

Особенности ведения родов у пациенток с оперированной маткой



Лекция.
К.м.н. доцент И.А. Добровольская

Актуальность проблемы



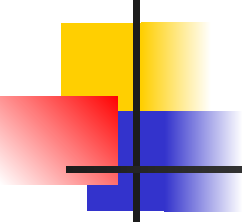
СПб ГБУЗ «Родильный дом №16»

- Последние десятилетия характеризуются неуклонным возрастанием частоты кесарева сечения во всем мире; его частота в РФ в 2011 году составила 22,9% (данные МЗСР РФ), в Санкт-Петербурге – 21,7% (2012г, данные Комитета по здравоохранению СПб)
- В большинстве случаев наличие рубца на матке после кесарева сечения служит показанием для повторного оперативного родоразрешения. (J. Obstet. Gynaecol. Can. 2013 Feb;35(2):119-24. Validation of a prediction model for vaginal birth after caesarean. Chaillet N. et all . Research Centre of Sainte-Justine Hospital, University of Montreal, Montreal QC)



Актуальность проблемы

- В то же время возможности диагностики состояния рубца, использование современных шовных материалов и методов современной антибиотикопрофилактики позволяют увеличить число родов через естественные родовые пути (ЕР) у пациенток после кесарева сечения. Частота ЕР у женщин с рубцом на матке варьирует в разных странах от 10% до 83%, в регионах России - от 1% до 50%).
- Исследования по сравнению перинатальных исходов для матери и ребенка в результате планового кесарева сечения и ЕР у женщин с рубцом на матке не выявили достоверных различий, однако соответствующие рандомизированные исследования малочисленны и основаны малом числе наблюдений.

- 
-
- При оценке исхода 567 родов с рубцом на матке делает вывод, что при тщательном отборе женщин для вагинальных родов исходы хорошие и в 60% случаев возможны вагинальные роды при рубце на

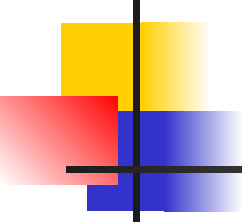
матке ([Gupta P](#), [Jahan I](#), [Jograjya GR](#). Is vaginal delivery safe after previous lower segment caesarean section in developing country? [Niger Med J](#). 2014 May;55(3):260-5 (II a)

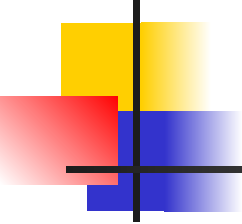
увеличением числа

пациенток с перенесенным

КС в анамнезе

- ❑ - возрастает актуальность проблемы выбора метода их родоразрешения при последующей беременности:
- ❑ вагинальные роды либо элективное (плановое) кесарево сечение (ЭКС).
- ❑ рост доли женщин – кандидаток на ЭКС в перспективе еще более увеличивает число оперативных родоразрешений.
- ❑ **Расширение практики ведения родов с рубцом на матке через естественные родовые пути позволяет разорвать этот замкнутый круг**

- 
-
- Для женщин же психологическая удовлетворенность от успешных родов через естественные родовые пути чрезвычайно важна. Немаловажен и экономический аспект проблемы.
 - Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке могут проводиться в стационарах, имеющих возможность проведения экстренного КС круглосуточно, причем время от появления показаний к КС до начала операции не должно превышать 30 мин

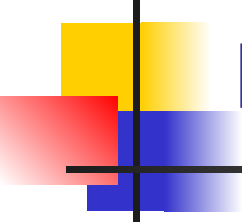
- 
-
- ***Запланированные влагалищные роды***
 - Термин запланированные влагалищные роды после кесарева сечения относится к любой женщине с кесаревым сечением в анамнезе, которая планирует влагалищные роды вместо elective кесарева сечения.
 - ***Успешные и неуспешные влагалищные роды***
 - Успешными влагалищными родами после кесарева сечения является влагалищное родоразрешение. При необходимости проведения неотложного кесарева сечения влагалищные роды после КС называются неуспешными.



Исходы для матери

- • **Разрыв матки** (полный и неполный) определяется, как нарушение целостности мышцы матки с вовлечением серозной оболочки матки или с вовлечением мочевого пузыря или широкой связки. Риск симптоматического разрыва матки составляет 74/10 000 при родах через естественные родовые пути после перенесенного кесарева сечения (**Landon MB**, Spong CY, Thorn E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW. et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 2006; 108:12-20. (**II- b**)).
- **Разрывы матки в РФ в 2012 году составили 15 на 10 000 родов**
- • **Другие исходы**
- Гистерэктомия, тромбоэмболия, кровотечение, необходимость переливания крови, повреждения мочеточников, мочевого пузыря, кишечника, эндометрит, смерть матери.

