МИНИСТЕРСТВО ВЫСЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОСИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.И. ВЕРНАДСКОГО»
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им. С.И.ГЕРГИЕВСКОГО
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии №2

РУБЕЦ НА МАТКЕ. ПЕРСПЕКТИВЫ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ РОДОВ

Работу выполнила: студентка 4 курса
Гр. Л2-С-О-172-2(Б)
Бабич Елизавета Анатольевна

Актуальность

В последние годы в акушерстве наблюдается существенный рост количества операций кесарева сечения (КС), частота которых в 2-3 раза превышает рекомендованный ВОЗ предельный уровень, составляющий 15% от объема всех родоразрешающих операций.

Одной из основных причин роста частоты КС в развитых странах является увеличение числа беременных женщин с рубцом на матке в результате первой операции

Немаловажен тот факт, что показанием для повторного кесарева сечения не во всех случаях является рубец на матке, что, в свою очередь, создает резерв для снижения частоты операций КС в структуре родов.

Определение

Рубец на матке – зона с измененной структурой, возникшая в результате оперативного вмешательства, проводимого на матке (Кесарево сечение, реконструктивно-пластические операции).

В результате проведения оперативных вмешательств на матке в зоне разреза возможно формирование рубца с элементами грубой волокнистой соединительной ткани.

В свою очередь полноценный рубец формируется за счет гладкомышечных клеток (миоцитов) и не вызывает морфологических и функциональных изменений матки.

Субституция

↓

Не состоятельный рубец

Реституция

↓

Состоятельный рубец

Гистологическая картина

ис. 1. Участок миометрия в области рубца, препарат 28А (основная группа). Инвазия миоцитов в ткань рубца (окраска гематоксилин-эозином, увеличение ×64)

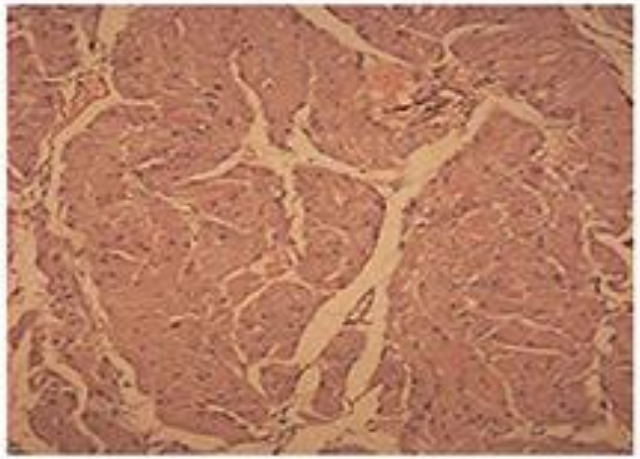


Рис. 2. Гистология рубца, препарат 45В (контрольная группа). На снимке видны грубые соединительнотканные волокна (окраска гематоксилин-эозином, увеличение ×64)

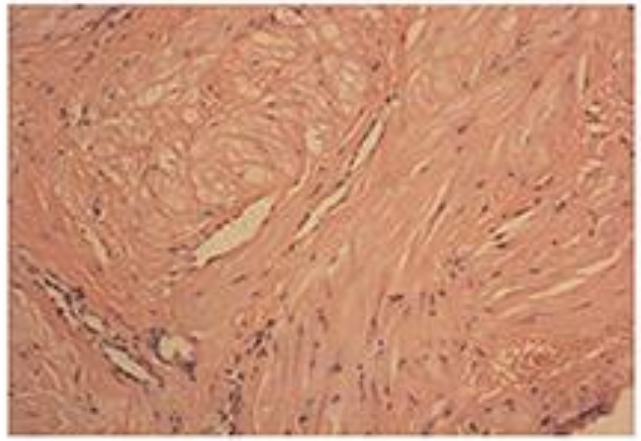
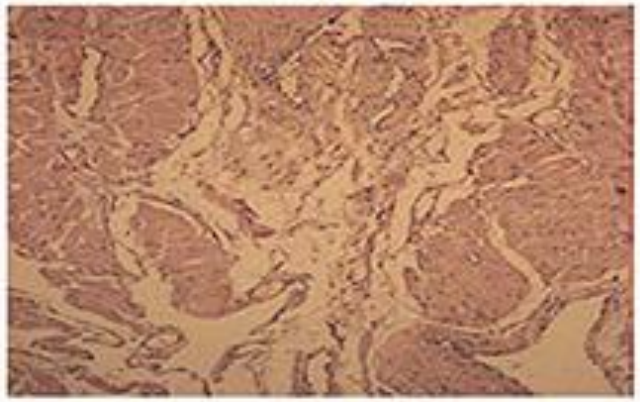


Рис. 3. Участок миометрия в области рубца, препарат 73А (основная группа). Наличие артериол в мышечной ткани (окраска гематоксилин-эозином, увеличение ×64)



Тактика

Оценка состояния репаративных процессов в месте операции осуществляется в три этапа: в послеоперационном периоде; через 5-9 месяцев после операции; во время следующей беременности. Данные о каждом исследовании заносятся в амбулаторную карту и используются при очередной беременности для выбора тактики родоразрешения.

