



PAULA STRADIŅA
KLĪNISKĀ UNIVERSITĀTES
SLIMNĪCA

Iedzimtas intrauterīnas patoloģijas – to ietekme uz auglību un dzemdību veidu.

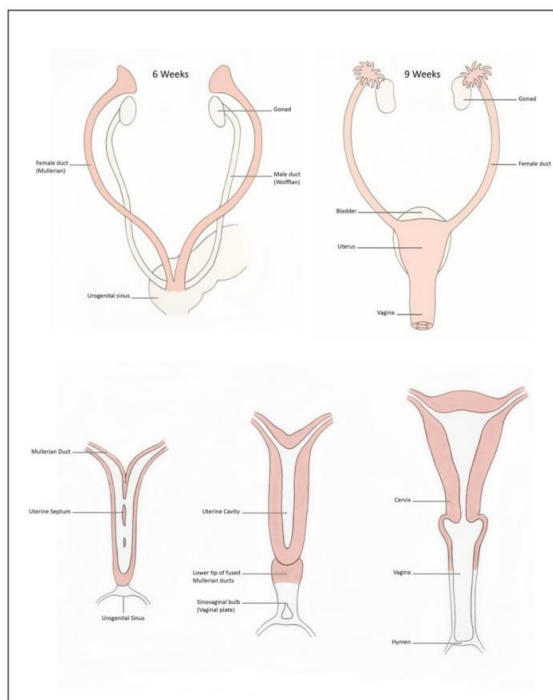
Rezidente Elīna Mīkstā

Dr. Maira Jansone



Iedzimtas iekšējo dzimumorgānu anomālijas

- **Iedzimtas dzemdes anomālijas (SSK Q51)** - novirze no normālas anatomijas, kas rodas embrionāli - Millera vadu nepareizas attīstības (*diferenciācijas, migrācijas vai saplūšanas*) rezultātā.



Bilaterāli diferenciācijas traucējumi

- Aplāzija / aģenēze
- Majera Rokitanska Kuster Hauser sindroms

Unilaterāli diferenciācijas traucējumi

- Vienraga dzemde

Saplūšanas traucējumi

- Dubultdzemde
- Divragu dzemde

Reabsorpcijas traucējumi

- Dzemdes starpsiena
- Arkveida dzemde

Iedzimtas iekšējo dzimumorgānu anomālijas

- Kopējā iedzimtu dzemdes anomāliju izplatība ir **līdz pat 5,5% neatlasītā populācijā.**

Specifiskas pacientu grupas:

- Līdz **8,0% sievietēm ar neauglību.**
- Līdz **13,3% sievietēm ar atkārtotu grūtniecības pārtraukšanos anamnēzē.**



Iedzimtas iekšējo dzimumorgānu anomālijas

Klasifikācija →

- Joprojām pasaulē **netiek izmantota viena klasifikācijas metode;**
- Lielākā daļa klasifikāciju ir balstītas uz Millera kanāla attīstības traucējumu līmeni.



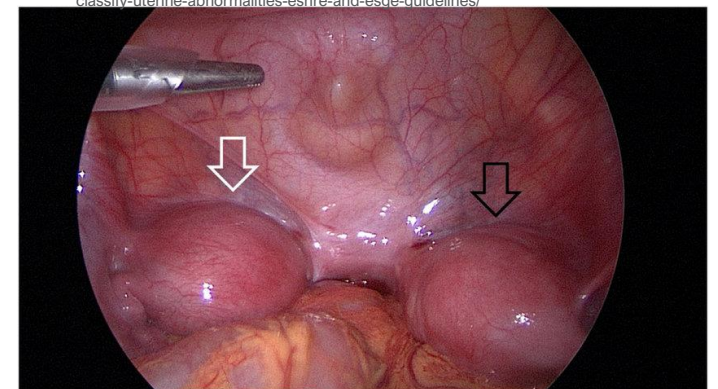
Iedzimtas iekšējo dzimumorgānu anomālijas

Diagnostika →

- **3D TVUS tiek uzskatīta par mūsdienu zelta standartu** (sniegti kritēriji);
- Iegurņa MRI ir jutīga un specifiska diagnostikas metode (NAV rūtīnveida izmeklējums);
- Histerosalpingogrāfija (HSG) – mazinvasīva, precīza palīgmetode.
- Laparoskopijas un histeroskopijas kombinācija – standarta situācijās netiek izmantotas diagnostikas nolūkos.

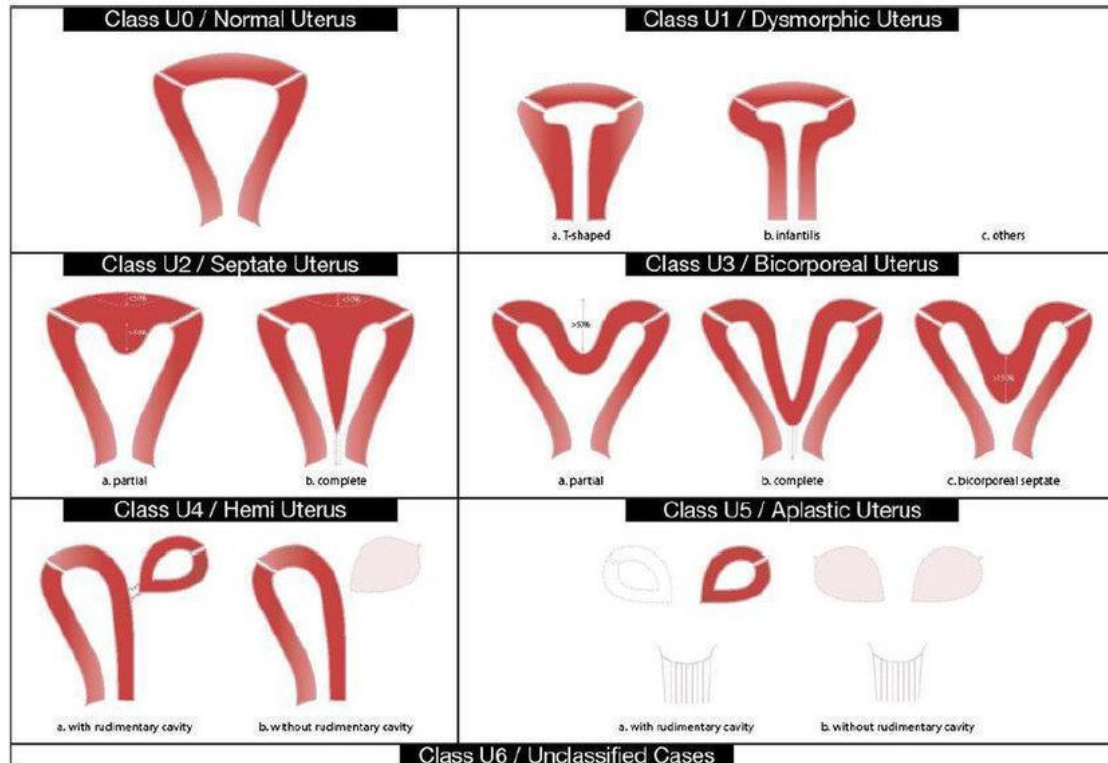


<https://www.volusonclub.net/empowered-womens-health/how-3d-ultrasound-can-help-classify-uterine-abnormalities-eshre-and-esqe-guidelines/>

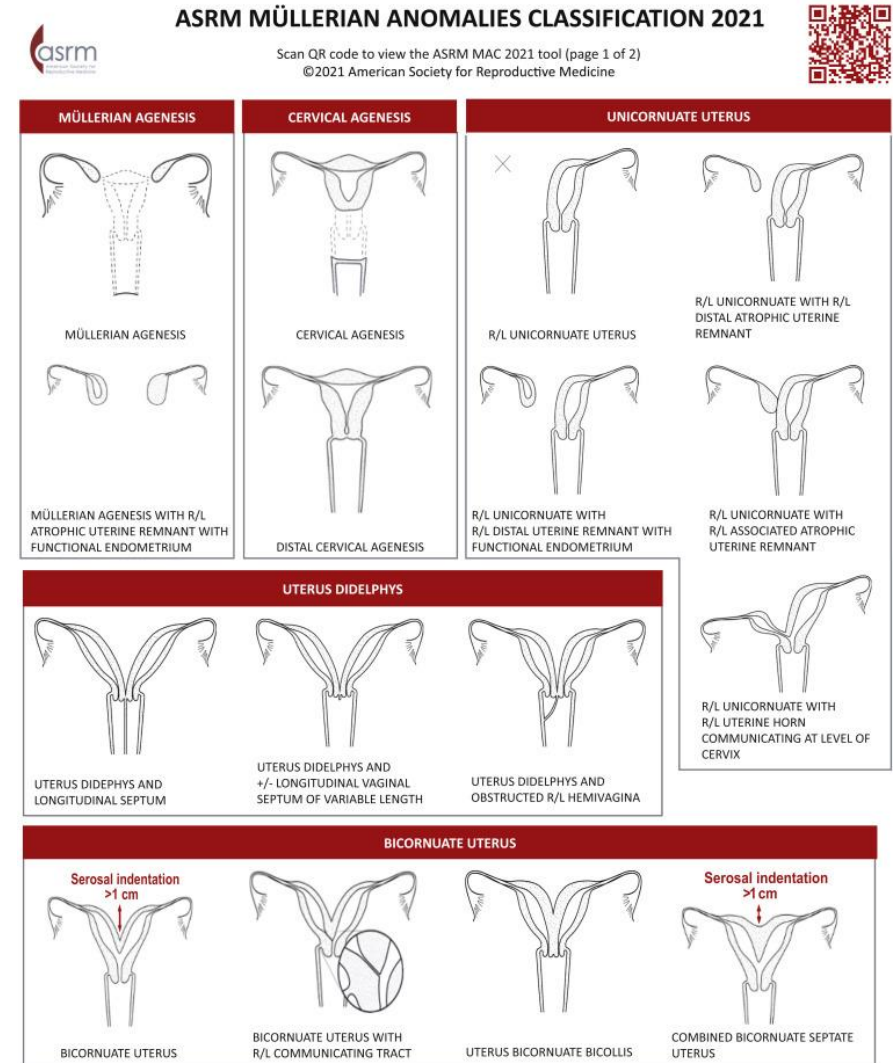


https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-90752-9_29

Klasifikācija



<https://www.obsgyn-wiki.ch/gynaekologie/fachliche-weisungen/uterusmalformation>



<https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/asrm-mullerian-anomalies-classification-2021/>

T-veida dzemde (*T-shaped dysmorphic uterus*)

- **ESHRE-ESGE (2013) – UI grupa**, normāla dzemdes ārējā kontūra, patoloģiska dzemdes dobuma forma (T, Y un I, neietverot dzemdes starpsieni). [1.]
- **2019. gadā CUME** (*Congenital Uterine Malformation by Experts*) kritēriji - sānu ievilkuma dziļums ≥ 7 mm, sānu ievilkuma leņķis $\leq 130^\circ$ un T-leņķis $\leq 40^\circ$.
- **ASRM (2021)** – šāds dzemdes morfoloģijas veids atsevišķi **nav iekļauts** klasifikācijā kā patoloģisks, nav sniegti diagnostikas kritēriji. [2.]
- **SSK klasifikācija** – nav specifiska koda.