Аntenатальное наблюдение



- Проводится в соответствии с Приказом МЗ № 572-н.
- Оценка состояния рубца на матке должна проводиться комплексно, учитывая:
- анамнез – давность операции, течение послеоперационного периода, наличие влагалищных родов при уже существующем рубце,
- клинические данные: наличие болей в области рубца, в том числе при пальпации, наличие кровянистых выделений
- ультразвуковое исследование трансвагинальным датчиком



Аntenатальное консультирование

- Женщинам с одним кесаревым сечением в нижнем сегменте матки в анамнезе и неосложненной доношенной беременностью, с отсутствием противопоказаний к влагалищным родам надо проводить консультирование о возможности влагалищных родов как альтернативе проведения повторного кесарева сечения, им надо предоставить информацию, что частота удачных запланированных влагалищных родов составляет от 60 до 80%.
- ([Ugwu GO](#), [Iyoke CA](#), [Onah HE](#), [Egwuatu VE](#), [Ezugwu FO](#)). Maternal and perinatal outcomes of delivery after a previous Cesarean section in Enugu, Southeast Nigeria: a prospective observational study. [Int J Womens Health](#). 2014 Mar 13;6:301-5. **(II a)**

Аntenатальное консультирование



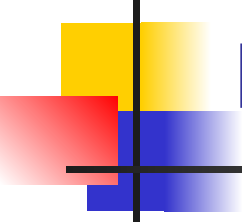
- Женщин, предпочитающих вагинальные роды после перенесенного КС необходимо проинформировать, что при этом снижается риск развития респираторных проблем у новорожденного (2-3%, по сравнению с 3-4% после КС) ([Levine EM](#), [Ghai V](#), [Barton JJ](#), [Strom CM](#). Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. [Obstet Gynecol](#). 2001 Mar; 97(3): 439-42. (II a))
- Решение о способе родоразрешения должно быть принято к 37 недель беременности, но может корректироваться и после на основании клинических данных, таких как «зрелость» шейки матки, размеры плода, возникновение других осложнений (гипертензия, отхождение вод при «незрелой» шейке матки, осложнения родов)

Аntenатальное консультирование



- Необходимо подчеркнуть при консультировании женщины, что абсолютный риск перинатальных смертей имеющих отношение к родам, связанный с запланированными влагалищными родами после кесарева сечения схож с риском для первородящих женщин. ([Bujold E](#), [Gauthier RJ](#), [Hamilton E](#). Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. [J Midwifery Womens Health](#). 2005 Sep-Oct;50(5):363-4. **(IV)**)
- Врачи женской консультации должны информировать беременную о возможности родов через естественные родовые пути с рубцом на матке.

Врачи женской консультации



- обязаны подготовить документы (справки, выписки) о предшествующем КС или другом вмешательстве на матке, которые должны содержать информацию о показаниях к операции, типе разреза на матке
- • Пациентка должна получить исчерпывающую информацию о родах через естественные родовые пути с рубцом на матке (возможный риск и преимущества), которая поможет ей принять осознанное решение.



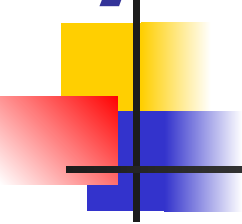
Роды ведут

- только в акушерском стационаре под непосредственным врачебным наблюдением и контролем.
- План родов должен быть точно документирован в истории болезни.
- • Врачи родильного отделения должны предлагать пациенткам, не имеющим абсолютных противопоказаний, роды через естественные родовые пути при наличии рубца на матке.
- • Должно быть письменно оформлено информированное согласие пациентки на влагалищные роды.

