

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Лекция

К.м.н., доцент кафедры акушерства и
гинекологии №1 Полянская И.Б.

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Определение понятия, код по МКБ X
2. Эпидемиология
3. Классификация АРД
4. Этиология, патогенез АРД
5. Патологические прелиминарный период (клиника, диагностика, лечение)
6. Первичная слабость родовой деятельности
7. Вторичная слабость родовой деятельности
8. Чрезмерно бурная родовая деятельность
9. Ведение беременности и родов с рубцом на матке

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ АРД

- Под аномалиями родовых сил понимают расстройства сократительной деятельности матки, приводящие к нарушению механизма раскрытия шейки матки и/или продвижения плода по родовому каналу.
- Эти расстройства могут касаться любого показателя сократительной деятельности
 - тонуса,
 - интенсивности,
 - продолжительности,
 - интервала,
 - ритмичности,
 - частоты
 - координированности сокращений.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Аномалии сократительной деятельности матки в родах встречаются у 7-20% женщин.
- Слабость родовой деятельности отмечается в 10%, дискоординированная родовая деятельность в 1-3% случаев от общего количества родов.
- Первичная слабость родовой деятельности наблюдается у 8- 10%, а вторичная — у 2,5% рожениц.
- Слабость родовой деятельности у первородящих старшего возраста встречается в два раза чаще, чем в возрасте от 20 до 25 лет.
- Чрезмерно сильная родовая деятельность, относящаяся к гипердинамической дисфункции сократительной деятельности матки, встречается редко (около 1%).

КОД ПО МКБ-10

- O62.0 Первичная слабость родовой деятельности.
- O62.1 Вторичная слабость родовой деятельности.
- O62.2 Другие виды слабости родовой деятельности.
- O62.3 Стремительные роды.
- O62.4 Гипертонические, нескоординированные и затянувшиеся сокращения матки.
- O62.8 Другие нарушения родовой деятельности.
- O62.9 Нарушение родовой деятельности неуточнённое.

КЛАССИФИКАЦИЯ АРД

- Патологический прелиминарный период
- Слабость родовой деятельности (инертность или гипоактивность матки)
 - А. Инертность матки
 - В. Слабость схваток и потуг (первичная и вторичная)
- Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки)
- Дискоординированная родовая деятельность
 - А. По механизму возникновения : 1) дискоординация, 2) гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент), 3) судорожные схватки (тетания матки), 4) циркулярная дистоция .
 - В. По времени возникновения - первичная и вторичная
 - С. По стадиям клинического течения - 1, 2, 3 стадии

ЭТИОЛОГИЯ

Клинические факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовых сил, можно разделить на 5 групп:

- **акушерские** (преждевременное излитие ОВ, диспропорция между размерами головки плода и родового канала, дистрофические и структурные изменения в матке, ригидность шейки матки, перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием и крупным плодом, аномалии расположения плаценты, тазовые предлежания плода, гестоз, анемия беременных);
- **факторы, связанные с патологией репродуктивной системы** (инфантилизм, аномалии развития половых органов, возраст женщины старше 30 и моложе 18 лет, нарушения менструального цикла, нейроэндокринные нарушения, искусственные аборты в анамнезе, невынашивание беременности, операции на матке, миома, воспалительные заболевания женской половой сферы);

ЭТИОЛОГИЯ

- общесоматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение различного генеза, диэнцефальная патология;
- плодные факторы (ЗРП, внутриутробные инфекции плода, анэнцефалия и другие пороки развития, перезрелый плод, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность);
- ятрогенные факторы (необоснованное и несвоевременное применение родостимулирующих средств, неадекватное обезболивание родов, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, грубые исследования и манипуляции).