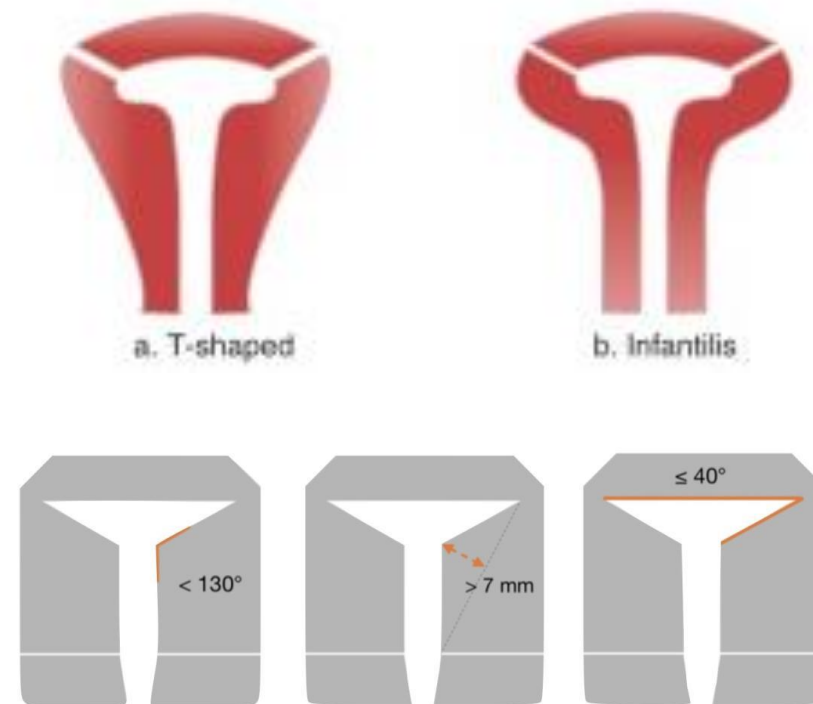


Table 8. Criteria and definitions proposed for classification of uterine morphology as normal/arcuate, borderline T-shaped and T-shaped uterus by CUME

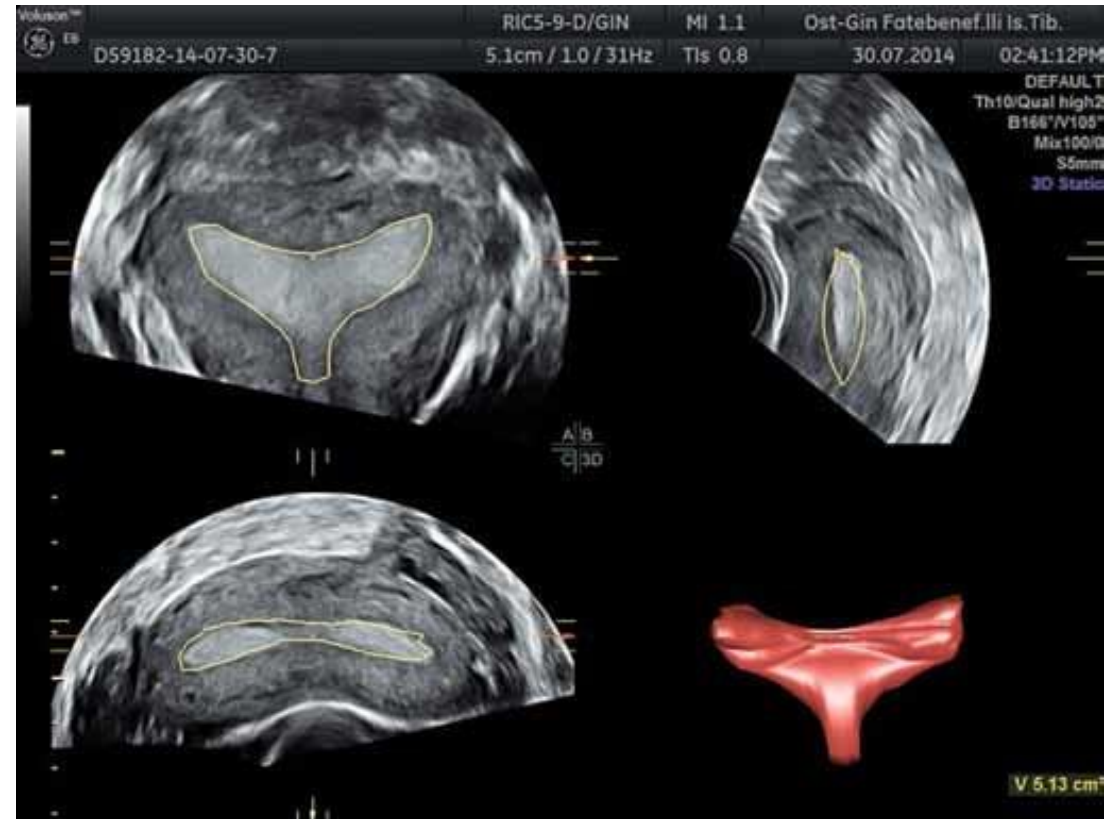
Criteria/Definitions*	Normal/arcuate	Borderline T-shaped	T-shaped
lateral indentation angle $\leq 130^\circ$	None or only 1 criterion	Only 2 criteria	All 3 criteria
lateral indentation depth ≥ 7 mm			
T-angle $\leq 40^\circ$			

* the lack of internal fundal indentation > 1 cm according to CUME criteria for differentiation between normal/arcuate uterus

T-veida dzemde (*T-shaped dysmorphic uterus*)

Prevalence →

- Vispārējā populācijā svārstās no **0,2% līdz pat 10%**.
 - Diagnostikas kritēriji?
 - Asimptomātiski pacienti?
- Pieejamie pētījumi galvenokārt attiecas uz pacientiem ar **traucētu reproduktīvo funkciju** un kopējā pervalence populācijā joprojām nav līdz galam izzināta.



https://www.researchgate.net/publication/308860053_Is_Hysteroscopy_Better_than_Ultrasonography_for_Uterine_Cavity_Evaluation_An_Evidence-Based_and_Patient-Oriented_Approach

T-veida dzemde (*T-shaped dysmorphic uterus*)

Ietekme uz auglību →

- Tiek saistīta ar sliktāku reproduktīvo iznākumu.

ULTRASOUND
in Obstetrics & Gynecology



Systematic Review | [Free Access](#)

Definition, prevalence, clinical relevance and treatment of T-shaped uterus: systematic review

M. A. Coelho Neto [✉](#) A. Ludwin, F. Petraglia, W. P. Martins

First published: 08 September 2020 | <https://doi.org/10.1002/uog.23108> | Citations: 23

A video abstract of this article is available online [here](#).

Linked article: There is a comment on this article by Carugno et al. Click [here](#) to view the Correspondence.
Linked article: There is a comment on this article by Leone and Cammarata. Click [here](#) to view the Correspondence.

- Pretrunīgi pētījumi;
- Galvenais iekļaušanas faktors – neauglība.

Līdz 20% priekšlaicīgas dzemdības

Līdz 35% atkārtoti neveiksmīga embriju implantācija (RIF)

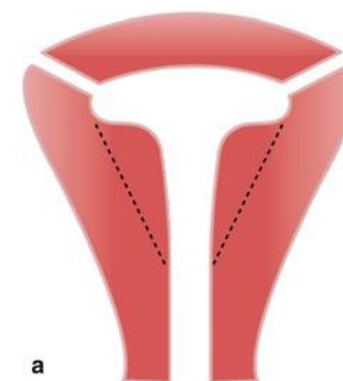
45% līdz 74.2% asociējas ar neauglību

Līdz 80% atkārtota grūtniecības neiznēsāšana

T-veida dzemde (*T-shaped dysmorphic uterus*)

- **Histeroskopiska metroplastika kā potenciāla ārstēšanas metode** pacientēm ar traucētu reproduktīvo funkciju .

- Dzīvi dzimušo bērnu skaits ↑;
- Spontāno abortu biežums ↓;
- Kopējais klīnisko grūtniecību īpatsvars ↑;
- Kopējais ķirurģisko komplikāciju biežums (asiņošana, infekcija, saaugumu process) - 0,65% .



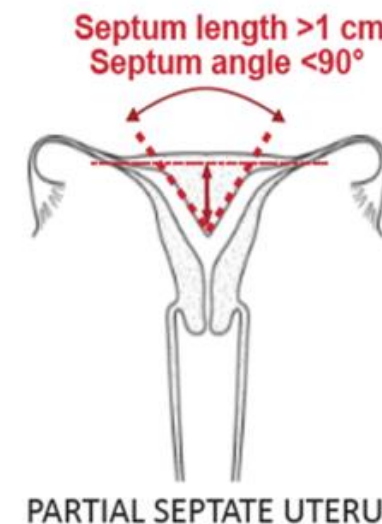
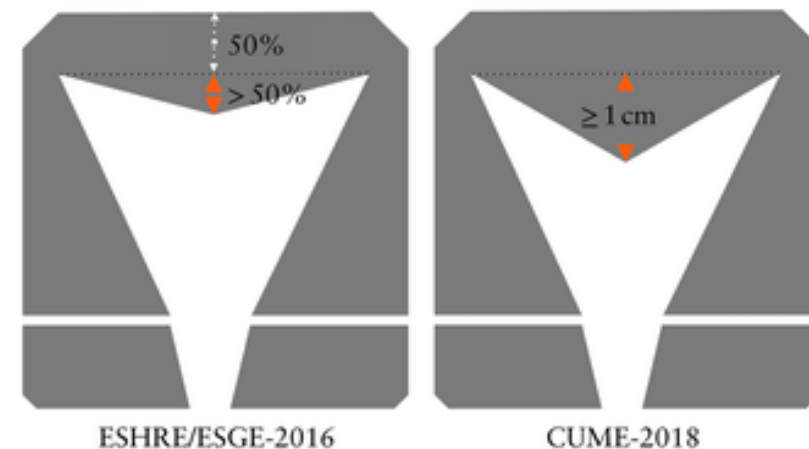
Joprojām pasaulē un Eiropā **nav vienotu rekomendāciju**, kuros gadījumos / vai vispār T-veida dzemdei nepieciešama ķirurģiska korekcija.



Joprojām nav pilnībā apzināta T-veida dzemdes **ietekme uz reproduktīvo iznākumu**, ņemot vērā pētījumu rezultātu nekonsekvenci.

