів. Розрив матки, не визначений як такий, що трапився до початку пологів

**О75.7** –Пологи через піхву після попереднього кесаревого розтину

**О82.** - Пологи одного плодну, розродження за допомогою кесаревого розтину

**О82.0** – Проведення елективного кесаревого розтину. Повторний кесарів розтин

**О82.1** – Проведення термінового кесаревого розтину

**О82.2** – Проведення кесаревого розтину з гістеректомією

**О84.2** – Пологи багатоплідні, всі розродження шляхом кесаревого розтину

**А.1.3 Для кого призначений протокол (потенційні користувачі):**

Лікарі акушери-гінекологи, сімейні лікарі, лікарі анестезіологи, медичні сестри, акушерки

**А.1.4 Мета Протоколу:**

Збільшення частоти вагінальних пологів у жінок після попереднього кесаревого розтину за рахунок ретельного відбору придатних кандидатів та оптимізації тактики ведення вагітності та пологів.

Надання користувачам протоколу інформації, що ґрунтується на сучасних наукових доказах.

**А.1.5 Дата складання Протоколу: 2010****А.1.6 Дата перегляду протоколу : 2015****А.1.7 Список та контактна інформації осіб, які брали участь в розробці протоколу**

Склад робочої групи:

|                   |  |
|-------------------|--|
| Моїсеєнко Р.О.    | Перший заступник Міністра  |
| Коломейчук В.М.   | Заступник Директора-начальник відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення.  |
| Камінський В.В.   | Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «акушерство і гінекологія», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика, професор.                           |
| Венцківський Б.М. | Завідувач кафедрою акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольца, професор, голова Асоціації акушер-гінекологів України.  |
| Герман Ю.В.       | Головний позаштатний спеціаліст з акушерства та гінекології управління охорони здоров'я Херсонської ОДА, заступник головного лікаря Херсонської обласної клінічної лікарні з акушерсько-гінекологічної допомоги. |
| Бондаренко О.А.   | Клінічний спеціаліст Проекту "Здоров'я матері та дитини".  |
| Жук С.І.          | Завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук.   |
| Медведь В.І.      | Завідувач відділенням внутрішньої патології ДУ "ІПАГ НАМН України", професор (за згодою).  |
| Іркіна Т.К.       | Клінічний директор проекту «Здоров'я матері та дитини».  |
| Квашенко В.П.     | Професор кафедри акушерства, гінекології і перинатології Донецького національного медичного університету ім. М.Горького, професор.   |
| Чернов А.В.       | Експерт-консультант українсько-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини».  |
| Ткаченко Р.О.     | Професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст з питань акушерської реанімації ГУОЗ Київської міськдержадміністрації.                        |
| Пирогова В.І.     | Завідувач кафедрою акушерства, гінекології та перинатології Львівського національного медичного університету, професор.  |
| Татарчук Т.Ф.     | Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «дитяча гінекологія», завідувач відділенням ендокринної гінекології, заступник директора з наукової роботи ДУ «ІПАГ НАМН України», професор.        |

- Галич С.Р. Професор кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, м. Одеса.
- Могілевкіна І.О. Професор кафедри акушерства, гінекології і перинатології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, професор.  
Завідувач акушерським відділенням ДУ "ІПАГ НАМН України", професор.
- Давидова Ю.В.
- Остапенко О.І. Головний спеціаліст з акушерства та гінекології УОЗ Донецької міської ради.
- Чибісова І.В. Головний спеціаліст відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ.

**Рецензенти:** член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства, гінекології і перинатології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, професор В.К. Чайка.

Доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, головний позаштатний акушер-гінеколог головного управління охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації М.І. Шпатусько.

Протокол розглянутий і затверджений:

ЗЦЗМС ДУ 2 Український інститут громадського здоров'я МОЗ України – 2011р.

МОЗ – 2011р.

### **A.1.8 ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ІНФОРМАЦІЯ**

Частота КР в Україні постійно зростає (з 9,58% у 1999 до 16,10% у 2009), що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Материнська смертність, асоційована із КР (близько 40 на 100000 живонароджених) в 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10 на 100000 живонароджених), та в 8 разів вище, ніж для нормальних вагінальних пологів (5 на 100000).

КР збільшує ризик серйозних ускладнень при наступній вагітності: ектопічної вагітності, передлежання плаценти, прееклампсії, народження дитини з малою для данного гестаційного терміну масою, аномалій прикріплення плаценти, відшарування плаценти, розриву матки [B]

На сьогодні, одним з найчастіших показань для елективного кесаревого розтину є наявність рубця на матці після попереднього кесаревого розтину.

Згідно даних літератури повторний кесарів розтин супроводжується високим ризиком ускладнень у матері та збільшує ризик передлежання й прирощення плаценти в наступних вагітностях. [B].

Материнська захворюваність є низькою в разі успішної спроби вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці та найвищою в разі невдалої спроби ВПКР.

Материнська захворюваність та смертність в разі пологів після попереднього КР пов'язані з розривом матки (22-75/10000), кровотечею, тромбоемболією та інфекцією (ендометрит підвищується на 1% (289/10000 проти 180/10000).

Ризик ускладнень в разі запланованого кесарського розтину у жінок з рубцем на матці суттєво перевищує ризик у разі вдалої спроби ВПКР (гістеректомії, материнська смертність) [B].

Ризик материнської смерті при спробі ВПКР складає 17/100000 спроб ВПКР у порівнянні з 44/100000 у разі планового КР.

За рахунок ВПКР можливо зменшення ризику неонатальної респіраторної захворюваності: 2-3% в разі ВПКР у жінок з одним КР в анамнезі в порівнянні з 3-4% - в разі КР.

Частота вдалих ВПКР коливається від 60 до 82%, та складає у середньому 73-76% у жінок у разі відсутності факторів, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР, та 30-50 % у разі наявності цих факторів.

Тому ретельний відбір вагітних з рубцем на матці, яким може бути запропонована спроба ВПКР, а також тактика ведення вагінальних пологів є актуальною.

## А.2 ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА НАДАННЯ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

**Особливості надання антенатальної допомоги жінкам з кесаревим розтином в анамнезі:**

1. Досвід попередніх пологів та очікування жінки повинні бути обговорені під час першого антенатального візиту.

2. Інформація щодо ВПКР в письмовій формі надається вагітній під час першого візиту (Додаток №1 «Пам'ятка»).

3. Бажано отримати інформацію щодо особливостей попереднього КР з лікувального закладу, де він проводився .

- Якщо не має можливості отримати протокол попередньої операції, припустіть, що мав місце КР поперечним розрізом в нижньому матковому сегменті за виключенням випадків поперечного положення плода або передчасного розродження в попередніх пологах до початку пологової діяльності. [В]

4. Для якомога більш повної оцінки можливості вагітної здійснити спробу ВПКР слід зібрати анамнестичні та клінічні дані, користуючись Таблицею 1 (Додаток 2) .  
Додаток передається в пологове відділення.

