


МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф- методическое пособие	2011 г.	

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ


ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ, ЭКОЛОГИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ ИМЕНИ Т.З.БИКТИМИРОВА
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ (РУБЕЦ НА МАТКЕ)

Составители: профессор Трубникова Л.И., доцент Таджиева В.Д.

Под редакцией проф. Л.И. Трубниковой

МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф- методическое пособие	2011 г.	

ББК 57.162.5 я73
УДК 618.5-089.88 (075.8)
Т 77

*Печатается по решению Ученого совета
Института медицины, экологии и физической культуры
Ульяновский государственный университет*

Рецензент – Зав. кафедрой последипломного образования и семейной медицины,
профессор *Н.И. Кан*


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.

Под редакцией проф. Л.И. Трубниковой

Настоящее методическое пособие предназначено для врачей акушеров-гинекологов, ординаторов, интернов и основано на современных представлениях о ведении беременности и родов у женщин с оперированной маткой, включает в себя алгоритм действия практического врача для оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения при предыдущей беременности, рубцов после консервативной миомэктомии или стенок матки.

Методическое пособие составлено по материалам:

- XI Всероссийского форума «Мать и дитя» (2011г)
- Национального руководства по акушерству
- Методического письма «Кесарево сечение» в современном акушерстве №15-4/10/2-6139 от 24.06.2011г.

МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф- методическое пособие	2011 г.	

При производстве оперативных вмешательств на матке в зоне разреза возможно формирование рубца с элементами грубой волокнистой соединительной ткани, иногда гиалинизированной. Такой рубец является не полноценным и изменяет структуру матки. Полноценный рубец формируется за счет гладкомышечных клеток (миоцитов) и не вызывает морфологических и функциональных изменений матки. В связи с этим, понятие «рубец на матке» после операций на ней не является корректным. Вероятно, следует писать «Оперированная матка». Мировая терминология: "предыдущее кесарево сечение" и "перенесенная миомэктомия".

Код по МКБ-10

034.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.


075.7 Роды через влагалище после предшествующего кесарева сечения.

Однако, в повседневной практике используется понятие «Рубец на матке», которое составляет часть акушерского диагноза и показания для повторного кесарева сечения. При оценке состояния матки после оперативного вмешательства следует различать «рубец» от причины операции.

Классификация

В зависимости от причины:

1. Рубец после кесарева сечения
 - в нижнем маточном сегменте
 - корпоральный рубец на матке
 - истмико-корпоральный рубец на матке
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 шейечной беременности.
5. Рубец на матке после реконструктивно-пластических операций (метропластика, удаления перегородки, рудиментарного рога и т.д.).

МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф- методическое пособие	2011 г.	

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.

I. В послеоперационном периоде используются два метода исследования.

1. УЗИ – на 5-6 сутки после операции.

При наличии УЗИ-признаков эндометрита, остатков плацентарной ткани, субинволюции матки, несостоятельного шва на матке производится гистероскопия.

2. 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 аспирационно-промывного дренирования на 48-72ч., сочетающегося с комплексной терапией.

При выявлении несостоятельности шва на матке возможны три варианта клинического течения (Краснопольский В.И., Логутова Л.С. 2010-2011гг.):

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.

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

При выписке родильницы из стационара ей вручается «паспорт операции» [7], который передается в женскую консультацию и вклеивается в амбулаторную карту.


II. 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.

- При **УЗИ** оцениваются толщина, равномерность и структура, а также васкуляризация (доплерометрия) стенки матки в области рубца

Признаки несостоятельности рубца:

1. неровный контур по задней стенке наполненного мочевого пузыря;

МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф- методическое пособие	2011 г.	

2. истончение миометрия, прерывистость контура рубца, значительное число гиперэхогенных включений (соединительная ткань);

3. снижение васкуляризации миометрия в области рубца.

Достоверность – до 50%.

- **Гистероскопия** производится на 4-5-й день менструального цикла.

Возможны 3 варианта состояния рубца:

1. рубец не визуализируется – произошла полная регенерация за счет мышечной ткани.

Заключение: рубец состоятельный

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

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

Достоверность исследования - 85%.

- **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.

Достоверность исследования - 71%.

Достоверность комплексного обследования – до 87%.


III. Диагностика состояния рубца при беременности.

Возможности диагностики ограничиваются только УЗИ исследованием.

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.

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.

При наличии рубца на матке и появлении признаков угрозы прерывания беременности следует провести дифференциальную диагностику с клиникой несостоятельности рубца. При состоятельном рубце и нормальном расположении

МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф- методическое пособие	2011 г.	

плаценты причиной угрозы прерывания не является рубец на матке. В случае диагностики ИЦН хирургическая коррекция не производится ввиду опасности разрыва матки по рубцу при угрозе прерывания беременности. В этой ситуации используются разгрузочные пессарии.

Все возникающие акушерские осложнения при рубце на матке лечатся также, как у всех остальных беременных.

Родоразрешение беременных с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения.


В современном акушерстве в структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке занимает от 35% до 40% (Farine, 2001; Г.М. Савельева 2000). Вместе с тем отмечено, что частота разрыва матки при самопроизвольных родах при рубце на матке (0,6 - 2,8%) не превышает частоту разрыва без рубца (0,7 – 1,2%). По заключению ВОЗ, 50% женщин с рубцом на матке после кесарева сечения могут быть родоразрешены через естественные родовые пути. В настоящее время в ряде лечебных учреждений частота спонтанных родов при рубце на матке составляет 22,0 – 26,2%.