Dzemdē starpsiena (*Uterine septum*)

- **ESHRE-ESGE (2016) – UII grupa.**
 - Ar normālu ārējo kontūru un iekšējo ievilkumu *fundus* viduslīnijā, >50% no dzemdes sienas biezuma. [1.]
- **CUME (2018) - iekšējais ievilkuma dziļums ≥ 10 mm.**
- **ASRM (2021) – iekšējais ievilkuma dziļums ≥ 10 mm apvienojumā ar iekšējo ievilkuma leņķi $< 90^\circ$.** [2.]
- **SSK klasifikācija – nav specifiska koda.**

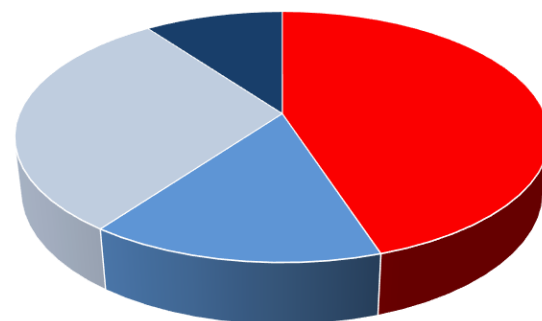
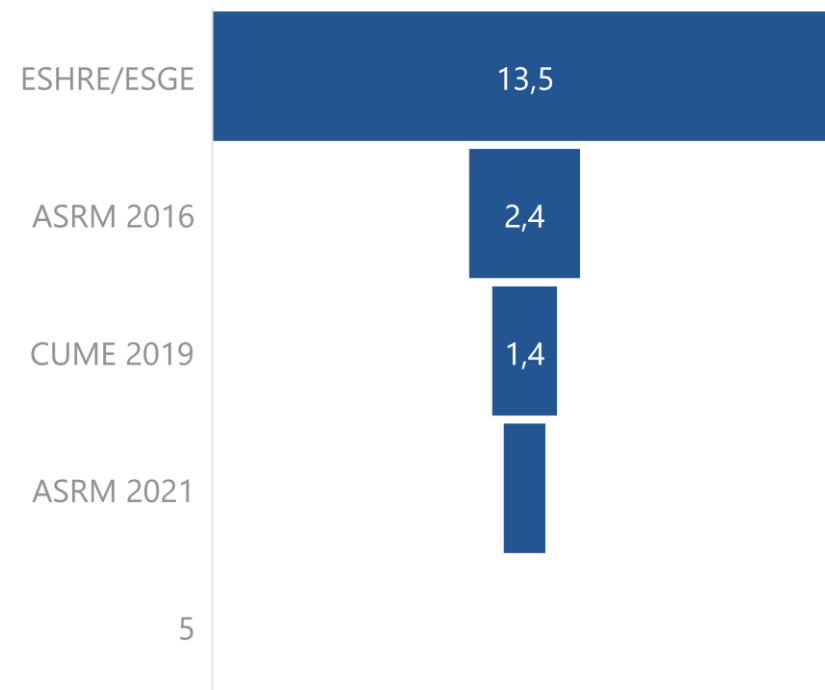


ASRM - 2021

Dzemdes starpsiena (*Uterine septum*)

- **Prevalence →**

- Atkarībā no izmantotās klasifikācijas - **0,9 – 13,5% gadījumu neatlasītā populācijā;**
- Ievērojami augstāka (gandrīz **sešas reizes**), ja tiek izmantoti ESHRE-ESGE kritēriji [7.]



- **~45% no visām Q51**

■ Starpsiena ■ Vienraga dzemde
■ Divragu dzemde ■ Dubultdzemde

Dzemes starpsiena (*Uterine septum*)

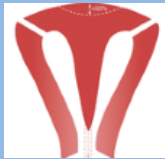
Morfoloģija →					
Klīniska grūtniecības iestāšanās	Kontroles grupa	↓	↓ / bez statistiskas nozīmes	↓ / bez statistiskas nozīmes	↓
Neauglība	-	?	?	?	?
Grūtniecības pārtraukšanās I trimestrī	9.1–16.7%	↑↑↑ 36.2–77.1%	↑↑ 15-30%	↑ 15,3 – 24,3%	↑ Līdz 23%
Grūtniecības pārtraukšanās II trimestrī	1%	↑↑ 13,2%	↑↑ 13,8%	↑ 9,7%	↑

6. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: ASRM@asrm.org; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Uterine septum: a guideline. Fertil Steril. 2016 Sep 01;106(3):530-40

7. Fayek B, Yang EC, Liu YD, Bacal V, AbdelHafez FF, Bedaiwy MA. Uterine Septum and Other Müllerian Anomalies in a Recurrent Pregnancy Loss Population: Impact on Reproductive Outcomes. J Minim Invasive Gynecol. 2023 Dec;30(12):961-969. doi: 10.1016/j.jmig.2023.07.012. Epub 2023 Jul 26. PMID: 37506876.

8. <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/evidence-based-diagnosis-and-treatment-for-uterine-septum-a-guideline-2024/>

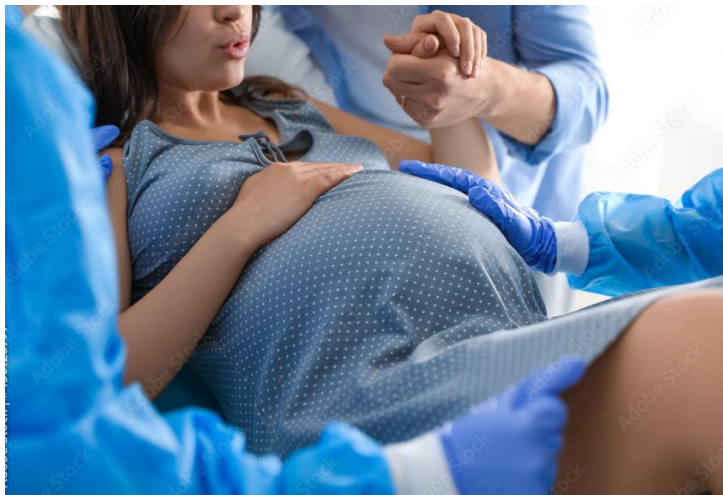
Dzemdē starpsiens (*Uterine septum*)

Morfoloģija →					
SGA / IUAAA	Kontroles grupa	↑↑	↑	↑↑	↑
PROM	Kontroles grupa	↑↑	↑	↑	↑↑
Nepareiza augļa guļa	Kontroles grupa	↑↑↑	↑↑	↑↑	↑
Priekšlaicīgas dzemdības	Kontroles grupa	↑ 31,6%	↑↑↑ 66,6%	↑↑ 20,1 - 44%	↑↑↑ 56%
Ķeizargrieziens	Kontroles grupa	↑↑	↑↑	↑↑↑ Līdz 77%	↑↑↑
Mātes saslimstība	Kontroles grupa	↑↑	↑	↑	↑↑

Dzemdē starpsiena (*Uterine septum*)

Dzemdību veida izvēle →

- Dzemdē starpsiena **nav** kontrindikācija vaginālām dzemdībām;
- Jāņem vērā, ka nepareizas augļa guļas dēļ, biežāk kā populācijā, grūtniecība var tikt atrisināta ar ķeizargrieziena operāciju.



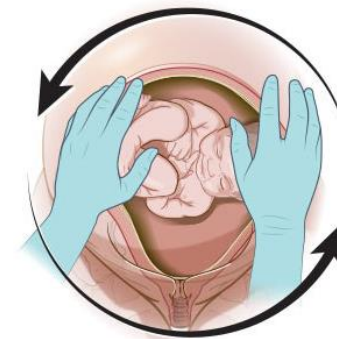
Dzemes starpsiena (*Uterine septum*)

Ārējais augļa apgrozījums →

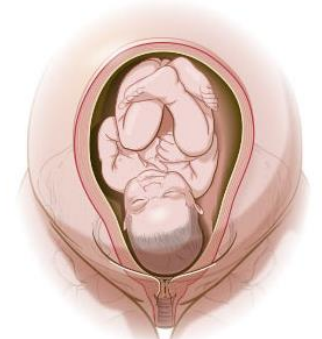
- Šobrīd nav vadlīniju, kas sniegtu rekomendācijas par iespēju veikt **ārējo augļa apgrozījumu** pacientēm ar dzemes starpsienu un nepareizu augļa guļu;
- Literatūrā ir aprakstīti vairāki šādi mēģinājumi, kur daļā gadījumu apgrozījums ir veiksmīgs un rezultējas ar vaginālām dzemdībām.
- Ieteicams uzsākt dzemdību darbības ierosināšanu pēc veiksmīga ārējā augļa apgrozījuma, ņemot vērā literatūras datus, ka ~60% gadījumu 1-2 nedēļu laikā pēc veiksmīga ārējā augļa apgrozījuma, auglis ir atkārtoti ieņēmis nepareizu guļu. [16.]



Breech position



Transverse lie



Head-down position

Dzemes starpsiena (*Uterine septum*)

Vai dzemes starpsienas korekcijai ir ietekme uz auglību un grūtniecības iznākumu?



Lai gan starpsienas korekcija pacientiem ar **neauglību un/vai pacientiem, kuriem tiek veikta neauglības ārstēšana**, ir saprātīgs lēmums, tomēr pamatojoties uz pašreizējiem pētījumiem, pārliecinošu pierādījumu metodei nav. (B)

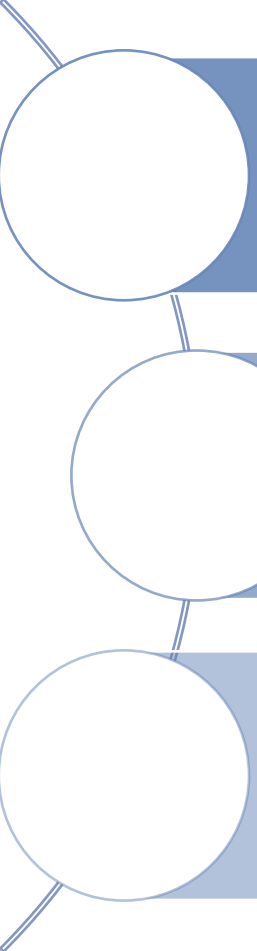


Ir ieteicams piedāvāt histeroskopisku starpsienas korekciju pacientiem **ar atkārtotu grūtniecības pārtraukšanos anamnēzē** (≥ 3 spontāni aborti). (B)



Nav ieteicams izmantot starpsienas raksturlielumus, piemēram, izmēru vai formu, lai spriestu par ietekmi uz nelabvēlīgiem reproduktīvajiem rezultātiem pacientēm bez nelabvēlīgas anamnēzes. (B/C)

Dzemdes starpsiena (*Uterine septum*)



Nav pietiekamu pierādījumu, lai ieteiktu histeroskopisku starpsienas korekciju pacientēm, kuras šobrīd **neplāno grūtniecību**.

Ir daži pierādījumi, ka *auto-crosslinked hyaluronic acid gel* var samazināt saaugumu risku.

1-2 mēnešus pēc starpsienas korekcijas var uzsākt grūtniecības plānošanu. (C).

