

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Реферат на тему:

Принципы ведения, наблюдения за пациентками после операции кесарево сечение в анамнезе. Планирование последующих беременностей.

Выполнил ординатор 2 года обучения

Григорьева В.Д.

Красноярск

2022

Оглавление

Введение.....	3
Ведение раннего послеоперационного периода.....	3
Ведение позднего послеоперационного периода и реабилитация женщин после операции кесарево сечение.	9
Наблюдение за женщиной после операции кесарева сечения в анамнезе вне беременности.	10
Планирование беременности у женщины с рубцом на матке после операции кесарево сечение.....	11
Заключение	14
Список литературы.	15

Введение.

Родоразрешение путем кесарева сечения (КС) - это способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки. [3]

Кесарево сечение – самая частая и рутинная полостная операция. По данным ВОЗ в Российской Федерации процент родоразрешения путем операции кесарево сечение в 2018 году в среднем по стране составил 30.1%, тогда как в 1980 годах составлял 1.6% [6]. По последним данным ВОЗ в 2020 году в нашей стране проведено 423300 операций кесарево сечения [6], при уровне рождаемости - 1 млн 435,8 тыс[15]. Все эти данные говорят о том, что за последние 30 лет неуклонно растет процент абдоминального родоразрешения и его процент не будет иметь в ближайшее время тенденций к снижению, а значит растет и количество женщин, которые требуют наблюдения, восстановления, а также адекватной медицинской помощи при подготовке к следующей беременности, именно поэтому тема реферата актуальна.

Ведение раннего послеоперационного периода.

Согласно Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.

В соответствие с данным законом была разработана концепция ведения пациенток в предоперационном периоде и после операции кесарева сечения, способствующая снижению акушерской медикаментозной агрессии, физиологичному течению послеоперационного периода родильниц, состояния и развития новорожденных. В 2014 году в нашей стране был разработан и утвержден Минздравом РФ клинический протокол «Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода». Клиническим протоколом строго регламентируются показания к проведению оперативного родоразрешения, вопросы профилактики гнойно-септических осложнений, методы обезболивания и ведение родильниц в послеоперационном периоде.

Основные принципы ведения послеоперационного периода после абдоминального родоразрешения основываются на современной концепции Fast track хирургии - это мультимодальная стратегия ведения хирургических больных, которая включает использование регионарных методов анестезии, адекватный контроль за послеоперационной болью, а также активную раннюю физическую реабилитацию, включая раннее энтеральное питание и мобилизацию. Ведение родильниц после операции кесарева сечения имеет свои особенности [4]. Из них наиболее важными являются:

Ранний перевод из отделения реанимации (или палаты пробуждения) в послеродовое отделение:

- через 6 - 8 часов после операции, выполненной в условиях нейроаксиальной (спинномозговой, эпидуральной, комбинированной спинально-эпидуральной) анестезии;

- через 8 - 12 часов после операции, выполненной в условиях общей анестезии;
- в ночные часы (с 23 до 8 часов) перевод осуществляется в плановом порядке с 8 утра.

Исключение:

1. Преэклампсия.
2. Кровотечение до, во время операции или в раннем послеоперационном периоде.
3. Тяжелая соматическая патология требующая мониторинга гемодинамики и функции жизненно важных органов, а также наблюдение врача реаниматолога.
4. Технические сложности во время операции, расширение объема операции (миомэктомия, гистерэктомия, спаечный процесс и т.д.)

Удаление мочевого катетера должно производиться после активизации пациентки и не ранее, чем через 4 - 6 часов после ведения последней дозы анестетика в эпидуральное пространство [4].

Ранняя активизация

Через 4 - 6 часов после окончания операции женщине помогают сначала сесть в постели, спустить ноги на пол и затем понемногу начать ходить. Это позволяет свести к минимуму риск развития спаечных осложнений в брюшной полости, застойных явлений в легких (особенно вероятны после общей анестезии), а также тромбоэмболических осложнений при длительной иммобилизации[3].

