

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

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Заведующая кафедрой:
д.м.н., доцент Макаренко Татьяна
Александровна

РЕФЕРАТ

на тему:

«Ведение беременности и родов с рубцом на матке»

Выполнила:

Клинический ординатор кафедры
оперативной гинекологии ИПО
Приходько Александра Михайловна

Проверил:

Зав. Кафедрой оперативной
гинекологии ИПО
д.м.н., доцент Макаренко Т. А.

г. Красноярск

2019г.

Оглавление

Актуальность

Особенности формирования рубца на матке

Оценка полноценности рубца на матке

Течение и ведение беременности при наличии рубца на матке. Осложнения

Особенности родоразрешения женщин с рубцом на матке

Рубец на матке после других оперативных вмешательств. Особенности
родоразрешения

Профилактика несостоятельности рубца на матке

Список используемой литературы

Актуальность

В связи с увеличением частоты абдоминального родоразрешения и консервативно-пластических операций (консервативная миомэктомия, устранение пороков развития, ушивание перфорационного отверстия) возросло число женщин с рубцом на матке. Более 30% женщин, перенесших кесарево сечение, и более 50% женщин, которым выполнены реконструктивно-пластические операции на матке, планируют за этим последующую беременность.

Выбор тактики ведения беременных с рубцом на матке, оптимальных сроков и методов их родоразрешения нередко представляет значительные трудности и в каждом конкретном наблюдении должен решаться отдельно.

Особенности формирования рубца на матке

Степень полноценности заживления рассеченной стенки матки является основной проблемой последующей беременности.

Чтобы правильно понимать течение беременности при наличии рубца на матке и выбрать верную тактику ведения беременности и родов, необходимо иметь четкое представление о процессе формирования рубца на матке после операции.

На характер заживления рассеченной стенки матки оказывает влияние целый ряд факторов:

- состояние организма беременной накануне родов (экстрагенитальные заболевания и осложнения беременности);
- характер микрофлоры родовых путей;
- длительность безводного промежутка;
- характер осложнений в родах;
- локализация разреза на матке;
- техника ушивания разреза на матке;
- шовный материал;
- продолжительность операции;
- величина кровопотери;
- характер течения и ведения послеоперационного периода.

При *наличии корпорального разреза* через 1 сут происходит слипание краев раны за счет коллагеновых пучков и нитей фибрина. Уже в начале регенерации происходит размножение миоцитов, новообразование лимфатических и кровеносных сосудов. Вростание миоцитов завершается к 20-му дню. Разрез на матке восстанавливается за счет грануляционной ткани,

которая постепенно замещается соединительной тканью и вросшими в нее волокнами мышечной ткани. Кровеносные сосуды в области рубца на матке располагаются неравномерно, дифференциация их нарушена. Проведенные морфологические исследования тканей рубцов на матке после корпорального кесарева сечения показали: во всех случаях обнаружен комплекс общепатологических процессов, свидетельствующих о дезорганизации в соединительной ткани и сосудах рубца. Эти процессы сами по себе могут обусловить *неполноценность рубца*, особенно если учесть функциональные особенности матки. Развивающийся прогрессирующий склероз тканей рубца отражается на трофике врастающих в рубец мышечных волокон. Вросшие ранее в рубец мышечные волокна с течением времени подвергаются атрофии и гибели. Наблюдается демускуляризация корпорального разреза. Происходит замещение гладкомышечных элементов пучками грубой волокнистой соединительной ткани, что свидетельствует о его прогрессирующей неполноценности. Склеротические процессы захватывают и прилежащие к рубцу ткани.

Степень выраженности мускуляризации корпорального рубца не увеличивается, а уменьшается в зависимости от давности его существования, что в конечном итоге приводит к его неполноценности.

Степень подобных морфологических изменений значительно менее выражена при наличии рубца **в нижнем маточном сегменте**, где разрез производится в наименее функционально нагруженном месте, в малососудистой зоне параллельно мышечным волокнам и имеются лучшие условия для формирования полноценного рубца. При гистологическом исследовании в поперечном рубце чаще всего отсутствуют явления склероза, некротические изменения и деформация сосудов, присущие корпоральному рубцу.