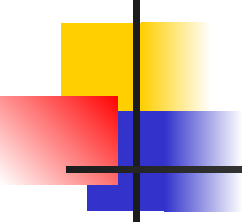
В ходе антенатального консультирования

- **Какие риски и положительные эффекты связаны с пробными влагалищными родами после предыдущего кесарева сечения?**
- **Как роды путем планового кесарева сечения, так и пробные роды у женщин с рубцом на матке никогда не лишены риска для матери: кровотечения, инфекции, тромбоэмболические осложнения, разрыв матки, гистерэктомия, материнская смерть.**
- **Наиболее значимым фактором, влияющим на угрозу разрыва матки, является тип разреза на матке при предыдущем кесаревом сечении**
- Однако дополнительный аргумент в пользу влагалищных родов - влагалищные роды позволяют избежать хирургического вмешательства и связанных с ним осложнений, кроме того период восстановления после родов в этом случае сокращается.
-

Факторы, повышающие успех влагалищных родов

- 
-
- Предыдущие влагалищные роды
 - Спонтанное начало данных родов
 - «Зрелая» шейка матки

Факторы, снижающие успех влагалищных родов

- 
-
- Повторяющиеся показания к кесареву сечению (аномалии родовой деятельности)
 - Повышение материнского возраста
 - Низкий социо-экономический статус
 - Срок беременности больше 40 недель
 - Ожирение матери
 - Преэклампсия
 - Короткий интеркинетический интервал
 - Крупный плод



Кто может быть кандидатом на пробные влагалищные роды после предыдущего кесарева сечения?

- Наилучшие кандидаты, те у кого риск максимально низкий, кроме того это зависит от дальнейших планов женщины на деторождение.
- Самые перспективные пациентки у которых были спонтанные роды после предыдущего кесарева сечения.

Более одного кесарева сечения в анамнезе.



- Вопрос, требующий тщательного подхода и обсуждения в каждом конкретном случае. Данных в литературе немного. Частота разрывов матки после 2 КС несколько выше - 1,59% против 0,72% при наличии одного кесарева сечения в анамнезе

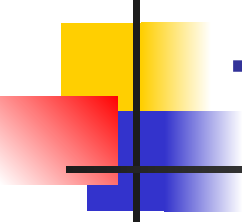
Макросомия плода

- Женщины с рубцом на матке и плодом с массой более 4000 г имеют меньше шансов на влагалищное родоразрешение, чем женщины с плодом среднего размера, возрастает также и риск разрыва матки

Гестация более 40 недель



- Сам по себе этот фактор не ухудшает прогноз успеха влагалищных родов после предыдущего кесарева сечения, но повышает риск разрыва матки (ОР 6,3 доверительный интервал 1,9 – 20,2), что связывают с макросомией плода и более частым родовозбуждением в этой группе пациенток



Беременность двойней и тазовое предлежание плода

- Роды двойней и тазовое предлежание плода не являются противопоказаниями для родов через естественные родовые пути с рубцом на матке
- Тазовое предлежание само по себе является в настоящее время дискуссионным вопросом о целесообразности и безопасности родов через естественные родовые пути. В то же время рубец на матке не является противопоказанием для наружного поворота плода на головку



Противопоказания для родов с рубцом на матке

Абсолютные

- Предыдущее корпоральное КС или якорный разрез на матке.
- Предшествующий разрыв матки.
- Любое другое абсолютное противопоказание для родов через естественные родовые пути.
- Три и более кесаревых сечения (неизвестен риск разрыва).



Противопоказания для родов с рубцом на матке

Относительные

- Рубец на матке после двух КС.
- Предшествующая гистеротомия. миомэктомия или комплексное хирургическое вмешательство на матке.
- Предшествующее КС менее 1,5 года назад.
- Предполагаемый вес плода > 4500 г.
- Неизвестный тип разреза на матке.
- Отказ пациентки от влагалищных родов.
- Тазовое предлежание плода.
- Многоплодная беременность.



Ведение беременности

- Ведение беременности согласно Приказу МЗСР РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н
- Госпитализация по показаниям.
- Плановая госпитализация в дородовое отделение в 38/39 недель для решения вопроса о методе родоразрешения.
- Пролонгирование беременности возможно до 41 недели беременности.
- Подготовка родовых путей по протоколу, принятому в учреждении
- По показаниям может проводиться родовозбуждение

Родовозбуждение и родостимуляция

- Родовозбуждение окситоцином повышает риск разрыва по рубцу в два раза по сравнению с группой не имеющих рубца на матке (1,5% по сравнению с 0,8% $p=0,2$). Однако индукция родов окситоцином не противопоказана. Индукция родов по схеме: амниотомия → окситоцин должна назначаться после тщательного обсуждения акушерской ситуации и учета всех акушерских факторов риска
- Простагландины не используются ни для подготовки шейки матки, ни для родовозбуждения и родостимуляции из-за более высокой опасности осложнений (разрыв матки) по сравнению с окситоцином

Родовозбуждение и родостимуляция



- Родостимуляция с рубцом на матке после КС не противопоказана, но рандомизированные контролируемые исследования включают лишь небольшие серии наблюдений
- Риск разрыва по рубцу в сравнении со спонтанными родами при наличии рубца повышается, но незначительно. **Скорее всего, родостимуляция целесообразна в активную фазу и во второй период родов.**
- Динамика родов оценивается по партограмме. Родостимуляция проводится окситоцином по протоколу, принятому в лечебном учреждении.



