Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно- Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой: Д.М.Н. доцент Базина М.И.

Проверил: К.М.Н., доцент Шапошникова Е.В.

РЕФЕРАТ

**«Течение и ведение беременности и родов у пациентов с рубцом на матке»**

Выполнила: врач-ординатор акушер-гинеколог 1 года

Лучко Надежда Викторовна

Красноярск 2021 г.

**Содержание:**

Введение……………………………………………………………………………………………………………………………..1с.

Определение………………………………………………………………………………………………………………………2с.

Ведение и течение беременности……………………………………………………………………………….…2-5с.

Ведение и течение родов………………………………………………………………………………………………..5-6с.

Заключение…………………………………………………………………………………………………………………........6 с.

Литература…………………………………………………………………………………………………………………………7-8 с.

**Введение**

Роды с рубцом на матке, или естественные роды после оперативных – акушерско-гинекологическое явление, приобретающее все большую значимость среди специалистов и все большую востребованность среди женщин. Сегодня медицинская практика успешно опровергает ранее столь распространенное правило «одно кесарево сечение – всегда кесарево сечение», современные достижения акушерства и гинекологии позволяют женщинам с рубцом на матке успешно рожать в 70-80%, в отсутствие абсолютных медицинских противопоказаний к физиологическим родам.

Данные статистические показатели не говорят, что каждые роды после кесарева сечения могут быть естественными. Решение всегда принимается персонально, на основании компетентного досконального анализа акушерско-гинекологической и общесоматической ситуации, оценки факторов риска и преимуществ самостоятельного рождения ребенка для матери и плода. При этом знание, что родить самой после операции кесарева сечения возможно, необходимо каждой женщине, планирующей еще одного малыша.

**Определение**

Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде, - состояние, осложняющее течение беременности, родов и послеродового периода, связанное с наличием рубца на матке после одного или нескольких операций кесарево сечение (КС) в анамнезе, либо других хирургических вмешательств на матке

**Ведение беременности**

Врач, к которому обратилась женщина с руб­цом на матке при первом посещении женской консультации, должен решить несколько вопросов: возможно ли сохранение беременности при рубце на матке, какова тактика ведения беременности и родов, возможный исход для матери и плода.

Первое, что необходимо сделать, — это установить причину появления рубца на матке: было ли это связано с беременностью или нет; где, когда и кем была оказана помощь; какая проведена операция. Если у беременной имеется выпис­ка из истории болезни, то ответы на интересующие вопросы можно найти в документах. В отдельных случаях приходится запрашивать дополнительные данные из других лечебных учреждений, выписки из операционных журналов. Записи в карте беременных типа «рубец на матке» не дают истинного представ­ления о характере повреждения матки, а следовательно, затрудняют прогнозиро­вание предстоящей беременности.

Для оценки состояния рубца необходимо знать показания к предыдущему кесареву сечению, выполненному в плановом или экстренном порядке, характер возможных осложнений послеродового (послеоперационного) периода: особен­ности заживления раны, наличие температуры, субинволюции матки, эндомет­рита. Уточнить срок пребывания в стационаре после операции, характер лечения: введение антибиотиков, инфузионная терапия.

Необходимо знать жизненную ситуацию в семье беременной: наличие живых детей, желание или нежелание сохранять беременность.

При благоприятных ответах на все эти вопросы беременность может про­должаться под тщательным наблюдением врача и ультразвуковым контролем состояния рубца: после 32-недельного срока его осуществляют каждые 7— 10 дней.

После проведения операции кесарева сечения врач на приёме должен назначить женщины средства контрацепции, в основном актуальными методами контрацепции после кесарева сечения первые 8 месяцев являются презервативы, также большую роль в выборе контрацептивов играет грудное 9 вскармливание, при условии, что женщина кормит грудью, часто врачи назначают гормональные контрацептивы. По истечении 8 месяцев после операции врач советует женщине поставить внутриматочную спираль (ВМС). Планирование беременности стоит начинать не ранее, чем через 2 года после проведённой операции и за 2 – 4 месяца после отмены гормональных контрацептивов или выведения ВМС. После уже проведённой операции на матке очень важно учитывать, что бы беременность не возникла заранее, а следовательно, она должна быть заранее запланирована для её нормальных дальнейших условий течения. Поэтому, как только женщина пришла к выводу, что хочет родить ещё одного ребёнка, она должна обязательно посетить врача с целью оценки состоятельности рубца. Для его оценки пользуются такими методами как: 1. Гистерография. 2. Гистероскопия

По истечению одного года после операции на матке женщина должна пройти исследование на состоятельность рубца, так как учёные пришли к выводу, что рубец формируется к концу первого года после операции и в последующем уже не изменяется

Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери, устанавливается на основании указания на миомэктомию (или другие операции) со вскрытием полости матки или родоразрешение путем операции КС в анамнезе.

