Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде(Год утверждения: 2021)

Определение заболевания или состояния

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.

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)

Жалобы и анамнез

- Рекомендован сбор акушерского анамнеза с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке.

- Рекомендован сбор соматического анамнеза с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке

Физикальное обследовани

- Рекомендован учет возраста пациентки с целью оценки вероятности 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

- Рекомендована оценка осложнений течения данной беременности с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке

- Рекомендована оценка интранатальных факторов, влияющих на вероятность успешных ВР с рубцом на матке

Лабораторные диагностические исследования (согласно клиническим рекомендациям «Нормальные роды или роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании»)

Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано проведение УЗИ матки и придатков в раннем послеродовом периоде для оценки состояния стенки матки

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

- Пациенткам, перенесшим разрыв матки в родах, рекомендовано повторное плановое КС не позднее 39 недель

- Пациенткам с одноплодной беременностью и рубцом на матке после одного предшествующего КС в нижнем маточном сегменте, без разрыва матки в анамнезе, при нормальной локализации плаценты вне рубца на матке, головном предлежании плода, при отсутствии неравномерного критического истончения зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком, при условии согласия пациентки рекомендовано самопроизвольное ведение родов.

- 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 160) 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 (ЭПА)

- Рекомендовано наблюдение за состоянием роженицы и плода во время родов в соответствии с партограммой с целью динамической оценки состояния роженицы, плода и родовой деятельности

- 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

- 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

- Рекомендовано проведение бимануального влагалищного исследования для определения адекватности прогресса родов и принятия решения о целесообразности продолжения ВР с рубцом на матке

- Рекомендовано родоразрешение путем КС при отсутствии эффекта от стимуляции родовой деятельности у пациентки с рубцом на матке, если скорость раскрытия шейки матки составляет

- Рекомендовано пациенткам с рубцом на матке производить родоразрешение путем КС в случае, если график раскрытия шейки матки достигает или пересекает линию действия на партограмме

- Рекомендовано пересмотреть тактику ведения родов в сторону КС при отказе роженицы от родостимуляции, при появлении признаков угрожающего разрыва матки, клинически узкого таза, слабости родовой деятельности, не поддающейся лечению в течении 2-х часов

- Рекомендовано ведение II периода согласно принятой тактике ведения нормальных родов: вертикальное положение в ранней фазе, свободный выбор положения в родах, отдавать преимущество технике неуправляемых (спонтанных) потуг в условиях непрерывного фетального мониторинга и присутствия врача-анестезиолога-реаниматолога в родильном зале, проведение эпизиотомии и вакуум-экстракции плода по акушерским показаниям

- Рекомендовано при ведении III периода родов отдавать преимущество методике активного ведения родов

- При успешных ВР не рекомендовано рутинное послеродовое ручное обследование матки у пациенток с рубцом на матке при отсутствии симптомов разрьюа матки

- Рекомендовано каждой родильнице обеспечить тщательное мануальное наблюдение за тонусом матки в течении 6 часов после родов: в течении первых 2-х часов - каждые 15 минут, в течении 3-го часа - каждые 30 минут, в течении следующих 3-х часов - каждые 60 минут; оценку состояния матери: пульс и артериальное давление, определение возможности внутреннего кровотечения (расчет шокового индекса) и оценку объема кровопотери (волюметрическим методом) с целью профилактики послеродовых осложнений

Список литературы :

1. Клинические рекомендации : «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде»

2. Beydoun S.N. Morphologic Changes in the Renal Tract in Pregnancy // Clin. Obstet. Gynecol. 1985. Vol. 28, № 2. P. 249–256

3. Moore A. et al. Recommendations on screening for asymptomatic bacteriuria in pregnancy // Can. Med. Assoc. J. 2018. Vol. 190, № 27. P. E823–E830.

4. Sobel JD K.D. Urinary tract infections. In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principlesand practice of infectious diseases. Elsevier. Philadelphia, 2010. 957 p.

5. Erm Jauniaux,Z Alfirevic,A G Bhide,M A Belfort,G J Burton,S L Collins,S Dornan,D Jurkovic,G Kayem,J Kingdom,R Silver L.S. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a // BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol. 2018.

6. Jauniaux E. et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management // BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol. 2019. Vol. 126, № 1. P. e1– e48

7. Guideline No. 402 Diagnosis ana Management of Placenta Previa. J Obstet GynaecolCan. 2020.

8. De Mucio B. et al. A systematic review and meta-analysis of cesarean delivery and other uterine surgery as risk factors for placenta accreta // Int. J. Gynecol. Obstet. 2019. Vol. 147, № 3. P. 281– 291.

9. Timor-Tritsch I.E. et al. Cesarean scar pregnancy and early placenta accreta share common histology. // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2014. Vol. 43, № 4. P. 383–395

10. Society of Gynecologic Oncology et al. Placenta Accreta Spectrum. // Am. J. Obstet. Gynecol. 2018. Vol. 219, № 6. P. B2–B16.

11. Alvarez J. et al. Asymptomatic Bacteriuria in Pregestational Diabetic Pregnancies and the Role of Group B Streptococcus // Am. J. Perinatol. 2010. Vol. 27, № 03. P. 231–234.