После 2 КС и более

- При поступлении роженицы в роддом в конце родов - завершаются через естественные родовые пути с последующим ручным обследованием полости матки для проверки целостности ее стенок
- Роды ведут только в акушерском стационаре под непосредственным врачебным наблюдением и контролем. Причем время от появления показаний к КС до начала операции не должно превышать 30 мин.



Первый период

- **Роженица должна наблюдаться в родовом блоке с начала родовой деятельности.**
- **• Обязательное ведение партограммы.**
- **• Роды ведутся по протоколу нормальных родов, но с использованием постоянной или периодической КТГ (минимум 20 мин через 1 час). Мониторный контроль необходим поскольку в 70 % случаев разрыва матки по рубцу первым признаком будет изменение кардиотокограммы**
- **• Медикаментозное обезболивание родов проводится согласно местным протоколам.**
- Эпидуральная анестезия допустима и нет данных, что она ухудшает успешность вагинальных родов при рубце на матке
- Кроме того, региональная анестезия не маскирует симптомов разрыва матки, в частности потому, что наиболее частыми симптомами разрыва будут нарушения в плодовой КТГ и сократительной деятельности матки



Второй период родов

- Влагалищные родоразрешающие операции (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода) проводятся по обычным акушерским показаниям



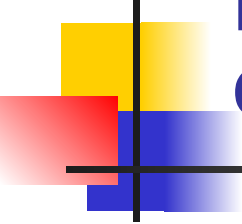
Третий период родов

- Наблюдение в последовом периоде продолжается непрерывно. Возможно активное ведение.
- Ручное обследование полости матки — по обычным показаниям.
- Ручное обследование для контроля целостности стенок матки не является обязательным, но необходимо при наличии показаний: повышенная кровоточивость, плохое сокращение матки.
- Контроль за целостью рубца на матке можно проводить с помощью УЗИ.



Послеродовой период

- Активное наблюдение в раннем послеродовом периоде (измерение пульса, АД,
- контроль выделений).
- УЗИ по принятой в учреждении схеме для контроля за инволюцией матки.



Признаки угрожающего и начавшегося разрыва матки — показание для срочной лапаротомии (IIa):

- ухудшение состояния плода, зарегистрированное на кардиотокограмме;
- остановка родовой деятельности.
- напряженность в надлобковой области;
- кровянистые выделения из половых путей;
- острые боли в области рубца вне схватки;
- ухудшение общего состояния роженицы
- **Принципы оперативного лечения при разрыве матки:** максимально консервативная тактика — органосохраняющий объем.



Рекомендации

- **Уровень А** (Рекомендации, основанные на хороших и последовательных научных доказательствах. Уровни доказательности **Ia, Ib**)
- Большинство женщин с рубцом на матке после кесарева сечения в нижнем сегменте являются кандидатами на запланированные влагалищные роды.
- Эпидуральная анестезия в родах может быть использована в ходе пробных влагалищных родов.



Рекомендации

- **Уровень В** (Имеются контролируемые клинические исследования но не РКИ по теме рекомендации (Уровни доказательности **IIa, IIb, III**)
- Женщины с двумя операциями кесарева сечения в нижнем сегменте матки в анамнезе могут рассматриваться в качестве кандидатов на пробные влагалищные роды.
- Женщины с двойней и одной операцией кесарева сечения в нижнем сегменте матки в анамнезе могут рассматриваться в качестве кандидатов на пробные влагалищные роды.
- Наружный поворот плода на головку у женщин с рубцом на матке не противопоказан при отсутствии других противопоказаний.



Рекомендации

- Беременные с высоким риском развития осложнений (например, те, с предыдущим корпоральным или Т-образным разрезом, с разрывом матки, или обширными операциями на матке) и те, кому вагинальные роды в вообще противопоказаны (например, с предлежанием плаценты) вообще не могут быть кандидатами на плановые пробные влагалищные роды.
- Индукция родов по материнским или плодовым показаниям не противопоказана женщинам – кандидатам на пробные влагалищные роды после предыдущего кесарева сечения.
- А также - с неуточненным типом разреза, если нет признаков несостоятельности рубца и признаков, указывающих на корпоральный разрез на матке.



