**Клинический протокол**

 **«Ведение родов у беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути»**

**Красноярск 2015г**

**Критерии отбора пациенток с рубцом на матке после операции кесарева сечения на роды через естественные родовые пути.**

1. Рубец на матке в нижнем сегменте после одной операции кесарева сечения, после энуклеации фиброматозного узла, после ушивания перфорации матки при выполнении аборта (желательно наличие протокола оперативного вмешательства, с указанием техники разреза и ушивания матки, шовного материала).

2. Наличие в анамнезе самопроизвольных родов.

3. «Зрелая» шейка матки в 40 недель.

4.Отсутствие УЗ признаков неполноценности послеоперационного рубца - нет "ниш", нет истончения нижнего сегмента матки, нет локального изменения структуры миометрия в области рубца (более 2,0 мм в сроке беременности 36-40 недель).

5.Размеры плода не более 4000 гр.

6.Локализация плаценты вне зоны рубца на матке

7.Желание женщины и ее информированное согласие на самопроизвольные роды, оформленное документально.

8.Наличие условий для экстренного родоразрешения путем КС, квалифицированного медицинского персонала, круглосуточной доступной помощи акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов при развернутой операционной и функционирующей трансфузиологической помощи.

9. Возможность выполнения КС в экстренном порядке не позже 15 минут после принятия решения об операции.

11. Решение о возможности ведения родов через естественные родовые пути принимается в плановом порядке врачебной комиссией в составе: зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи, заведующий родовым отделением, заведующий консультативной поликлиникой в сроке беременности 36-40 недель. В экстренном порядке – ответственным дежурным врачом, совместно с дежурным врачом.

12. Плановая госпитализация на родоразрешение в сроке беременности 40 недель.

**Необходимая информация для принятия решения о методе родоразрешения с рубцом на матке.**

1. Показания к предыдущему кесаревому сечению.
2. Плановая либо экстренная была операция.
3. Методика ушивания разреза на матке.
4. Используемый шовный материал.
5. Осложнения во время операции.
6. Объем кровопотери.
7. Течение послеоперационного периода.
8. Методы профилактики инфекционных осложнений.

**Абсолютные противопоказания при доношенной беременности для родов через естественные родовые пути с рубцом на матке**

1.Рубец на матке после

- корпорального кесарева сечения

- якорного разреза на матке,

- консервативной миомэктомии со вскрытием полости матки

- консервативной миомэктомии с удалением 3 и более миоматозных узлов

- лапароскопическая миомэктомия с коагуляцией ложа миоматозного узла

- хирургическая коррекции врожденного порока развития матки.

- ушивание матки после ее разрыва во время беременности или родов

2. Два и более рубца на матке после операции кесарево сечение либо других оперативных вмешательств на матке.

3. Локализация плаценты в области рубца.

4 Наличие тяжелой экстра-генитальной патологии, требующей оперативного родоразрешения.

5. Любое другое акушерское противопоказание для родов через естественные родовые пути

6. Осложненное течение послеоперационного периода предыдущего кесарева сечения - метроэндометрит, субинволюция матки, перитонит.

7. Наличие клинических и инструментальных признаков неполноценности рубца на матке:

- локальная болезненность при пальпации матки в области рубца, болезненные шевеления плода;

- истончение нижнего сегмента матки менее 2,0 мм, наличие "ниши" в области послеоперационного рубца по УЗИ

**Наблюдение во время беременности**

1. Наблюдение во время беременности проводят по общепринятым стандартам.
2. Беременная с рубцом на матке должна быть информирована о возможности ведения родов через естественные родовые пути.
3. Беременная с рубцом на матке должна посещать школу матерей в женской консультации. Зачастую этого не происходит, по причине ориентации таких беременных на кесарево сечение.
4. У пациентки должны быть документ о предыдущей операции кесарево сечение (в случае отсутствия делается официальный запрос в медучреждение).
5. В третьем триместре беременная с рубцом на матке должна быть проконсультирована в ККК ЦОМД о возможности естественных родов.

**Диагностика состоятельности рубца на матке после операции кесарева сечения до беременности:**

1. Проводится через 8-12 месяцев после операции
2. УЗИ матки на 5-7 день менструального цикла (несостоятельность диагностируется на основании дефекта в виде глубокой ниши треугольной формы; возможно истончение в области шва)
3. Гистероскопия на 7-14 день менструального цикла (при несостоятельности опре­деляются неровный рельеф стенки матки, углубления, расслоение мышеч­ных волокон).
4. МРТ (в случае серьезных дефектов, выявленных на УЗИ либо гистероскопии)
5. При выявлении признаков несостоятельности рубца на матке, перед планированием беременности, решение о необходимости проведения метропластики принимается коллегиально в условиях консультативной поликлиники КГБУЗ КККЦОМД

**Факторы повышающие вероятность успешных родов через естественные родовые пути:**

1. Роды через естественные родовые пути перед операцией кесарева сечения
2. Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке после операции кесарева сечения
3. Зрелая шейка матки
4. Спонтанное начало родовой деятельности
5. Возраст матери менее 40 лет
6. Настрой беременной на родах через естественные родовые пути

**Преиндукция и индукция родов.**

Наличие «зрелых» мягких родовых путей и в большей степени их прогрессивные динамические изменения на фоне проводимой подготовки к родам являются клиническими маркерами состоятельности рубца на матке и благоприятным фактором прогнозирования родов через ЕРП.

