

**ПРОГРАМА
«ЗДОРОВ'Я
МАТЕРІ ТА ДИТИНИ»**



**MOTHER AND CHILD
HEALTH
PROGRAMME**

ШВЕЙЦАРІЯ–УКРАЇНА

UKRAINE–SWITZERLAND



Ультразвукова оцінка рубця на матці після попереднього цісарського розтину

Особливості оцінки та клінічне значення

Олексій Соловйов, Артем Чернов



SCIH Swiss Centre for
International Health
A department of the Swiss Tropical Institute



Навіщо потрібна інформація про стан рубця на матці?

- Оцінка рубця впродовж вагітності
 - Чи існує визначення терміну “спроможність рубця”?
 - Де саме шукати той спроможний/неспроможний рубець і коли?
 - Що робити і коли, якщо рубець дійсно неспроможний?
- Відбір кандидатів, придатних для спроби пологів після цісарського розтину
- А після консервативних міомектомій? А після пластики матки в разі інтерстіціальної вагітності? А після коагуляції кукси маткової труби в разі тубектомії? Чи це лікарів не цікавить?!!!





Рубець на матці: хто його бачив?



- Визначається у 87 – 100% жінок

Armstrong, 2003

- До 28 тижня – у 45% жінок
- Після 28 тижня – у 17% жінок

Lonky, 1989

- Не візуалізується у 83% жінок. **Відсутність візуалізації – є нормою**

Vincent Y. T. Cheung, 2004

- Не візуалізується у 88% жінок

Chandler Mohan, 2006





Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Та сама пацієнтка, та сама ділянка міометрію...

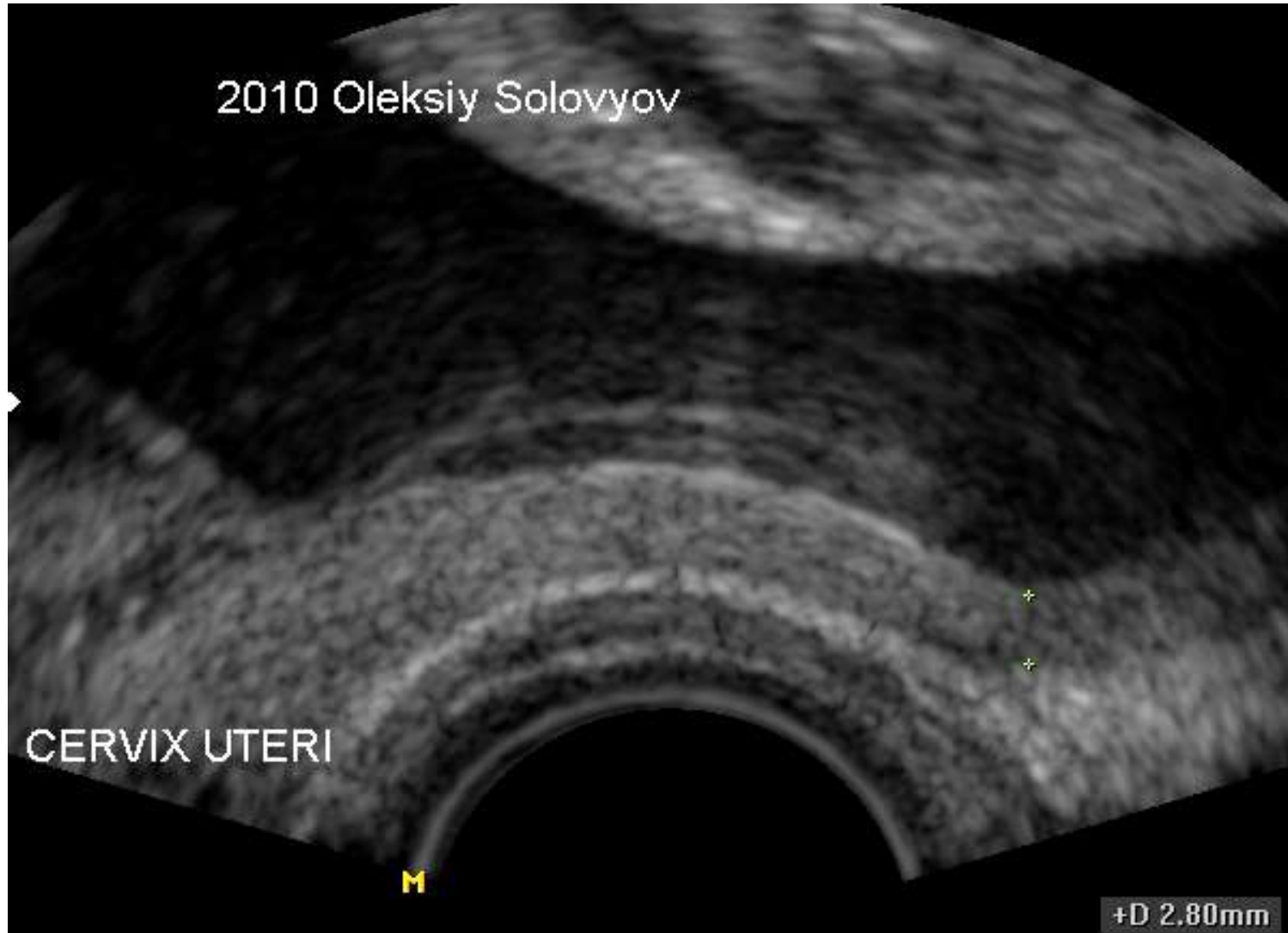




Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

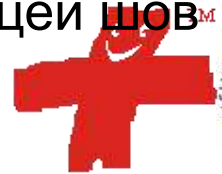
Чи Ви запитували колись свого колегу-лікаря УЗД, що саме і де саме він міряє? Чи Ви це знаєте!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!





Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Міометрій = 2,8 мм. Практично всі У НАС визнають цей шов^М «неспроможним». Питання лише в тому, що у цієї пацієнтки ВЗАГАЛІ НЕ БУЛО ОПЕРАЦІЙ... 😊



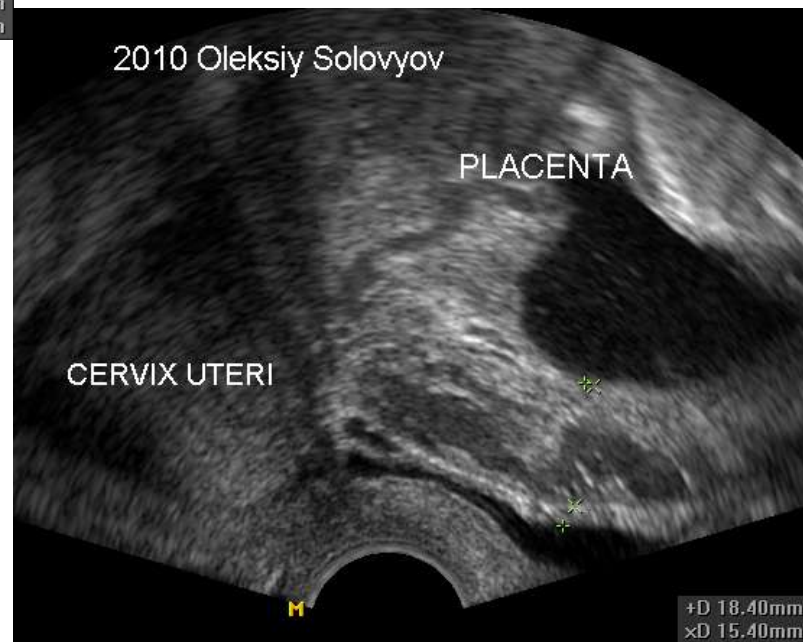


Техніка вимірювання товщини нижнього сегменту



- Єдиної стандартної техніки вимірювання немає + індивідуальна та апаратна похибка
- В одних дослідженнях вимірювали лише міометрій
- В інших – міометрій разом із:
 - слизовою сечового міхура
 - очервиною
 - відпадною (decidual) та оплідною (amniotic) оболонками
- **Складно порівняти дані різних авторів**





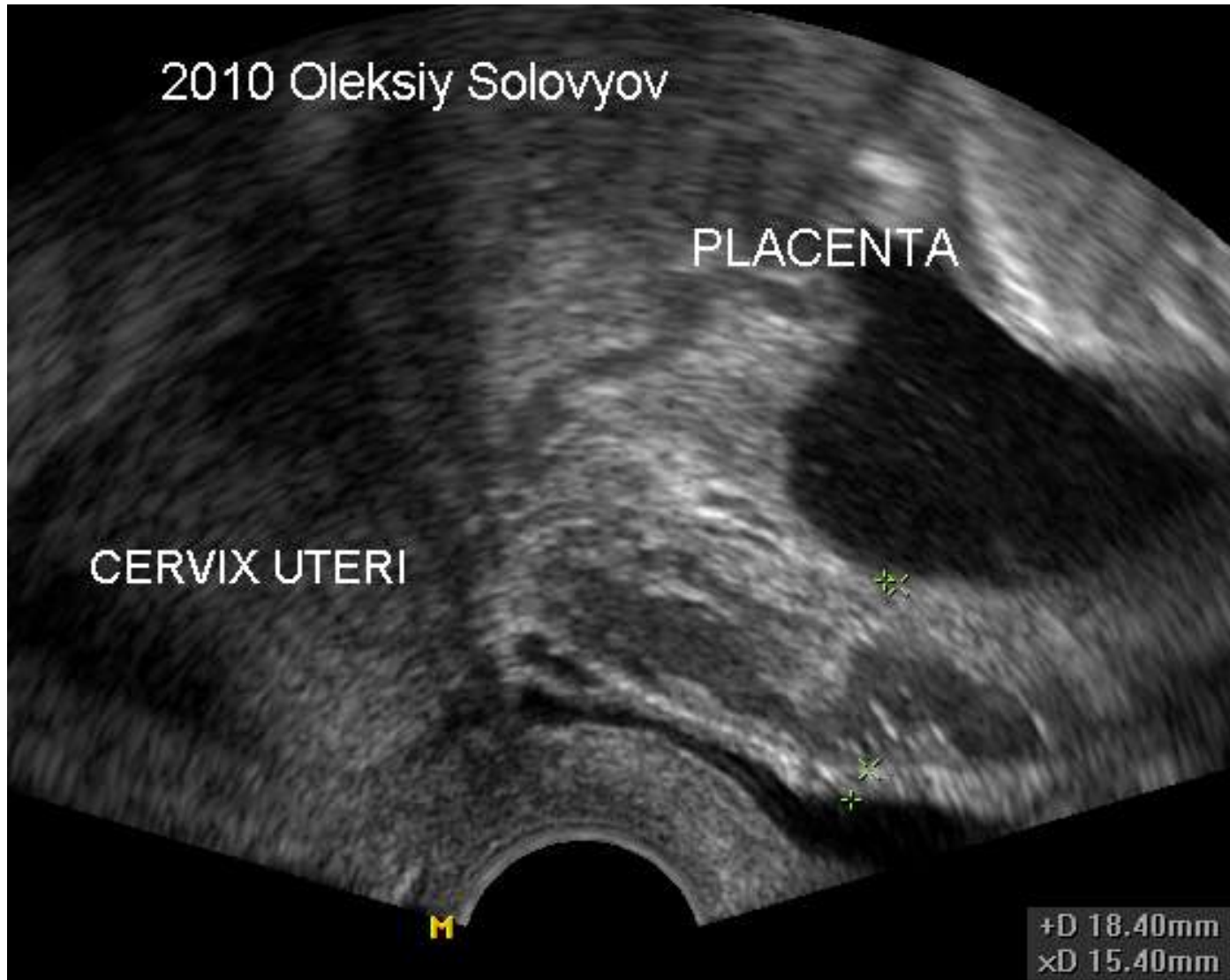
Вимірювати слід абдомінально чи вагінально?
І що робити з такими даними?!







2010 Oleksiy Solovyov



Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Вимірювати слід абдомінально чи вагінально?
І що робити з такими даними?!