Рекомендации

- Пробные влагалищные роды после кесарева сечения следует проводить в учреждениях готовых к оказанию экстренной помощи в родах, включая обучение персонала акушерского, педиатрического и анестезиологического отделений.
- Пациенты должны быть четко информированы о пользе и риске каждого из путей родоразрешения путем консультирования врачом, протокол консультации и план дальнейшего ведения и родоразрешения должны быть отражены в медицинской карте

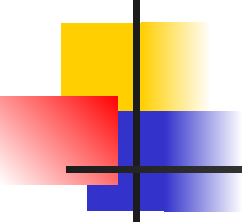
-

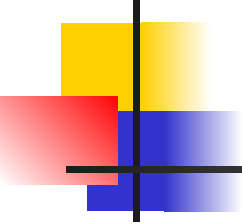
Клинический пример

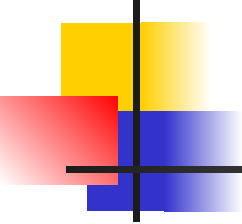


Повторнобеременная повторнородящая 34 лет с отягощенным акушерско- гинекологическим анамнезом

- 2002г. – мед. аборт, перфорация во время мед. аборта, консервативное лечение;
- 2008 - роды в срок, 2850, кесарево сечение;
- 2009 – медицинский аборт)
- **состояла** на учете в ЖК с 7-8 недель беременности. Берем. 4-я, протекала с явлениями угрозы прерывания в 1 триместре, госпитализации: 1) *в гинекологическое отделение с диагнозом: Угрожающий выкидыш при беременности 6-7 недель. О.А.А. и*
- *2) с диагнозом: Беременность 8 недель. Угроза прерывания беременности. Ретрохориальная гематома.*
- С 20 нед. - Анемия беременных легкой степени, неравномерная прибавка массы тела. Посетила ЖК 13 раз. АД - 110,70 -120/70 мм рт.ст. Обследована. *Осмотры специалистов: ЛОР: хронический ринит в стадии ремиссии. Терапевт: «ВСД по гипотоническому типу».*
- *УЗИ от 13.05: заключение: беременность 15-16 недель. УЗИ от 23.06: заключение: беременность 20-21 неделя. Тазовое предлежание. Рубец на матке.*

- 
- **23.09. в 05ч 48 мин.** зарегистрирован вызов в «ССМП» - жалобы на интенсивные боли внизу живота, появившиеся внезапно в 5.30. По данным из карты вызова СМП состояние беременной средней степени тяжести, установлен *диагноз: Беременность 33 нед., угроза прерывания беременности,*
 - **доставлена в ГБУЗ НО Родильный дом в 6 часов 25 мин. 23.09,** состояние при транспортировке без перемен.
 - Осмотрена врачом приемного покоя роддома № 5 **в 6 часов 30 мин.,** *диагноз: «Беременность 33 нед., угроза преждевременных родов, ОАГА, два рубца на матке. Высокий перинатальный риск».*
 - **Направлена на госпитализацию в роддом № 7 «ГКБ №ХХ».** Длительность транспортировки составила 45 минут

- 
- Доставлена в роддом № 7 **23.06. в 7 ч 30 мин** машиной СМП. в - **крайне тяжелом состоянии**, сопор, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. АД - 60/40 - 65/40 мм рт. ст. Пульс нитевидный, 130 в 1 мин. ЧД - 30 в 1 мин. Тоны сердца - глухие. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации. Матка ассиметрична, отклонена вправо, без четких контуров. Слева определяется плод, сердцебиение плода не выслушивается. **Диагноз: Беременность 33-34 нед. Полный разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок III ст. ОАГА. Несостоятельный рубец на матке после корпорального кесаревого сечения в 2008 г., 2 мед. аборт, один из которых осложнился перфорацией матки.**

- 
-
- Находилась в родильном доме ГKB с диагнозом Преждевременные оперативные роды антенатально погибшим плодом в 33-34 нед. беременности. Полный разрыв матки. Геморрагический шок 3 ст. ОАГА (2 мед. аборта, один из которых осложнился перфорацией). Несостоятельный рубец на матке после корпорального кесарева сечения. Нижнесрединная лапаротомия. Субтотальная гистерэктомия без придатков. Постгеморрагическая анемия средней степени. Дренирование брюшной полости. Спаечный процесс малого таза. Послеоперационный период – без осложнений.