Из научных данных некоторых авторов следует, что родоразрешение через естественные родовые пути можно осуществить у 75% беременных с рубцом на матке.

Оценка состояния репаративных процессов в месте операции в послеоперационном периоде

Используются 2 метода

УЗИ – на 5-6 сутки после операции. При наличии УЗИ-признаков эндометрита, остатков плацентарной ткани, субинволюции матки, несостоятельного шва на матке производится гистероскопия.

. Гистероскопия – является диагностической и лечебной манипуляцией. При проведении ее подтверждается или отвергается УЗИ-подозрение на патологию, проводится удаление патологического субстрата из матки, санация полости матки антисептическими растворами (хлоргексидин), установка системы аспирационнопромывного дренирования на 48-72ч., сочетающегося с комплексной терапией.

Состоятельность шва

При выявлении несостоятельности шва на матке возможны три варианта клинического течения

1 вариант – купирование эндометрита и заживление шва на матке вторичным натяжением. После контрольного УЗИ родильница выписывается домой под амбулаторное наблюдение.

2 вариант – купирование эндометрита и сохранение частичной несостоятельности шва на матке. При этом варианте показаны лапаротомия, иссечение несостоятельного шва на матке в пределах здоровых тканей, зашивание раны матки отдельными мышечно-мышечными швами синтетическим рассасывающимся шовным материалом.
Тактика: лапаротомия, иссечение несостоятельного шва

3 вариант – прогрессирование эндомиометрита, полная несостоятельность шва на матке.
Тактика – экстирпация матки с маточными трубами.

Диагностика состояния рубца на матке вне беременности.

В интервале от 5 до 9-го месяцев после операции проводится определение состояния рубца. Для диагностики используются УЗИ, гистероскопия и гистерография.

Гистерография проводится на 7-9 день менструального цикла. Признаки несостоятельности рубца: 1.значительное смещение матки кпереди; 2. ниши и дефекты наполнения в области рубца; 3. зазубренные и истонченные контуры внутренней поверхности матки в области рубца, равномерность и структура,

Гистероскопия производится на 4-5-й день менструального цикла. Возможны 3 варианта состояния рубца:

рубец не визуалируется – произошла полная регенерация за счет мышечной ткани. Заключение: рубец состоятельный

на протяжении не более 1/3 области рубца определяются белесоватые волокна (соединительная ткань). Заключение: рубец состоятельный.

Заключение: рубец состоятельный.ткань в области рубца белесоватого цвета, сосуды отсутствуют, отмечается втяжение рубца. Заключение: рубец несостоятельный.

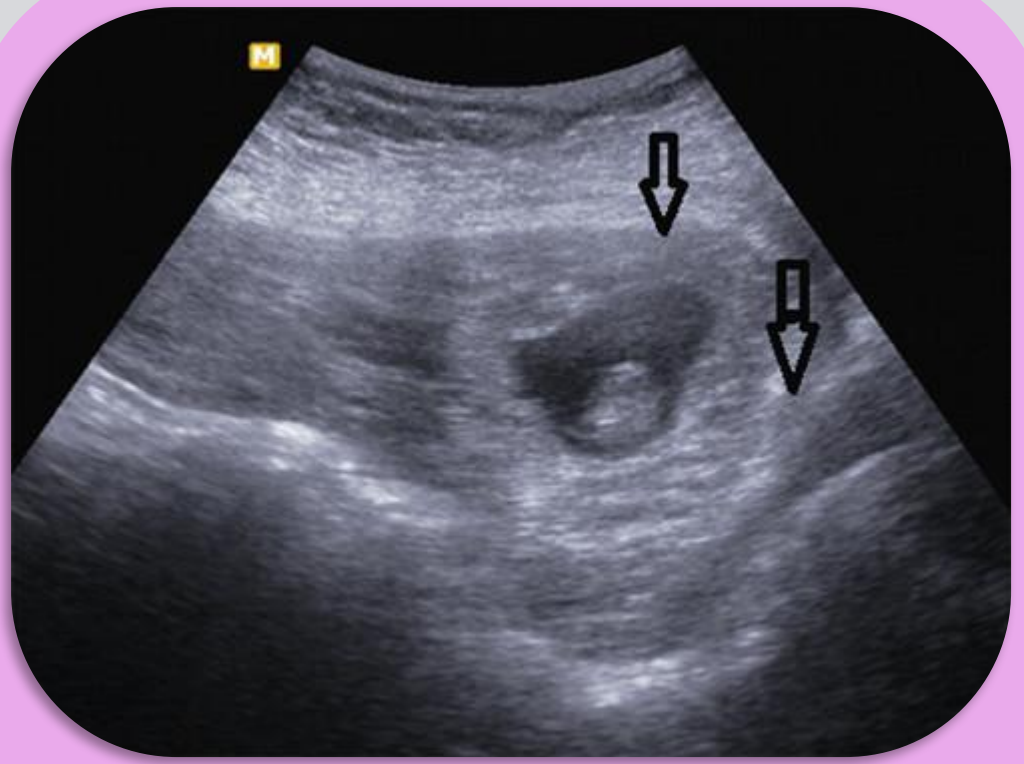
Диагностика состояния рубца при беременности