Для полноценной регенерации рассеченной стенки большое значение имеет сосудистый фактор. Именно новообразование мелких сосудов необходимо для полноценного врастания миоцитов в соединительную ткань, которое происходит на начальных этапах заживления рассеченной стенки матки.

В клиническом аспекте термином «рубец на матке» обозначают ситуацию, которая возникает после разреза на матке независимо от характера заживления рассеченной стенки, т. е. указывает на факт рассечения матки во время операции.

С морфологической точки зрения понятие «рубец на матке» имеет место в том случае, когда обнаруживается выраженное разрастание гиалинизированной или фиброзной ткани.

По морфологическим данным, *полноценная* зона разреза по своим

структурным и функциональным свойствам близка к нормальной ткани миометрия. Мышечный компонент значительно преобладает над соединительнотканым. Характер расположения сосудистой сети не изменен.

Неполноценная регенерация миометрия, приводящая к формированию несостоятельного рубца, в подавляющем большинстве наблюдений характеризуется избыточным разрастанием соединительной ткани. Выявляются дистрофия миоцитов, деструктивные изменения мышечной ткани в виде некроза и некробиоза, расстройство кровообращения. Склеротические изменения сосудов препятствуют полноценной регенерации мышечной ткани. Эти изменения приводят к нарушению обмена веществ и местной тканевой гипоксии, что обуславливает развитие грубой соединительной ткани с явлениями гиалиноза.

Учитывая, что при наличии корпорального разреза происходит прогрессирующий склероз, с точки зрения полноценности рубца принципиальным является промежуток времени, прошедший от момента операции до настоящей беременности.

Наименьший риск несостоятельности рубца на матке при последующей беременности определяется через 2 года после операции, но не более 4 лет.

При наличии поперечного разреза в нижнем маточном сегменте промежуток времени между предшествующим кесаревым сечением и наступлением настоящей беременности *не оказывает выраженного отрицательного влияния* на характер состоятельности рубца.

Оценка полноценности рубца на матке

В комплексе мероприятий по подготовке к предстоящей беременности важную роль играет оценка состояния рубца на матке.

Наиболее распространенным методом диагностики является ***гистеросальпингография***. Исследование проводят не ранее чем через 6 мес после операции в прямой и боковой проекции. Преимущество отдают водорастворимым контрастным веществам.

Изменения, обнаруженные при рентгенологическом исследовании, можно разделить на две группы.

Первая группа: изменения, связанные с развитием спаечного процесса в брюшной полости.

Эти изменения характеризуются различными смещениями матки в стороны и изменениями ее формы, подпаянными к матке петлями кишечника и сальником. Чаще смещения отмечаются у женщин, которым неоднократно проводилось кесарево сечение.

Изменения формы матки выражаются в виде

удлиненного или неправильного треугольника, матка может принять седловидную форму. Дно матки часто поднимается кверху, достигая уровня позвонков L_{IV} — L_V . При смещении тела матки кверху может удлиняться ее шейка.

Вторая группа: изменения в области рубца, или «прямые» признаки, возникающие непосредственно из-за несостоятельности самого рубца.

1. Обнаружение на гистерограммах зазубренных контуров внутренней поверхности матки. Это объясняется избыточным разрастанием соединительной ткани в области рубца. Наиболее легкие изменения.

2. Образование нишеподобных углублений, проникающих в толщу мышечной оболочки. Углубления делятся на малые — до 3 мм; средние — до 3—6 мм и большие — 7 мм и более. Форма углублений может быть различной.

1. В виде клина или шипа, обращенного острием в глубину стенки.

2. Дефекты мешкообразной формы. Возможно сочетание зазубренных контуров с нишеподобными углублениями. Причиной образования углублений является неполное срастание стенок матки в отдельных местах рубца.