Противопоказаниями к ранней активизации являются:

- температура тела выше 38 °С;
- тромбоз вен нижних конечностей;
- кровотечение;
- выраженный болевой синдром у женщин (ВАШ > 50 мм) (рис. 1)



Рис.1 Визуальная шкала боли

Отказ от применения неэффективных по данным доказательной медицины лекарственных препаратов.

Периоперационный объем инфузионной терапии у родильниц, принимающих жидкость и пищу, в среднем должен составлять 1200 - 1500 мл (за сутки). На следующие сутки при нормальном течении послеоперационного периода инфузионная терапия не назначается[3]. Показаниями для проведения инфузионной терапии на 2 сутки являются:

- патологическая кровопотеря;
- парез кишечника;
- температура тела более 37,5 °С;
- недостаточный питьевой режим.

Препараты, обладающие нежелательными побочными эффектами (церукал, но-шпа), и польза действия которых, с позиций доказательной медицины, не является подтвержденной, не назначаются[3].

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях нейроаксиальной анестезии, стимуляция кишечника прозеринном проводится только по показаниям (парез кишечника и т.д.). Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях общей анестезии, по показаниям, назначается стимуляция кишечника прозеринном по общепринятой в хирургии схеме (прозерин 1,0 подкожно, через 30 мин. - очистительная клизма). [3].

В качестве утеротонической терапии метилэргометрин применяется исключительно по строгим показаниям (раннее и позднее послеоперационное кровотечение). В остальных случаях препаратом выбора является окситоцин с преимущественным в/в капельным введением (5 ЕД на 400 мл физ. р-ра). [3].

Использование в раннем послеоперационном периоде груза со льдом не должно применяться, поскольку польза данного мероприятия с позиций доказательной медицины является сомнительной. [4].

Адекватное послеоперационное обезболивание.

А. Всем пациенткам (при отсутствии противопоказаний) назначаются:

В конце операции, или в начале раннего послеоперационного периода, в/в инфузии парацетамола (перфалгана)

Традиционные НПВС как альтернатива для снижения потребления опиоидов.

Б. Продолжение эпидуральной анальгезии местными анестетиками.

В. При выраженном болевом синдроме (ВАШ > 50 мм) добавить сильные опиоиды (в/в).

Г. При средней интенсивности боли (ВАШ = 30-50 мм) - слабые опиоиды.

Энтеральное питание

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях нейроаксиальной анестезии, разрешается прием жидкости сразу же после окончания операции. Начиная с первого часа после операции, они могут получать пищу, соответствующую общему столу, за исключением хлеба, овощей и фруктов. [3].

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях общей анестезии, разрешается прием жидкости через 2 часа после окончания операции. Этой категории родильниц энтеральное питание может быть назначено через 4 - 6 часов после операции - бульон; через 24 часа - общий стол. [4].

Профилактика послеоперационных осложнений

Основными осложнениями в послеоперационном периоде являются:

- кровотечение,
- гнойно-воспалительные осложнения,
- тромбоэмболические осложнения.

Профилактика тромбоэмболических осложнений

Все женщины должны пройти документальную оценку факторов риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ)

- на ранних сроках беременности или до беременности;
- при госпитализации по любой причине;
- повторно непосредственно перед и после операции.

НМГ являются препаратами выбора для послеоперационной тромбопрофилактики. НМГ являются безопасными при грудном вскармливании. [3].

Во всех случаях (при отсутствии противопоказаний) должны использоваться эластическая или пневмокомпрессия нижних конечностей.

Противопоказания к назначению НМГ:

- НМГ следует избегать у женщин с высоким риском кровотечения.

К факторам риска кровотечений при использовании НМГ являются:

- женщины с дородовым или с массивным послеродовым кровотечением;
- женщины с повышенным риском кровотечения (например, предлежание плаценты);
- женщины с геморрагическими заболеваниями (болезнь фон Виллебранда, гемофилии или приобретенные коагулопатии);
- женщины с тромбоцитопенией (количество тромбоцитов менее $75 \times 10^9/\text{л}$);
- острый инсульт в течение последних 4 недель (ишемический или геморрагический);
- тяжелые заболевания почек (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин);

- тяжелые заболевания печени;
- неконтролируемая артериальная гипертензия (артериальное давление выше 200 мм рт.ст. систолическое или выше 120 мм рт.ст. диастолическое).