Возможности диагностики ограничиваются только УЗИ исследованием.

Первые УЗИ желательно произвести в 4-5 недель беременности для определения расположения плодного яйца. В случае локализации его не стенке матки в месте предполагаемого рубца женщине следует предложить прерывание беременности для избежания формирования неполноценного рубца за счет протеолитических ферментов хориона.

Признаками несостоятельности являются: неравномерная толщина стенки нижнего сегмента, толщина стенки матки в области рубца менее 2,5-3,0 мм, недостаточная васкуляризация в области рубца.

Беременность в рубце. Стрелкой помечено плодное яйцо, соответствующее 3-4 неделям беременности, в области рубца после кесарева сечения.



Беременность 9 недель в рубце. Стрелками помечена зона выбухания нижнего сегмента с отсутствием миометрия передней стенки.

Роль УЗИ

При попытке проведения родов через естественные родовые пути следует учитывать данные, полученные при ультразвуковом исследовании, в совокупности с другими факторами.

1

Толщина миометрия в нижнем сегменте матки.
Если толщина 3,5 мм и более- риск минимальный (около 0,7%), если менее 2 мм- риск высокий (около 100%).

2

Однородность, наличие «ниш» или локальных истончений миометрия в нижнем сегменте матки.

3

Наличие выпячиваний в месте истончения, которое направлено по направлению мочевого пузыря (появляется во время схватки или при шевелении плода, и свидетельствует о неполном разрыве матки).

Классификация

(в зависимости от причины)

1. Рубец после кесарева сечения
   - в нижнем маточном сегменте
   - корпоральный рубец
   - истмико-корпоральный рубец

2. Рубец после консервативной миомэктомии до и во время беременности :
   - без вскрытия полости матки
   - со вскрытием полости матки
   - рубец после удаления субсерозно-интрамурального узла
   - рубец после удаления интралигаментарной миомы матки

3. Рубец после перфорации матки (аборты, гистероскопия).

4. Рубец на матке после эктопической беременности, расположенный в интерстициальном отделе маточной трубы, в месте сообщения рудиментарного рога матки, в шейке матки после удаления шеечной беременности.

5. Рубец на матке после реконструктивно-пластических операций (метропластика, удаления перегородки, рудиментарного рога).

Может ли женщина рожать через естественные родовые пути после предыдущего кесарева сечения?

Многие женщины, которые в прошлом рожали путем операции кесарева сечения (КС), все еще могут родить ребенка через естественные родовые пути без риска для своего здоровья. В случаях, когда попытки влагалищных родов оказываются неудачными, проводят повторное кесарево сечение.

К сожалению, наличие определенных проблем со здоровьем или ненадлежащие медицинские условия делают проведение ВРКС у некоторых женщин слишком рискованными – в таком случае, будет рекомендовано проведение повторного кесарева сечения.

Влияние рубца на беременность

Беременных с рубцом на матке можно отнести к группе риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений, таких как:

1. самопроизвольного аборта
2. разрыва матки по рубцу, преждевременных родов
3. плацентарной недостаточности
4. гипоксии и внутриутробной гибели плода

Влияние рубца на беременность

Помимо этого может стать причиной развития аномалий плаценты, которые в свою очередь могут усугублять ситуацию