- За допомогою Таблиці 1 слід визначити: 1) протипоказання до спроби ВПКР; 2) фактори, які підвищують ймовірність успішних ВПКР; 3) фактори, які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР; 4) фактори, які можуть підвищити ризик розриву матки.
- Якщо впродовж вагітності виникають ті чи інші нові фактори їх слід відмітити в таблиці та провести з вагітною повторне обговорення існуючих індивідуальних факторів, сприятливих та/або несприятливих для здійснення спроби ВПКР.

### **ПРОТИПОКАЗАННЯ ДЛЯ ВПКР (повинні бути задокументовані):**

- Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода та ін.)

- Попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10000)

Попередній Т та J-подібний розріз на матці (ризик розриву матки 190/10000) [В]. Якщо отримана інформація дає підстави припустити корпоральний КР або, що більш імовірно, Т-подібний розріз на матці, жінці варто запропонувати елективний КР. [В]

- Розрив матки в анамнезі

- Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі [С], лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом [D]

- Тазове передлежання плода [D]

- Розташування плаценти у ділянці рубця на матці [D]

- Більше одного КР в анамнезі

- Відмова жінки від спроби ВПКР



## **ФАКТОРИ, ЯКІ МОЖУТЬ ПІДВИЩИТИ РИЗИК РОЗРИВУ МАТКИ (ПОВИННІ БУТИ ЗАДОКУМЕНТОВАНІ):**

- Короткий інтервал після попереднього КР (<24 місяців)

Жінки з коротким інтервалом після попередніх пологів (< 24 місяців) повинні бути проінформовані про підвищений ризик розриву матки у пологах [В]

- Макросомія плода
- Багатоплодова вагітність
- Однорядний (проти дворядного) шов на матці

Суперечливі дані відносно ризику розриву матки в залежності від ушивання матки одно або дворядним швом. Одне дослідження показало однаковий ризик, тоді як інше - підвищення ризику розриву матки в разі ушивання матки під час попереднього КР однорядним швом в порівнянні з дворядним, але ці знахідки потребують подальшого дослідження [С].

- Попередній КР при терміні <37 тижнів вагітності

Жінки, що мають в анамнезі КР у терміні до 37 тижнів, мають у два рази більший ризик розриву матки в наступній вагітності та у 1,6 рази - у випадку спроби ВПКР в порівнянні з жінками, які мали в анамнезі КР при доношеній вагітності.

- Септичне ускладнення з лихоманкою після попереднього КР.[С]

## **ФАКТОРИ, ЯКІ ПІДВИЩУЮТЬ ЙМОВІРНІСТЬ УСПІШНИХ ВПКР:**

- Наявність в анамнезі успішних ВПКР
- Наявність в анамнезі вагінальних пологів [В]

Серед жінок, що мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби ВПКР, тільки такі, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи.

- Зріла шийка матки на момент початку пологів
- Спонтанний початок пологів
- Показання до попереднього КР, що не повторюються (неправильне положення плода, тазове передлежання плода, передлежання плаценти)
- Вік матері менше 40 років
- Бажання жінки народити через природні родові шляхи

## **ФАКТОРИ, ЯКІ МОЖУТЬ ЗНИЖУВАТИ ЙМОВІРНІСТЬ УСПІШНИХ ВПКР**

- Показання до попереднього КР, що повторюються (диспропорція розмірів тазу та плода та неможливість виключити диспропорцію в даних пологах), слабкість пологової діяльності, дистоція шийки матки)
- Потреба індукції пологів, що потребує застосування заходів щодо дозрівання шийки матки
- Потреба стимуляції пологової діяльності
- Вік матері більше 40 років
- Багатоводдя
- Прееклампсія
- Затримка внутрішньоутробного розвитку плода(ЗВУРП)
- Макросомія плода
- Ожиріння у матері : індекс маси тіла більше 30 кг/м<sup>2</sup>

- Цукровий діабет [B]. Цукровий діабет не є протипоказанням до спроби ВПКР [B]

### **ФАКТОРИ, ЯКІ НЕ ВПЛИВАЮТЬ НА ЙМОВІРНІСТЬ УСПІШНИХ ВПКР**

- Гестаційний діабет
- Недоношена вагітність
- Успіх спроби передчасних ВПКР такий же як при доношеній вагітності
- Ризик розриву матки достовірно нижчий у порівнянні з доношеною вагітністю (повний розрив - 34/10 000 проти 74/10 000; неповний розрив - 26/10000 проти 67/10000) [B].
- Термін вагітності  $\geq 40$  тижнів [B]
- Частота успіху ВПКР і ризик розриву матки в жінок, які народили до 40 тижнів вагітності, у порівнянні з тими, у кого пологи почалися після 40 тижнів, були однакові
- Ризик розриву матки після 40 тижнів достовірно не збільшувався як для спонтанних, так і для індукованих пологів
- Термін гестації більше 40 тижнів не є протипоказанням для спроби ВПКР

**Кандидати на спробу ВПКР (Спроба вагінальних пологів після кесаревого розтину – запланована спроба пологів у жінки, яка мала кесарів розтин в анамнезі, з метою досягнути успішного вагінального народження дитини):**

- Відсутність протипоказань для ВПКР
- Наявність в анамнезі однієї операції КР, при якій проведено поперечний розріз на матці в нижньому сегменті [B]
- Головне передлежання плода
- Бажана наявність документації щодо попередньої операції

*5. Обговорення переваг та ризиків спроби ВПКР проводиться лікарем з вагітною у якої не виявлено протипоказань до спроби ВПКР при першому відвідуванні.*

### **Переваги ВПКР для жінки:**

- Для жінок з одним КР в анамнезі в разі поперечного розрізу на матці в нижньому сегменті частота вдалих спроб ВПКР вагінальних пологів складає 73-76%. [B] Рівень успіху залежить від показань до переднього КР, наявності ВП та ВПКР в анамнезі, індексу маси тіла, наявності макросомії плода, положення плода, тощо.
- У жінок з вдалими ВПКР спостерігається менша частота ускладнень в порівнянні з жінками, яким виконано елективний КР: рідше спостерігаються кровотечі, післяпологові інфекційні ускладнення, скорочується термін перебування у стаціонарі. [B]
- У разі вдалих ВПКР, в порівнянні з ППКР, достовірно знижується ризик серйозних ускладнень під час наступних вагітностей: передлежання плаценти, прирощення плаценти, ектопічної вагітності, травми сечового міхура, кишківнику чи сечоводу, кишкової непрохідності, гемотрансфузії. [B]
- Материнська смертність в разі спроби ВПКР нижче, ніж у разі ППКР [C].

### **Ризики ВПКР для жінки:**

- В разі невдалої спроби ВП та необхідності проведення ургентного КР збільшується ризик крововтрати, переливання крові та розвитку післяопераційних інфекційних

ускладнень в порівнянні з елективним КР, хоча абсолютний ризик цих ускладнень залишається низьким.