EVIDENCE-BASED DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR UTERINE SEPTUM: A GUIDELINE (2024)

Dzemdes starpsiena (*Uterine septum*)

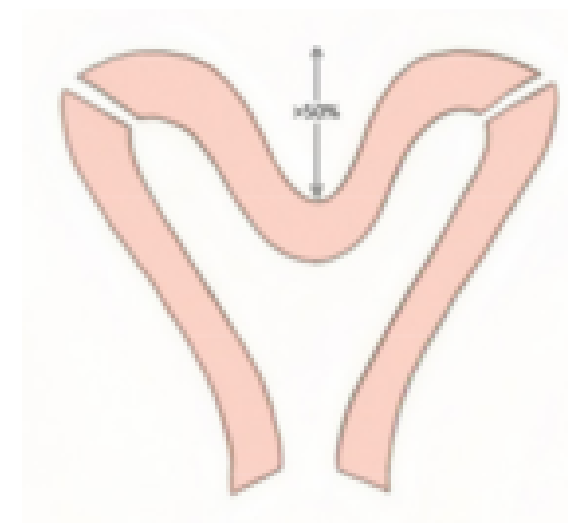
ASRM 2024 rekomendācijas →

- Pamatojoties uz ierobežotiem novērojumu datiem, šķiet, ka dzemdes starpsienas ķirurģiska korekcija uzlabo rezultātus, tostarp patoloģisku augļa guļu, priekšlaicīgu dzemdību un ķeizargrieziena biežumu. Tomēr ietekme uz dzīvo dzimušo skaitu nav pierādīta.
- **Dzemdes ruptūra** grūtniecības laikā pēc iepriekšējas ķirurģiskas starpsienas korekcijas → dzemdes ruptūra biežums pēc septoplastikas ir reti sastopama, tomēr literatūras dati ir ierobežoti (B/C).

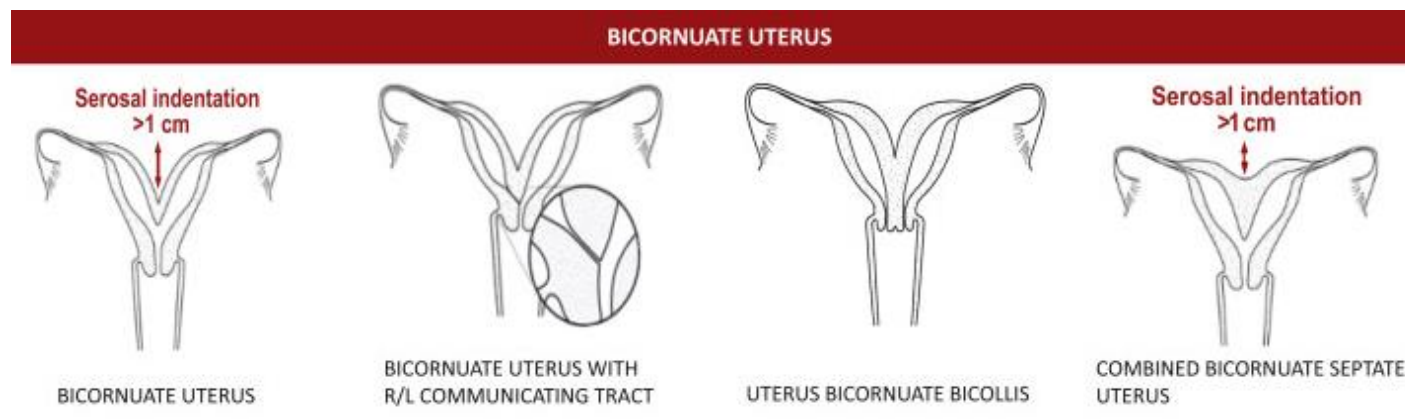
	Pēc starpsienas korekcijas
IUAAA	↓
PROM	-
Nepareiza augļa guļa	↓
Priekšlaicīgas dzemdības	↓
Ķeizargrieziena	↓

Divragu dzemde (*Uterus bicornis*)

- **ESHRE-ESGE (2016) – UIII grupa.**
 - Tiek definēta kā dzemde ar patoloģisku ārējo kontūru, ko raksturo ievilkums dzemdes *fundus* viduslīnijā, kas pārsniedz 50% no dzemdes sienas biezuma. [1.]
- **ASRM (2021)** – definēta kā tāda, kuras ārējās pamatnes iedobuma dziļums ir >10 mm. Arī šī klasifikācija izšķir vairākas apakšklases. [2.]



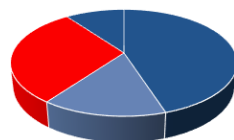
- **SSK klasifikācija – Q51.3**



Divragu dzemde (*Uterus bicornis*)

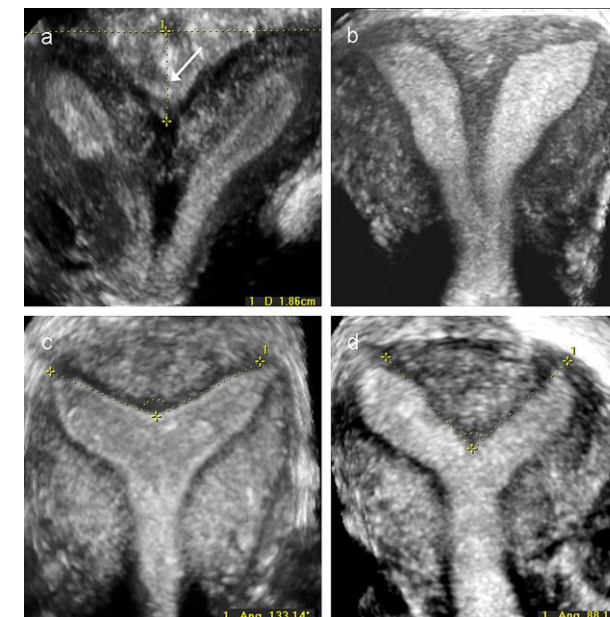
Prevalence →

- ~ 0,4% (0,2-0,6) vispārējā populācijā;
- Atlasot atsevišķas pacientu grupas -
 - līdz 1,1% sieviešu grupā ar neauglību;
 - līdz 2,1% sieviešu grupā ar atkārtotu grūtniecības pārtraukšanos anamnēzē;
 - līdz 4,7% sieviešu grupā ar neauglību un grūtniecības pārtraukšanos anamnēzē. [12.]



- ~ 25% no visām Q51.

■ Starpsiena ■ Vienraga dzemde
■ Divragu dzemde ■ Dubultdzemde



<https://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2808%2901247-8/fulltext>



<https://www.healthline.com/health/double-uterus>

Divragu dzemde (*Uterus bicornis*)

Morfoloģija →					
Klīniska grūtniecības iestāšanās	Kontroles grupa	↓	↓ / bez statistiskas nozīmes	↓ / bez statistiskas nozīmes	↓
Neauglība	-	?	?	?	?
Grūtniecības pārtraukšanās I trimestrī	9.1–16.7%	↑↑↑ 36.2–77.1%	↑↑ 15-30%	↑ 15,3 – 24,3%	↑ Līdz 23%
Grūtniecības pārtraukšanās II trimestrī	1%	↑↑ 13,2%	↑↑ 13,8%	↑ 9,7%	↑

Divragu dzemde (*Uterus bicornis*)

Morfoloģija →					
SGA / IUAAA	Kontroles grupa	↑↑	↑ 11%	↑↑	↑
PROM	Kontroles grupa	↑↑	↑	↑	↑↑
Nepareiza augļa guļa	Kontroles grupa	↑↑↑	↑↑ 23%	↑↑	↑
Priekšlaicīgas dzemdības	Kontroles grupa	↑ 31,6%	↑↑↑ 66,6%	↑↑ 20,1 - 44%	↑↑↑ 56%
Ķeizargrieziens	Kontroles grupa	↑↑	↑↑	↑↑↑ Līdz 77%	↑↑↑
Mātes saslimstība	Kontroles grupa	↑↑	↑	↑	↑↑

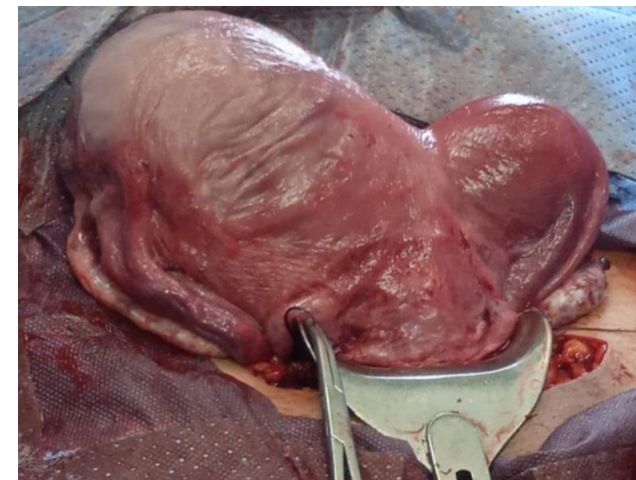
Divragu dzemde (*Uterus bicornis*)

Divragu dzemde papildus tiek saistīta ar biežāku -

- Placentas priekšlaicīgu atslāņošanos;
- Augstāku risks dzemdes atonijai → agrīnai pēcdzemdību asiņošanai.

Šis pieņēmums balstās tikai uz atsevišķiem gadījumu aprakstiem.

Analizējot publicētos gadījumus tika secināts, ka farmakoloģiska terapija lielākajā daļā gadījumu bija nepietiekoši efektīva, līdz ar to asiņošanas apturēšanai tika izmantota **ķirurģiska pieeja** (dzemdes kompresijas šuves) vai **i/u ierīce** (i/u balons) ar labu efektu.