Адекватное обследование и наблюдение после операции

После операции кесарева сечения и до выписки необходимо проводить динамическое наблюдение для раннего выявления послеоперационных осложнений. Осмотр включает в себя: [4].

- мониторинг в течение 2-х часов (ЭКГ, неинвазивное измерение АД, пульсоксиметрия) [GPP];
- оценка степени боли по шкале ВАШ;
- определение АД, пульса, оценка состояния кожных покровов;
- оценка перистальтики кишечника;
- наружный осмотр для определения размера матки, консистенции, болезненности;
- оценка количества и характера лохий, соответствующие сроку инволюции матки;
- определения состояния молочных желез (отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза);
- оценка состояния послеоперационного шва (признаков воспаления, отека, инфильтрации, расхождения);
- пальпация вен нижних конечностей.

Частота врачебного осмотра:

- сразу после операции кесарева сечения;
- каждые 20 - 30 минут после операции в течение 2-х часов;
- каждые 2 - 3 часа через 2 часа после операции до 6 часов;
- после перевода в послеродовое отделение;
- один раз в день в послеродовом отделении;
- при любых жалобах пациентки, гипертермии, обильных кровянистых выделениях и т.д. [3].

NB! Температура тела до 38 °C и лейкоцитоз в течение 24 часов после родоразрешения (в том числе после кесарева сечения) допустимы. Чаще всего причиной является дегидратация, поэтому тактика ведения - обильное питье, инфузионная терапия (по показаниям). Назначение противовоспалительной терапии не показано. Кроме этого, уровень СОЭ обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции.

При субфебрильной температуре в послеродовом периоде (до 37,5 °C в течение более 24 часов со 2-х суток послеродового периода при отсутствии клинических признаков эндометрита):

- контроль температуры тела через 3 часа с записью в истории родов;
- бак-посев из цервикального канала;
- провести дифференциальную диагностику с другими возможными причинами повышения температуры тела.

- Клинико-лабораторные исследования после операции кесарево сечение [3].

После оперативного родоразрешения необходимо проведение следующих исследований:

- клинический анализ крови на 3-е сутки;
- гемостазиограмма на 3-е сутки только в группе среднего и высокого риска по тромбоэмболическим осложнениям;
- ультразвуковое исследование на 3 - 4-е сутки после операции;
- консультация смежных специалистов: терапевтов, хирургов, неврологов и т.д. только при возникновении показаний;
- влагалищное исследование проводится по показаниям;
- при возникновении осложнений план обследования может меняться;
- ультразвуковое исследование является эффективным, безопасным и неинвазивным методом оценки состояния матки в послеродовом периоде, однако следует тщательно учитывать клинические и лабораторные показатели. [4].

Критерии нормального ультразвукового исследования после операции кесарево сечение:

- исследование должно производиться на 3 - 4-е сутки при умеренно наполненном мочевом пузыре;
- при измерении ширины полости матки максимально допустимое расширение в верхней и средней трети составляет 1,5 см, в нижней трети - 1,8 см.;
- при любой ширине в полости матки не должны визуализироваться остатки плацентарной ткани, которая определяется как образование повышенной эхогенности округлой формы губчатой структуры с наличием зон васкуляризации;
- остатки отторгающейся децидуальной ткани могут визуализироваться в норме, интерпретация результатов зависит от количества фрагментов ткани;
- наличие газа (гиперэхогенных включений) в полости матки допустимо, однако интерпретация результатов зависит от клинико-лабораторных данных.