- Ризик невдалої спроби ВПКР підвищується в разі індукції пологів, відсутності вагінальних пологів в анамнезі, індекса маси тіла більше 30, проведення попереднього КР з приводу слабкості пологової діяльності. При наявності цих факторів рівень успіху складає 30-50%.
- Ризик розриву матки в разі ВПКР складає 22-74/10 000. Даний ризик практично відсутній в разі ППКР [В]
- Спроба ВПКР підвищує ризик розвитку гемотрансфузії та ендометриту в порівнянні із ППКР [В]

#### **Переваги ВПКР для новонародженого:**

- ВПКР зменшують ризик неонатальної респіраторної захворюваності, яка може потребувати госпіталізації в неонатальне відділення (2-3% в порівнянні з 3-4% після ППКР) [В].

#### **Можливі негативні наслідки для плода, пов'язані з розривом матки при спробі ВПКР:**

- **Неонатальна респіраторна захворюваність** – складається з випадків транзиторного тахіпноє новонароджених та респіраторного дистрес синдрому
- **Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія** – порушення неврологічної функції, яке виникло протягом 72 годин після пологів

#### **Ризики ВПКР для новонародженого:**

- Спроба ВПКР асоціюється з підвищеним ризиком перинатальної захворюваності та смертності в порівнянні з ППКР, проте абсолютний ризик є дуже низьким (1/1000).
- Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія суттєво частіше спостерігається в разі ВПКР (8/10 000) в порівнянні з ППКР. Вплив даного ускладнення на подальший розвиток малюка невідомий [В].
- Додатковий ризик перинатальної смертності в разі ВПКР складає 2-3/10000 при порівнянні з ППКР і є таким, що можна порівняти з ризиком ПС у жінок, які народжують вперше [В].

*6. Отримується поінформована згода на спробу ВПКР, яка підписується особисто вагітною (Додаток 3).*

**В разі відсутності протипоказань у вагітної з одним КР поперечним розрізом у нижньому матковому сегменті треба їй запропонувати спробу ВПКР з відповідним обговоренням материнських та перинатальних ризиків та переваг. Отримання поінформованої згоди відповідно задокументованої є важливим компонентом плану розродження у жінок з попереднім КР [В].**

**Наміри жінки щодо спроби ВПКР повинні бути чітко задокументовані. Бажано представити в карті вагітної інформацію щодо попереднього КР [В].**

**Рішення щодо спроби ВПКР повинно бути прийнято під час антенатального спостереження.**

7. Очікуваний термін пологів повинен бути підтверджений за допомогою УЗД до 24 тижнів вагітності. УЗД проводиться в стандартні терміни з обов'язковою вказівкою локалізації плаценти та патологічної плацентациї (в разі локалізації плаценти в області післяопераційного рубця).

8. Кожна вагітна з рубцем на матці має бути навчена розпізнаванню небезпечних симптомів (загрозливих станів), поява хоча б одного з яких є приводом до негайного звернення за медичною допомогою. При цьому слід оцінити можливості екстреного транспортування вагітної до відповідного ЗОЗ (особливо у жінок, які проживають у гірській місцевості, віддалених селах, в регіонах з поганими дорогами та в зимовий період).

9. Можливості госпіталізації та транспортування вагітної до відповідного ЗОЗ (згідно розділу А4).

10. Всі жінки з рубцем на матці мають бути госпіталізовані у відповідний ЗОЗ в 38 тижнів вагітності для моніторингу стану жінки та плода, проведення консилиуму для остаточного узгодження тактики розродження.

### **Роль УЗД**

Наразі відсутні доказові дані відносно здатності ультразвукової оцінки товщини та структури ділянки рубця на матці передбачити його спроможність під час спроби ВПКР.

### **А.3.1. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики (алгоритми №1,2).**

#### **Особливості обстеження вагітної на етапі допологової госпіталізації:**

- При надходженні вагітної до стаціонару проводять загальноприйнятну оцінку соматичного та акушерського статусу, вивчають анамнез.
- Проводиться забір крові для визначення групи та резус фактору, загальний аналіз крові, коагулограма. Проводиться загальний аналіз сечі, аналіз виділень. [D]
- Оцінюється стан плода: УЗД, КТГ [D]
- Додаткові обстеження проводять за наявності відповідних показань
- Проводиться консилиум лікарів для остаточного вирішення питання щодо тактики розродження

#### **Консультування жінок під час прийняття остаточного рішення відносно методу родорозродження (повинно бути задокументовано):**

- Використання заповненої Таблиці 1 (Додаток 2) для врахування всіх існуючих протипоказань до спроби ВПКР, факторів, які підвищують ймовірність успішних ВПКР; факторів, які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР та факторів, які можуть підвищити ризик розриву матки.
- Обговорення ризиків та переваг ВПКР та ППКР, включаючи можливий ефект на наступні вагітності
- В разі прийняття рішення відносно індукції пологів, ретельно обговорити ризики, пов'язані з кожним доступним методом індукції
- Підтримка жінки та її партнера в прийнятті рішення
- Повага власної думки жінки/родини

- Отримання поінформованої згоди, включаючи рішення жінки щодо методу розродження та план надання допомоги

### **Плановий повторний кесарів розтин**

- Якщо вагітна відібрана для повторного КР, оптимальним терміном для його проведення є 39 повних тижнів вагітності, або з початком пологової діяльності
  - Відкладання ППКР з 38 до 39 тижнів вагітності на один тиждень зменшує неонатальну респіраторну захворюваність на 5/100, хоча дане відкладання пов'язане з збільшенням ризику внутрішньоутробної загибелі плода на 5/10000 [В]

## **А.3.2. АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ В ПОЛОГАХ**

### **Ключові позиції:**

- Жінки з рубцем на матці після попереднього КР повинні народжувати в лікувально-профілактичному закладі 3-го рівня акредитації (згідно розділу А4).
- ВПКР можуть проводитись у окремих пологових стаціонарах 2-го рівня акредитації, якщо:
  - Відсутні показання для скерування на III рівень
  - Забезпечені необхідні умови (інфраструктура, організація допомоги, обладнання) та достатня кількість досвідченого персоналу (згідно розділу А4)
- Допомога жінці в разі спроби ВПКР надається лікарем першої або вищої категорії.
- На початку пологів проводиться катетеризація периферичної вени.
- Проводиться ретельний моніторинг стану матері, плода, та прогресу пологів

### **Під час пологів:**

1. Жінка під час пологів може, за бажанням, вживати легку їжу та пити до початку активної фази пологів. З початку активної фази пологів жінка може пити (бажано негазовану воду).
2. Дані оцінки стану матері, стану плода та прогресу пологів заносяться до партограми.
3. Пульс матері оцінюється кожні 30 хвилин та наноситься на партограму. Можливий підрахунок пульсу впродовж 10 секунд з помноженням на 6 (якщо немає аритмії).
4. Підвищення частоти пульсу вище 110 ударів на хвилину може свідчити про початок розриву матки та потребує додаткового з'ясування причини!
5. Жінкам зі спробою ВПКР рекомендується проведення безперервного електронного фетального моніторингу (ЕФМ). [В]

### **ЕЛЕКТРОННИЙ ФЕТАЛЬНИЙ МОНІТОРИНГ**

**Дослідження показали, що в разі ВПКР більш ніж в 70% випадків першим симптомом розриву матки є пролонгована брадикардія плода (падіння ЧСС плода менше 100 уд. за хвилину протягом 3 хвилин або менше 80 уд. за хвилину протягом більше 2-х хвилин). Тільки в 8% випадків спостерігається біль та в 3% - кровотеча. [В]**

- В латентній фазі спостереження за станом плода проводиться кожні 15 хвилин за допомогою періодичної аускультатії або за допомогою ЕФМ.
- Безперервний ЕФМ починається з початком активної фази пологів.