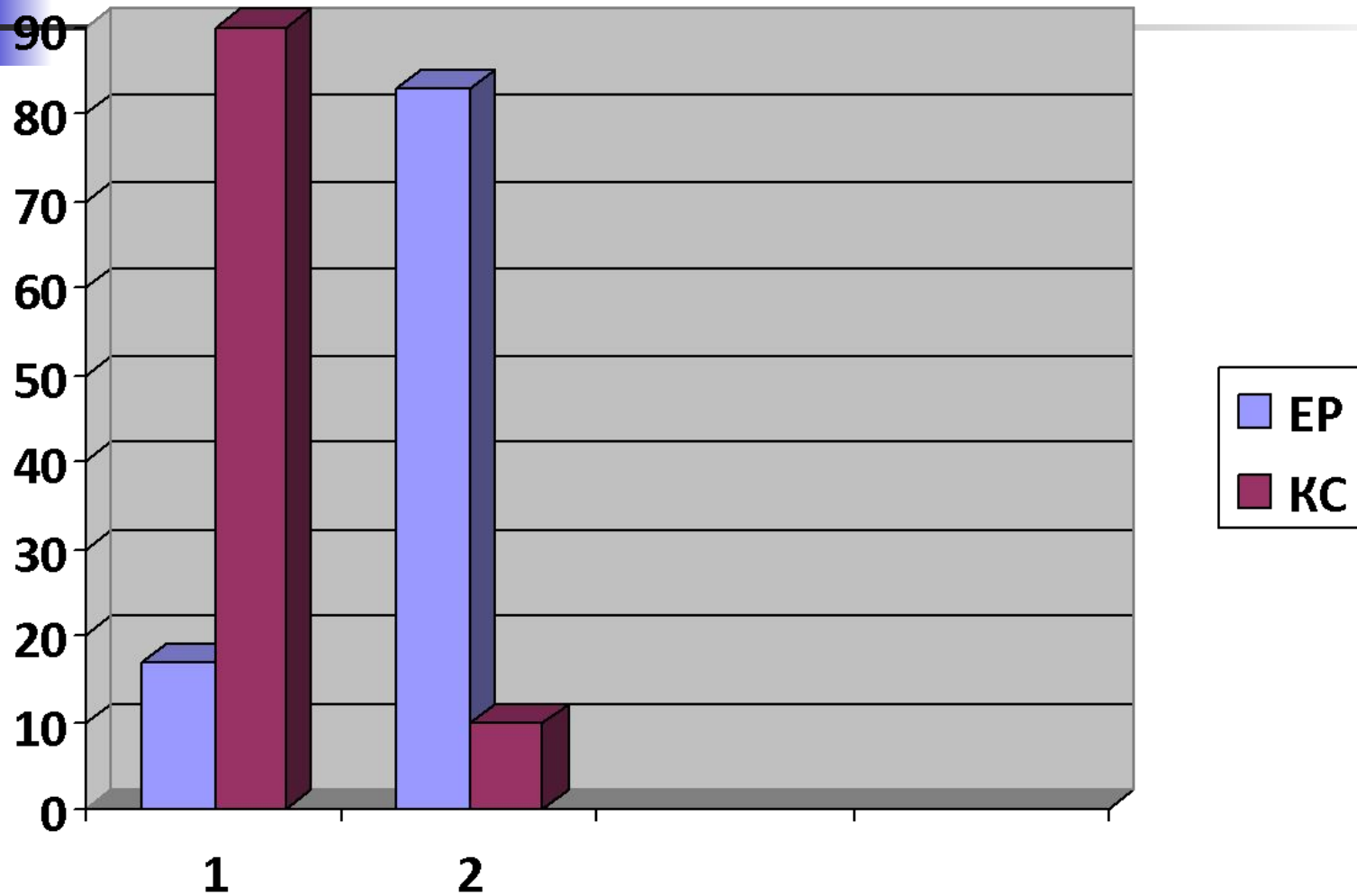
Оригинальное исследование

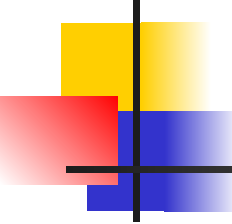
- ▣ Произведен ретроспективный анализ 222 историй родов пациенток с рубцом на матке и их новорожденных за 2012 год на базе СПбГБУЗ «Родильный дом №16» после ЕР и родоразрешенных операцией КС.
- ▣ Контрольную группу составили 50 первородящих и 50 повторнородящих пациенток с неоперированной маткой.