УЗ оцінка «нижнього сегменту» матки



- На сьогодні немає згоди щодо:
 - можливості побачити рубець на матці
 - техніки вимірювання товщини «нижнього сегменту»
 - можливості УЗД передбачити розрив матки

- ~~Єдиний консенсус, який наразі існує:
 - *Результати УЗ оцінки нижнього сегменту не повинні розглядатися ізольовано від решти клінічних даних!*~~

Я особисто проти цього – може не бути жодної клініки, а під час УЗД рубець ся знаходить, ш ВЖЕ розійшовся!





Як чинити в разі знайденого розриву рубця ?

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна





У цьому випадку в 26 тиж. знайдено повний розрив матки з виходженням руки з неущкодженою оболонкою...

Ще місяць (!!!) вагітність тривала і цесарський розтин здійснено лише тоді, коли оболонка луснула.





Частота УЗД



- Наразі не існує особливого стандарту для вагітних з рубцем на матці
- Частота проведення УЗД у першій половині вагітності не відрізняється від звичайної вагітності (I-е та II-е триместри УЗ дослідження)
- В другій половині вагітності раціональним може бути:
 - УЗД у 29-30 тижнів, а також при початку пологів при вирішенні питання щодо способу розродження
- Чи потрібні рутинні додаткові дослідження, наразі невідомо





Що треба оцінювати?

- Товщину нижньої третини міометрія над перешийком, з порожнім сечовим міхуром, піхвовим доступом
- Наявність порушення цілісності міометрія
 - ознака «ніші» або локальне потоншення
 - випинання у місті потоншення
 - наявність рубцевої тканини





Товщина «нижнього сегменту»: яке значення вважати граничним? (1)



- **Товщина 3,5 мм**
 - При товщині $\geq 3,5$ мм вірогідність того, що в пологах розрив не відбудеться становить **99,3%**

АЛЕ

- Недоліки дослідження
 - При вимірюванні включалась слизова оболонка сечового міхура та очеревина

Rozenberg P. et al., 1996





Товщина «нижнього сегменту»: яке значення вважати граничним?(2)

- Товщина < 2 мм
 - При товщині < 2 мм імовірність того, що в пологах відбудеться розрив, сягає $\sim 100\%$
 - Якщо товщина буде > 2 мм, ймовірність того, що при спробі природних пологів розрив не відбудеться, складає $\sim 86,7\%$
- 74% жінок із товщиною < 2 мм та початком пологової діяльності мали безсимптомний розрив, знайдений під час цісарського розтину





Товщина «нижнього сегменту»: яке значення вважати граничним? (3)



- Товщина $\geq 3,5$ мм
 - Ризик розриву низький ($\sim 0,7\%$)
- Товщина < 2 мм
 - Ризик розриву високий ($\sim 100\%$)
 - Спроба пологів природнім шляхом протипоказана
- Товщина > 2 мм, але $< 3,5$ мм
 - Ризик розриву може мінятися, залежно від інших клінічних та анамнестичних факторів
 - Макросомія – ризик вище
 - Передчасні пологи – ризик нижче





Дефекти тканини у «нижньому сегменті»



- Рубцева тканина
- Ознака «ніші» або місцеве потоншення
- Випинання у місці потоншення, яке спрямовано в бік сечового міхура
 - З'являється під час переймів або ворушіння плода
 - Свідчить про неповний розрив матки





Рубцева тканина



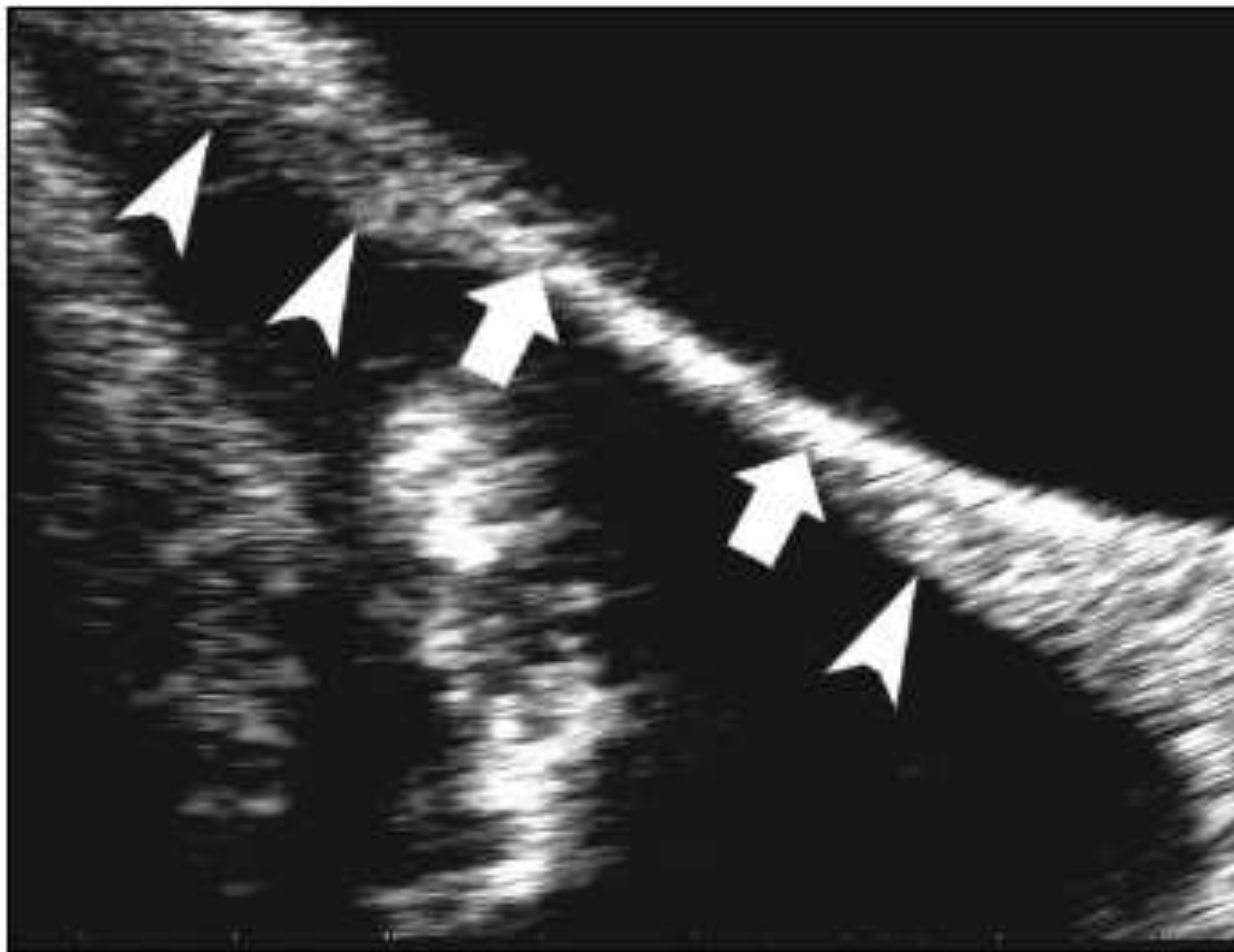
Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