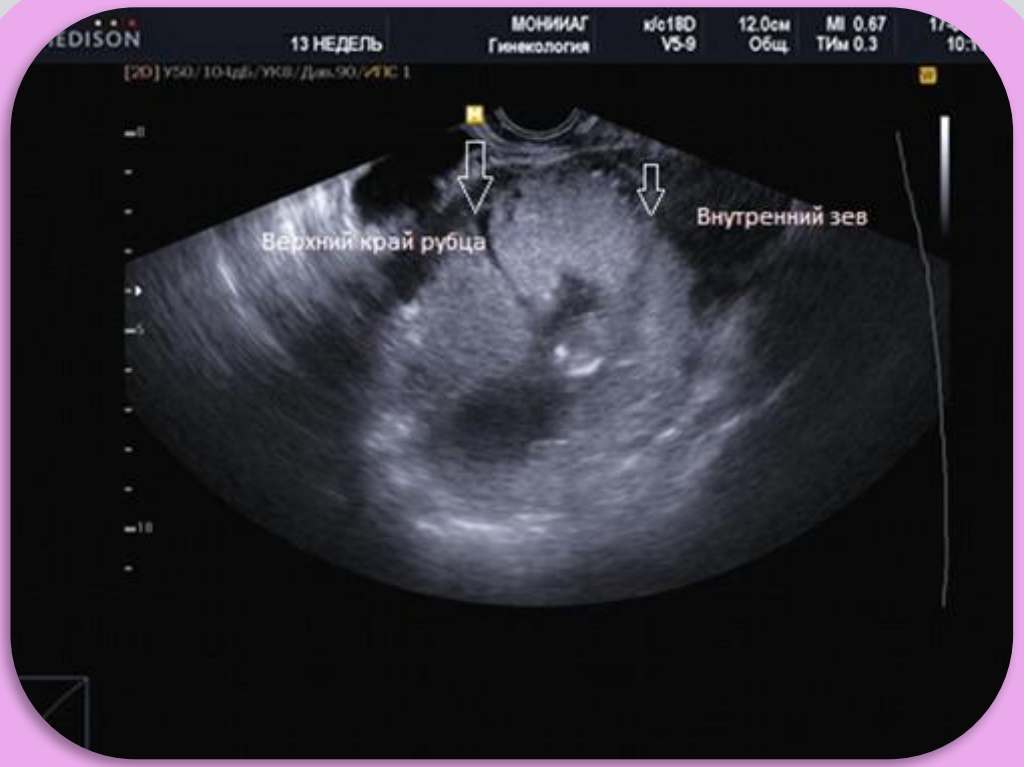
1. Низкое прикрепление плаценты – аномалии расположения плаценты, когда между ее нижним краем и зевом матки менее 6 см.

2. Предлежание плаценты - аномалии расположения плаценты, при которых, прикрепляясь в нижнем сегменте матки, она закрывает частично или полностью внутренний зев шейки матки.

3. Врастание плаценты – патологическое состояние, при котором происходит внедрение ткани плаценты непосредственно в глубь мышечного слоя матки.

4. Приращение плаценты - патологическое состояние характерезующееся прикреплением плаценты к мышечным волокнам.

Предлежание и врастание плаценты. Стрелками помечен внутренний зев с предлежащей плацентой, дефект миометрия передней стенки матки в предполагаемой области рубцов.



Несостоятельный рубец. Предлежание хориона. Стрелками помечен внутренний зев шейки матки и верхний край рубца, между ними зона выбухания нижнего сегмента с отсутствием миометрия передней стенки.

Ведение беременных на этапе женской консультации

1. Беременные, имеющие рубец на матке после КС, наблюдаются в женской консультации в соответствии с действующим унифицированным клиническим протоколом, регламентирующим амбулаторное наблюдение беременных.

2. При постановке на учет по беременности врачом акушером-гинекологом на основании имеющейся медицинской документации уточняются показания, условия операции КС, течения предыдущего послеродового периода, типе разреза на матке (в нижнем сегменте/корпоральное), о виде шовного материала, технологии ушивания разреза матки, течении послеоперационного периода.

3. При отсутствии медицинских документов, с описанием техники предыдущей операции КС, предполагается, что был произведен поперечный разрез в нижнем маточном сегменте, за исключением преждевременного родоразрешения и родоразрешения по показаниям поперечное положение плода.

4. Обсуждается возможность ведения родов через естественные родовые пути, выясняется желание женщины, озвучиваются все преимущества и риски как повторного оперативного родоразрешения, так и вагинальных родов.

Наблюдение на этапе акушерского стационар

1. Все женщины с рубцом на матке должны быть госпитализированы в соответствующее УЗ в 38 недель беременности для мониторинга состояния женщины и плода, проведения консилиума для окончательного согласования тактики родоразрешения.

2. При поступлении в стационар:

   - производится забор крови для определения группы крови и резус-фактора, общего анализа крови, коагулограммы. Проводится общий анализ мочи, анализ выделений.
   - оценивается состояние плода: КТГ, УЗИ, допплерометрия.
   - дополнительные обследования проводят при наличии соответствующих показаний.