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37523684/>



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37523684/>

Divragu dzemde (*Uterus bicornis*)

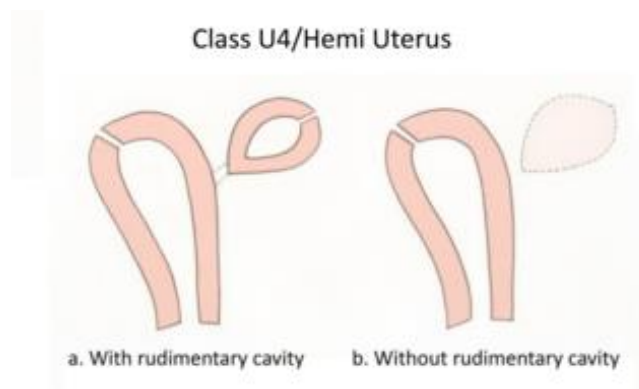
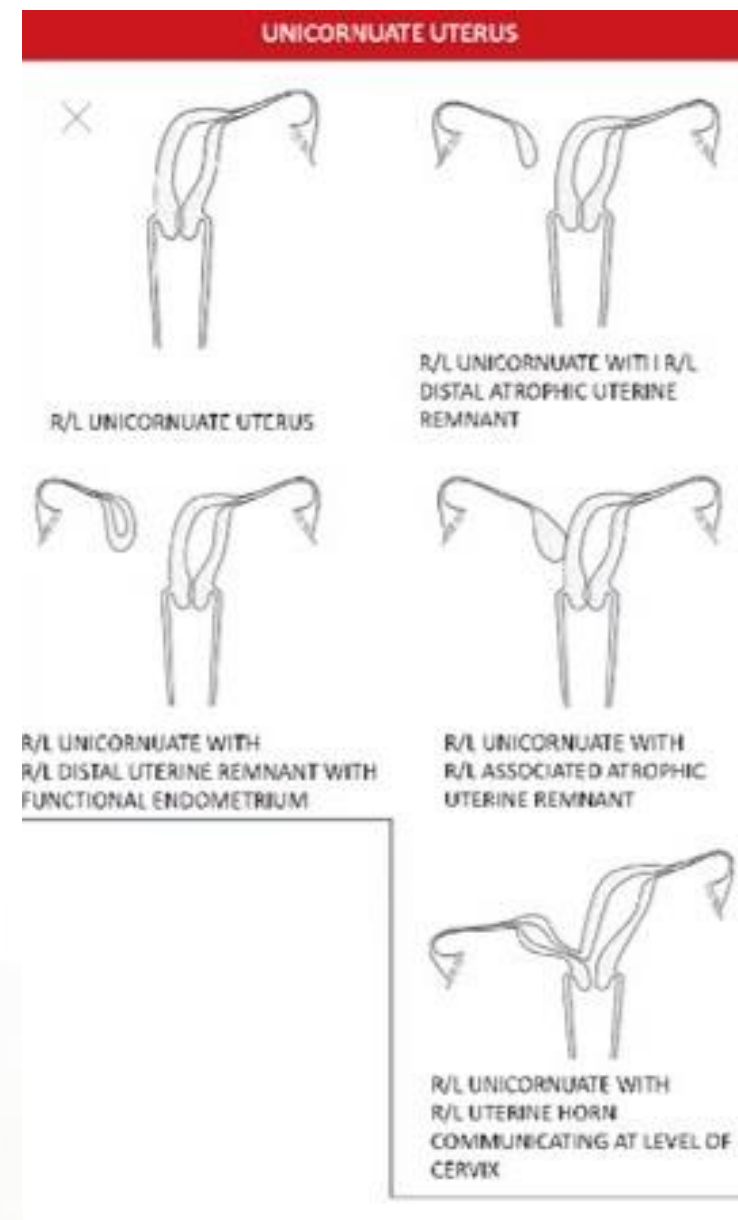
Dzemdību veida izvēle →

- Divragu dzemde **nav kontrindikācija** vaginālām dzemdībām.
- Ir veikti pētījumi arī par dzemdībām pēc ķeizargrieziņa operācijas anamnēzē, secinot, ka ir salīdzinoši **augsts vaginālu dzemdību procents (77.4%)**, dzemdes ruptūras biežums salīdzinot ar kontroles grupu statistiski nozīmīgi **neatšķirās**, tomēr jāmin, ka **placentas audu un augļa apvalku retence pēc dzemdībām tika novērota biežāk (9.8% vs. 4.4%, $p < 0.01$, respectively)**. [14.]



Vienraga dzemde (*Uterus unicornis*)

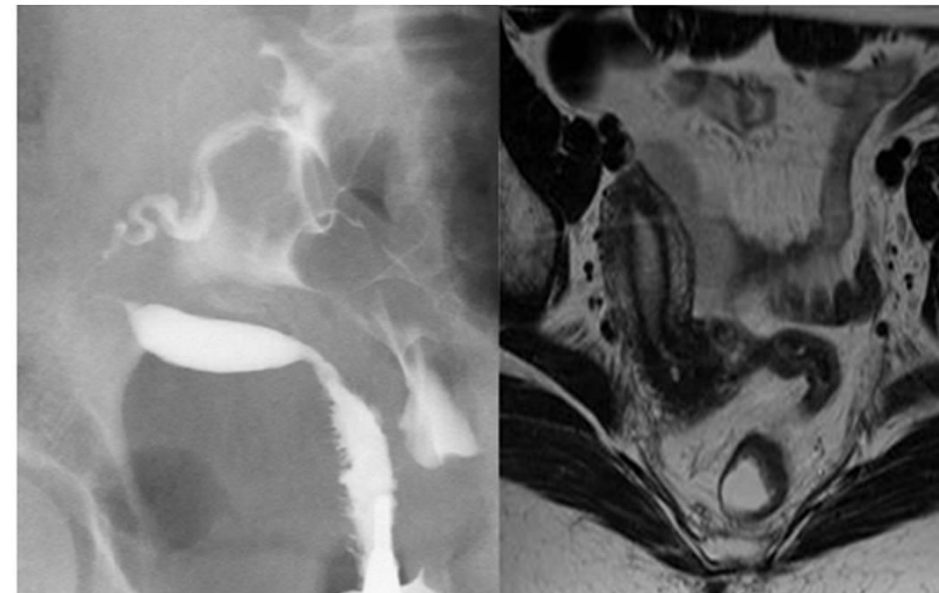
- **ESHRE-ESGE (2016) – U IV grupa.**
 - Tiek definēta kā vienpusēja dzemdes attīstība (ar funkcionējošu dzemdes dobumu), kontralaterālā daļa var būt nepilnīgi izveidota vai nebūt vispār. [1.]
- **ASRM (2021)** – atsevišķā klasē tiek izdalīta vienraga dzemde ar 5 apakšklasēm. [2.]
- **SSK klasifikācija – Q51.4**



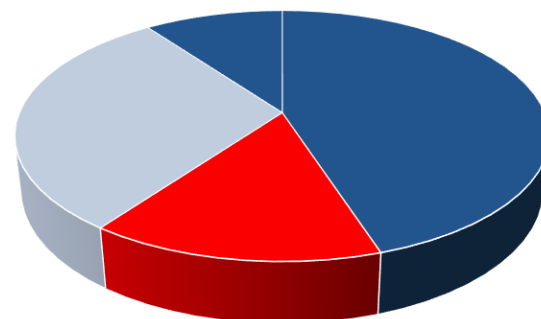
Vienraga dzemde (*Uterus unicornis*)

Prevalence →

- Vispārējā populācijā 0,03–0,1%.
- Atlasot atsevišķas pacientu grupas → sastopamība pieaug līdz 0,78–1,0 % sieviešu grupā ar neauglību.



<https://radiopaedia.org/articles/unicornuate-uterus>



- 10-12% no visām Q51

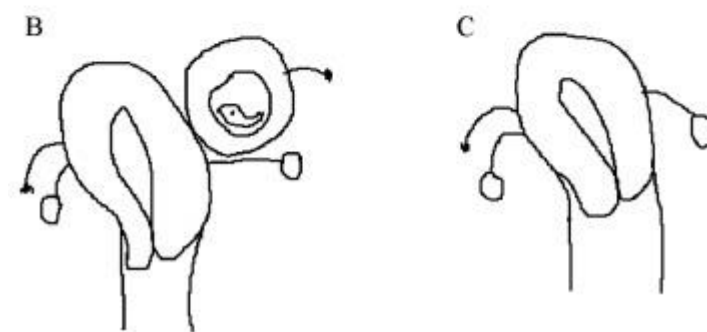
■ Starpsiena ■ Vienraga dzemde
■ Divragu dzemde ■ Dubultdzemde

Vienraga dzemde (*Uterus unicornis*)

Morfoloģija →					
Klīniska grūtniecības iestāšanās	Kontroles grupa	↓	↓ / bez statistiskas nozīmes	↓ / bez statistiskas nozīmes	↓
Neauglība	-	?	?	?	?
Grūtniecības pārtraukšanās I trimestrī	9.1–16.7%	↑↑↑ 36.2–77.1%	↑↑ 15–30%	↑ 15,3 – 24,3%	↑ Līdz 23%
Grūtniecības pārtraukšanās II trimestrī	1%	↑↑ 13,2%	↑↑ 13,8%	↑ 9,7%	↑

Vienraga dzemde (*Uterus unicornis*)

- **Augstāks ektopiskas grūtniecību biežums ↑ –**
- Salīdzinot sievietes ar / bez funkcionāla rudimentāra dzemdes dobuma →
 - Ar funkcionālu, rudimentāru dzemdes dobumu – ektopiskas grūtniecības risks palielinās 2x;
 - **Rudimentāra dzemdes raga grūtniecība** - ārkārtīgi reta, tā sastopama aptuveni 1:100'000 – 1:150'000 grūtniecību, laikus nediagnosticēta var komplikēties ar rudimentārā raga ruptūru un neatliekamu stāvokli.



<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455916300821>

Vienraga dzemde (*Uterus unicornis*)

Morfoloģija →					
SGA / IUAAA	Kontroles grupa	↑↑	↑ 11%	↑↑	↑
PROM	Kontroles grupa	↑↑	↑	↑	↑↑
Nepareiza augļa guļa	Kontroles grupa	↑↑↑	↑↑ 23%	↑↑	↑
Priekšlaicīgas dzemdības	Kontroles grupa	↑ 31,6%	↑↑↑ 66,6%	↑↑ 20,1 - 44%	↑↑↑ 56%
Ķeizargrieziens	Kontroles grupa	↑↑	↑↑	↑↑↑ Līdz 77%	↑↑↑
Mātes saslimstība	Kontroles grupa	↑↑	↑	↑	↑↑

Vienraga dzemde (*Uterus unicornis*)

Dzemdību veida izvēle →

- Vienraga dzemde nav uzskatāma par indikāciju ķeizargrieziena operācijai. Dzemdības var tikt vadītas vagināli.

2024.g. tika veikts pētījums, kurā iesaistīja 94 nulliparas pacientes ar vienraga dzemdi pēc 28. GN →

- netika atklāta saistība ar dzemdes ruptūru;
- priekšlaicīgu placentas atslāņošanos;
- netika konstatēts arī paaugstināts risks prolongētām dzemdībām.