3. Изменение контуров внутренней поверхности в виде дефектов наполнения в области послеоперационного рубца, имеющих размеры от 2 до 12 мм. Их образование свидетельствует об избыточном разрастании соединительной ткани в отдельных участках послеоперационного рубца.

4. Изменения на снимках после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте нередко локализуются в шейном канале. Они могут проявляться в удлинении шейки матки, изменении величины просвета канала, в виде расширения и сужения, иногда в виде его облитерации. Контуров стенок канала могут быть зазубрены. В толще стенок обнаруживают углубления в виде ниш, в просвете канала встречаются дефекты наполнения.

Гистеросальпингография не позволяет абсолютно достоверно оценить состоятельность рубца. Более достоверным методом исследования можно считать *гистероскопию*.

Исследование можно проводить не ранее чем через 6 мес после операции.

При наличии неполноценного рубца область исследования имеет белесоватые включения (бессосудистые зоны) различной величины и формы. Сосудистая сеть в этих участках выражена слабо или вообще отсутствует.

Могут отмечаться локальные вдавления, втяжения или утолщения в области рубца.

Белесоватый цвет ткани рубца свидетельствует о выраженном преобладании соединительнотканного компонента, а втяжения — об истончении миометрия в результате неполноценной регенерации (фиброзированные места предыдущего разреза и/или дистрофические изменения мышечных волокон).

При наличии полноценного рубца эта часть стенки матки практически не отличается от близлежащих отделов.

Течение и ведение беременности при наличии рубца на матке. Осложнения

Особенности течения беременности

Течение беременности при наличии рубца после кесарева сечения имеет ряд клинических особенностей. Так, у этих беременных чаще отмечается аномальное расположение плаценты и неправильное положение плода.

Обращает на себя внимание, что у $\frac{1}{3}$ женщин с рубцом на матке имеются клинические признаки угрозы прерывания беременности, причем у большинства из них во II и III триместрах беременности.

Однако под маской симптомов угрозы прерывания беременности часто скрываются первые признаки несостоятельности рубца на матке, которая является одним из наиболее частых осложнений беременности у женщин после кесарева сечения.

Рубцовая ткань характеризуется значительно меньшей эластичностью и прочностью по сравнению с мышечной тканью, не растягивается, вследствие чего возможен разрыв матки на границе рубцовой и мышечной ткани.

Положительный эффект от проводимой терапии, направленной на сохранение беременности, отсутствие локальной болезненности в области рубца на матке, результаты УЗИ (признаки полноценности рубца, плацента вне области рубца, удовлетворительное состояние плода) скорее всего свидетельствуют в пользу диагноза «угроза прерывания беременности».

При наличии плаценты в области рубца и явлениях угрозы прерывания беременности не рекомендуется назначение токолитических препаратов.

К клиническим признакам несостоятельности рубца на матке относятся:

а) сохраняющаяся на фоне терапии угрозы прерывания беременности или периодически возникающая болезненность в области рубца, особенно в связи с пальпацией или шевелением плода;

б) определяемое пальпаторно или с помощью УЗИ истончение в области рубца; в) клинические признаки гипоксии плода.

Последнее положение объясняется патологическими изменениями, которые, особенно в случае локализации плаценты на передней стенке матки, приводят к нарушению маточно-плацентарного кровообращения.

Необходимо серьезно относиться к болевому синдрому во время беременности. Боли внизу живота, в пояснице, по всему животу, в области рубца на брюшной стенке, неясной локализации, при физической нагрузке, не снимающиеся при самостоятельном приеме беременной болеутоляющих

средств, должны трактоваться как угроза разрыва матки, а не угроза прерывания беременности.

В срок родов или ближе к сроку родов у женщин, перенесших ранее кесарево сечение, затянувшиеся до суток ноющие или схваткообразные боли внизу живота должны заставить думать об угрозе разрыва матки.