3. Проводится консилиум врачей совместно с заведующим родильным

Противопоказания к проведению родов через естественные родовые пути

1. Отказ пациентки.
2. Любое из показаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения, согласно действующего унифицированного клинического протокола «Кесарево сечение».
3. Корпоральный, Т и J-образный разрез на матке во время предыдущей операции КС.
4. Многоплодная беременность.
5. Разрыв матки в анамнезе.
6. Тазовое предлежание плода.
7. Расположение плаценты в области рубца на матке.
8. Более одного КС в анамнезе.
9. Предполагаемая масса плода более 4000

Факторы, повышающие вероятность успешных родов через естественные родовые пути

Дородовые
1. Отсутствие осложнений 2. Возраст матери меньше 40 лет 3. Желание женщины родить через естественные родовые пути 4. ВРКС в анамнезе 5. Вагинальные роды в анамнезе

Интранатальные
1. Спонтанное начало родов 2. Зрелая шейка матки к моменту начала родов 3. Вторая половина активной фазы первого периода родов на момент поступления в стационар (раскрытие шейки матки 6 см и более)

Факторы, которые могут снижать вероятность успешных родов через естественные родовые пути

1. Потребность в применении индукции родов
2. Возраст матери более 40 лет
3. Многоводие
4. Преэклампсия
5. Синдром задержки внутриутробного развития плода (СЗРП)
6. Макросомия плода

Алгоритм отбора кандидатов для попытки вагинальных родов после кесарева сечения

Беременная женщина с кесаревым сечением в анамнезе

Вагинальные роды противопоказаны:

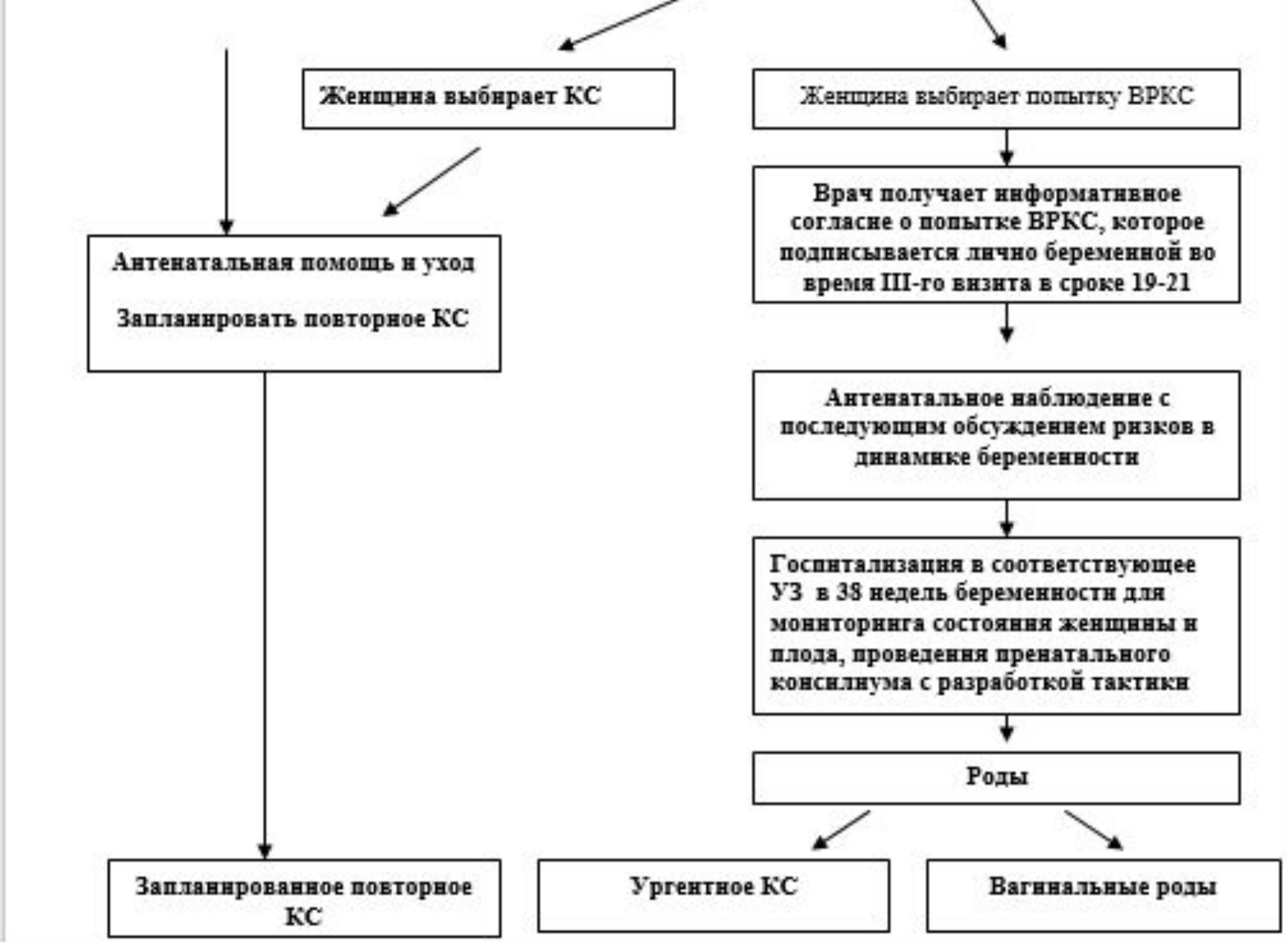
- Наличие каких-либо противопоказаний для вагинальных родов
- Многоплодная беременность
- Тазовое предлежание плода
- Предыдущее корпоральное КС
- Предыдущий T и J - подобный разрез на матке
- Разрыв матки в анамнезе
- Предыдущие реконструктивные операции на матке, резекция угла матки, гистеротомия или миомэктомия, с