○ В разі відмови жінки від ЕФМ потрібно задокументувати цей факт в історії пологів та проводити аускультацию ЧСС плода кожні 15 хвилин в першому періоді пологів, в другому періоді пологів: кожні 5 хвилин в ранній фазі та після кожної потуги в активній фазі.

- Обговорити з жінкою перерви в проведенні ЕФМ в наступних випадках:
  - Якщо дані ЕФМ визначаються як нормальні.
  - Тривалість перерв не перевищує 15 хвилин.
  - Якщо кількість перерв невелика (не більше 1 за годину).
  - Якщо перерва не стається відразу після втручання, яке може вплинути на серцевий ритм плода.
- Проведення безперервного ЕФМ не є протипоказанням для активної поведінки жінки в пологах.
- Проведення ЕФМ документується стрічкою спостереження, що є невід'ємною частиною історії пологів в разі ВПКР.

6. Під час проведення ВПКР точна оцінка розкриття шийки матки, бажано одним фахівцем, є дуже важливою [D].

### **Вагінальні дослідження**

- Проводиться при надходженні до пологового відділення.
- Якщо роділля знаходиться в латентній фазі – повторне дослідження проводиться через 4 години, або частіше за наявності показань.
- В активній фазі пологів вагінальне дослідження проводиться кожні 2 години.
- Якщо в активній фазі розкриття шийки матки менше 1 см/годину рекомендується виконати амніотомію. Через 2 години після виконання амніотомії необхідно оцінити характер пологової діяльності та розкриття шийки матки.
- За наявності ефективної пологової діяльності (розкриття шийки матки не менш 1 см/годину) пологи продовжувати вести з використанням партограми.
- У разі відсутності динаміки розкриття шийки матки (менш ніж 1 см/годину), наявності активної скоротливої діяльності матки (3-4 перейми впродовж 10 хвилин тривалістю більше 40 секунд) та вираженої конфігурації голівки (+++) необхідно виключити наявність диспропорції розмірів голівки плода та тазу матері. За наявності диспропорції – розродження шляхом КР.
- У разі відсутності динаміки розкриття шийки матки (менш ніж 1 см/годину), слабкості скоротливої діяльності матки (менш ніж 3 перейми впродовж 10 хвилин або тривалістю менше 40 секунд), за відсутності ознак диспропорції розмірів голівки плода та тазу матері та при задовільному стані матері та плода, може бути призначена родостимуляція окситоцином (2 Од на 1 літр, 10-60 крапель/хвилину) з контролем стану плода за допомогою безперервного ЕФМ (КТГ).
- Застосування окситоцину у роділь з рубцем на матці після КР не протипоказано, але його призначення асоціюється зі зменшенням успіху ВПКР та підвищенням ризику розриву матки вдвічі. [B]

### А.3.3. СХЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ОКСИТОЦИНУ

- Для досягнення потрібної концентрації окситоцину, необхідно 5 Од (1 мл) окситоцину розвести 0,9% розчином NaCl до 5 мл.
  - 0,4 мл отриманого розчину вводять в 200 мл 0,9% розчину NaCl, або
  - 0,8 мл отриманого розчину вводять в 400 мл 0,9% розчину NaCl, або
  - 1 мл отриманого розчину вводять в 500 мл 0,9% розчину NaCl, або
  - 2 мл отриманого розчину вводять в 1000 мл 0,9% розчину NaCl.

Дозування окситоцину (2 Од на 1 літр 0,9% розчину NaCl. Збільшення дози проводиться кожні 30 хвилин до досягнення 3-4 перейм впродовж 10 хвилин тривалістю більше 40 секунд)

|            |               |                   |
|------------|---------------|-------------------|
| 10 крапель | = 30 мл /год  | = 1 мОд / хвилину |
| 20 крапель | = 60 мл /год  | = 2 мОд / хвилину |
| 30 крапель | = 90 мл /год  | = 3 мОд / хвилину |
| 40 крапель | = 120 мл /год | = 4 мОд / хвилину |
| 50 крапель | = 150 мл /год | = 5 мОд / хвилину |
| 60 крапель | = 180 мл /год | = 6 мОд / хвилину |

- Високі концентрації окситоцину (більше 20 мОд/хвилину) супроводжуються підвищенням ризику розриву матки.

**При відсутності ефекту від стимуляції пологової діяльності (швидкість розкриття шийки матки менш ніж 1 см/годину) через 2 години від її початку рекомендовано оперативне розродження.**

- Якщо графік розкриття шийки матки досягає або перетинає Лінію дії на партограмі, пологи треба завершити операцією КР. Затяжні пологи у жінки з попереднім КР небезпечні та підвищують ризик розриву матки по рубцю.

### ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ

Знеболення призначається за бажанням жінки.

Знеболення пологів проводять згідно існуючого протоку «Нормальні пологи».

Проведення епідуральної аналгезії під час ВПКР не протипоказане [С].

У цієї категорії роділь для знеболення пологів перевагу слід надавати епідуральній аналгезії, яка сприяє більш успішному їх завершенню у порівнянні з іншими методами [В]. Для епідуральної аналгезії бажано використовувати низькі концентрації розчинів місцевих анестетиків, які стандартно використовують для епідуральної аналгезії, шляхом болюсного або постійного епідурального введення. Обов'язковим є проведення безперервного фетального моніторингу в разі призначення епідуральної аналгезії.

За наявності спеціального обладнання перевагу слід надавати контрольованій пацієнткою епідуральній аналгезії [С].

**Під час проведення аналгезії бажано досягати аналгезії без розвитку моторного блоку.**

Знеболювання пологів слід проводити за умови постійного моніторингу за станом роділлі за допомогою сучасної апаратури спостереження з вимірюванням АТ та ЧСС кожні 5 хв після епідурального введення препарату впродовж 20 хв. В подальшому вимірювання АТ та ЧСС проводять кожні 15 – 20 хв.

### **Ведення II періоду пологів**

- Ведення згідно стандартів для нормальних пологів.
- Безперервний ЕФМ.
- Вертикальні позиції у ранній фазі.
- Вільний вибір позиції для народження.
- Перевагу надавати техніці «некерованих (спонтанних) потуг».
- Епізіотомія, акушерські щипці, вакуум-екстракція плода за показаннями.