Картина должна быть дополнена результатами обследования беременной. Изменения сердцебиения плода, появление тошноты, однократной рвоты, болей в подложечной области, головокружения, обморочного состояния (даже в легкой степени) указывают уже на *начинающийся разрыв матки*. Появившиеся при мониторинге наблюдения признаки ухудшения состояния плода, а еще в большей степени его смерть свидетельствуют также о *начинающемся разрыве матки*.

До $\frac{1}{4}$ У беременных увеличивается риск *задержки развития плода*. До $\frac{1}{3}$ новорожденных при повторном кесаревом сечении рождаются в состоянии гипоксии той или иной степени тяжести. Более чем в $\frac{1}{3}$ наблюдений дети рождаются с клиническими признаками *морфофункциональной незрелости*. Новорожденные, имеющие при этом даже нормальные показатели массы и роста, должны быть отнесены к группе высокого риска возможного срыва адаптации, а общая заболеваемость таких детей достигает 30—35%.

Имеющиеся трофические изменения передней стенки матки нередко приводят к нарушению маточно-плацентарного кровообращения и особенно при локализации плаценты на передней стенке матки. Взаимодействие элементов хориона при последующей беременности с тканью рубца приводит к выраженным некробиотическим изменениям вокруг хориальных ворсин вплоть до очагов фибриноидного некроза, что неблагоприятно сказывается как на состоятельности самого рубца, так и на характере плодово-плацентарного кровообращения.

Дистрофические изменения, происходящие в ткани рубца, оказывают влияние на иннервацию матки и приводят к патологической импульсации, что в свою очередь нарушает трофику передней стенки матки и ее моторику.

Этим также объясняется увеличение частоты неправильного положения плода, его предлежания и преждевременной отслойки плаценты.

Особенности ведения беременности

Пациенток с рубцом на матке следует брать на учет в женской консультации с самых ранних сроков беременности. Каждая из них должна быть тщательно обследована для выработки дальнейшей акушерской тактики. Врач обязан поставить эту женщину в известность о возможных осложнениях во время беременности и в родах, а также о возможных методах родоразрешения. Особое внимание при обследовании необходимо обратить на данные, которые имеют существенное значение при выборе тактики ведения беременности и родов. К ним относятся:

- показания, послужившие основанием для выполнения первой операции;
- срок беременности, при котором было произведено первое кесарево сечение;
- методика операции;
- течение послеоперационного периода и осложнения (если они имели место);
- особенности менструальной функции после кесарева сечения;
- данные о генеративной функции после операции (количество беременностей, их исходы);
- промежуток времени, прошедший от момента кесарева сечения до наступления последующей беременности;
- оперативные вмешательства на матке в период после кесарева сечения.

Желательно ознакомиться с выпиской из истории родов, закончившихся абдоминальным родоразрешением.

Особое внимание следует уделять беременным, у которых плацента локализуется в области рубца.

Учитывая причины внутриутробной гипоксии плода у беременных с рубцом на матке, необходимо проводить оценку состояния плода.

Исследование должно носить комплексный динамический характер с применением УЗИ, доплерографии, КТГ не менее 3—4 раз на протяжении беременности. При выявлении признаков внутриутробной гипоксии плода необходимо начать своевременную корригирующую терапию, направленную на улучшение маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения.

Оценка состоятельности рубца на матке во время беременности

Важное значение имеют сведения о состоянии послеоперационного рубца на матке, полученные:

- на основании анамнестических данных и имеющейся документации;
- методами гистеросальпингографии и гистероскопии до наступления настоящей беременности;
- при обследовании женщины во время данной беременности;
- при оценке характера течения данной беременности.

Наиболее часто несостоятельным оказывается рубец у женщин, перенесших малое кесарево сечение или кесарево сечение с корпоральным разрезом.

После кесарева сечения, выполненного на фоне начавшейся родовой деятельности, прогноз состоятельности рубца лучше, чем после операции, проведенной до начала родов. Это объясняется тем, что разрез на матке в родах делается, как правило, ниже из-за укорочения или сглаживания шейки матки и при наличии сформированного нижнего маточного сегмента. Более низкое расположение рубца при этом оказывает меньшее влияние на течение последующей беременности и снижает риск возможного разрыва матки.