Кандидаты для попытки ВРКС

- Наличие в анамнезе одной операции КС, при которой проведен поперечный разрез на матке в нижнем сегменте
- Головное предлежание плода
- Наличие сведений относительно предыдущей операции (желательно документальных)
- Отсутствие противопоказаний

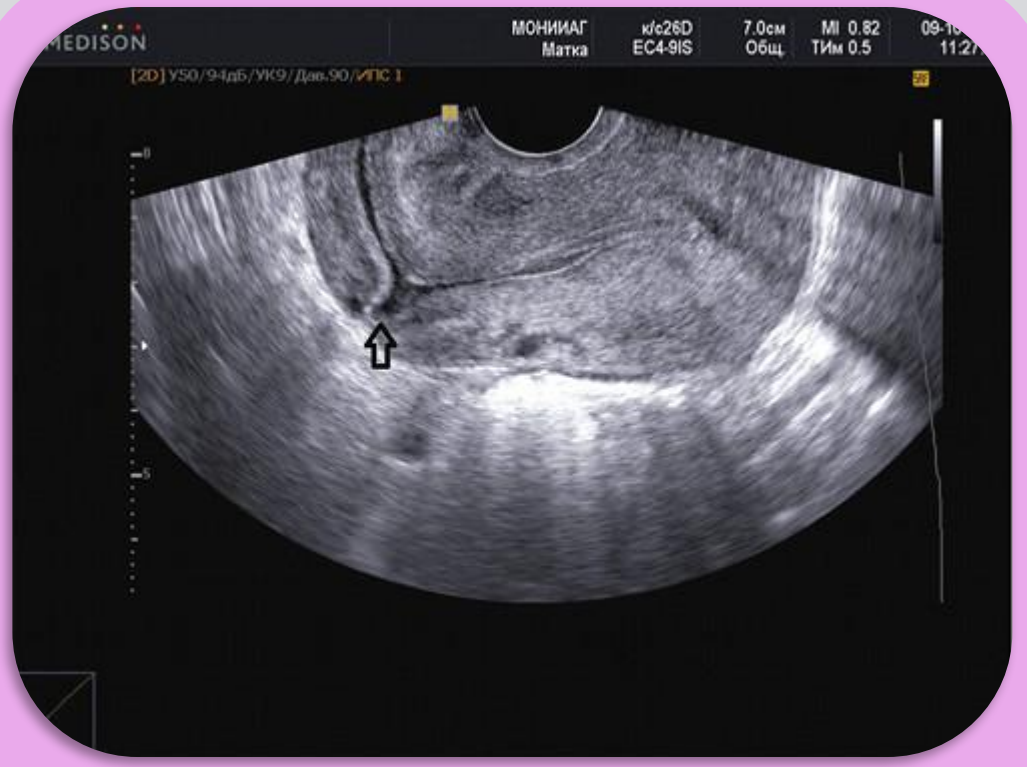
Обсуждения преимуществ и рисков попытки ВРКС

- Наличие факторов, которые повышают вероятность успешных ВРКС
- Наличие факторов, которые могут снижать вероятность успеха ВРКС
- Наличие факторов, которые могут повысить риск разрыва матки


Женщина выбирает КС
Женщина выбирает попытку ВРКС
Антенатальная помощь и уход
Запланировать повторное КС
Врач получает информативное согласие о попытке ВРКС, которое подписывается лично беременной во время III-го визита в сроке 19-21
Антенатальное наблюдение с последующим обсуждением рисков в динамике беременности
Госпитализация в соответствующее УЗ в 38 недель беременности для мониторинга состояния женщины и плода, проведения пренатального консилиума с разработкой тактики
Роды
Запланированное повторное КС
Ургентное КС
Вагинальные роды

Ниши в стенке матки

Ниша – это определенный дефект, который образовывается в рубце после кесарева сечения. Он имеет чаще треугольную или мешковидную форму, заполненный жидкостью, различных размеров и глубины, иногда может быть поражена даже вся толща стенки матки.