На состоятельность рубца на матке и возможность самопроизвольного родоразрешения указывает отсутствие у беременной локальной болезненности при пальпации рубца на матке после КС, кровянистых выделений из половых путей и гипоксии плода по данным кардиотокографии (КТГ)

К факторам, повышающим вероятность успешных ВР, относят: наличие в анамнезе ВР до или после проведенного КС . К факторам, снижающим вероятность успешных ВР, относят такие показания к предшествующему КС, как диспропорция размеров таза и плода, слабость родовой деятельности, дистоция шейки матки , а также гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза в послеоперационном периоде. Для оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке возможно использование калькуляторов риска.

К факторам, снижающим вероятность успешных ВР, относят ожирение у матери (индекс массы тела более 30 кг/м2) и сахарный диабет

 Возраст матери > 40 лет снижает вероятность успешных ВР с рубцом на матке

- Рекомендована оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп при поступлении в стационар с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке

Зрелая шейка матки на момент начала родов повышает вероятность успешных ВР

Не влияют на вероятность успешных ВР: компенсированный гестационный сахарный диабет (без макросомии плода) и недоношенная беременность.

Толщина нижнего сегмента матки, измеренная до начала родовой деятельности, не имеет принципиального значения и при отсутствии других признаков неполноценности рубца может не измеряться , при этом следует обращать внимание на неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком.

Риск разрыва матки после предшествующего T- и J-образного разреза составляет 200 - 900/10 000 родов [[6](https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-posleoperatsionnyi-rubets-na-matke-trebuiushchii-predostavlenija-meditsinskoi/#100209), [16](https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-posleoperatsionnyi-rubets-na-matke-trebuiushchii-predostavlenija-meditsinskoi/#100219)]. В этом случае пациентку следует родоразрешать путем операции КС, поскольку риск разрыва матки составляет 190/10 000 родов

 Не рекомендованы ВР с рубцом на матке после предшествующих реконструктивных операций на матке, резекции угла матки, рудиментарного рога матки, гистеротомии, миомэктомии (2 - 5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла)

-Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при тазовом предлежании плода

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при расположении плаценты в области рубца на матке

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при наличии более одного КС в анамнезе

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при отказе пациентки от попытки ВР после КС

- Не рекомендованы ВР при наличии признаков несостоятельного рубца на матке

Комментарии: К признакам несостоятельности рубца на матке относятся неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком, наличие у беременной локальной болезненности при пальпации рубца на матке после КС, наличие кровянистых выделений из половых путей или гипоксии плода по данным КТГ. Есть данные отечественных авторов о наличии ультразвуковых критериев несостоятельности рубца на матке, к которым относятся: баллонная/конусовидная форма нижнего маточного сегмента; наличие локальных втяжений/утолщений или локальных утолщений + эхонегативность окружающей ткани; участки микроабсцедирования передней стенки матки; выраженная гиперэхогенность области рубца; локальное истончение рубца между маткой и мочевым пузырем; отсутствие диастолического компонента кровотока в области рубца, резкое снижение кровоснабжения передней стенки матки; деформация полости: ниша конусовидной формы > 0,5 см до наружного контура передней стенки .Однако данные критерии несостоятельности рубца на матке остаются дискутабельным вопросом.

**Ведение родов**

Применение простагландинов повышает риск разрыва матки в 2,9 раза по сравнению с пациентками без индукции, в 1,3 раза - по сравнению с применением окситоцина. Преиндукция родов механическими расширителями не противопоказана беременным с рубцом на матке после КС . Преиндукция и индукция родов должна проводиться после оценки акушерской ситуации и факторов риска. Решение о возможности проведения индукции родов принимает консилиум врачей. Индукция родов проводится путем внутривенного введения окситоцина

К факторам, снижающим вероятность успешных ВР, относят: индукцию родов, которая требует использования мероприятий по дозреванию шейки матки, многоводие , преэклампсию , макросомию плода.

Спонтанное развитие родовой деятельности повышает вероятность успешных ВР с рубцом на матке . Индукция родов , клинически узкий таз (особенно при массе плода > 4000 г) , слабость родовой деятельности и дистоция шейки матки снижают вероятность успешных ВР с рубцом на матке.

Для ведения родов через естественные родовые пути у пациентки с рубцом на матке рекомендован непрерывный контроль состояния роженицы (пульс, артериальное давление, сознание, частота дыхания) и плода (КТГ плода) в родах

При начале родовой деятельности рекомендована установка внутривенного катетера (не менее 16G) с целью своевременного начала интенсивной терапии при возникновении критической ситуации в родах и раннем послеродовом периоде.

Рекомендовано в активную фазу I периода родов ограничение перорального приема жидкости и отказ от приема пищи с целью профилактики осложнений при необходимости хирургического вмешательства.

 При ВР у пациенток с рубцом на матке при необходимости обезболивания родов рекомендована эпидуральная аналгезия

Решение о необходимости стимуляции родов рекомендовано принимать на основании партограммы после получения письменного согласия роженицы и проводить исключительно путем в/венного введения окситоцина\*\* в дозе, не превышающей 20 мЕд/минуту.

Стимуляция родов не противопоказана беременным с рубцом на матке после КС.

- Рекомендован тщательный контроль инфузии окситоцина\*\*, обеспечивающий ритм, не превышающий 4 схватки за 10 минут с продолжительностью каждой от 45 до 60 секунд с целью обеспечения эффективности и безопасности родовозбуждения.