### **ВЕДЕННЯ III ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ**

- Надавати перевагу методиці активного ведення третього періоду пологів [А]

### ***Ведення раннього післяпологового періоду***

**Рутинна катетеризація сечового міхура не рекомендується [С]**

**Проведення ручного обстеження стінок порожнини матки після ВПКР всім жінкам для визначення розриву матки є недоцільним, тому що підвищує ризик післяпологової інфекції та може стати причиною ятрогенної перфорації матки [В]**

Показання для проведення ручного обстеження стінок порожнини матки після ВПКР:

- Кровотеча.
- Абдомінальний біль.
- Непояснений колапс у матері після пологів.
- Дефект плацентарної тканини.
- Оперативні вагінальні пологи.

В післяпологовому періоді проводиться регулярне та ретельне спостереження за станом породіллі з занесенням відповідних показників до Таблиці 2 (Додаток 4).



### **А.3.2. ВАГІТНІСТЬ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ У РАЗІ ПЕРЕДЧАСНОГО РОЗРИВУ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК (ПРПО)**

#### **Вагітність в терміні > 34 тижнів.**

- Оскільки очікувальна тактика супроводжується достовірним підвищенням частоти хоріоамніоніту та ендометриту [А], наразі немає наукового обґрунтування безпеки очікувальної тактики у разі ПРПО та зокрема у вагітних з рубцем на матці в терміні гестації > 34 тижнів.
- У вагітної з рубцем на матці, яка була визнана придатною до спроби ВПКР, та має ПРПО, необхідно провести вагінальне дослідження та оцінити зрілість шийки матки за шкалою Бішопа. У разі «зрілої» шийки матки ( $\geq 6$  балів) - розпочати індукцію пологів окситоцином. Якщо оцінка шийки  $\leq 5$  балів – показаний КР.
- У вагітної з рубцем на матці, яка була визнана НЕ придатною до спроби ВПКР, та має ПРПО, показаний КР.

#### **Вагітність в терміні 24 - 34 тижнів**

- Антибіотикопрофілактика.
- Профілактика РДС глюкокортикоїдами.
- За показаннями токолітична терапія призначається впродовж 48 годин, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС глюкокортикоїдами, та при необхідності переведення вагітної на вищий рівень надання допомоги.
- При необхідності розродження та за відсутності протипоказань до вагінальних пологів проводиться індукція пологової діяльності окситоцином (за необхідності з попередньою підготовкою шийки матки). [В]

#### **Вагітність в терміні 22 – 23 тижнів + 6 днів**

- Антибіотикопрофілактика.
- Спостереження за станом матері.
- При необхідності розродження та за відсутності протипоказань до вагінальних пологів проводиться індукція пологової діяльності окситоцином (за необхідності з попередньою підготовкою шийки матки). [D]

### **А.3.3. ІНДУКЦІЯ ПОЛОГІВ.**

Вагітним з попереднім КР може призначатися індукція пологів. Проте жінки повинні бути поінформовані, що індукція пологів/родостимуляція супроводжується 2-х - 3-х разовим збільшенням ризику розриву матки й 1,5 – разовим збільшенням ризику КР у порівнянні зі спонтанними пологами. [В]

Окситоцин.

Медикаментозна індукція пологів окситоцином може асоціюватися з підвищеним ризиком розриву матки та повинна використовуватись обережно після відповідного обговорення з жінкою. [В]

## **Простагландини**

Індукція простагландинами у жінок з рубцем на матці **протипоказана**, оскільки супроводжується дуже високим ризиком розриву матки (102/10 000).

Катетер Фолея може безпечно використовуватися для дозрівання шийки матки у жінок з планованою спробою ВПКР. [В]

Дані про ефективність використання ламінарій для дозрівання шийки матки у жінок з планованою спробою ВПКР в літературі відсутні.

Ризики, пов'язані з індукцією пологів, повинні бути обговорені з жінкою та задокументовані у поінформованій згоді.

Остаточне рішення щодо можливості проведення індукції пологів приймає консиліум.

## **Ознаки та симптоми розриву матки:**

В разі ВПКР повинно проводитися безперервне **спостереження за станом матері та плода** для вчасного виявлення ознак розриву матки.

**Підозра на розрив матки потребує невідкладної допомоги та швидкого проведення лапаротомії для зменшення материнської та перинатальної захворюваності та смертності.** [В]

**Наявність патологічного серцевого ритму плода, підтверджена ЕФМ, може бути першою ознакою розриву матки.**

## **Симптоми розриву матки:**

- Патологічний серцевий ритм плода на ЕФМ( тахікардія та децелерації – дуже постійні ознаки загрожуєчого розриву матки. В разі нормального серцевого ритму плода будьте обережні в діагностиці розриву матки).
- Вагінальна кровотеча.
- Гематурія.
- Тахікардія у матері, артеріальна гіпотензія, біль в грудях, задишка, відчуття нестачі повітря.
- Пальпація частин плода в черевній порожнині.
- «Втрата» передлеглої частини плода.
- Раптовий біль в області рубця.
- Біль внизу живота, який зберігається у проміжках між переймами.
- Ослаблення або припинення попередньо ефективної пологової діяльності чи надмірна скоротлива діяльність матки.
- Зміна форми матки.
- Поява болю нетипової локалізації.
- Профілактичне призначення антибіотиків( широкого спектру дії).

### **Тактика надання допомоги в разі появи симптомів розриву матки.**

- **Негайна нижньосередина лапаротомія під ендотрахеальним наркозом з одночасним швидким відновленням ОЦК розчинами кристалоїдів та колоїдів.**
- **Операція має бути розпочата якомога раніше, але не пізніше ніж за 30 хвилин. [С]**
- Об'єм оперативного втручання (ушивання матки або гістеректомія) залежить від:
  - Розміру розриву.
  - Локалізації розриву.
  - Крововтрати.
- Показання до органозберігаючої операції (при неповному та повному розриві матки) при наявності таких умов:
  - Інтактні судинні пучки.
  - Лінійний розрив з чіткими краями.
  - Відсутність ознак маткової інфекції.
  - Збережена скоротлива здатність матки.
- За наявності навченого персоналу та необхідного обладнання доцільним є використання додаткових методів хірургічного гемостазу:
  - Перев'язування маткових та яєчникових артерій.
  - Перев'язування внутрішніх клубових артерій.
  - Емболізація маткових судин.

### **А.3.4. АЛГОРИТМ ВИПИСКИ ІЗ СТАЦІОНАРУ**

При відсутності ускладнень, виписка із стаціонару після ВПКР та після проведення КР проводиться згідно клінічним протоколам: «Нормальні пологи», «Кесарів розтин».

### **А.3.5. АЛГОРИТМ РЕАБІЛІТАЦІЇ.**

#### **Планування сім'ї у жінок після ВПКР**

- Після успішних ВПКР жінці слід рекомендувати загальноприйняті підходи до планування наступної вагітності.
- Наукових доказів, які б обґрунтовували необхідність спеціальних підходів до планування сім'ї після успішних ВПКР, наразі не існує.