ПАТОГЕНЕЗ

- дезорганизация структуры миоцитов,
- нарушение активности ферментов и нуклеотидов,
- снижение окислительных процессов,
- угнетение тканевого дыхания,
- понижение биосинтеза белков,
- развитие гипоксии и метаболического ацидоза.
- Гипокальциемия, повышение синтеза цАМФ,
- Уменьшение образования и «плотности» специфических α - и β -адренорецепторов делает миометрий малочувствительным к утеротоническим веществам

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- преждевременное появлением сократительной активности матки при доношенном плоде и отсутствии биологической готовности к родам.
- нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности боли внизу живота, в области крестца и поясницы, продолжающиеся более 6 ч.
- Нарушается психоэмоциональный статус беременной, расстраивается суточный ритм сна и бодрствования, утомление.
- Признаки гипоксии плода

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

- анамнез;
- наружное и внутреннее обследования роженицы;
- аппаратные методы обследования (наружная КТГ, гистерография).

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРЕЛИМИНАРНОМ ПЕРИОДЕ



Снятие родовой деятельности

- Психотерапия, электроанальгезия
- Медикаментозный сон (в течение 3-4 часов):
 - Наркотический анальгетик (промедол 1,0-2% в\м, фентанил); ненаркотические анальгетики (буторфанол 2 мг 0,2% или трамадол 50-100 мг в/м);
 - препараты бензодиазепинового ряда (диазепам 10 мг 0,5% раствора в/м);
 - антигистаминные препараты (хлоропирамин 20-40 мг или прометазин 25-50 мг в/м, димедрол 1,0-1% в\м);

- спазмолитики (дротаверин 40 мг или бенциклан 50 мг в/м);
- Холинолитик атропин 1,0 в\м;
- Коррекция сократительной активности матки до достижения оптимальной биологической готовности к родам В-адреномиметики (инфузии гексопреналина (гинипрал) 10 мкг, тербуталина (бриканил) 0,5 мг или орципреналина 0,5 мг в 0,9% растворе натрия хлорида;
- **! АМНИОТОМИЯ**
- ◎ Терапия, направленная на «созревание» шейки матки:
 - ПГ-Е2 (динопростон 0,5 мг интрацервикально).

ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Возбудимость и тонус матки снижены.
- Схватки с самого начала развития родовой деятельности остаются редкими, короткими, слабыми (15-20 сек):
 - частота за 10 мин не превышает 1-2 схватки;
 - сила сокращения слабая, амплитуда ниже 30 мм рт.ст.;
 - схватки носят регулярный характер, безболезненные или малоболезненные, так как тонус миометрия низкий.
- Отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки (менее 1 см/ч).
- Предлежащая часть плода долгое время остаётся прижатой ко входу в малый таз.
- Плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо (функционально неполноценный).
- При влагалищном исследовании во время схватки края маточного зева не растягиваются силой схватки.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ

- Выбор метода лечения зависит от состояния роженицы и плода, наличия сопутствующей акушерской или экстрагенитальной патологии, продолжительности родового акта.

В состав лечебных мероприятий входят:

- амниотомия (способствует выработке эндогенных ПГ и усилению родовой деятельности), при неполноценности плодного пузыря (плоский пузырь) или многоводие. Условие для амниотомии – раскрытие маточного зева на 3-4 см.
- введение препаратов непосредственно увеличивающих интенсивность схваток, усиливающих действие эндогенных и экзогенных утеротоников;
- - при раскрытии маточного зева 4 см и более применяют ПГ-F2a (динопрост 5 мг. в/в капельно в 400 мл 0,9% р-ра натрия хлорида). Скорость введения можно увеличивать вдвое каждые 30 мин, но не более чем до 40 кап/мин)
- контроль за характером схваток и сердцебиением плода.
- применение спазмолитиков;
- профилактика гипоксии плода.

ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Вторичная гипотоническая дисфункция матки (вторичная слабость родовой деятельности) - у рожениц с хорошей или удовлетворительной родовой деятельностью происходит её ослабление. Обычно это происходит в конце периода раскрытия или в период изгнания.
- Вторичная слабость родовой деятельности наблюдается у женщин, имеющих следующие особенности:
 - ·отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (нарушения менструального цикла, бесплодие, аборт, невынашивание, осложнённое течение родов в прошлом, заболевания половой системы);
 - ·осложнённое течение настоящей беременности (гестоз, анемия, иммунологический конфликт во время беременности, плацентарная недостаточность, перенашивание);
 - ·соматические заболевания (болезни сердечно-сосудистой системы, эндокринная патология, ожирение, инфекции и интоксикации);
 - ·осложнённое течение настоящих родов (длительный безводный промежуток, крупный плод, тазовое предлежание плода, многоводие, первичная слабость родовой деятельности).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Схватки становятся редкими, короткими, интенсивность их снижается в периоде раскрытия и/или изгнания.
- Раскрытие маточного зева, поступательное движение предлежащей части плода по родовому каналу резко замедляется, а в ряде случаев прекращается.