Vincent Y. T. Cheung, 2004





Ознака “ніші” або місцевого ПОТОНШЕННЯ (1)



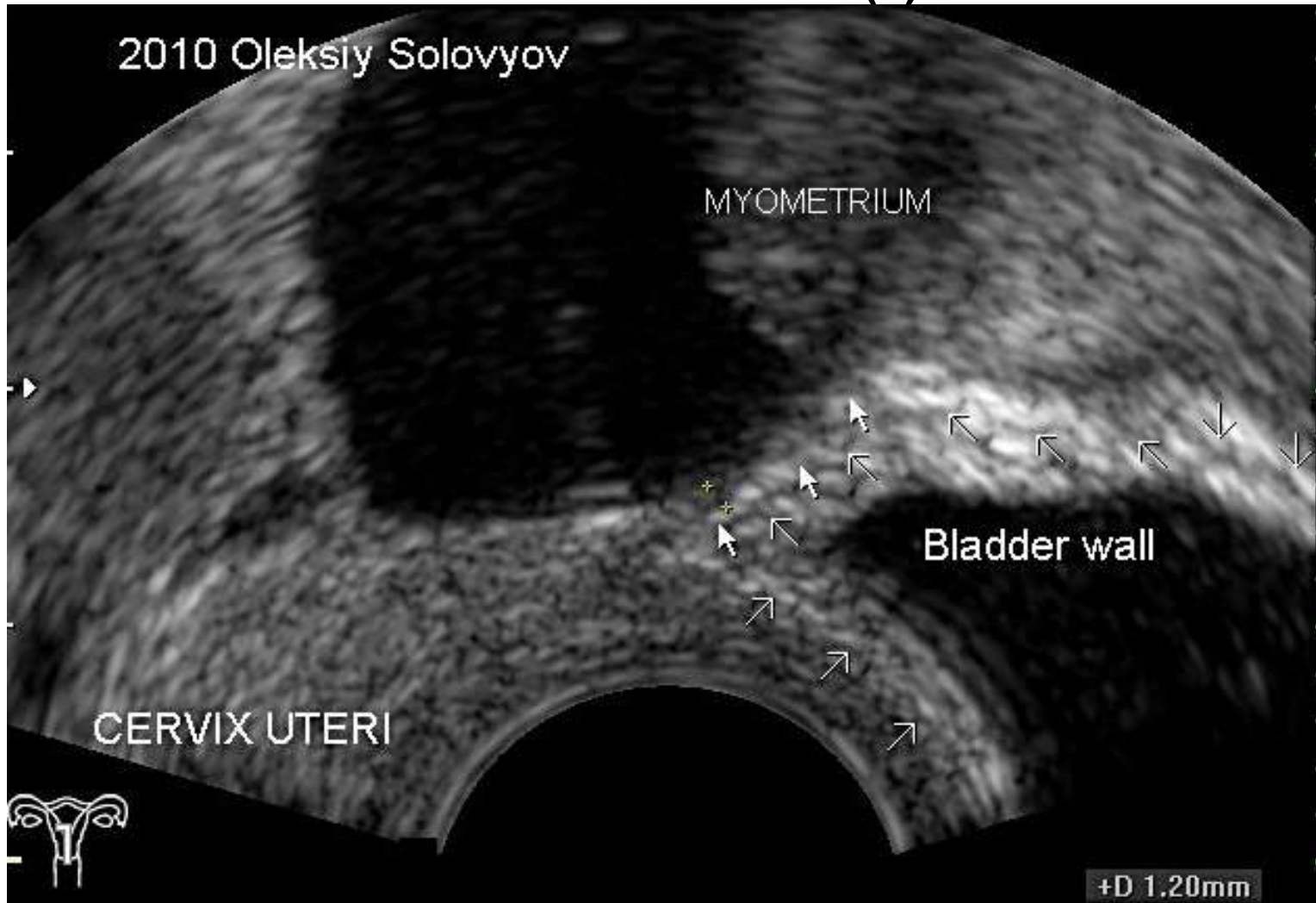
Програма “Здоров'я матері та дитини” Швейцарія - Україна

Vincent Y. T. Cheung, 2004





Ознака “ніші” або місцевого ПОТОНШЕННЯ (2)