Противопоказаниями к родам через естественные родовые пути являются:

1. несостоятельный рубец на матке, подтверждённый по комплексу клинических, УЗИ, гистероскопических, гистерографических показателей;
2. рубец после корпорального и истмикокорпорального кесарева сечения;
3. наличие других относительных показаний к кесареву сечению (узкий таз, тяжелый гестоз, дистрофия сетчатки глаза и т.д.);
4. локализация плаценты в зоне предполагаемого рубца на матке;
5. два и более рубца на матке после кесарева сечения;
6. рубец на матке после пластики нижнего сегмента или перешейка;
7. категорический отказ беременной от родов через естественные родовые пути.

Противопоказания к родам через естественные родовые пути могут возникнуть у женщин после миомэктомии, произведенной вне беременности:

- рубец после удаления субсерозно-интерстициального узла, расположенного по задней стенке матки;
- консервативная миомэктомия лапароскопическим доступом с использованием лазера, электрокоагуляции без наложения на ложе нескольких рядов швов;
- рубец после удаления интрамуральной миомы
- рубец после удаления шеечной миомы;
- рубцы после удаления нескольких интерстициально-субсерозных узлов размером более 5см.

МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф- методическое пособие	2011 г.	

При миомэктомии во время беременности роды предпочтительнее закончить кесаревым сечением, за исключением субсерозных узлов.

Тактика повторного кесарева сечения.

При повторном кесаревом сечении обязательно оценивается состояние стенки матки в зоне предыдущего разреза.

При несостоятельном рубце обязательным условием является его иссечение до пределов здоровой ткани. Поскольку основной причиной формирования несостоятельного рубца являются погрешности техники при предыдущем кесаревом сечении, при повторной операции необходимо использовать восстановление матки двухрядным швом: мышечно-мышечные швы; непрерывный шов на собственную фасцию матки с использованием синтетического рассасывающегося шовного материала.

Условиями для проведения родов через естественные родовые пути у женщин с оперированной маткой являются:

- отсутствие иных относительных показаний к кесареву сечению.
- состоятельный рубец на матке.
- наступление беременности более чем через 1 год после предыдущей операции.
- позитивный настрой и информированное согласие на родоразрешение через естественные родовые пути.

При ведении родов предпочтение следует отдавать **спонтанным родам**. Перед родоразрешением необходимо оценить состояние шейки матки.


Отсутствие «зрелой» шейки матки при доношенной беременности не является показанием для повторного родоразрешения оперативным путем!

В подобной ситуации необходимо провести подготовку шейки матки к родом мифепристоном (200мг в день, 2 дня подряд; всего 400мг).

При состоятельном рубце на матке ни один метод обезболивания родов не противопоказан, но в активной фазе родовой деятельности предпочтение следует отдавать эпидуральной аналгезии.

Особенности ведения родов у женщин с оперированной маткой.

- роды должны быть тщательно обезболены, т.к. болевой синдром может быть дополнительной причиной развития аномалии родовой деятельности;
- при развитии слабости родовой деятельности или необходимости индукции родов утеротонические препараты (окситоцин и простагландины) используются в стандартном режиме. **Состоятельный рубец на матке не является противопоказанием к родостимуляции!**

МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф- методическое пособие	2011 г.	

- роды ведутся с инфузионной терапией в режиме постоянного мониторингования состояния плода, родовой деятельности, УЗИ контролем состояния рубца;
- при проведении родов необходимо присутствие в роддоме квалифицированного акушера-гинеколога, анестезиолога, неонатолога, а также наличие готовности операционной для проведения оперативного вмешательства при возникновении осложнений;
- в раннем послеродовом периоде показано контрольное ручное обследование стенок полости матки и через 2 часа после родов – УЗИ.

Признаками начавшегося разрыва матки являются следующие симптомы:


1. появление выраженной болезненности и припухлости над лоном;
2. внезапное ослабление родовой деятельности;
3. резкое ухудшение состояния плода (тахикардия);
4. предлежащая головка подвижна над входом в малый таз после излития вод;
5. появление ярких кровянистых выделений из половых путей;
6. появление гематурии.

При своевременно поставленном диагнозе начинающегося разрыва матки производится повторное кесарево сечение с иссечением рубца. Исходы родов для матери и плода обычно благоприятные.

Выписка родильниц после вагинальных родов осуществляется на 4-5 сутки послеродового периода после УЗИ-исследования, после повторного кесарева сечения - на 8 и более сутки.

Вагинальные роды у женщин с оперированной маткой возможны в родовспомогательных учреждениях I уровня при наличии круглосуточных дежурств бригады акушеров-гинекологов, анестезиолога и неонатолога. Время готовности к абдоминальному родоразрешению при появлении осложнений – не более 15 мин.

Таким образом, в современном акушерстве постулату "однажды кесарево сечение - всегда кесарево сечение" не должно быть места.

МИНОБРАЗОВАНИЯ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф- методическое пособие	2011 г.	

1. *Энкин М.* и соавт. Эффективная помощь при беременности и в родах / Пер. с англ. 1999.
2. Интегрированное пособие по ведению родов патологической беременности и родов: Пособие для врачей и акушеров /Пер. с англ. // Женева. - ВОЗ. - 2005. - 220 с.
3. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Кузьмина Ш.Е.* Беременность и роды после кесарева сечения. -М.:МА им. Сеченова, 2003.-61 с.
4. *Краснопольский В.И., Логотова Л.С., Буянова С.Н.* Репродуктивные потери оперированной матки. - М., 2006. - 157 с.
5. Акушерство, национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова. - М., 2007. С. 1197.
6. *Айламазян Э.К.* и соавт. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарева сечения к родоразрешению.
7. *Краснопольский В.И., Логотова Л.С.* Методическое письмо «Кесарево сечение в современном акушерстве», 2011г.
8. *Жаркин Н.А.* Ведение беременности и родов у женщин с оперированной маткой (рубец на матке). Журнал практического врача акушера-гинеколога. 2011, 1, - 42-45 с.