ДИАГНОСТИКА

- Оценивают схватки в конце I и во II периоде родов, динамику раскрытия маточного зева и продвижения предлежащей части.

ЛЕЧЕНИЕ

- На выбор стимулирующих средств влияет степень раскрытия маточного зева.
- При раскрытия 5-6 см для завершения родов в/в капельно введение энзапроста (динопрост 5 мг).
- Если в течение 2 ч не удаётся добиться необходимого стимулирующего эффекта, то инфузию энзапроста сочетают с окситоцином- 5 ЕД.
- Во избежание неблагоприятного действия на плод, внутривенное капельное введение окситоцина возможно в течение короткого промежутка времени, поэтому его назначают при раскрытии маточного зева 7-8 см.
- Постоянный мониторный контроль за сердцебиением плода и характером сократительной деятельности матки.

НА ИЗМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ ВРАЧА ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ 2 ОСНОВНЫХ ФАКТОРА:

- •отсутствие или недостаточный эффект от медикаментозной стимуляции родов;
- •гипоксия плода.

- В зависимости от акушерской ситуации для быстрого и бережного родоразрешения:
 - КС,
 - акушерские щипцы,
 - рассечение промежности (эпизиотомия, перинеотомия).

ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Нарушение сократительной активности миометрия может распространиться на последовый и ранний послеродовой период, поэтому для профилактики гипотонического кровотечения внутривенное введение утеротонических средств должно быть продолжено в III периоде родов и в течение первого часа раннего послеродового периода.

ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- ⊙ - гипердинамическая дисфункция сократительной активности матки (чрезвычайно сильные и частые схватки и/или потуги на фоне повышенного тонуса матки).

КЛИНИКА

- ⊙ ·чрезвычайно сильные схватки (более 50 мм рт.ст.);
- ⊙ ·быстрое чередование схваток (более 5 за 10 мин);
- ⊙ ·повышение базального тонуса (более 12 мм рт.ст.);
- ⊙ ·возбуждённое состояние женщины (повышенная двигательная активность, учащение пульса и дыхания, подъёмом АД). Возможны вегетативные нарушения: тошнота, рвота, потливость, гипертермия.
- ⊙ При бурном развитии родовой деятельности из-за нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения часто наступает гипоксия плода.
- ⊙ Вследствие очень быстрого продвижения по родовым путям у плода могут возникать различные травмы: кефалогематомы, кровоизлияния в головной и спинной мозг, переломы ключицы и др.

Бурная родовая деятельность (кардиотокограмма)



Осложнения бурной родовой деятельности



➤ Быстрые роды:

общая продолжительность
у первородящих – 6 часов и менее
у повторнородящих – 4 часа и менее

➤ Стремительные роды:

общая продолжительность
у первородящих – 4 часа и менее
у повторнородящих – 2 часа и менее



Травматизм матери

Травматизм плода

ДИАГНОСТИКА: НЕОБХОДИМА ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА СХВАТОК, ДИНАМИКИ ОТКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА И ПРОДВИЖЕНИЯ ПЛОДА ПО РОДОВОМУ КАНАЛУ.

ЛЕЧЕНИЕ

- снижение повышенной активности матки: применяют фторотановый наркоз или в/в капельное введение б-адреномиметиков (гексопреналин 10 мкг, тербуталин 0,5 мг или орципреналин 0,5 мг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида) - наступление эффекта (через 5-10 мин);
- ·улучшение маточно-плацентарного кровотока.
- Введение б-адреномиметиков по мере необходимости может осуществляться до рождения плода.
- При хорошем эффекте инфузию токолитиков можно заменить на введение спазмолитиков и спазмоанальгетиков (дротаверин, ганглефен, метамизол натрия).

- Роженицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, тиреотоксикозом, СД, β -адреномиметики противопоказаны.
- В таких случаях применяют внутривенное капельное введение антагонистов кальция (верапамил).
- Роженица должна лежать на боку, противоположном позиции плода, что несколько снижает сократительную активность матки.
- Обязательный компонент ведения таких родов — профилактика гипоксии плода и кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой её половиной, верхним (дно, тело) и нижним отделами, всеми отделами матки.
- Дискоординация сократительной активности матки довольно часто развивается при отсутствии готовности организма женщины к родам, в том числе, при незрелой шейке матки.

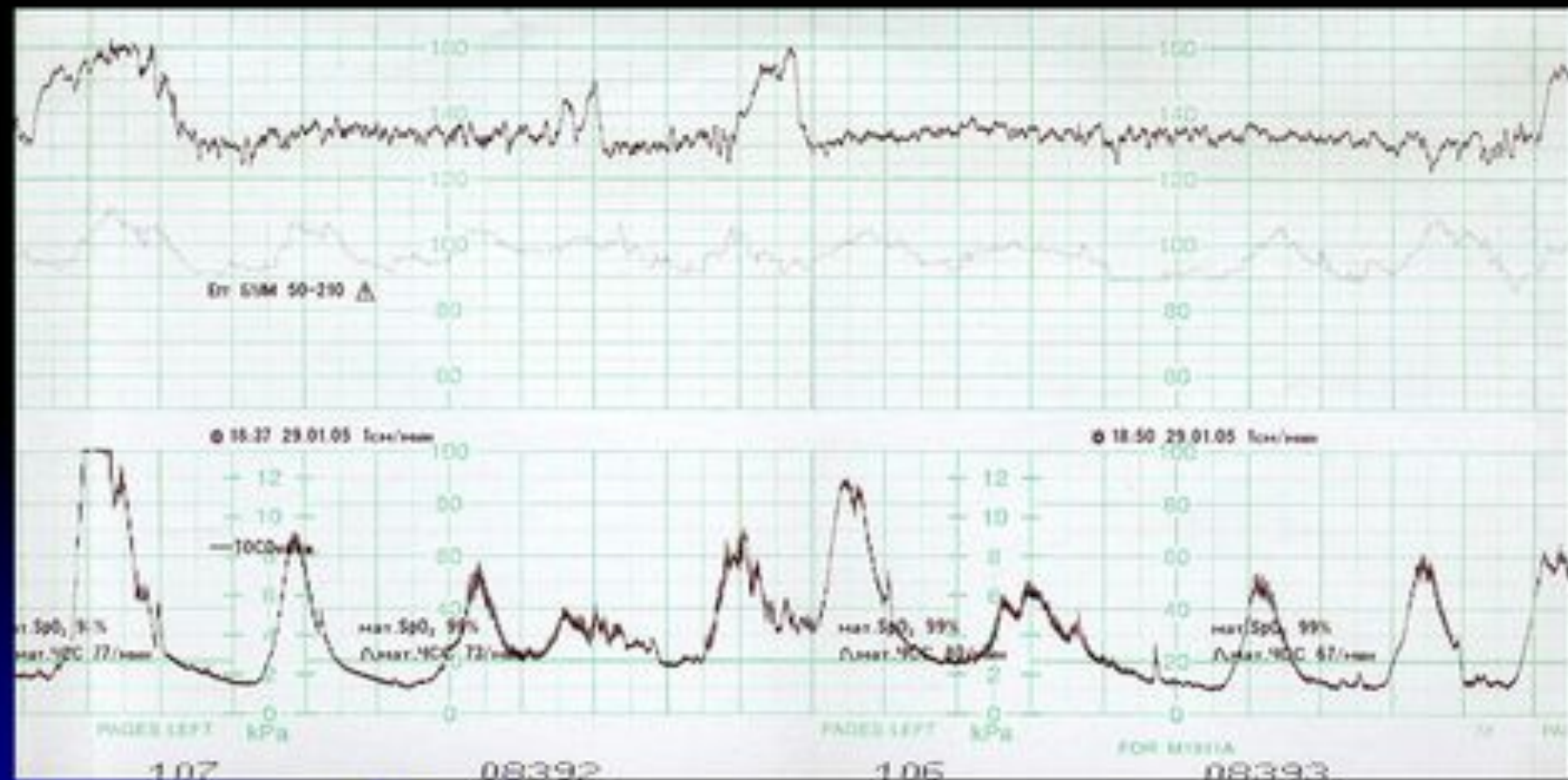
Формы дискоординации родовой деятельности разнообразны:

- · распространение волны сокращения матки с нижнего сегмента вверх (доминанта нижнего сегмента, спастическая сегментарная дистоция тела матки);
- · отсутствие расслабления шейки в момент сокращения мускулатуры тела матки (дистоция шейки матки);
- · спазм мускулатуры всех отделов матки (тетания матки).

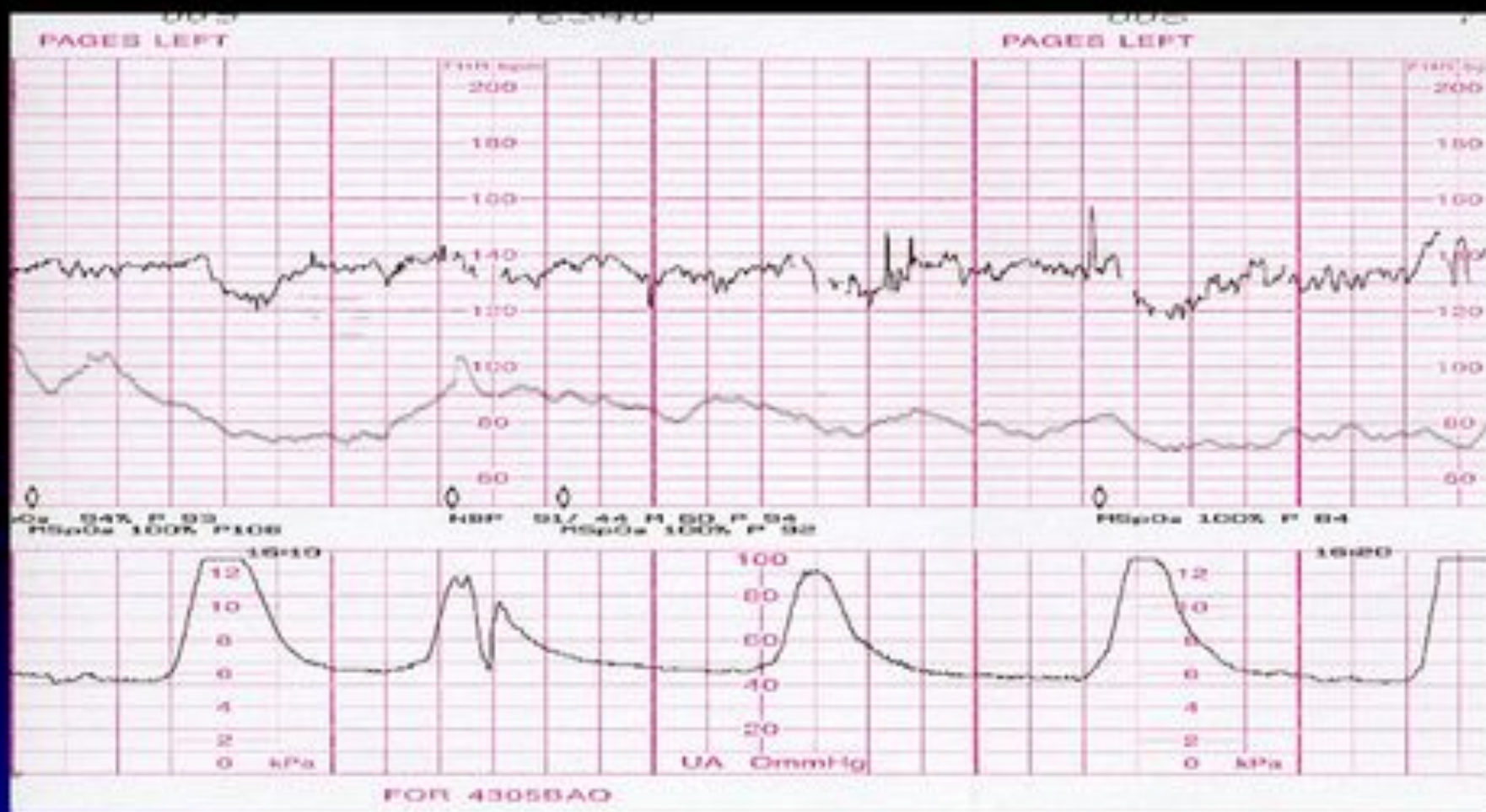
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