Несостоятельный рубец на матке. Стрелкой помечена ниша со стороны полости в области рубца после кесарева сечения.

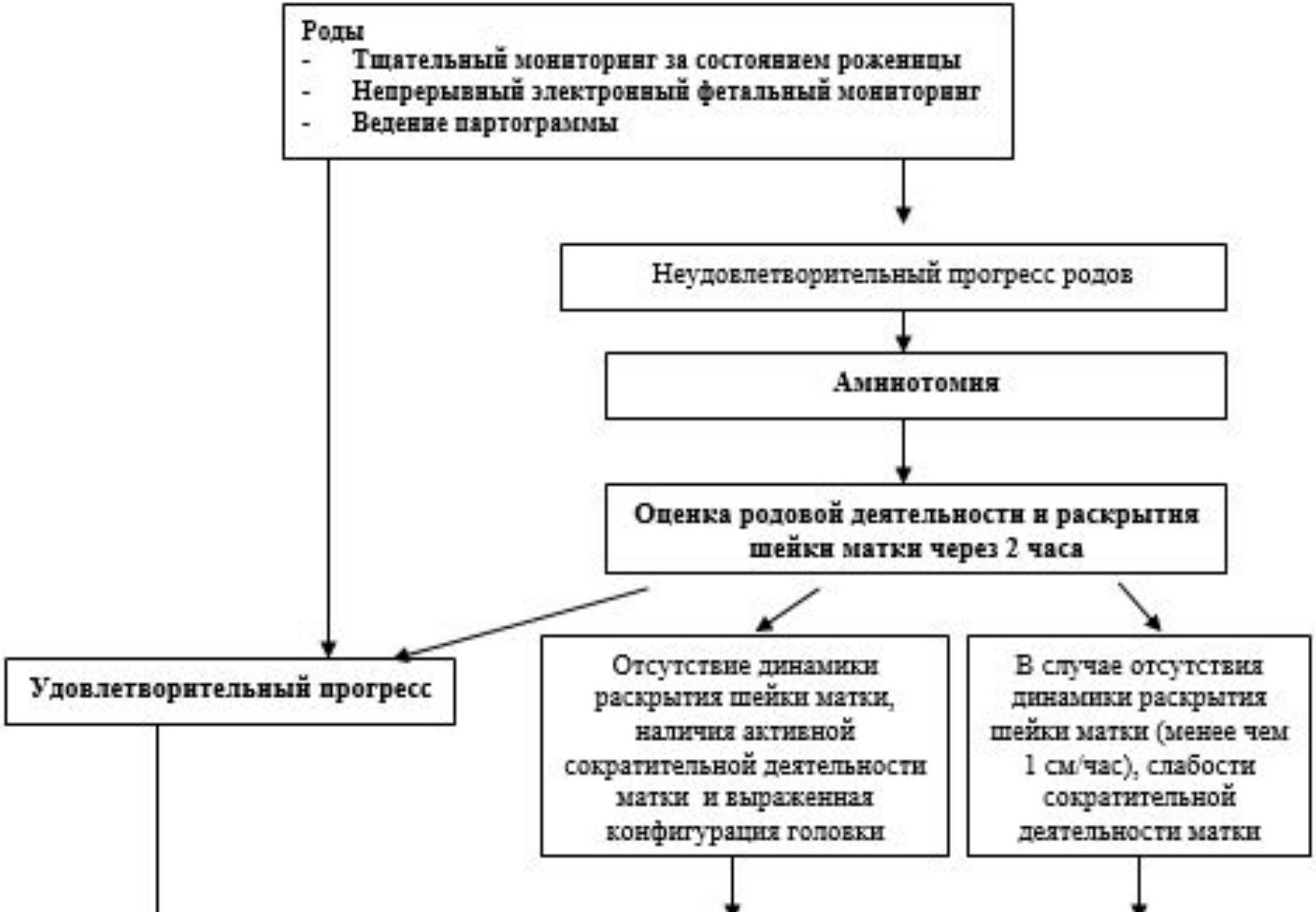
Преимущества родов через естественные родовые пути

1. Уменьшается кровопотеря
2. Отсутствует послеоперационная рана и снижен риск возникновения инфекции
3. Отсутствуют риски, связанные с хирургическим вмешательством и анестезиологическим обеспечением
4. Короче продолжительность госпитализации
5. Меньшие болезненные ощущения