При оценке области шва на матке и передней брюшной стенке:

- а. не должны визуализироваться инфильтраты;
- б. при наличии патологических образований необходимо четко описывать размер и локализацию, при больших размерах (более 5 см) интерпретация результатов зависит от клинико-лабораторных данных и данных динамического УЗИ;
- с. при наличии гиперэхогенных образований в области шва необходимо уточнять у хирургов наличие гемостатических губок.

При оценке области параметрия необходимо оценивать наличие или отсутствие объемных образований (в т.ч. и забрюшинной локализации) и гематом. [4].

Также оценивается количество свободной жидкости в малом тазу и в брюшной полости.

Грудное вскармливание

Интраоперационное раннее прикладывание к груди матери возможно при регионарных методах обезболивания операции, отсутствии осложнений у матери и удовлетворительном состоянии новорожденного, сразу после его высушивания и пеленания. Необходимо

обеспечить ранний контакт кожа-к-коже (мать-новорожденный), а также совместное пребывание матери и ребенка.

Ранняя выписка - предпочтительна, однако следует соблюдать следующие критерии:

- отсутствие гипертермии (выше 37.2 °С) и неосложненное течение послеоперационного периода (А) (4 - 5 сутки);
- размер матки, соответствующий нормальным срокам инволюции по данным гинекологического осмотра и отсутствие патологических изменений при УЗИ;
- отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза;
- область швов без признаков воспаления, выписка возможна с нерассасывающимся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства;
- повышенное количество лейкоцитов в крови обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции. [1].

Ведение позднего послеоперационного периода и реабилитация женщин после операции кесарево сечение.

После выписки из стационара многие родильницы выпадают из поля зрения первичного звена, следовательно, не проводится контроль за показателями важнейших лабораторных анализов, прекращается лечение послеоперационных осложнений, не проводится консультирование по выбору контрацепции и т.д. [12].

Врачи первичного звена должны обеспечить женщине, перенесшей операцию кесарева сечения адекватными мероприятиями, направленными на профилактику и лечение анемий, воспалительных заболеваний органов малого таза, патологий шейки матки, спаечных процессов, коррекции нарушений менструального цикла, а также выбора оптимальных методов контрацепции для пациенток, перенёвших абдоминальное родоразрешение. [13]. Также важно отметить большое значение поддержки грудного вскармливания, поскольку пациентки после абдоминального родоразрешения чаще, чем после влагалищных родов сталкиваются со сниженной лактацией. [1].

Контрацепция для женщин, перенёвших абдоминальное родоразрешение, является одним из основных методов реабилитации. Проблемы нежелательной беременности, аборт, произведённые в первые годы после кесарева сечения, будучи фактором травматизации нервно-мышечного аппарата, способствуют несостоятельности рубца на матке, в том числе отрицательно отражаются на репродуктивном здоровье женщин. [12].

Пациенткам в послеоперационном периоде из контрацепции могут быть предложены согласно медицинским критериям приемлемости ВОЗ по методам контрацепции [11]:

- Женщинам, кормящим грудью, до 6-й недели возможно использование прогестаген-содержащих таблеток (ПСТ) и имплантов ЛНГ и ЭТГ, после 4-й недели возможна постановка внутриматочного контрацептива, содержащего левоноргестрел, использование прогестеронового вагинального кольца, после 6 месяцев от родов, возможно использование комбинированных оральных контрацептивов. [11]
- Женщинам, не кормящим грудью, в послеродовом периоде после 21 дн., не имеющим других факторов риска ВТЭ, возможно использование комбинированных оральных контрацептивов. [11]

В современной литературе результаты показывают большую эффективность курса физиотерапии в раннем послеоперационном периоде и считаются ценными для повышения качества послеродового ухода. Установлено, что низкоинтенсивное лазерное облучение способно активизировать обменные процессы, стимулировать микроциркуляцию, ускорять процессы регенерации и обладает противовоспалительным действием. [12]

Наблюдение за женщиной после операции кесарева сечения в анамнезе вне беременности.