Начало ведения родов у беременных с рубцом на матке может быть как самопроизвольным, так и программированным.

1. Амниотомия при «зрелой» шейке матки в сроке 40/4 дня, в соответствии с протоколом индукции родов при доношенной беременности без рубца на матке.
2. Преиндукцию родов начинают в сроке 40/4 недели.
3. С целью индукции родов при «незрелой» либо «недостаточно зрелой» шейке матки применяются «мифепристон» и «препидил-гель» (простогландин Е2). Схема введения данных препаратов не отличается от таковой схемы, которую используют при индукции родов у пациенток без рубца на матке.
4. Применение «мизопростола» (простогландин Е1) увеличивает риск разрывов матки, поэтому его применение противопоказано.

5.После проведения амниотомии с целью индукции родов, в течении 4 часов проводят наблюдение за развитием спонтанной родовой деятельности. Если в течение 4 часов не развилась регулярная родовая деятельность, то возможно родовозбуждение «окситоцином».

6. При отсутствии динамических изменений зрелости шейки матки на фоне преиндукции родов – кесарево сечение.

**Ведение родов.**

1. Многоплодная беременность не является противопоказанием для родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке.

2. Тазовое предлежание плода не является противопоказанием для естественных родов у пациенток с рубцом на матке.

3. Преждевременные роды не являются противопоказанием для естественных родов у пациенток с рубцом на матке.

В сроке гестации до 26 недель роды с рубцом через естественные родовые пути являются предпочтительными по сравнению с операцией кесарево сечение, учитывая сомнительный перинатальный прогноз.

4. Роды у пациенток с рубцом на матке ведутся под непрерывным мониторированием сокартительной деятельности матки и частоты сердечных сокращений плода.

Изменения частоты сердечных сокращений плода является одним из самых ранних признаков начала разрыва матки.

5. Роды, у пациенток с рубцом на матке, ведутся под постоянным мониторированием АД, ЧСС, так как изменение гемодинамики является признаком начавшегося разрыва матки.

6. Рубец на матке не является противопоказанием для обезболивания родов. Методом обезболивания должна быть предпочтительнее – эпидуральная анестезия. Мнение о том, что применение региональной анестезии сглаживает клинику разрыва матки и несостоятельности рубца не подтвердилось.

Использование эпидуральной анестезии в родах, за счет снижения болевого компонента помогает настроить пациентку на естественное родоразрешение.

1. Использование окситоцина с целью родовозбуждения и родостимуляции при естественных родах у пациенток с рубцом на матке не противопоказано. Схема и доза введенного препарата в соответствии с общепринятой методикой. Но при увеличении дозы окситоцина повышается риск разрыва матки
2. Эпизиотомию проводят только по показаниям.
3. По показания и при соблюдении всех условий проводится вакуум-экстракция плода.

**Признаки состоятельности рубца на матке в родах.**

1. Отсутствие жалоб пациентки на локальную болезненность в области нижнего сегмента между схватками или его пальпации.
2. Регулярная родовая деятельность, регистрируемая клинически и при токографии.
3. Нормальное состояние плода при мониторном контроле

Считается, что регулярная и эффективная родовая деятельность является клиническим критерием состоятельного рубца на матке.

**Признаки угрожающего или начавшегося разрыва матки в родах:**

1. Патологическая кардиотокограмма
2. Напряженность в надлобковой области и локальная болезненность
3. Кровянистые выделения из половых путей
4. Острые боли в эпигастрии
5. Тошнота, рвота
6. Тахикардия
7. Остановка родовой деятельности

**\**

**Третий и ранний послеродовый периоды родов.**

1. Профилактика кровотечения роженице с рубцом проводится по общепринятой схеме.

Ручное отделение плаценты проводят только по акушерским показаниям (дефект последа, ущемление последа, аномалии прикрепления плаценты, кровотечение).

Рутинное ручное обследование полости матки может способствовать повышению частоты перфорации матки в области рубца.

1. В раннем послеродовом периоде проводится непрерывное мониторирование витальных функций: АД, ЧСС, SaO2.
2. В раннем послеродовом периоде плотная, хорошо сократившаяся матка является признаком состоятельности рубца.
3. Родильница с рубцом на матке находится под наблюдением в родильном зале в течение 4 часов.
4. УЗИ исследование проводится в плановом порядке на 3-и сутки.
5. При появлении признаков разрыва матки в родах – ориентироваться только на клинические симптомы. Проведение УЗИ в такой ситуации способствует потере времени и ухудшению клинической ситуации.

**Рекомендации при выписке у пациенток после кесарева сечения:**

1. Паспортизация операции кесарево сечение при выписке. Содержание паспорта должно включать в себя сведения о технике операции, показаниях к операции, кровопотерю, особенности и осложнения во время операции, течение послеоперационного периода, результаты диагностических исследований, лечебные мероприятия.
2. Контрацепция. Метод контрацепции необходимо выбрать при выписке из родильного дома. Предпочтительнее гормональная контрацепция.
3. При выписке ориентировать пациентку о возможности родов через естественные родовые пути, при отсутствии абсолютных противопоказаний.