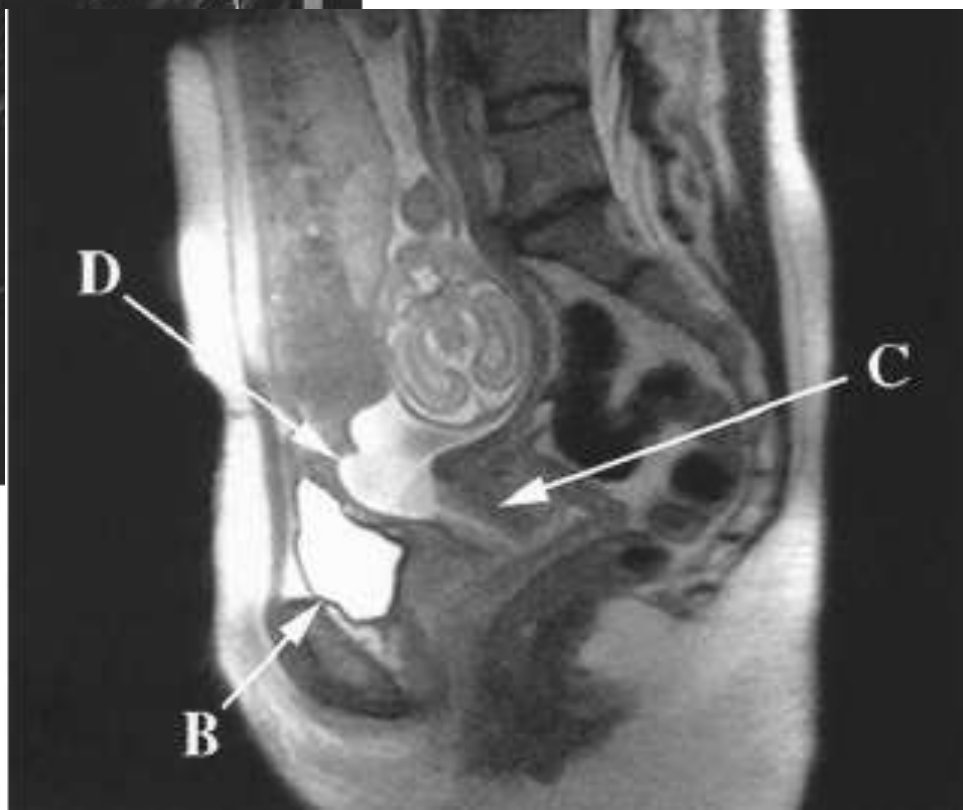
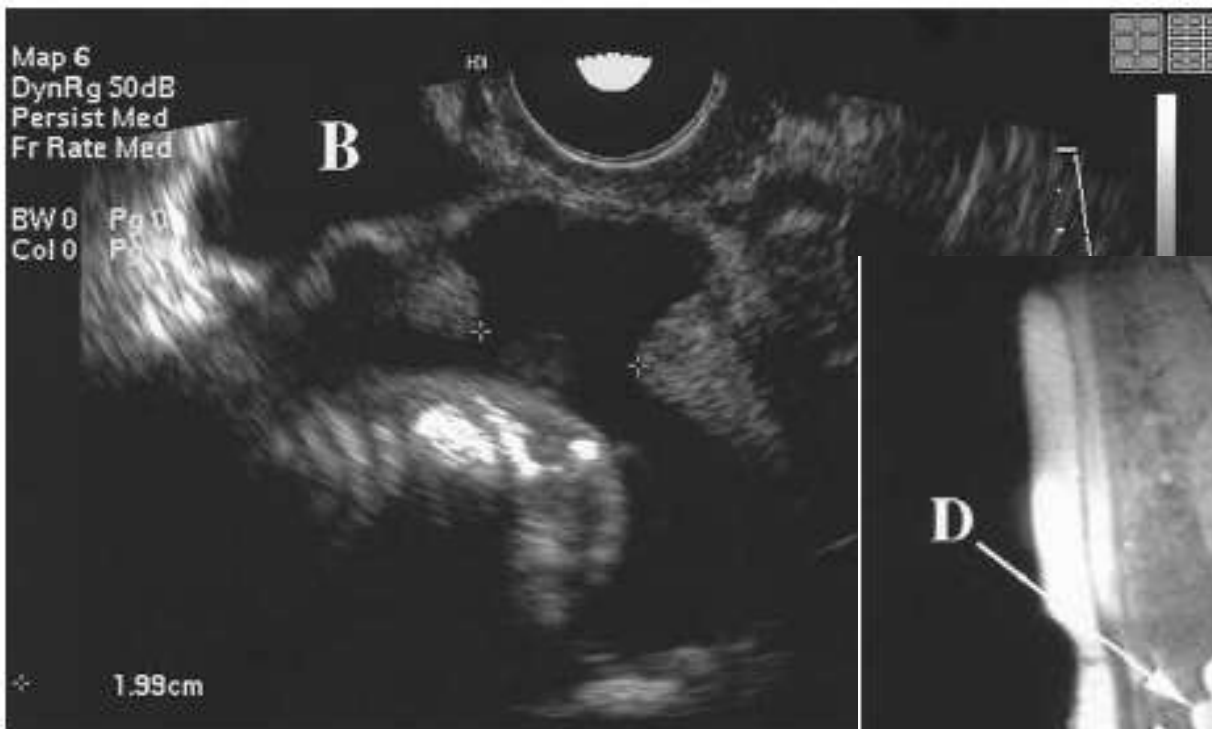