Женщина с рубцом на матке не требует особенного наблюдения в течение жизни, если не находится на этапе планирования беременности и прегравидарной подготовки. Однако, у некоторых женщин осложнения после операции кесарева сечения во внебеременной жизни могут снижать качество жизни. Речь идет о формировании «ниши» в рубце на матке или «истмоцеле» и её симптомном проявлении. [7] Рис 2

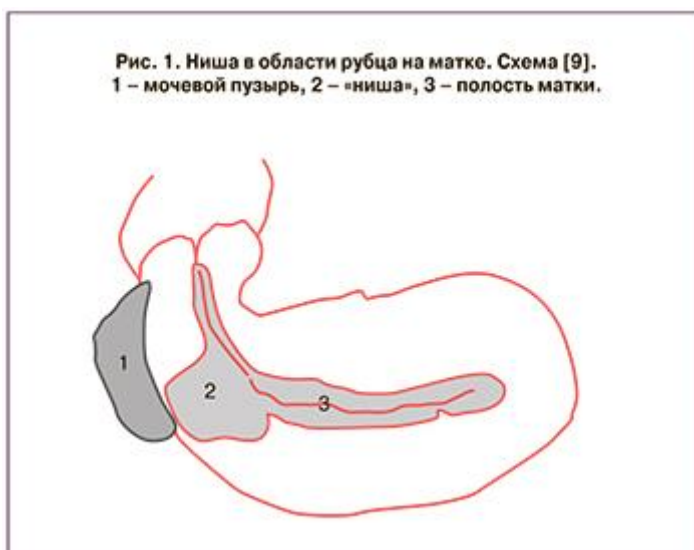


Рис 2. Схема истмоцеле [7]

Пациентки у которых имеется истмоцеле могут предъявлять следующие жалобы на нарушения менструального цикла (посменструальные выделения из половых путей, гиперменорея, дисменорея), при этом жалобы на появление постменструальных кровянистых выделений из половых путей встречаются чаще. [7]

Такие пациентки требуют проведения гистероскопии с оценкой рубца на матке и решением вопроса о проведении метропластики и /или исключения иной внутриматочной патологии. Рис 3 [7]

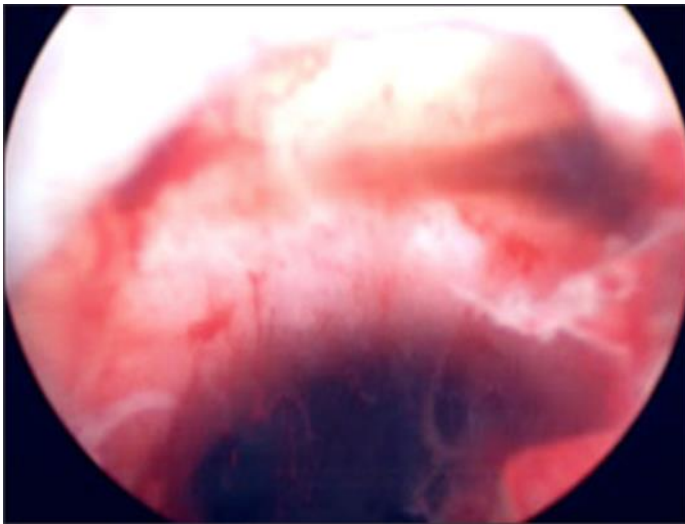


Рис. 3 Истмоцеле при гистероскопии.

Пациенткам, выполнившим репродуктивную функцию, и не планирующим больше беременностей может быть предложена гистерорезекция со «сглаживанием» краев ниши и аблацией эндометрия в зоне дефекта у пациенток, что позволяет эффективно избавить женщину от жалоб и значительно улучшить качество жизни. [7], [14]

Планирование беременности у женщины с рубцом на матке после операции кесарево сечение.