### **А.4 Ресурсне забезпечення виконання протоколу.**

#### **А.4.1. Вимоги для установ, які надають первинну медичну допомогу.**

##### **А.4.1.1 Кадрові ресурси (перелік персоналу та вимоги до них).**

Забезпечення медичним персоналом (лікар акушером-гінекологом, сімейний лікар, акушерка), який пройшов навчання і володіє медико-організаційними технологіями антенатального догляду за вагітними з рубцем на матці після КР.

##### **А.4.1.2 Матеріально-технічне забезпечення.**

Наявність ЛПМД з ВПКР на електронних та паперових носіях.

Наявність достатньої кількості пам'яток для вагітних з КР в анамнезі.

Наявність бланків поінформованої згоди на ВПКР.

Наявність обладнання, яке передбачено табелем оснащення для даного закладу.

#### **А.4.2. Вимоги для установ, які надають вторинну допомогу.**

##### **А.4.2.1 Кадрові ресурси (кваліфікаційні вимоги).**

Цілодобова наявність персоналу (акушер-гінекологи, анестезіологи, неонатологи, акушерки, медичні сестри), який пройшов навчання і володіє технологіями ведення ВПКР, проведення ППКР та екстреної акушерської та неонатальної допомоги.

##### **А.4.2.2 Матеріально-технічне забезпечення.**

Наявність ЛПМД з ВПКР на електронних та паперових носіях, наявність бланків партограм.

Наявність бланків поінформованої згоди на ВПКР.

Наявність лікувально-діагностичного обладнання для обстеження, проведення в пологах постійного моніторингу стану плода (фетальний монітор), стану матері, цілодобова можливість проведення ургентного КР, розширеного оперативного втручання, а також реанімації та інтенсивної терапії матері і новонародженого.

Цілодобова доступність кровозамінників та препаратів крові у достатній кількості.

#### **А.5 Індикатори якості медичної допомоги.**

(для оцінки ефективності етапів лікувально-діагностичного процесу)

| <b>№ п/п</b> | <b>Індикатор</b>  | <b>Порогове значення</b> | <b>Методика вимірювання (обчислення)</b>  | <b>Фактори впливу</b>  |
|--------------|---|--------------------------|---|--|
| 1            | Наявність УКПМД та ЛПМД «ВПКР» та ЛПМД  |                          | Наявність у закладі ЛПМД «ВПКР» на електронних та /або паперових носіях   | Наявність бази Інтернет<br>Наявність наказу по закладу про впровадження УКПМД та ЛПМД  |
| 2            | Забезпечення навчання медичного персоналу медико-організаційним технологіям ППКР та ЛПМД  | 90-95%                   | Кількість медичних працівників, які задіяні в виконанні медико-організаційних технологій даного УКПМД та ЛПМД і пройшли навчання x100/ загальна кількість медичних працівників, які задіяні в виконанні технологій даного УКПМД (фізичних осіб) | Наявність наказу по закладу про впровадження УКПМД та ЛПМД, забезпечення мотивації медичного персоналу до впровадження технологій ЛПМД «ВПКР»    |
| 3            | Наявність сучасного медичного обладнання для надання кваліфікованої допомоги вагітним, роділлям і породіллям із з КР в анамнезі | 95% і більше             | Кількість наявного сучасного медичного обладнання x100/ кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання  | Залучення позабюджетних джерел для придбання необхідного медичного обладнання, участь у міжнародних проектах, державних і регіональних програмах |

|    |   |                 |   |  |
|----|---|-----------------|---|--|
| 4  | Частка вагітних, які надали поінформовану згоду на ВПКР під час вагітності                            | 10% і більше    | Кількість вагітних з КР в анамнезі, в індивідуальних картах яких наявна поінформована згода на ВПКР у терміні вагітності 19-21 тижні x100/ загальна кількість вагітних з КР в анамнезі, які закінчили вагітність у звітному періоді | Наявність пам'яток для вагітних з КР в анамнезі, бланків поінформованої згоди на ВПКР, навчання медичного персоналу технологіям УКПМД «ВПКР» |
| 5  | Частка породіль, яким проведена спроба ВПКР   | 10% і більше    | Кількість породіль з КР в анамнезі, яким проведена спроба ВПКР x100/ загальна кількість виписаних породіль з КР в анамнезі  | Наявність ЛПМД «ВПКР»  |
| 6  | Частка породіль з ВПКР, яким було проведено безперервний ЕФМ  | 95% і більше    | Кількість породіль з спробою ВПКР, яким було проведено безперервний ЕФМ x100/ загальна кількість виписаних породіль з спробою ВПКР  | Наявність ЛПМД, навчання персоналу технології безперервного ЕФМ, клінічний аудит   |
| 7  | Частка породіль з КР в анамнезі, яким проведено вдалі ВПКР  | 50% і більше    | Кількість породіль з КР в анамнезі, яким проведено вдалі ВПКР x 100/ загальна кількість породіль з КР в анамнезі, яким проведена спроба ВПКР  | Наявність ЛПМД, навчання персоналу технологіям і проведення ВПКР, клінічний аудит  |
| 8  | Ускладнення спроби ВПКР розривом матки  | Менше 0,7%      | Кількість породіль зі спробою ВПКР, у яких спроба ВПКР ускладнилася розривом матки x 100/ загальна кількість породіль з завершеною спробою ВПКР   | Наявність ЛПМД ВПКР, навчання персоналу технологіям і проведення ВПКР, клінічний аудит   |
| 9  | Ускладнення спроби ВПКР кровотечею  | 15/1000 і менше | Кількість породіль зі спробою ВПКР у яких були кровотечі під час пологів та в післяпологовому періоді x1000/ загальна кількість виписаних породіль зі спробою ВПКР (незалежно від результату спроби)                                | Наявність ЛПМД ВПКР, навчання персоналу технологіям і проведення ВПКР, клінічний аудит   |
| 10 | Захворюваність новонароджених РДС у жінок з завершеною спробою ВПКР (незалежно від результату спроби) | 20/1000 і менше | Кількість новонароджених з РДС та іншими респіраторними станами, народжених від жінок з завершеною спробою ВПКР X 1000/ загальна кількість новонароджених від породіль з завершеною спробою ВПКР (незалежно від результату спроби)  | Наявність ЛПМД ВПКР, забезпечення навчання та мотивації медичного персоналу до впровадження технологій ЛПМД, клінічний аудит                 |

При підготовці УКПМД індикатори повинні відповідати переліку, представленою в КН і СМД, розроблених з даної теми

## В. Додатки

Додаток 1 Пам'ятка для пацієнта

Додаток 2 Додаток до медичної карти амбулаторного хворого

Додаток 3 Форма поінформованої згоди пацієнта на медичну допомогу

Додаток 4 Карта нагляду за перебігом III та післяпологового періодів

**Додаток 1**

### ПАМ'ЯТКА

#### Вагінальні пологи після попереднього кесаревого розтину (ВПКР)

#### **Чи може жінка народжувати через природні пологові шляхи після попереднього кесаревого розтину?**

Багато жінок, які в минулому народжували шляхом кесаревого розтину (КР), все ще можуть народити дитину через природні пологові шляхи, без ризику для свого здоров'я. Спроби вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину (ВПКР) мають високу частоту вдачі та багато переваг.