Article

PDF Available

Impact of Unicornuate Uterus on Third-Trimester Obstetric Outcomes in Nulliparous Women



Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology

November 2024 · 51(11)

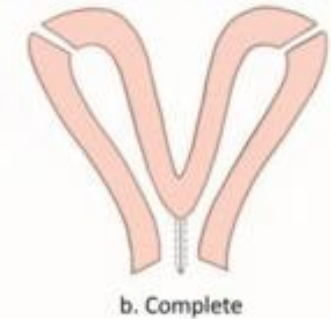
DOI: [10.31083/j.ceog5111251](https://doi.org/10.31083/j.ceog5111251)

License · [CC BY 4.0](#)

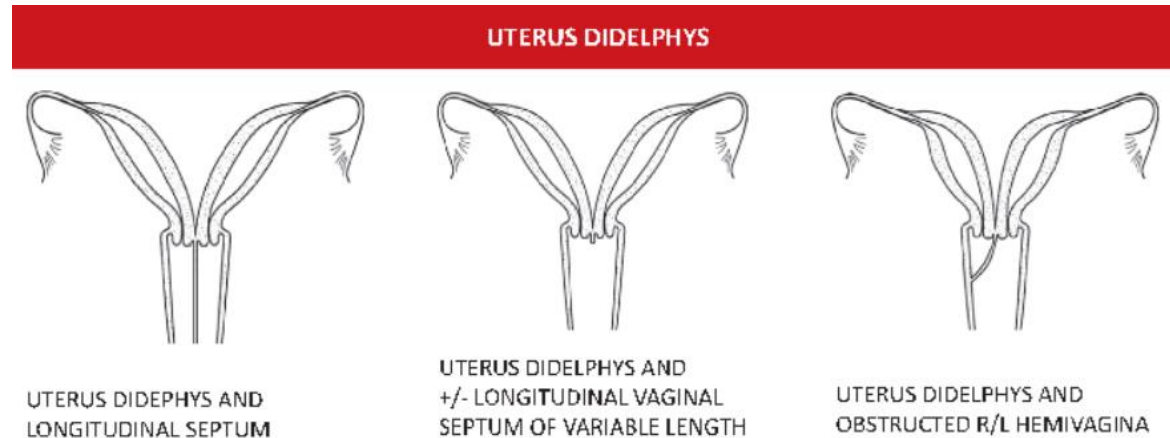
Dubultdzemde (*Uterus duplex / dydelphys*)

- **ESHRE-ESGE (2013) – U IIIb grupa.**
 - Raksturojas ar pilnīgu dzemdes ķermeņa un dzemdes kakla duplikāciju. 75% gadījumu komplikējas ar longitudinālu maksts starpsienu. [1.]
- **ASRM (2021)** - Morfoloģiski šī iedzimtā anomālija raksturojas ar divām dzemdēm, diviem dzemdes kakliem un vienu vai dubultu maksti. [2.]

Class U3/Bicorporeal Uterus



- **SSK klasifikācija – Q51.1**



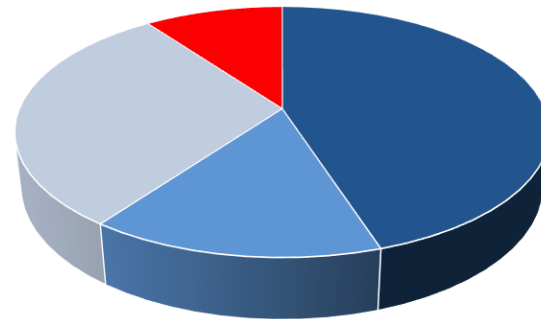
1. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezo Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, Li TC, Tanos V, Brölmann H, Gianaroli L, Campo R. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. Hum Reprod. 2013 Aug;28(8):2032-44. doi: 10.1093/humrep/det098. Epub 2013 Jun 14. PMID: 23771171; PMCID: PMC3712660.

2. Pfeifer SM, Attaran M, Goldstein J, Lindheim SR, Petrozza JC, Rackow BW, Siegelman E, Troiano R, Winter T, Zuckerman A, Ramaiah SD. ASRM müllerian anomalies classification 2021. Fertil Steril. 2021 Nov;116(5):1238-1252. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.09.025. Erratum in: Fertil Steril. 2023 Jun;119(6):1088. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.04.001. PMID: 34756327.

Dubultdzemde (*Uterus duplex / dydelphys*)

Prevalence →

- Vispārējā populācijā 0,2–0,3%.
- Atlasot atsevišķas pacientu grupas → sastopamība saglabājas ~0,2% sieviešu grupā ar neauglību.



- ~ 8,3% no visām Q51

■ Starp Siena ■ Vienraga dzemde
■ Divragu dzemde ■ Dubultdzemde



https://www.researchgate.net/figure/Three-dimensional-ultrasound-image-of-a-didelphys-uterus-Duplication-of-the-cervix-and_fig6_269658130

Dubultdzemde (*Uterus duplex / dydelphys*)

Morfoloģija →					
Klīniska grūtniecības iestāšanās	Kontroles grupa	↓	↓ / bez statistiskas nozīmes	↓ / bez statistiskas nozīmes	↓
Neauglība		↑	↑	↑	↑
Grūtniecības pārtraukšanās I trimestrī	9.1–16.7%	↑↑↑ 36.2–77.1%	↑↑ 15–30%	↑ 15,3 – 24,3%	↑ Līdz 23%
Grūtniecības pārtraukšanās II trimestrī	1%	↑↑ 13,2%	↑↑ 13,8%	↑ 9,7%	↑

Dubultdzemde (*Uterus duplex / dydelphys*)

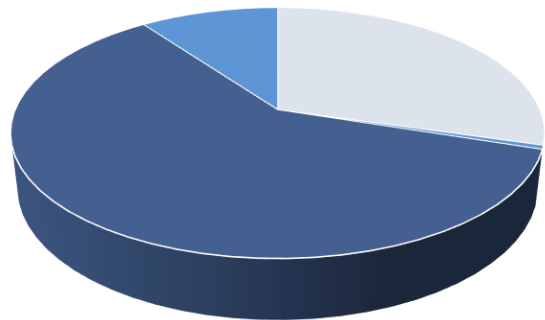
Morfoloģija →					
SGA / IUAAA	Kontroles grupa	↑↑	↑ 11%	↑↑	↑
PROM	Kontroles grupa	↑↑	↑	↑	↑↑
Nepareiza augļa guļa	Kontroles grupa	↑↑↑	↑↑ 23%	↑↑	↑
Priekšlaicīgas dzemdības	Kontroles grupa	↑ 31,6%	↑↑↑ 66,6%	↑↑ 20,1 - 44%	↑↑↑ 56%
Ķeizargrieziens	Kontroles grupa	↑↑	↑↑	↑↑↑ Līdz 77%	↑↑↑
Mātes saslimstība	Kontroles grupa	↑↑	↑	↑	↑↑

Dubultdzemde (*Uterus duplex / dydelphys*)

- **Dzemdību veida izvēle →**
- Analizējot literatūras datus ir secināts, ka dubultdzemde ar maksts starpsieni **ir pietiekama indikācija, lai grūtniecību atrisinātu ar ķeizargrieziena operāciju**, tomēr jāuzsver, ka **ne absolūta**;
- Literatūra apraksta veiksmīgus vaginālu dzemdību gadījumus.
- Tomēr jāņem vērā, ka maksts starpsiena un negravīdais dzemdes dobums ar kaklu var būt par iemeslu dzemdību distocijai, kā arī tiek diskutēts par iespējami traucētu miometrija kontraktilitāti šo pacientu grupā.



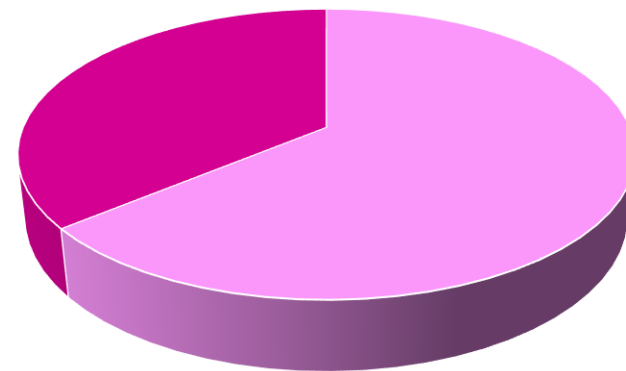
Paula Stradiņa KUS



■ Cita veida dzemdes patoloģija ■ Vienraga dzemde
■ Divragu dzemde ■ Dubultdzemde

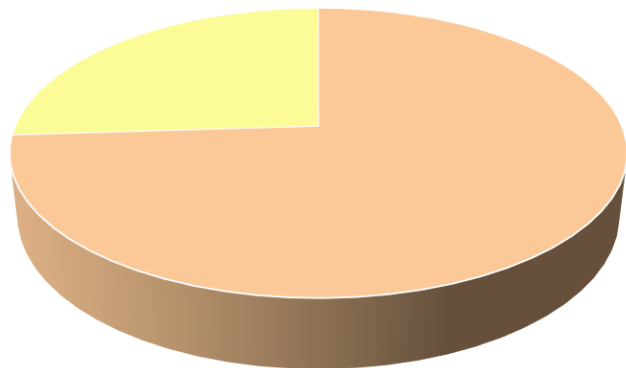
- Pēdējo 5 gadu laikā – Paula Stradiņa KUS 17. nodaļā dzemdējušas 30 patientes ar diagnozi Q51 (un tās apakšpunktiem).

- No šīm pacientēm – savlaicīgas dzemdības 36%, priekšlaicīgas dzemdības – 64%.



■ Priekšlaicīgas dzemdības ■ Laicīgas dzemdības

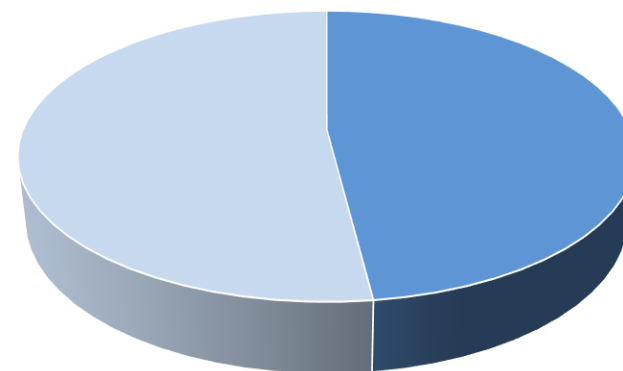
Paula Stradiņa KUS



■ SC ■ Vaginālas dzemdības

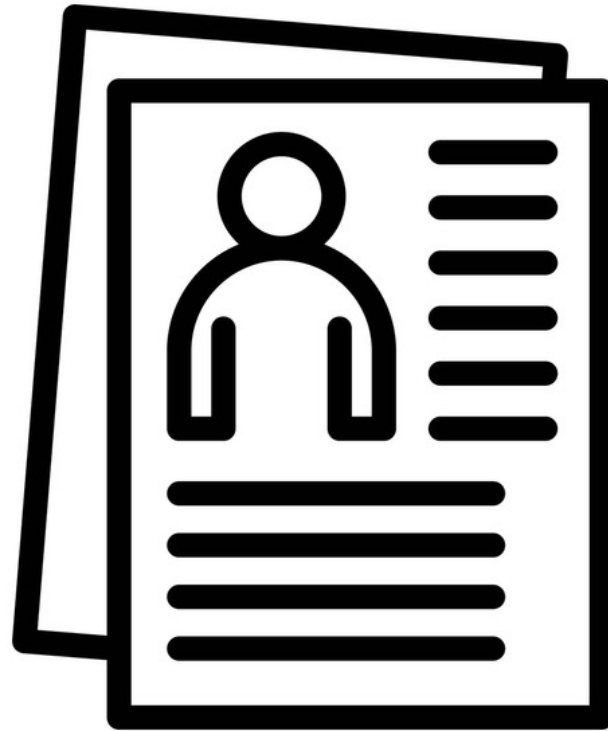
- 74% grūtniecība atrisināta ar ķeizargriezienu operāciju, 26% - vaginālas dzemdības.