Наступление следующей беременности рекомендуется не ранее чем, через 12-18 месяцев, так как это период оптимального заживления раны на матке и формирования полноценного рубца. Данный интервал увеличивает вероятность успешной попытки родов через естественные родовые пути и снижает риск разрыва матки. [2]

Как и при подготовке к обычной беременности, подготовка к беременности после предшествующего кесарева сечения должна включать в себя:

- прегравидарное консультирование с первичным осмотром и сбором анамнеза, оценкой индекса массы тела, объемом талии, измерением АД. [10]
- гинекологический осмотр с определением pH влагалищного отделяемого, микроскопии мазка с окраской по Грамму, ПЦР-тест (качественный) для определения *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, цитологического исследования мазков с области экзоцервикса и из цервикального канала, ВПЧ-тест (в возрасте 30 лет и старше). Возможна комплексная оценка микробиоценоза влагалища с помощью ПЦР-тестов. [10]
- оценка результатов лабораторных данных: ОАМ, РАК, глюкозы натощак, определение сывороточных антител к бледной трепонеме, антигенов и антител ВИЧ 1 и 2, выявление HBsAg, анти-HCV, определение концентрации ТТГ, а так же при необходимости, определение группы крови и резус-фактора (при отрицательном резус-факторе женщины необходимо уточнить резус-принадлежность партнёра). Дополнительно пациентки могут быть направлены на определение в сыворотке крови уровня 25(ОН)D (пациенткам с ИМТ 30 кг/м² и более, с указанием на преэклампсию, гестационный сахарный диабет или невынашивание беременности в анамнезе (норма 75–150 нмоль/л или 30–60 нг/мл)) [10]

- УЗИ органов малого таза и молочных желёз, консультации терапевта и стоматолога, мужчин — на консультацию уролога. [10]

- получение рекомендаций по модификации образа жизни (отказа от курения, пассивного вдыхания табачного дыма, злоупотребления алкоголем, применение наркотических и психотропных средств), снизить стрессовые нагрузки, нормализовать режим сна и бодрствования, обеспечить умеренную физическую нагрузку, при необходимости нормализация массы тела, употребление сбалансированного рациона питания, умеренная физическая нагрузка, регулярные половые акты [10]

- дотацию необходимых микроэлементов. [10]

Препараты фолиевой кислоты в зависимости от уровня риска развития фолатзависимых аномалий развития плода : [10]

Выделяют три группы риска фолатзависимых аномалий развития

- I. Группа низкого риска. Женщины и мужчины без указания на фолатзависимые состояния в личном и семейном анамнезе.
- II. Группа умеренного риска. Женщины и мужчины, для которых верно хотя бы одно из следующих утверждений. – Наличие фолатзависимых аномалий развития (ВПС, мочевых путей, конечностей, орофациальных дефектов, врождённой гидроцефалии, но не ДНТ) в личном или семейном анамнезе. – ДНТ у родственников 2-й степени родства. – Алиментарные ограничения
- III. Группа высокого риска. – Наличие ДНТ в личном анамнезе либо выявление ДНТ при предыдущих беременностях. – ДНТ у родственников 1-й степени родства. – Приём препаратов с тератогенным действием (карбамазепин, вальпроевая кислота, фенитоин, фенобарбитал, метотрексат, триамтерен, триметоприм, колестирамин и др.). – Синдром мальабсорбции (болезнь Крона, целиакия, желудочное анастомозирование, выраженные заболевания печени, диализ, алкоголизм). – СД 1-го или 2-го типа. – Ожирение. – Мутации гена 5-метилтетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) [10]

Рекомендованные суточные дозы фолатов составляют: в группе низкого риска — 400 мкг/сут, умеренного риска — до 1000 мкг/сут, высокого риска — до 4000– 5000 мкг/сут. [10]

Коррекцию железодефицита: целевой уровень гемоглобина более 120 г/л, ферритина более 40 нг/мл, сатурация трансферина железом более 20%. [10]

Препараты йода в регионах подверженных йододефициту, в течение 3 мес до зачатия рекомендовано назначать препараты йода в дозе 200 мкг/сут. [10]

Условно здоровым женщинам, которым не показано рутинное определение уровня 25(ОН)D в сыворотке крови (при ИМТ менее 30 кг/м², отсутствии в анамнезе указаний на ПЭ, ГСД и невынашивание беременности), рекомендован приём витамина D в профилактической дозе 800–2000 МЕ/сут. [10]