- Резко болезненные частые схватки, разные по силе и продолжительности (резкие боли чаще в крестце, реже – внизу живота, появляющиеся во время схватки, тошнота, рвота, чувство страха).
- Отсутствует динамика раскрытия шейки матки (края маточного зева толстые, часто отёчные).
- Предлежащая часть плода длительно остаётся подвижной или прижатой ко входу в малый таз (наружное и внутреннее акушерское обследование).
- Повышен базальный тонус (Гистерография).

Кардиотокограмма дискоординации родовой деятельности



Тоническая фаза дискоординации родовой деятельности (кардиотокограмма)



ЛЕЧЕНИЕ

- Роды можно проводить через естественные родовые пути или завершать операцией КС.
- Для лечения используются инфузии β -адреномиметиков, антагонистов кальция, спазмолитиков, спазмоаналгетиков.
- При раскрытии маточного зева более 4 см показана длительная эпидуральная аналгезия.
- В современной акушерской практике для быстрого снятия гипертонуса матки чаще используют токолиз болюсной формы гексопреналина (25 мкг внутривенно медленно в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида).
- Режим введения токолитиков должен быть достаточным для полной блокады сократительной деятельности и снижения маточного тонуса до 10-12 мм рт.ст. Затем токолиз (10 мкг гексопреналина в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида) продолжают 40-60 мин. Если в течение ближайшего часа после прекращения введения β -адреномиметиков не восстанавливается нормальный характер родовой деятельности, то начинают введение капельное ПГ-F2a.
- Профилактика внутриутробной гипоксии плода обязательна.

ПОКАЗАНИЯ К АБДОМИНАЛЬНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

- отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (длительное бесплодие, невынашивание беременности, неблагоприятный исход предыдущих родов и др.);
- сопутствующая соматическая патология (сердечно-сосудистые, эндокринные, бронхо-лёгочные и другие заболевания)
- сопутствующая акушерская патология (гипоксия плода, перенашивание, тазовые предлежания и неправильные вставления головки, крупный плод, сужение таза, гестоз, миома матки и др.);
- первородящие старше 30 лет;
- отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 3 часов.





Типичные ошибки в диагностике аномалий родовой деятельности

- предродовые (прелиминарные) схватки принимаются за начало родов и их прекращение рассматривается как проявление слабости родовых сил
- Неэффективная родовая деятельность при дискоординации интерпретируется как слабость родовых сил
- Не дифференцируется патологический прелиминарный период и первичная слабость родовой деятельности

Профилактика аномалий родовой деятельности



Профилактика аномалий родовой деятельности

- **Дородовая госпитализация беременных высокого риска**
- **Тщательный сбор анамнеза**
- **Психопрофилактическая подготовка**
- **Определение соответствия размеров головки плода и таза матери:**
 - пельвиометрия
 - оценка веса плода
 - раннее определение типа вставления головки
- **Кардиомониторное наблюдение**
- **Своевременная коррекция аномалии родовой деятельности**

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

- Рубец (*cicatrix*) – плотное образование, состоящее из гиалинизированной, богатой коллагеновыми волокнами соединительной ткани, возникающее в результате регенерации ткани при нарушении её целостности.
- Рубец на матке – зона матки, в которой были произведены оперативные вмешательства [кесарево сечение (КС)], миомэктомия, реконструктивно-пластические операции).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- рубец на матке после кесарева сечения отмечают у 4-8% беременных, а около 35% абдоминальных родов в популяции бывают повторными.
- При наступлении беременности у женщин с миомой матки акушеры-гинекологи также чаще производят миомэктомию, чем 10-15 лет назад. Таким образом, постоянно увеличивается число беременных с рубцом на матке после миомэктомии.