- 48% ķeizargriezienu operācija indicēta augļa iegurnā priekšguļas dēļ.



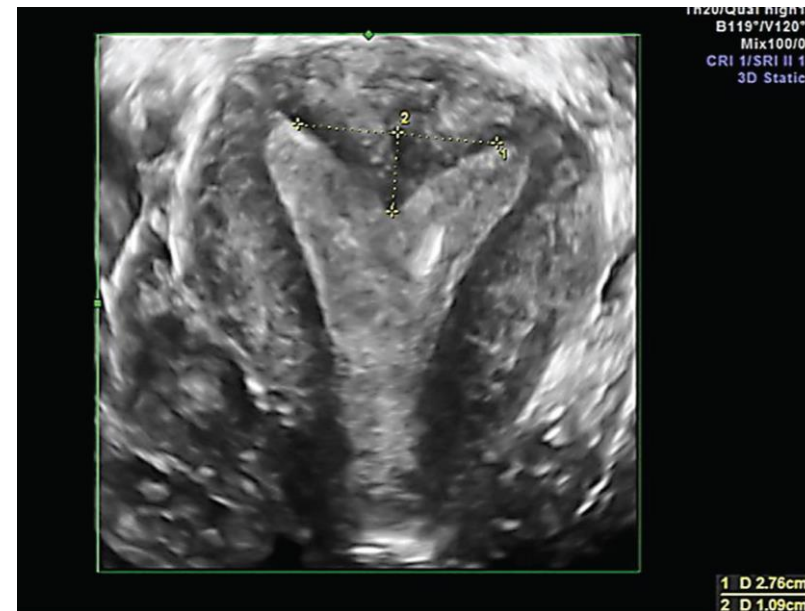
■ Augļa tūpļa priekšguļa ■ Cits iemesls

Klīniskais gadījums

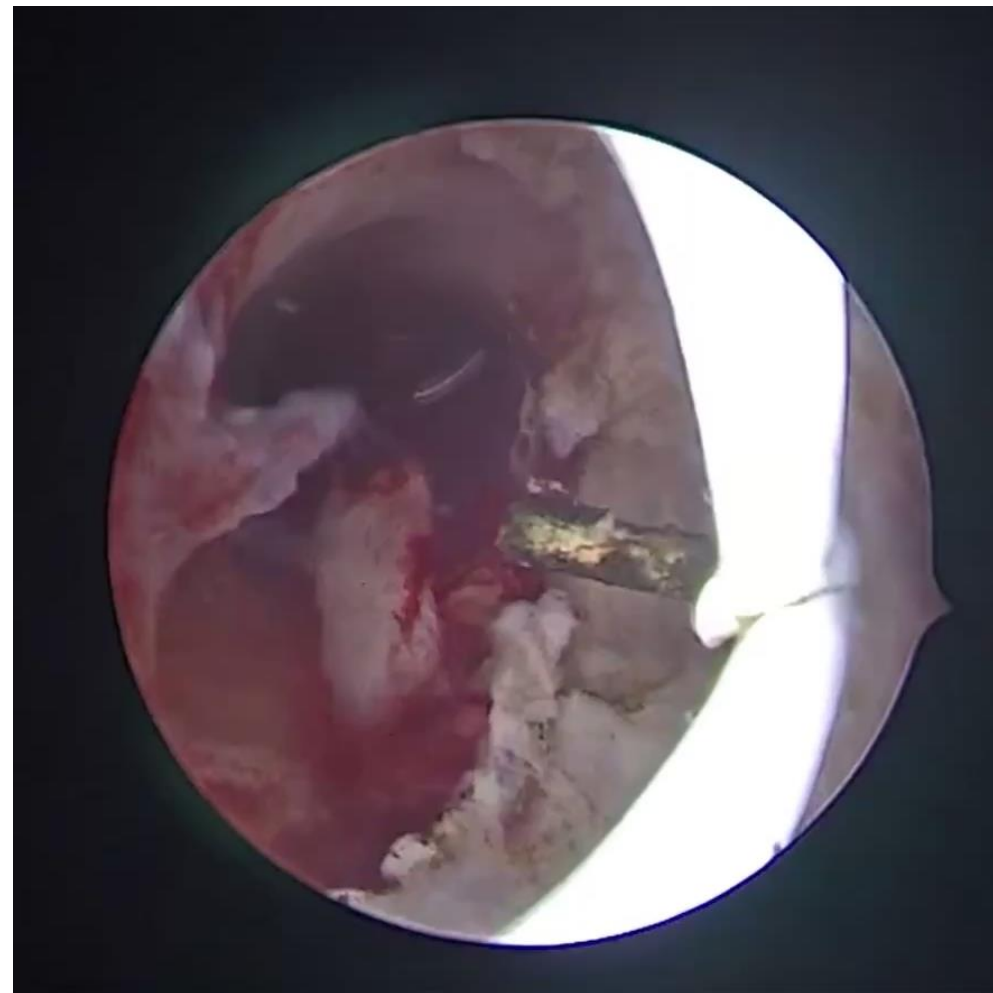


Klīniskais gadījums

- Paciente I.L., 33 g.v.
 - Anamnēzē 2 spontāni aborti I trimestrī.
 - 2024.g. Gr. I in sept. 8+3. Abortus spontaneus.
 - 2024.g. Gr. II in sept. 9+4. Abortus spontaneus.
 - 3d US – dzemdes starpsiena.
-
- Pacientei nolemts veikt histeroskopisku dzemdes starpsienas pārdalīšanu.

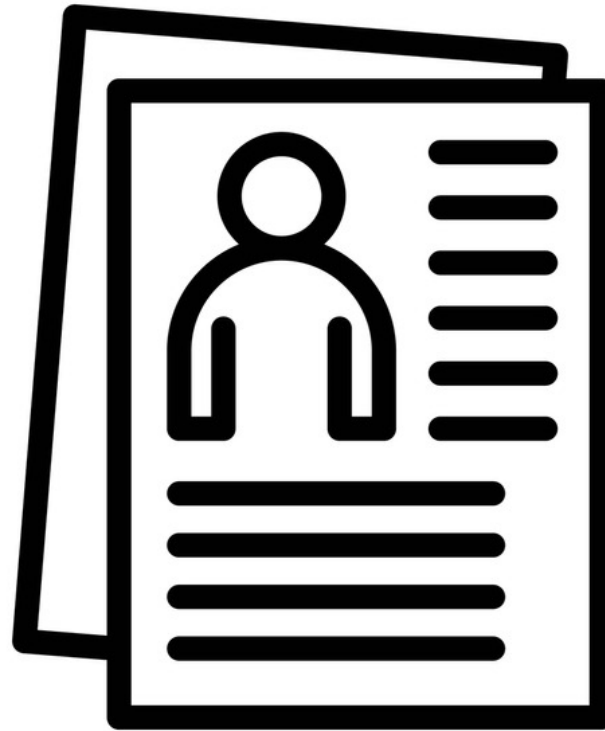


- Pēc manipulācijas izmantots gels saaugumu riska mazināšanai;
- Pēc 1 mēneša veikta kontroles HS – saaugumu process netika konstatēts.
- Ieteicamais grūtniecības plānošanas laiks: pēc ~2 mēnešiem.



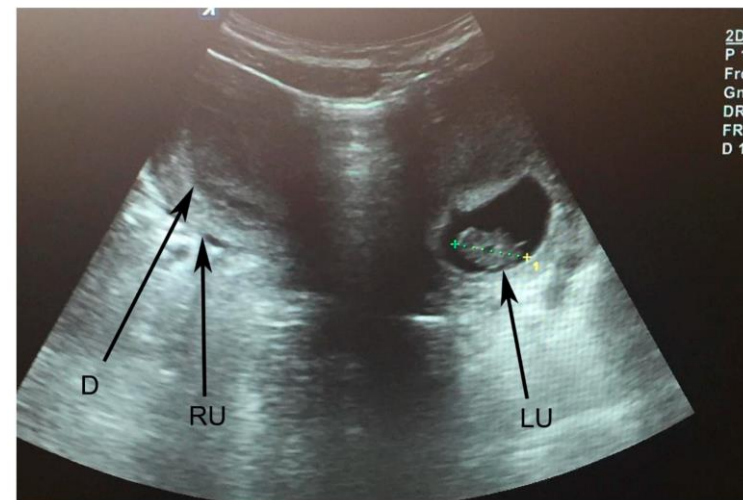
No PSKUS Sievietes veselības centra arhīva

Klīniskais gadījums I



Klīniskais gadījums I

- Paciente B.M., 31 g.v.
- I spontāni iestājusies grūtniecība.
- Blakussaslimšanas - nav.
- **I trimestra US skrīnings** – Uterus duplex (grūtniecība kreisajā dzemdes dobumā), bez augļa patoloģijas.
- **II trimestra US skrīnings** – bez konstatētas augļa patoloģijas.
- **US 27+2 gr. nedēļās** (IUAAA risks) - auglis tūpļa guļā, pēc parametriem atbilst 26+1 grūtniecības nedēļai (27 percentīle), hemodinamikas traucējumi a. Uterina dxt baseinā.
- **US 31 +5 gr. nedēļās** - Auglis tūpļa priekšguļā, pēc parametriem atbilst 30+5 grūtniecības nedēļām (10 percentīle). Mazs gestācijas laikam. Hemodinamikas traucējumi I A pakāpe.



<https://www.healthline.com/health/double-uterus>

Klīniskais gadījums I

- Iestājas stacionārā ar sūdzībām par priekšlaicīgi noplūdušiem augļūdeņiem, neregulārām, velkošām sāpēm vēdera lejasdaļā.

Graviditas I in sept. 35+2.

Partus I praematurus imminens.

Praesentatio pelvica.

Diruptio velament. ovii praecox spontanea.

Dystress foeti intrauterina chronica suspecta.

Uterus duplex.

- Ņemot vērā priekšlaicīgus dzemdību draudus, uzsāk augļa RDS profilaksi, tokolīzi.
- Sākoties regulārai dzemdību darbībai grūtniecība atrisināma ar ķeizargrieziņa operāciju augļa tūpļa priekšguļas dēļ.

Klīniskais gadījums I

- Pacientei attīstās regulāra dzemdību darbība ik 4-5 minūtes.
- Grūtniecību atrisina ar III kategorijas ķeizargrieziņa operāciju.