Програма “Здоров’я матері та дитини” Швейцарія - Україна





Випинання оболонок у місці дефекту

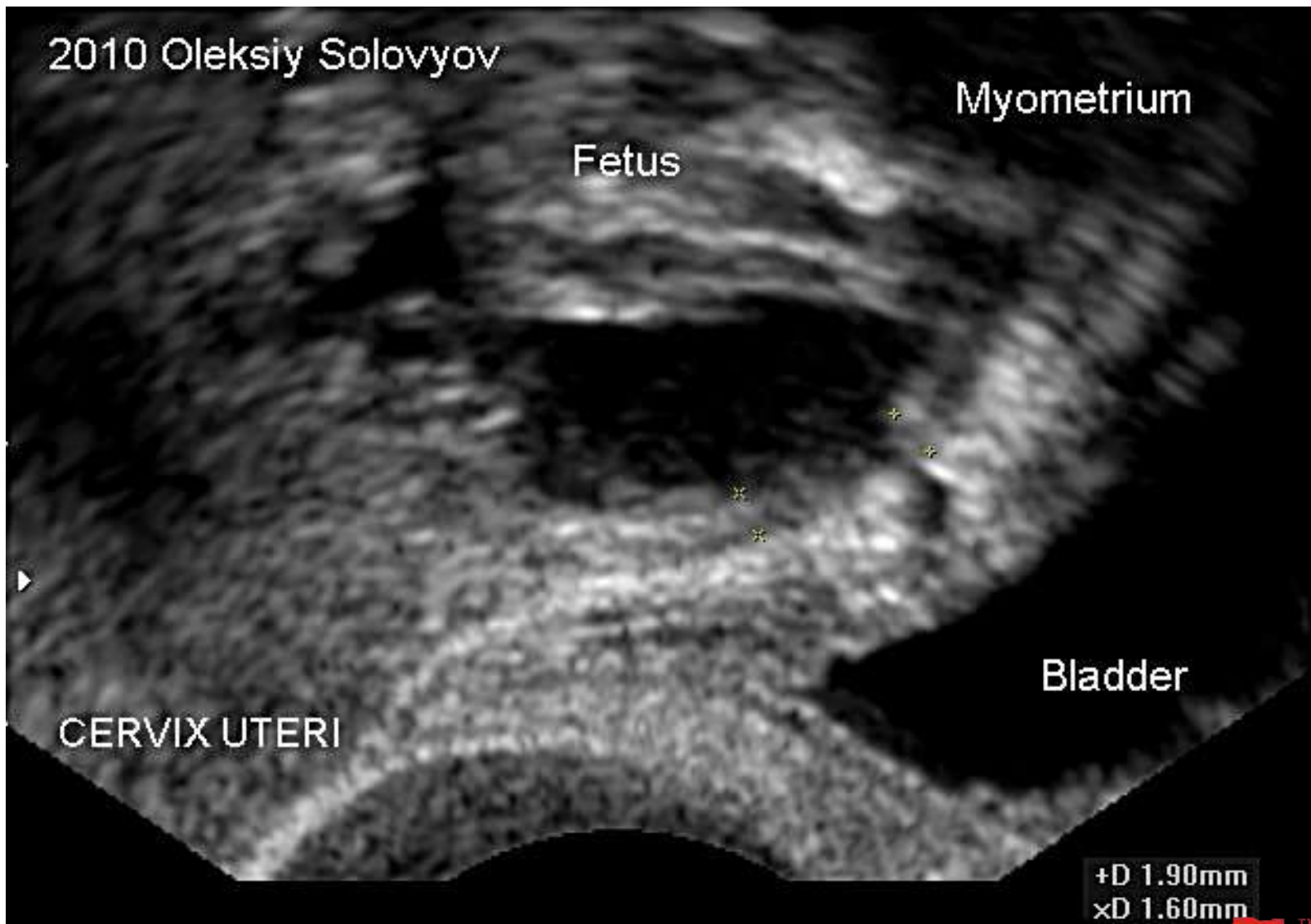


- Неповний розрив матки знайдено у віці вагітності 20 тижнів
- Цісарський розтин у 31 тиждень





Дефект рубця та рубцева тканина



Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна





Послідовність дій (1)

- Оцініть наявність дефектів тканини
- Оцініть товщину «нижнього сегменту»

Дефектів не знайдено

Товщина $\geq 3,5$ мм

Товщина >2 мм, але $< 3,5$ мм

Товщина < 2 мм

Сонографічно «спроможний» рубець

Аntenатально та в пологах:

- Ризик розриву матки низький

Аntenатально:

- Ризик розриву матки відносно низький
- #### *У пологах:*
- Може мінятися залежно від інших клінічних та анамнестичних факторів

Сонографічно «не спроможний» рубець

Ризик розриву матки високий :

- 74% - антенатально безсимптомний розрив
- ~100% - з початком пологової діяльності





Послідовність дій (2)



**Знайдено дефект тканини
сонографічно «неспроможний» рубець**

Виміряти товщину стінки матки у місці дефекту

Товщина **< 2 мм** або випинання у
місці дефекту

Ризик розриву вкрай високий
або
Неповний розрив матки

Госпіталізація

Оцініть:

- Скарги та стан матері (гемодинаміка)
- Стан плода
- Вік вагітності
- Наявність рідини у черевній порожнині

Товщина **> 2 мм**
Ризик розриву високий

**Спостереження. У разі прогресуючого
потоншення або наявності болю – вирішити
питання про розродження**

**За відсутності симптомів та прогресуючого
потоншення - антенатальний догляд з
індивідуалізацією графіку відвідувань.
Контроль товщини нижнього сегменту у
місці дефекту що 2 тижні**

У віці вагітності < 34 тижнів, за наявності
стабільного задовільного стану матері та плода,
відсутності болю у надлобковій ділянці, пологової
діяльності та рідини у черевній порожнині визначте
можливість пролонгувати вагітність для проведення
курсу кортикостероїдів

Вирішіть питання щодо терміну розродження





Плацента в ділянці рубця на матці

Передлежання та прирощення





Передлежання плаценти та ризик її прирощення (1)



- У загальній популяції:
 - Прирощення плаценти - 1/7000 пологів
 - Прирощення передлеглої плаценти - 1/2500 пологів
- Вік вагітної та наявність в анамнезі КР – незалежні фактори підвищення ризику прирощення передлеглої плаценти
 - Вік матері ≥ 35 років - у 2,3 рази
 - Один цісарський розтин в анамнезі – у 4,5 рази
 - Два та більше цісарських розтинів в анамнезі - у 11,3 рази





Передлежання плаценти: висновки

- Передлежання плаценти у жінки з рубцем на матці після ЦР супроводжується прирощенням у 2-38% випадків
- Передлежання плаценти у жінки з рубцем на матці після ЦР є абсолютним показанням для розродження на III рівні допомоги





Висновки (1)



- УЗ оцінка «нижнього сегменту» має враховувати товщину та будову міометрія
 - граничними значеннями товщини міометрія можуть бути:
 - $> 3,5$ мм – вірогідність відсутності розриву матки 99,3%
 - < 2 мм – ризик розриву матки $\sim 100\%$
- Спосіб вимірювання товщини «нижнього сегменту» може різнитися у різних фахівців. На результати мають вплив особиста й апаратна похибка





Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна



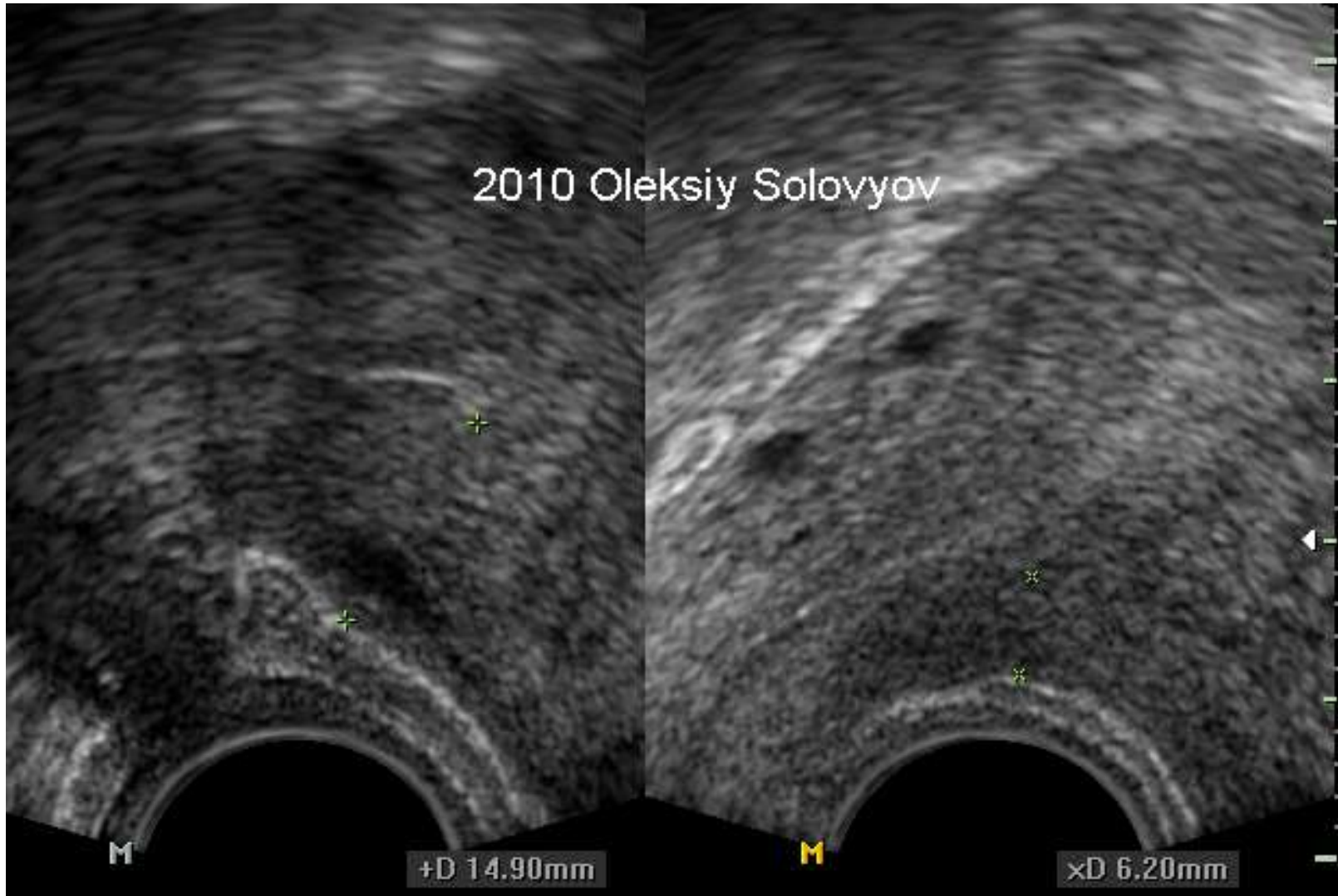


Висновки (2)



- В нормі в структурі міометрія не повинні бути дефекти та рубцева тканина
- В нормі рубець на матці не повинен бути помітним
- ~~• **Результати УЗ оцінки нижнього сегменту не повинні розглядатися ізольовано від решти клінічних даних!**~~
- У вагітної після ЦР передлежання плаценти та її розташування у ділянці рубця супроводжується високим ризиком її прирощення