ЭТИОЛОГИЯ

РУБЕЦ НА МАТКЕ ФОРМИРУЕТСЯ ПОСЛЕ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, КОНСЕРВАТИВНОЙ
МИОМЭКТОМИИ, ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ,
ТУБЭКТОМИИ И ДР.

ДИАГНОСТИКА

- Диагностика осложнений беременности у женщин с рубцом на матке основана на тщательном сборе анамнеза, данных физикального обследования и лабораторных данных.

АНАМНЕЗ

- Тщательный сбор анамнеза должен включать получение сведений о произведённом в прошлом кесаревом сечении (показания), времени КС, о наличии самопроизвольных родов до оперативного вмешательства и после, о количестве беременностей между операцией и настоящей беременностью, их результатах (аборт, выкидыш, неразвивающаяся беременность), о наличии живых детей, случаев мёртворождения и гибели детей после предыдущих родов, о течение настоящей беременности.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Следует пальпаторно оценить рубец на передней брюшной стенке и на матке, измерить размеры таза и определить предполагаемую массу плода. В 38-39 нед гестации проводят оценку готовности организма беременной к родам.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ·Общий анализ крови.
- ·Общий анализ мочи.
- ·Биохимический анализ крови (определение концентрации общего белка, альбумина, мочевины, креатинина, остаточного азота, глюкозы, электролитов, прямого и непрямого билирубина, АлАт, АсАт и щелочной фосфатазы).
- ·Коагулограмма, гемостазиограмма.
- ·Гормональный статус ФПК (концентрация плацентарного лактогена, прогестерона, эстриола, кортизола) и оценка содержания α-фетопротеина.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ·УЗИ плода с доплерометрией сосудов пуповины, аорты плода, среднемозговой артерии плода и плаценты показано с конца II триместра беременности.
- ·Кардиомониторное наблюдение за состоянием плода.
- ·УЗИ рубца на матке каждые 7-10 сут.

ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- **Гистерография** - производят на 7-й или 8-й день менструального цикла (но не ранее чем через 6 мес после операции) в прямой и боковой проекции - изучить изменения внутренней поверхности послеоперационного рубца на матке.

Признаки несостоятельности послеоперационного рубца: изменение положения матки в малом тазу (значительное смещение матки кпереди), зазубренные и истончённые контуры внутренней поверхности матки в зоне предполагаемого рубца, «ниши» и дефекты наполнения.

- **Гистероскопия** делают на 4-й или 5-й день менструального цикла.

При несостоятельности рубца обычно отмечают втяжения или утолщения в области рубца. Белесоватый цвет ткани рубца, отсутствие сосудов свидетельствуют о выраженном преобладании соединительнотканного компонента, а втяжения — об истончении миометрия в результате неполноценной регенерации.

Прогноз для вынашивания беременности и родоразрешения через естественные родовые пути разноречивый. Невизуализируемый маточный рубец и рубец с преобладанием мышечной ткани служат признаком его анатомической и морфологической полноценности. У этих женщин возможно наступление беременности через 1-2 года после операции.

- Ультразвуковое исследование (УЗИ).
- К ультразвуковым признакам несостоятельности рубца на матке относят неровный контур по задней стенке наполненного мочевого пузыря, истончение миометрия, прерывистость контуров рубца, значительное количество гиперэхогенных включений (соединительной ткани).
- При двухмерном УЗИ патологические изменения в области рубца на матке обнаруживают значительно реже, чем при гистероскопии (в 56 и 85% случаев соответственно). Однако благодаря доплерометрии и трёхмерной реконструкции, с помощью которых можно оценить гемодинамику в рубце (развитие сосудистой сети), информативность ультразвуковой оценки состояния рубца на матке значительно увеличилась.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