Критерии выбора консервативной тактики ведения родов

- единственное кесарево сечение в анамнезе, произведенное поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте при отсутствии интра- и послеоперационных осложнений;
- отсутствие осложнений беременности, явившихся показаниями для предшествующего КС;
- головное предлежание и средние размеры плода при нормальных размерах таза;
- расположение плаценты вне зоны рубца и полноценный рубец.
- Оценку зрелости родовых путей проводили по шкале Бишопа (Bishop score).

Течение родов у пациенток с рубцом на матке у пациенток с «незрелой» (1) и зрелой (2) шейкой матки при поступлении для родоразрешения.





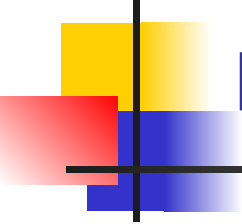
Основные показания к предыдущей операции КС в анамнезе

- у пациенток, родоразрешенных через естественные родовые пути и оперативным путем, были представлены преимущественно: слабостью родовой деятельности, прогрессирующей гипоксией плода, тазовым предлежанием плода, ПОНРП .
- У 42% пациенток с рубцом завершилась родами через естественные родовые пути, в большинстве случаев - операцией КС в экстренном порядке. на матке последняя беременность



Роды с рубцом на матке

- При этом состояние мягких родовых путей явилось значимым прогностическим признаком для прогнозирования метода родоразрешения пациенток с оперированной маткой. При определении «незрелой» или «недостаточно зрелой» шейки матки в момент госпитализации только 17% пациенток были родоразрешены через естественные родовые пути, а большинство (83%) – операцией кесарева сечения. Между тем, среди пациенток, поступивших для родоразрешения со «зрелой» шейкой матки, 90% родили через естественные родовые пути, и только 10% - оперативным путем.
- Большинство родов у пациенток с рубцом на матке завершилось срок (90%), 18% - преждевременно; запоздалые роды отмечены у 2% пациенток

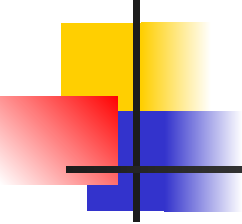


осложнения, сопровождавшие вагинальные роды

: преждевременное излитие околоплодных вод - 22%, 10% - крупный плод, 40% - угрожающий разрыв промежности. Осложнения, связанные с наличием рубца на матке: разрыв матки по рубцу – у 2%, плотное прикрепление плаценты – у 4%; разрыв матки по рубцу у 2%; ПОНРП в конце второго периода родов - у 2% пациенток.

оперативными вмешательствами

- эпизиотомия – у 40%, вакуумэкстракция плода – у 2%, ручным обследованием полости матки – у 15%, ручным отделением плаценты и выделением последа – у 4%, пациенток. Показаниями для ручного обследования полости матки служило послеродовое кровотечение и подозрение на задержку доли плаценты.
- У одной роженицы (1%) в связи с развившимся послеродовым кровотечением было произведено вскрытие гематомы влагалища, чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий. В 2% был диагностирован неполный разрыв матки, произведено чревосечение и ушивание разрыва.



При сравнительном анализе течения консервативных родов у пациенток с оперированной и неоперированной маткой (первородящие и повторнородящие)

наиболее частые осложнения во всех трех группах были представлены: ПИОВ (22%, 25%, 30% соотв.), угрожающим разрывом промежности (40%, 41%, 39%), крупным плодом (10%, 13%, 32%), задержкой доли плаценты (6%, 7%, 7% соответственно).

Структура оперативных вмешательств в родах и в послеродовом периоде

- у пациенток с рубцом на матке, первородящих и повторнородящих с неоперированной маткой была представлена: эпизиотомией (40%, 48%, 43% соответственно), ручным обследованием полости матки (15%, 8%, 0), ручным отделением плаценты и выделением последа (4%, 5%, 0%), вакуумэкстракцией плода (2%, 2%, 4%).
- Среди пациенток с рубцом на матке, родоразрешенных операцией КС (64%), в структуре осложнений преобладали: ПИОВ - 43%; нарушение сократительной активности матки (слабость, дискоординация родовой деятельности) - 9%; хроническая прогрессирующая гипоксия плода (19%). ПОНРП диагностирована в 3%; несостоятельность послеоперационного рубца на матке – у 7 %, что послужило показанием к оперативному завершению родов.