Женщине, планирующей беременность, рекомендовано включать в рацион жирную рыбу (1 раз в неделю) либо принимать препараты с ПНЖК. [10]

Что же касается индивидуальных рекомендации по операции кесарева сечения в анамнезе, то оперативные вмешательства на матке в анамнезе могут привести к разрывам или расслоению матки во время последующей беременности или в родах через естественные

родовые пути. Возможно образование сосудистых мальформаций, повышающих риск кровотечения, особенно врастания плаценты. [14]

УЗИ с контрастом позволяет визуализировать дефекты рубцовой ткани. Результаты трансвагинального УЗИ небеременных женщин с оперативными вмешательствами на матке в анамнезе часто коррелируют с жалобами (абдоминальная боль в нижней части живота, дисменорея, аномальные маточные кровотечения) с признаками несостоятельности рубца на матке (рис 4), диагностированной при выполнении исследования. [5] Однако, на настоящий момент убедительные данные о необходимости хирургической коррекции таких рубцов на матке вне беременности для снижения риска разрывов матки в будущем отсутствуют – поэтому при проведении ультразвукового исследования не рекомендовано проведение оценки толщины нижнего маточного сегмента до начала родовой деятельности. [1] Толщина нижнего сегмента матки, измеренная до начала родовой деятельности, не имеет принципиального значения и при отсутствии других признаков неполноценности рубца может не измеряться, при этом следует обращать внимание на неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком. [16]



Рис 4. Ультразвуковые признаки истмочеуе. [8]

Возможно выполнение реконструктивных операций по восстановлению передней стенки матки с резекцией дефекта стенки матки (с гистологическим подтверждением рубцовой ткани) [14]. На этапе ПП возможно выполнение метропластики. [10] Решение о необходимости операции принимают коллегиально с учётом индивидуальных особенностей и факторов риска.

При решении о необходимости коррекции послеоперационного рубца на матке операции обычно проводятся следующим методом: [9]

- 1) лапароскопический доступ;
- 2) выполнение цервико- и гистероскопии для полноценной визуализации зоны дефекта и его детализации;
- 3) иссечение соединительной ткани рубца ультразвуковым скальпелем «Harmonik»
- 4) сопоставление краев стенки матки двухрядными швами с последующим цервико- и гистероскопическим контролем

5) дренирование полости матки уретральным катетером Фолея с одновременной внутриматочной инстилляцией противоспаечным гелевым барьером.

Некоторые авторы полагают, что применение швов на матке (однорядного или двухрядного) которые не захватывают эндометрий во время операции кесарева сечения или при проведении метропластики, предрасполагает к более благоприятному заживлению стенки матки, формированию полноценного рубца и снижением риска формирования «ниш», а также врастания плаценты. Рис 5 [14]

Однако это утверждение требует дальнейших исследований.

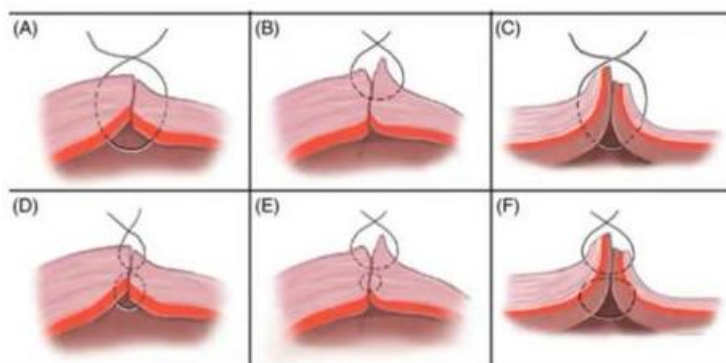


Рис 5. Варианты наложения швов (без захвата эндометрия вариант В и Е)

Очень важным является информирование пациентки еще на этапе планирования беременности о возможности влагалищных родов даже при наличии рубца на матке. Благоприятными признаками успешных влагалищных родов при предшествующей операции кесарева сечения в доношенном сроке является самостоятельно развившаяся родовая деятельность. [1]