- При беременности (в I триместре) проводят общее обследование, а при необходимости – консультации смежных специалистов.
- УЗИ - определения места прикрепления плодного яйца в матке.
- При расположении (в зоне рубца после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте) целесообразно прерывание беременности, которое производят с использованием вакуум-аспиратора, т.к. протеолитические свойства хориона по мере прогрессирования беременности могут привести к неполноценности даже состоятельного рубца на матке и её разрыву. Вопрос о прерывании беременности решает сама женщина.
- УЗИ и исследование гормонального статуса фетоплацентарного комплекса (ФПК), проводят на сроке 20-22 нед беременности - диагностика пороков развития плода, соответствия его размеров сроку гестации, признаков плацентарной недостаточности (ПН), особенно при расположении плаценты в области рубца.
- Для лечения ПН показана госпитализация в стационар.
- При неосложнённом течении беременности и состоятельном рубце на матке очередное комплексное обследование осуществляют на сроке 37-38 нед. гестации в стационаре, где предполагают проводить родоразрешение беременной.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

- У большинства акушеров существует основной постулат при родоразрешении беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: одно кесарево сечение — всегда кесарево сечение.
- У 50-80% беременных с оперированной маткой не только возможны, но и предпочтительны роды через естественные родовые пути.
- Риск при повторном кесаревом сечении, особенно для матери, выше, чем риск при самопроизвольных родах.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ДОПУСТИМО ПРИ СОБЛЮДЕНИИ РЯДА УСЛОВИЙ:

- Одно кесарево сечение в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте.
- Отсутствие экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений, послуживших показаниями к первой операции.
- Состоятельность рубца на матке (по результатам клинических и инструментальных исследований).
- Локализация плаценты вне рубца на матке.
- Головное предлежание плода.
- Соответствие размеров таза матери и головки плода.
- Наличие условий для экстренного родоразрешения путём кесарева сечения (высококвалифицированный медицинский персонал, возможность выполнения кесарева сечения в экстренном порядке не позже, чем через 15 мин после принятия решения об операции).

ОСЛОЖНЕНИЯ РОДОВ

- несвоевременное излитие околоплодных вод,
 - аномалии родовой деятельности (которые следует рассматривать как угрозу разрыва матки),
 - клиническое несоответствие размеров таза матери и головки плода (обусловленное более частым, чем в популяции, расположением головки плода в заднем виде),
 - появление признаков угрожающего разрыва матки.
-
- В процессе родов необходим непрерывный кардиомониторный контроль за состоянием плода, с клинической оценкой характера родовой деятельности и состояния рубца на матке.
 - Роды ведут при развёрнутой операционной, с подключённой инфузионной системой.
 - Кроме клинической (пальпация) оценки состояния рубца на матке в процессе самопроизвольных родов можно использовать УЗИ, с помощью которого кроме оценки состояния рубца на матке в I периоде родов уточняют вид и позицию плода, расположение головки плода по отношению к плоскостям малого таза роженицы, производят цервикометрию (ультразвуковую регистрацию открытия маточного зева), благодаря чему снижается количество вагинальных исследований, что полезно в плане профилактики инфекционных осложнений у рожениц с высокой вероятностью оперативного родоразрешения.

ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ:

- ·Рубец на матке после корпорального кесарева сечения.
- ·Несостоятельный рубец на матке по клиническим и ультразвуковым признакам.
- ·Предлежание плаценты.
- ·Два и более рубцов на матке после кесаревых сечений.
- ·Категорический отказ женщины от родов через естественные родовые пути.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВА МАТКИ ПО РУБЦУ

- Создание оптимальных условий для формирования состоятельного рубца на матке при первом кесаревом сечении (разрез на матке по Дерфлеру) и других операциях на матке: зашивание разреза на матке отдельными мышечно-мышечными швами с использованием синтетических рассасывающихся шовных нитей (викрил, моноприл и др.).
- Прогнозирование, профилактика, своевременная диагностика и адекватная терапия послеоперационных осложнений.
- Объективная оценка состояния рубца на матке до наступления беременности и во время гестации.
- Скрининговое обследование во время беременности.
- Тщательный отбор беременных для ведения родов через естественные родовые пути.
- Тщательный кардиотокографический и ультразвуковой контроль в процессе самопроизвольных родов.
- Адекватное обезболивание в процессе самопроизвольных родов.
- Своевременная диагностика угрожающего и/или начавшегося разрыва матки.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