У випадках, коли спроби вагінальних пологів виявляються невдалими, проводять повторний кесарів розтин.

Нажаль, наявність певних проблем із здоров'ям або неналежні медичні умови роблять проведення ВПКР у деяких жінок занадто ризиковими – в такому випадку, буде рекомендовано проведення повторного кесаревого розтину.

#### **Які переваги та які ризики мають вагінальні пологи після попереднього кесаревого розтину?**

Розродження шляхом кесаревого розтину стає все частішим. Їх проводять з різних причин. Інколи, лікарі можуть рекомендувати вагітній жінці проведення повторного кесаревого розтину замість спроби вагінальних пологів, тому що після попереднього кесаревого розтину на стінці матки залишився рубець.

Однак, вагінальні пологи все ще залишаються безпечною можливістю народити дитину для жінок, які мали кесарів розтин в минулому.

#### **Переваги пологів через природні пологові шляхи**

Існує декілька переваг від пологів через природні пологові шляхи порівняно з повторним кесаревим розтином:

- Зменшується крововтрата
- Відсутня післяопераційна рана та знижений ризик виникнення інфекції
- Відсутні ризики, пов'язані з хірургічним втручанням та анестезіологічним забезпеченням
- Коротше тривалість госпіталізації
- Менші болісні відчуття
- В наступних вагітностях знижується ризик таких ускладнень як передлежання плаценти та її прирощення до стінки матки

#### **Ризики пологів через природні пологові шляхи**

- Спроба ВПКР завершується вдало приблизно в 75% випадків.
- Завершення спроби ВПКР кесаревим розтином при виникненні певних акушерських ситуацій
- Розрив матки відбувається приблизно у 0,2%-0,7% випадків спроб ВПКР

**Що необхідно знати вагітній жінці?**

Можливість здійснення спроби ВПКР в кожному конкретному випадку визначає лікар.

Медична документація (виписка), яку жінка отримала після попереднього КР, може допомогти лікарю у визначенні можливості спроби ВПКР у даному випадку  
Спонтанний початок пологів підвищує шанс вдалих ВПКР

Використання окситоцину з метою індукції перейм та підсилення слабких перейм не протипоказано, але супроводжується підвищенням ризику невдачі при спробі ВПКР та розриву матки.

При взятті на облік вагітної, яка має в анамнезі кесарів розтин, необхідно мати певні анамнестичні дані. Вони дозволять визначити групи жінок які мають низький ризик розриву матки та можуть потенційно спробувати ВПКР та жінок яким ВПКР протипоказані або супроводжуватимуться високим ризиком розриву матки.

**Таблиця 1. Анамнестичні та клінічні дані**

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Протипоказання для спроби ВПКР</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода та ін.)</li> <li>• Попередній корпоральний КР</li> <li>• Попередній Т та J -подібний розріз на матці</li> <li>• Якщо отримана інформація дає підстави припустити корпоральний КР або, що більш імовірно, Т-подібний розріз на матці, жінці варто запропонувати елективний КР.</li> <li>• Розрив матки в анамнезі</li> <li>• Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія або міомектомія, із проникненням у порожнину матки в анамнезі</li> <li>• Тазове передлежання плода (наприкінці третього триместру вагітності)</li> <li>• Розташування плаценти у ділянці рубця на матці</li> <li>• Більше одного КР в анамнезі</li> <li>• Відмова жінки від спроби ВПКР</li> </ul> |
| <p><b>Фактори, які підвищують ймовірність успішних ВПКР</b></p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Показання до попереднього КР, що не повторюються: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Неправильне положення плода,</li> <li>○ Тазове передлежання плода,</li> <li>○ Передлежання плаценти</li> <li>○ Прееклампсія</li> <li>○ Дистрес плода</li> <li>○ Відшарування нормально розташованої плаценти</li> <li>○ Випадіння петель пуповини, тощо</li> </ul> </li> <li>• Вік матері менше 40 років</li> <li>• Бажання жінки/родини народити через природні пологові шляхи</li> <li>• ВПКР в анамнезі</li> <li>• Вагінальні пологі анамнезі</li> <li>• Зріла шийка на момент початку пологів</li> <li>• Спонтанний початок пологів</li> </ul>   |
| <p><b>Фактори, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР</b></p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ожиріння у матері</li> <li>• Вік матері більше 40 років</li> <li>• Великий плід</li> <li>• Показання до попереднього КР, що повторюються <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Клінічно вузький таз (особливо за наявності крупного плода)</li> <li>○ Слабкість пологової діяльності</li> <li>○ Дистоція шийки матки</li> </ul> </li> <li>• Цукровий діабет</li> <li>• Потреба в індукції пологів</li> <li>• Потреба в стимуляції пологів</li> <li>• Багатоводдя</li> </ul>  |
| <p><b>Фактори, асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Проміжок між пологами менше 24 місяців</li> <li>• Попередній КР при терміні &lt;37 тижнів вагітності</li> <li>• Великий плід (макросомія)</li> <li>• Септичне ускладнення з лихоманкою після попереднього КР</li> <li>• Багатоплодова вагітність</li> <li>• Однорядний (проти дворядного) шов на матці</li> </ul>   |



**Поінформована згода пацієнтки на метод розродження після попередньо  
проведеного кесаревого розтину**

Після попереднього обговорення з лікарем акушером – гінекологом можливих методів розродження жінок, що вже мали кесарів розтин (спроба вагінальних пологів або повторний кесарів розтин), Ви можете обрати один з них. Просимо Вас уважно прочитати цю інформацію, якщо виникнуть питання обговорити їх з лікарем та зробити вибір методу розродження.

**Я була поінформована** щодо можливих методів розродження жінок, які вже мали кесарів розтин, та що я не маю медичних протипоказань до спроби вагінальних пологів.

**Я розумію**, що вагінальні пологи мають переваги в порівнянні з повторним кесаревим розтином:

- Зменшується крововтрата;
- Відсутня післяопераційна рана та знижений ризик виникнення інфекції;
- Відсутні ризики, пов'язані з хірургічним втручанням (травма сечового міхура, кишечника ) та анестезіологічним забезпеченням;
- Менша тривалість перебування в лікувальному закладі;
- Більш швидке одужання.

Але існують і певні ризики:

- Розриву матки (до 0,7%)
- Спроба вагінальних пологів може вдало завершитись приблизно в 75% випадків.
- При виникненні певних акушерських ситуацій спроба вагінальних пологів може завершитись кесаревим розтином

**Я підтверджую**, що для прийняття рішення я достатньо інформована в доступній для мене формі.

Я \_\_\_\_\_, добровільно і свідомо хочу здійснити спробу вагінальних пологів.

Я \_\_\_\_\_, добровільно і свідомо вибираю кесарів розтин.