Заключение

Таким образом, пациентки с операцией кесарева сечения в анамнезе требуют тщательного наблюдения и в раннем послеоперационном периоде, и в течение дальнейшей жизни. Правильный выбор тактики при ведении родов, производстве операции кесарева сечения исключительно по показаниям, грамотное ведение послеоперационного периода и наблюдение за пациенткой в условиях стационара и женской консультации, всесторонне грамотная и своевременная подготовка к последующим беременностям позволит не только ускорить наступление желанной беременности у женщины, но и выраженно сократить риски неблагоприятных осложнений.

Список литературы.

1. **Российское общество акушеров-гинекологов** Клинические рекомендации Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде - 2021.
2. **Российское общество акушеров-гинекологов** Клинические рекомендации Нормальная беременность - 2020.
3. **Российское общество акушеров-гинекологов** Клинические рекомендации Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения – 2021
4. Письмо Минздрава России от 06.05.2014 N 15-4/10/2-3190 <О направлении клинических рекомендаций "Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода"
5. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Логутова Л.С., Пучкова Н.В., Чечнева М.А., Барто Р.А., Благина Е.И. Диагностика и тактика ведения пациенток с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения на этапе планирования беременности. Российский вестник акушера-гинеколога. 2018;15(5):82-88.
6. Европейское региональное бюро ВОЗ. «Число кесаревых сечений». Путеводитель по базе данных «Здоровье для всех». Интернет-ресурс. Дата обращения: 12 декабря 2022. Ссылка: https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_597-7061-number-of-caesarean-sections/
7. Лисицына О.И., Шмаков Р.Г. «Ниши» рубца на матке после кесарева сечения: диагностика, лечение и исходы. Акушерство и гинекология. 2019; 9:24 <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.9.24-31>
8. Ножницева О.Н., Беженарь В.Ф. Ниша рубца на матке после кесарева сечения — новая проблема репродуктивного здоровья женщины // Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – Т. 69. – № 1. – С. 53–62. <https://doi.org/10.17816/JOWD69153-62>
9. Федоров А.А., Попов А.А., Чечнева М.А., Логутова Л.С., Щукина Н.А., Вроцкая В.С., Коваль А.А., Тюрина С.С., Ефремова Е.С., Беспалова А.Г. Ниша в рубце на матке после кесарева сечения. Диагностика, хирургическая тактика и исходы. Российский вестник акушера-гинеколога. 2021;21(2):50-55.
10. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2.0 / [Коллектив авторов]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. — 128 с.
11. Medical eligibility criteria for contraceptive use -- 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015
12. Додхоева Мунаввара Файзуллоевна, Юлдошева М.У. Реабилитация и диспансеризация женщин после абдоминального родоразрешения // Вестник Авиценны. 2020. №2 (67).
13. Густоварова Т. А., Иванян А. Н., Болвачева Е. В., Щербакова О. Л. Вопросы сохранения репродуктивной функции женщин после кесарева сечения // Ж. акуш. и жен. болезн.. 2018. №2.
14. Коган Ольга Михайловна, Войтенко Наталья Борисовна, Зосимова Елена Александровна, Мартынова Эльвира Николаевна, Нерсисян Диана Мавриковна, Бубникович Алексей Александрович Алгоритм ведения пациенток с несостоятельностью послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения // Клиническая практика. 2018. №3.
15. Федеральная служба государственной статистики «Естественное движение населения». Интернет-ресурс. Дата обращения: 12 декабря 2022. Ссылка: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>
16. Kok N, Wiersma IC, Ormear B.C., de Graaf IM, Mol BW, Pajkrt E. Сонографическое измерение толщины нижнего сегмента матки для прогнозирования разрыва матки

во время испытания родов у женщин с предыдущим кесаревым сечением: мета-анализ. Ультразвуковое акушерство и гинекология. 2013 август; 42 (2):132-9. doi: 10.1002 / uog.12479. PMID: 23576473.