ИСХОДЫ

Большинство детей у пациенток в результате КС и ЕР родились в удовлетворительном состоянии; в равных долях была диагностирована гипоксия легкой степени, средней степени и тяжелой степени. Патология новорожденных у пациенток после КС представлена преимущественно: ХВУГП, ЗВУРП, крупным плодом, что способствовало в том числе оперативному родоразрешению по совокупности показаний в интересах плода. После ЕР доля ХВУГП, ЗВУРП и крупного плода была достоверно ниже, в то время как недоношенность встретилась чаще, чем при оперативном родоразрешении. Достоверных отличий частоты развития постгипоксического состояния с поражением легких, аспирации околоплодных вод и признаков ВУИ в обеих группах установлено не было.

Выводы

Полученные результаты показывают, что роды через естественные родовые пути у пациенток с рубцом на матке являются относительно безопасной альтернативой повторной операции КС.

Сравнительный анализ течения консервативных родов у пациенток с оперированной и неоперированной маткой (первородящие и повторнородящие) показал, что наиболее частые осложнения во всех трех группах представлены: ПИОВ, угрозой разрывом промежности, крупным плодом, задержкой доли плаценты. Среди оперативных вмешательств в родах и в послеродовом периоде в исследованных группах пациенток преобладали: эпизиотомия, ручное обследование полости матки, ручное отделение плаценты и выделением последа, вакуумэкстракция плода.

По частоте и структуре осложнений и оперативных вмешательств течение естественных родов у пациенток с рубцом на матке достоверно не отличалось от течения родов у первородящих женщин с неоперированной маткой.



Выводы

Благополучный прогноз естественных родов у пациенток с оперированной маткой в значительной мере зависит от зрелости шейки матки к моменту родоразрешения и состояния рубца на матке.

Однако роды через естественные родовые пути у пациенток с рубцом на матке сопряжены с определенными перинатальными рисками, поэтому требуют строгого отбора женщин по определенным критериям, в том числе с учетом: данных анамнеза о благополучном течении послеоперационного послеродового периода после предшествовавшего КС; данных объективного исследования акушерского и соматического статуса; данных ультразвукового исследования состояния рубца на матке; возможностей стационара обеспечить при необходимости завершение родов операцией КС; при желании беременной рожать через естественные родовые пути.



Выводы

- ❑ Отбор женщин с рубцом на матке для естественного родоразрешения должен проводиться строго индивидуально с оценкой всех факторов риска формирования неполноценного рубца:
 - анамнестических;
 - клинико-эхографических;
 - с оценкой общего и акушерского статуса.
- ❑ Предлежание плаценты к рубцу на матке является неблагоприятным фактором, создает высокий риск несостоятельности рубца и требует родоразрешения пациентки оперативным путем;
- ❑ Заключение о методе родоразрешения должно быть обязательно согласовано с пациенткой



Выводы

- **Полученные результаты показывают, что риск разрыва матки по рубцу несколько преувеличен. Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке не только возможны, но и являются относительно безопасной альтернативой повторной операции и служат одним из путей снижения частоты**



Заключение

- «Зрелая» шейка матки является в большинстве случаев благоприятным прогностическим признаком для проведения родов через естественные родовые пути;
- анализ перинатальных исходов свидетельствует об относительной безопасности консервативного ведения родов у пациенток с рубцом на матке после КС при условии их тщательного обследования, подготовки к родам и постоянного наблюдения за состоянием матери и плода в течение родового акта.



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, 2014. - 1088 с. - (Серия "Национальные руководства").
- 2. Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке [Текст]: клинические протоколы / Н. В. Вартапетова, Е.В. Бугаев, И.Р. Веккер и др.; руководитель группы Н.В. Вартапетова - 3-е изд. - М. : Про-ект «Мать и дитя», 2008. - с.127 - 133
- 3. Шапкайтц В.А., Рукяткина Е.А. Клинический протокол по родоразрешению женщин с кесаревым сечением в анамнезе (проект). Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом № 16», 2016
- 4. Шапкайтц В.А., Добровольская И.А., Рукяткина Е.А., Гайворонских Д.И. Опыт ведения естественных родов у пациенток с оперированной маткой. East European Scientific Journal (Warsaw, Poland) 12, 2016 part. 1 С. 62 -66

Спасибо за внимание.