Дата \_\_\_\_\_

Підпис пацієнтки \_\_\_\_\_

## Карта нагляду за перебігом III та післяпологового періодів

ФІБ породіллі \_\_\_\_\_ № історії пологів \_\_\_\_\_

Час народження дитини \_\_\_\_\_ година \_\_\_\_\_ хвилини

Інформована згода породіллі на активне ведення III періоду пологів отримана: ТАК ( )

НІ ( )

Активне ведення III періоду пологів: ТАК ( ) НІ ( )

Очікувальне ведення: ТАК ( ) НІ ( )

Ручне відділення плаценти та виділення посліду ТАК ( ) НІ ( )

Об'єм крововтрати \_\_\_\_\_ Тривалість III періоду пологів \_\_\_\_\_ хвилин

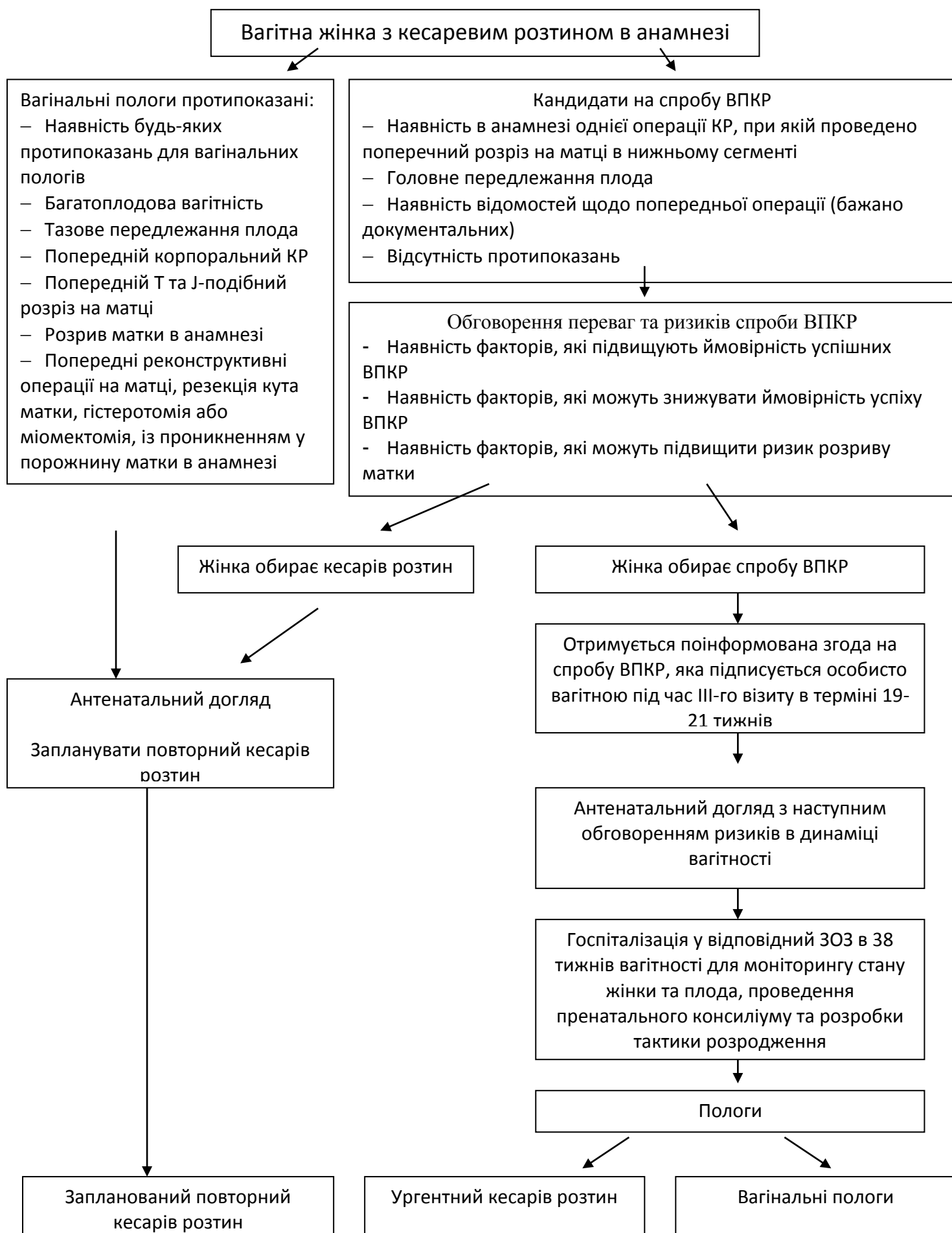
## Ранній післяпологовий період (2 години)

| Година  |       |            | 1 година |    |    |    | 2 година |    |    |    |
|---|-------|------------|----------|----|----|----|----------|----|----|----|
| Хвилини   | після | народження | 15       | 30 | 45 | 60 | 15       | 30 | 45 | 60 |
| плаценти  |       |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
| ПУЛЬС (•)<br>Артеріальний тиск (_ _)                            | 180   |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 170   |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 160   |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 150   |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 140   |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 130   |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 120   |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 110   |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 100   |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 90    |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 80    |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 70    |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 60    |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 50    |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
|   | 40    |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
| 30  |       |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
| Стан матки під час масажу (щільна, м'яка, округла, асиметрична) |       |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
| Загальний об'єм крововтрати (мл)                                |       |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
| Підпис акушерки   |       |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
| Лікарські призначення   |       |            |          |    |    |    |          |    |    |    |
| Підпис лікаря   |       |            |          |    |    |    |          |    |    |    |

## Післяпологовий період

| Година                                       |   | 3 година |    | 4 година | 5 година | 6 година |
|--|---|----------|----|----------|----------|----------|
| Хвилини                                      |   | 30       | 30 | 1 раз    | 1 раз    | 1 раз    |
| ПУЛЬС (•)<br><br>Артеріальний тиск ( _   _ ) | 180   |          |    |          |          |          |
|  | 170   |          |    |          |          |          |
|  | 160   |          |    |          |          |          |
|  | 150   |          |    |          |          |          |
|  | 140   |          |    |          |          |          |
|  | 130   |          |    |          |          |          |
|  | 120   |          |    |          |          |          |
|  | 110   |          |    |          |          |          |
|  | 100   |          |    |          |          |          |
|  | 90  |          |    |          |          |          |
|  | 80  |          |    |          |          |          |
|  | 70  |          |    |          |          |          |
|  | 60  |          |    |          |          |          |
|  | 50  |          |    |          |          |          |
|  | Стан матки під час масажу (щільна, м'яка, округла, асиметрична) |          |    |          |          |          |
| Об'єм крововтрати на момент огляду (мл)      |   |          |    |          |          |          |
| Підпис акушерки                              |   |          |    |          |          |          |
| Лікарські призначення                        |   |          |    |          |          |          |
| Підпис лікаря                                |   |          |    |          |          |          |

## Алгоритм відбору кандидатів для спроби вагінальних пологів після кесарева розтину



## Алгоритм ведення пологів у жінок з кесаревим розтином в анамнезі