Если в активной фазе родов раскрытие шейки матки менее 1 см/час, допустимо выполнение амниотомии с последующей оценкой характера родовой деятельности и раскрытия шейки матки через 2 часа. При достижении скорости раскрытия шейки матки >= 1 см/час следует продолжать ведение ВР. Если при наличии активных схваток и выраженной конфигурации головки скорость раскрытия шейки матки <= 1 см/час рекомендован пересмотр тактики родоразрешения в пользу КС.

- Рекомендовано родоразрешение путем КС при отсутствии эффекта от стимуляции родовой деятельности у пациентки с рубцом на матке, если скорость раскрытия шейки матки составляет < 1 см/час через 2 часа от начала родостимуляции

**Заключение:**

В ходе исследования по данной темы «Течение, ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке» было выявлено, что актуальность данной темы о значительной распространенности осложнений после операции кесарева сечения, которые влекут за собой ряд новых проблем: рост частоты гнойно-септических заболеваний и поиск эффективных мер их профилактики и лечения, сложности ведения беременности и родов при рубце на матке после кесарева сечения, угроза прерывания беременности, разрыв матки по старому рубцу, а так же применение высокоэффективных методов контрацепции, к которым относятся внутриматочная и гормональная контрацепция, соответствует действительности. Поставленные задачи были выполнены: 1 Изучение теоретических аспектов возникновения рубца на матке, течение беременности и особенности родоразрешения женщин с рубцом на матке. 2 Проведен анализ течения беременности и родов у пациенток с рубцом на матке. 3 Разработана санитарно – просветительную работа и внедрена среди женщин. Высокий уровень проведения операции кесарева сечения приводит к проблеме повторной беременности и родов у женщин с рубцом на матке. При подготовке к последующей беременности важную роль имеет оценка состояния рубца на матке. При правильном планировании беременности качество рубца необходимо проверять до наступления беременности, от этого во многом зависит благополучное течение и исход беременности. Исследование для определения состоятельности рубца проводят с помощью УЗИ-гистероскопии и гистеросальпингографии. Эти методы помогут оценить развитие и степень выраженности соединительной ткани в рубце.

***Литература:***

*1)  Акушерство: национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1088 p.*

*2.* [*https://ncagp.ru/index.php?\_t8=262*](https://ncagp.ru/index.php?_t8=262)

*3) Hamilton B., Martin J., Osterman M., Driscoll A., Rossen L. Births: provisional data for 2016. Vital Statistics Rapid Release No 2. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2017.*

*4)  Curtin S.C., Gregory K.D., Korst L.M., Uddin S.F. Maternal Morbidity for Vaginal and Cesarean Deliveries, According to Previous Cesarean History: New Data From the Birth Certificate, 2013. Natl Vital Stat Rep. 2015; 64(4): 1 - 13, back cover*

*5) Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Карапетян А.О., Приходько А.М., et al. Хирургическая тактика операции кесарева сечения. Учебное пособие. - М: Издательский дом "Бином". 2019. 82 стр.*

*6)  Кан Н.Е., Шмаков Р.Г., Кесова М.И., Тютюнник В.Л., Баев О.Р., Пекарев О.Г., et al. Самопроизвольное родоразрешение пациентов с рубцом на матке после операции кесарева сечения. Клинический протокол. Акушерство и гинекология. 2016; (12): 12 – 9*

*7) Yokoi A., Ishikawa K., Miyazaki K., Yoshida K., Furuhashi M., Tamakoshi K. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after cesarean delivery in Japanese women. Int J Med Sci. 2012; 9(6): 488 - 91.*

*8)  Пекарев О.Г., Майбородин И.В., Пекарева Е.О., Поздняков И.М. Самопроизвольное родоразрешение пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Реалии и перспективы. Женское здоровье и репродукция. 2018; 9(28).*

*9) alatnik A., Grobman W.A. Induction of labor versus expectant management for women with a prior cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2015; 212(3): 358. e1 - 6.*

*10) Peaceman A.M., Gersnoviez R., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Varner M.W., et al. The MFMU Cesarean Registry: impact of fetal size on trial of labor success for patients with previous cesarean for dystocia. Am J Obstet Gynecol. 2006; 195(4): 1127 - 31.*

*11) Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. Obstet Gynecol. 2017; 129(5): e123 - 33.*

*12)  Grobman W.A., Lai Y., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J., et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2007; 109(4): 806 - 12.*

*13) Metz T.D., Allshouse A.A., Faucett A.M., Grobman W.A. Validation of a vaginal birth after cesarean delivery prediction model in women with two prior cesarean deliveries. Obstet Gynecol. 2015; 125(4): 948 - 52.*

*14) Kiran T.S.U., Chui Y.K., Bethel J., Bhal P.S. Is gestational age an independent variable affecting uterine scar rupture rates? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006; 126(1): 68 - 71.*

*15) Hibbard J.U., Gilbert S., Landon M.B., Hauth J.C., Leveno K.J., Spong C.Y., 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.*