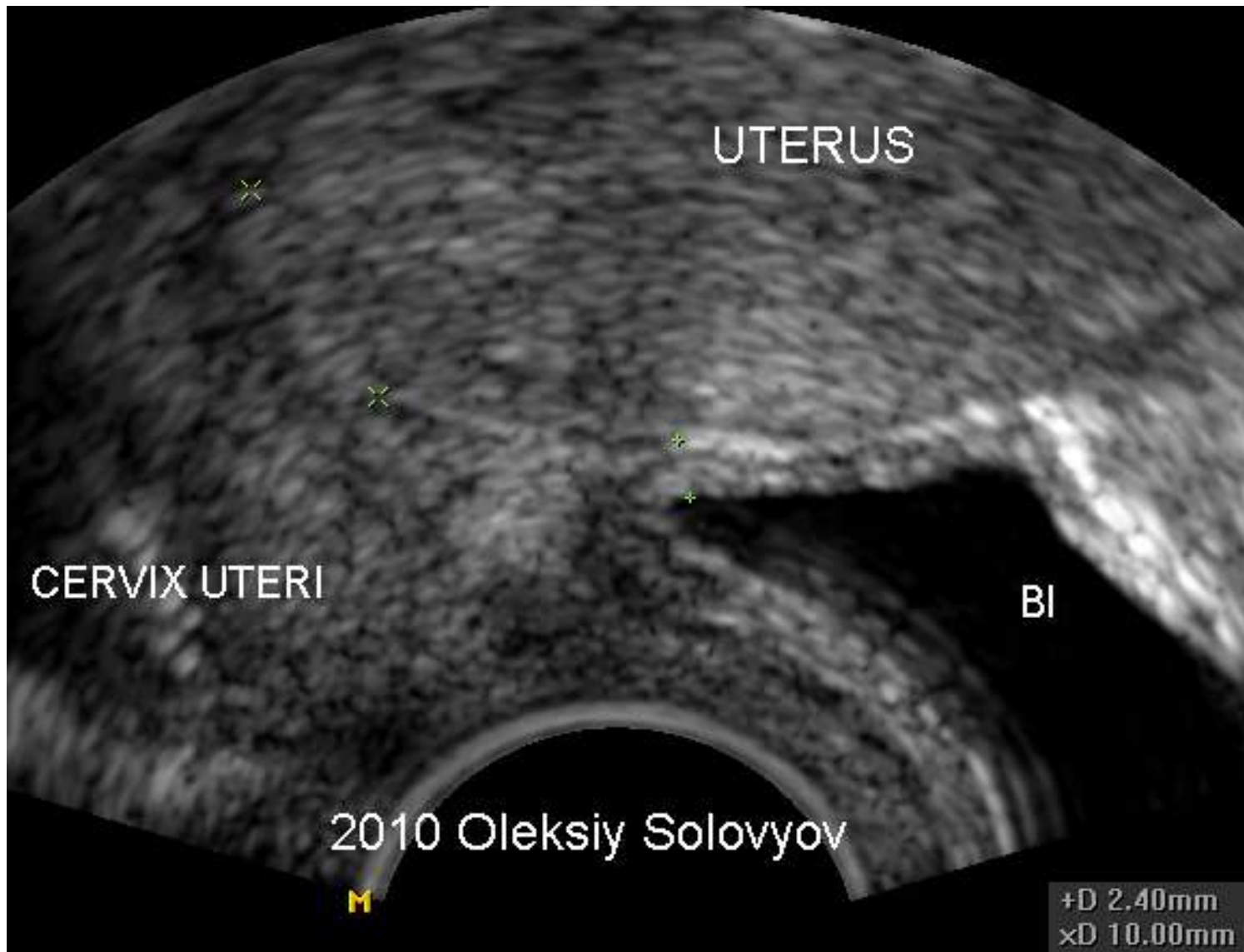




Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

УЗ оцінка передньої стінки матки без вагітності:
ліворуч – без цісарського розтину в анамнезі;
праворуч – після цісарського розтину

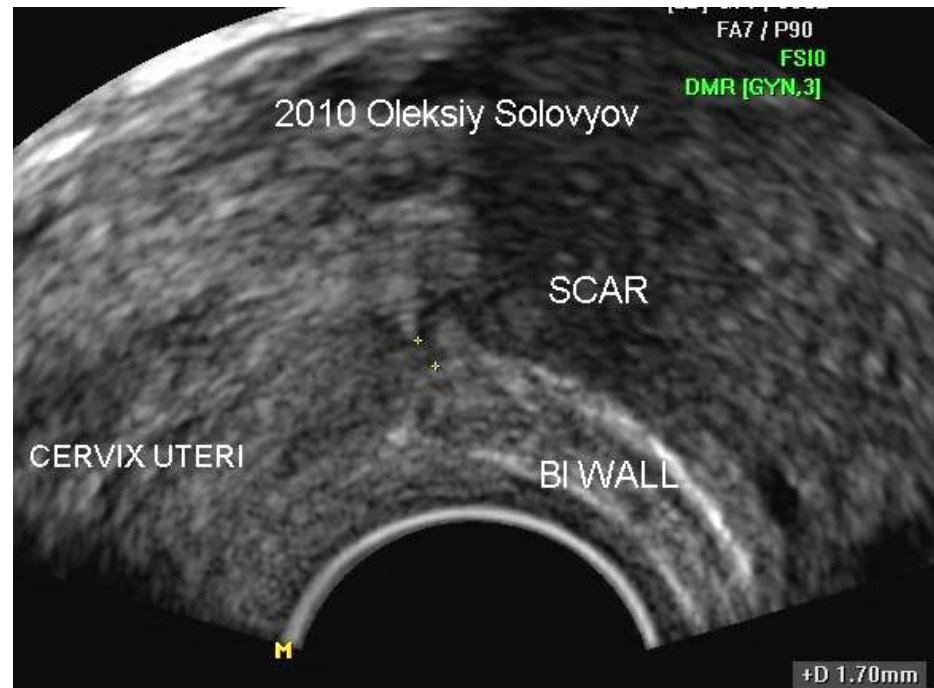




Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна

2,4 мм – товщина стінки сечового міхура
10 мм – товщина передньої стінки міометрія у
невагітної жінки після ЦР в анамнезі





УЗ оцінка передньої стінки
матки без вагітності:
на обох ехограмах –
наскрізний дефект
передньої стінки матки
після попереднього
цісарського розтину





High prevalence of defects in Cesarean section scars at transvaginal ultrasound examination

O. Osser, L. Jokubkiene and L. Valentin

Ultrasound Obstet Gynecol 2009; 34: 90-97



- Обстежено 287 жінок через 6-9 місяців після цісарського розтину: 108 – після 1 розтину, 43 – після 2 розтинів, 11 – після 3 розтинів
- Принаймні, хоч один наскрізний дефект було знайдено у:
 - 6% жінок після 1 розтину
 - 7% - після 2 розтинів
 - 18% - після 3 розтинів





Висновки (О.Соловйов)



- Ділянку післяопераційного рубця ПІСЛЯ БУДЬ-ЯКОЇ ОПЕРАЦІЇ слід оцінювати не під час вагітності, а ще ДО ПЛАНОВАНОЇ ВАГІТНОСТІ!
- Під час планових просівних УЗД вагітності у I та II триместрах слід завжди (за можливості) продивлятись УВЕСЬ міометрій матки, звертаючи більше уваги на ділянки післяопераційних рубців, особливо у пацієнток зі знайденими **ЩЕ ДО ВАГІТНОСТІ** ознаками дефектів тканини





Питання для роздумів та досліджень

(О.Соловйов)



- Чи слід радити жінкам, у яких знайдені значні дефекти міометрія після попередніх операцій на матці та які планують наступну вагітність, робити планову пластику міометрія ДО вагітності?
- Що слід радити жінкам, у яких ознаки неспроможности рубця знайдено вже у I чи ранньому II триместрах вагітності?

НАРАЗІ ВІДПОВІДЕЙ НА ЦІ ЗАПИТАННЯ НЕМАЄ НЕ
ЛИШЕ У НАС, А Й НІДЕ У СВІТІ...