Риски родов через естественные родовые пути

1. Попытка ВРКС завершается удачно приблизительно в 75% случаев.
2. Завершение попытки ВРКС кесаревым сечением при возникновении определенных акушерских ситуаций
3. Разрыв матки происходит приблизительно в 0,2%- 0,7% случаев попыток ВРКС

Алгоритм ведения родов у женщин с кесаревым сечением в анамнезе



Наличие диспропорции размеров головки плода и таза матери
Нет
Удовлетворительное состояние матери и плода
Да
Стимуляция родовой деятельности
Эффективная
Неэффективная через 2 часа от начала
Нет
Да
Влагалищные роды
Оперативное родоразрешение

Особенности ведения родов у женщин с оперированной маткой.

1. роды должны быть тщательно обезболены, т.к. болевой синдром может быть дополнительной причиной развития аномалии родовой деятельности;
2. при развитии слабости родовой деятельности или необходимости индукции родов используются утеротонические препараты (окситоцин и простагландины, но это сопряжено с риском разрыва матки.
3. роды ведутся с инфузионной терапией в режиме постоянного мониторирования состояния плода, родовой деятельности, УЗ контролем состояния рубца;
4. при проведении родов необходимо присутствие в роддоме квалифицированного акушера-гинеколога, анестезиолога, неонатолога, а также наличие готовности операционной для проведения оперативного вмешательства при возникновении осложнений;
5. в раннем послеродовом периоде показано контрольное ручное обследование стенок полости матки и через 2 часа после родов – УЗИ.

Симптомы разрыва матки

1. патологический сердечный ритм плода на ЭФМ (тахикардия и децелерации являются наиболее частыми признаками угрожающего разрыва матки)
2. тахикардия у матери, артериальная гипотензия, боль в груди, одышка, ощущение нехватки воздуха.
3. пальпация частей плода в брюшной полости.
4. внезапная боль в области рубца.
5. боль внизу живота, которая сохраняется в промежутках между схватками.
6. ослабление или прекращение предварительно эффективной родовой деятельности или чрезмерная сократительная деятельность матки.
7. «потеря» предлежащей части плода.
8. изменение формы матки.
9. появление боли нетипичной локализации.
10. гематурия.
11. влагалищное кровотечение.

Тактика оказания помощи в случае появления симптомов разрыва матки

1. немедленная лапаротомия под эндотрахеальним наркозом с одновременным быстрым восстановлением ОЦК растворами кристаллоидов и коллоидов.

2. операция должна быть начата как можно раньше, но не позже чем за 15 минут.

3. показаниями к органосберегающей операции (при неполном и полном разрыве матки) являются: интактные сосудистые пучки; линейный разрыв с четкими краями; отсутствие признаков маточной инфекции; сохранена сократительная способность матки.

4. при наличии обученного персонала и необходимого оборудования целесообразным является

Выводы

Наличие рубца на матке является неблагоприятным прогностическим признаком. Как следствие, роды через естественные родовые пути у женщин, имеющих рубец на матке, сопряжены с рисками осложнений.

Для выбора тактики ведения родов врач должен провести детальное обследование беременной женщины. Оценить все факторы риска и в полном объёме доходчиво объяснить все беременной. Решение о ведении родов должно обсуждаться с беременной и должно учитываться ее желание.

В случае, если были выбраны роды через естественные родовые путь, должны быть условия для экстренного проведения Кесарева сечения при требующей этого ситуации.

Список литературы

1. Возможности ультразвуковой диагностики и ведения беременности в рубце на матке. М.А. Чечнева, А.Е. Панов, А.А. Федоров, Е.И. Благина. ГБУЗ МО "Московский областной НИИ акушерства и гинекологии"
2. Интраоперационная профилактика несостоятельности шва на матке. . В.В. Остроменский, Г.Б. Дикке, М.К. Астапова . Кафедра акушерства и гинекологии с курсом репродуктивной медицины, Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева, Санкт-Петербург, Россия
3. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения. Щукина Н.А. • Благина Е.И. • Баринова И.В. Альманах клинической медицины. 2015 Март; 37: 85–92
4. Методическое пособие. Ведение беременности и родов у женщин с оперированной маткой (рубец на матке). / авторы Л.И. Трубникова, Таджиева В.Д., Ульяновск: УлГУ, 2012. – 11с.
5. Протокол: роды через влагалище после предыдущего кесарево сечения. 2013.
6. Проблема родоразрешения женщин с рубцом на матке В.А. Заболотнов, С.В. Лепихов, А.Н. Рыбалка
Крымский государственный медицинский университет им. С.А. Георгиевского, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Симферополь