**Plkst. 09:38 piedzimst dzīvs,
neiznests zēns, ar ķermeņa
svaru 1820g, augumu 44cm.**

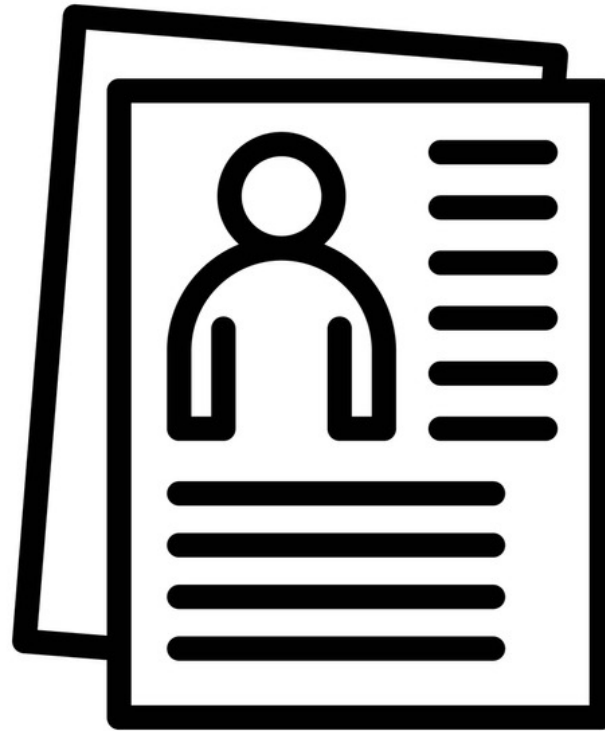
Pēc Apgares skalas 7/8 balles.

- Bērna svars starp 3 un 9 percentīli – mazs gestācijas laikam.



<https://www.researchgate.net/publication/346491027/figure/fig1/AS:963553494319111@1606740463746/Intraoperative-findings-illustrating-the-left-unicornuate-uterus-with-a-communicating.png>

Klīniskais gadījums II



Klīniskais gadījums II

- Paciente K.E., 30 g.v.
- I spontāni iestājusies grūtniecība.
- Blakussaslimšanas - nav.
- **I trimestra US skrīnings** – Uterus duplex (grūtniecība labajā dzemdes dobumā), bez augļa patoloģijas.
- **II trimestra US skrīnings** – bez konstatētas augļa patoloģijas. Placenta praevia.
- **US 34+4 gr. nedēļās** - Pēc parametriem auglis atbilst 34+4 grūtniecības nedēļām. Augļa augšana dinamikā adekvāta (61 percentīle).



Klīniskais gadījums II

- Iestājas stacionārā ar sūdzībām par priekšlaicīgi noplūdušiem augļūdeņiem, velkošām sāpēm vēdera lejasdaļā.

Graviditas I in sept. 39+2.

Partus I.

Diruptio velament. ovii praecox spontanea.

Uterus duplex.

- Ņemot vērā grūtniecības laiku, priekšlaicīgi noplūdušus augļūdeņus, dubultdzemdi – grūtniecību nolemj atrisināt ar III kategorijas ķeizargrieziena operāciju.

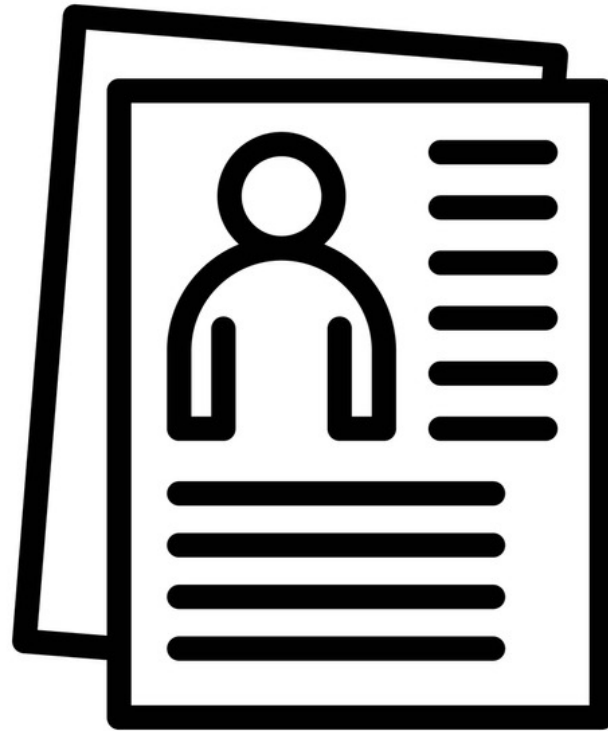
Klīniskais gadījums II

**Plkst. 11:07 piedzimst dzīva,
iznesta meitene, ar ķermeņa
svaru 3855g, augumu 57cm.**

Pēc Apgares skalas 8/9 balles.



Klīniskais gadījums III



Klīniskais gadījums III

- Paciente S.Z., 35 g.v.
- Dzemdes iedzimta anomālija – **vienraga dzemde ar rudimentāru dzemdes ragu** (konstatēta I grūtniecības laikā).
- V spontāni iestājusies grūtniecība. V paredzamās dzemdības.
 - **2005.g.** – S.C. augļa tūpļa guļas dēļ (iznesta grūtniecība, augļa svars – 3500g);
 - **2008.g.** - plāna S.C. (iznesta grūtniecība, augļa svars – 3200g);
 - **2013.g.** - akūta ķeizargrieziena operācija (augļa tūpļa priekšguļa, izteikta trombocitopēnija, 36. gr. ned. – augļa svars 3000g).;
 - **2015.g.** - plāna ķeizargrieziena operācija (iznesta grūtniecība, augļa svars 3300g). No salpingektomijas atsakās, grūtniecības vairs neplāno.



Klīniskais gadījums III

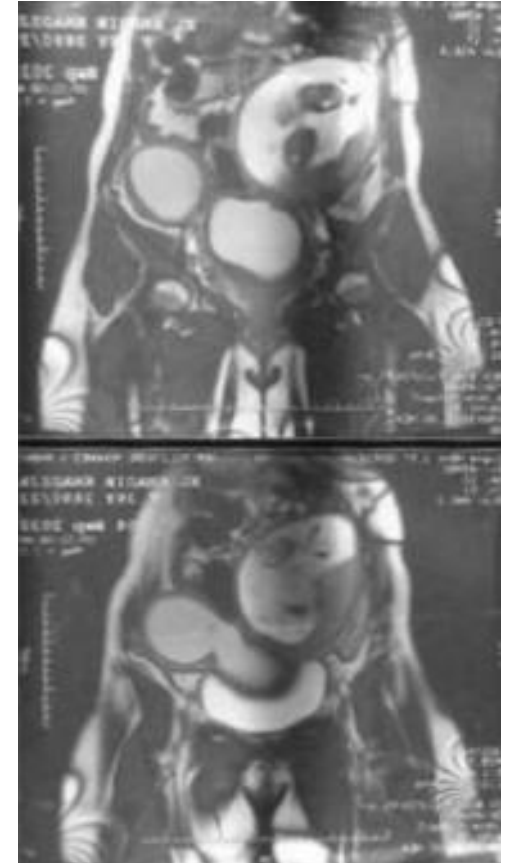
- Iestājas stacionārā ar sūdzībām par priekšlaicīgi noplūdušiem augļūdeņiem. **Pacientei dvīņu grūtniecība – BHBA.**

**Graviditas V in sept. 35+1.
Partus V praematurus imminens.
Gemelli (BHBA).**

**Praesentatio pelvica F1.
Cicatrix uteri (4x).**

**Diruptio velament. ovii praecox spontanea F1.
Trombocitopaenia.
Uterus unicornis.**

- Pacienti stacionē, uzsāk augļu RDS profilaksi. Pēc RDS profilakses pabeigšanas plāno grūtniecību atrisināt ar ķeizargrieziena operāciju.

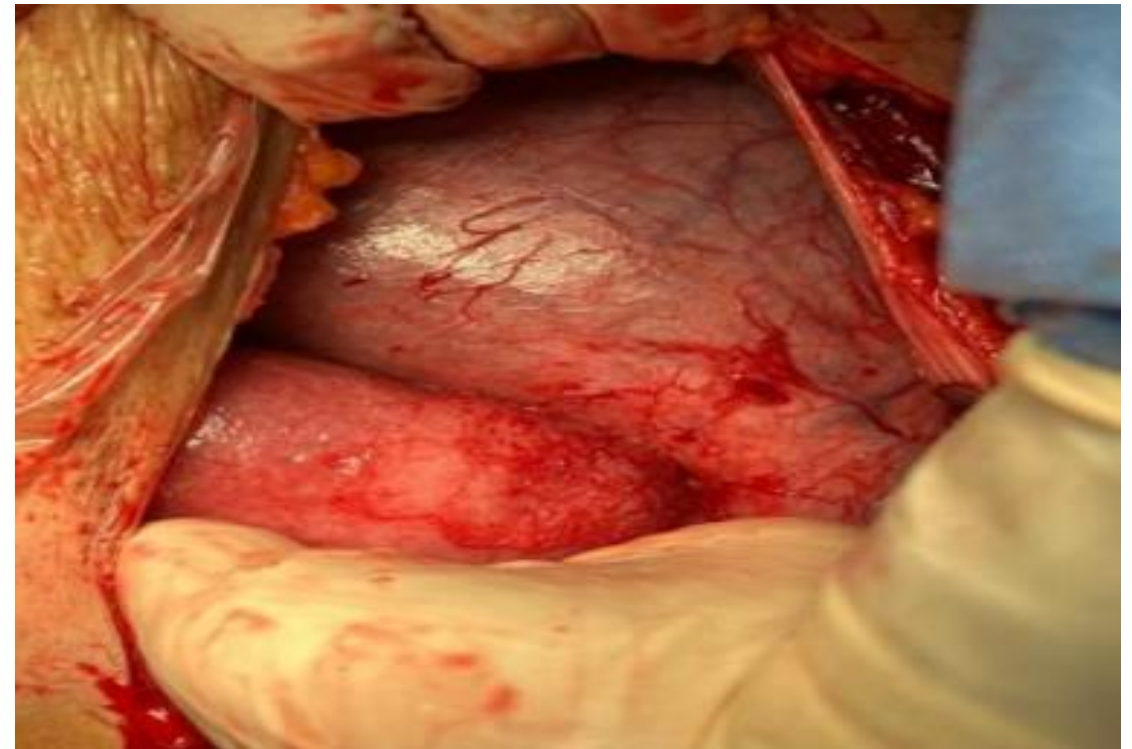


https://bioresscientia.com/uploads/articles/1725869040Galley_Proof-Successful_Twin_Pregnancy_in_A_Unicornuate_Uterus_with_Non-Communicating_Rudimentary_Horn.pdf

Klīniskais gadījums III

- Plkst. 11:48 piedzimst dzīva, neiznesta meitene (F1), ar ķermeņa svaru 2360g, pēc Apgares skalas 7/7 balles.
- Plkst. 11:49 piedzimst dzīva, neiznesta meitene (F2) ar ķermeņa svaru 2555g, pēc Apgares skalas 6/7 balles.

▪



https://bioesscientia.com/uploads/articles/1725869040Galley_Proof-Successful_Twin_Pregnancy_in_A_Unicornuate_Uterus_with_Non-Communicating_Rudimentary_Horn.pdf

Operācijas laikā labajā pusē vizualizē rudimntāru dzemdes ragu.



Paldies par uzmanību!