С большей долей вероятности о наличии неполноценного рубца можно думать в том случае, если после кесарева сечения развились воспалительные осложнения, особенно с длительным лихорадочным течением и нагноением брюшной стенки. Следует иметь в виду, что и гладкое течение послеоперационного периода не является гарантией полноценного рубца. Понижение защитных сил организма в послеоперационном периоде может нарушить нормальную регенерацию тканей.

К неблагоприятным факторам формирования послеоперационного рубца относят выскабливания матки.

Аборты, выполненные в интервале после кесарева сечения до наступления настоящей беременности, также ухудшают ее прогноз, так как травмируются стенка матки и ее нервный аппарат. Риск несостоятельности рубца при этом увеличивается в 1,5 раза.

Немаловажное значение имеют показания для первого кесарева сечения и сопутствующие при этом заболевания. К неполноценной репарации рассеченной стенки матки чаще всего приводят тяжелый гестоз, предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ожирение, анемия, хронические инфекционные заболевания (в результате иммунодефицита). Неблагоприятными факторами являются состояния, связанные с перерастяжением нижнего маточного сегмента: клинически узкий таз, дискоординация родовой деятельности, неправильные вставления головки плода.

При осмотре беременной необходимо обращать внимание на особенности кожного рубца, учитывая его ширину, отношение к подлежащим тканям, болезненность при пальпации. Если рубец на коже тонкий, мягкий, не спаян с подлежащими тканями, т. е. основания предполагать наличие

полноценного рубца на матке.

Важную информацию можно получить при пальпации рубца на матке через переднюю брюшную стенку.

При неполноценном рубце определяется его истончение или болезненность в одном из участков. Следует помнить, что иногда за дефект рубца ошибочно может быть принят дефект апоневроза. Для избежания ошибки рубец на передней брюшной стенке следует несколько сместить.

Важное значение имеет определение локализации плаценты с помощью УЗИ, так как расположение ее на передней стенке в области рубца делает его потенциально неполноценным.

Определенную информацию о состоянии рубца на матке можно получить при УЗИ. Наиболее оптимальным для исследования является срок беременности от 28 до 37 нед. Именно в этот промежуток времени нижний сегмент матки достаточно сформирован, подлежащая часть еще не прижата ко входу в малый таз, количество околоплодных вод оптимально для проведения исследования.

УЗИ позволяет оценивать форму, толщину нижнего сегмента матки, эхоструктуру миометрия в данном отделе матки, характер контура ее передней стенки.

Толщина полноценного нижнего сегмента матки при УЗИ составляет не менее 4—5 мм. В зоне бывшего разреза, как правило, отмечается однородная эхоструктура, по акустической плотности соответствующая нормальной стенке матки

Неполноценный рубец после корпорального кесарева сечения определяется в виде дефекта мышечной стенки толщиной от $\frac{1}{2}$ до $\frac{1}{3}$ миометрия. Гораздо трудней для диагностики поперечный рубец в нижнем маточном сегменте, при котором также может отмечаться локальное истончение.

Достоверность в распознавании состояния рубца при этом составляет 56—76%.

Эхографическое исследование целесообразно проводить при наполненном мочевом пузыре.

Госпитализация беременных с рубцом на матке

Беременные с рубцом на матке подлежат плановой госпитализации в родильный дом в 35—36 нед. Пациентка должна иметь при себе выписку из амбулаторной карты о показаниях к предыдущей операции, методе рассечения матки, течении послеоперационного периода, данных обследования вне беременности, характере течения данной беременности и данных обследований во время настоящей беременности.

В стационаре тщательному анализу подвергается общий и акушерский анамнез. Особое внимание уделяют осмотру и пальпации рубца. Кроме общеклинических методов исследования, необходимо провести КТГ и УЗИ с доплерографией. Обследование должно быть произведено достаточно полно и быстро с составлением подробного плана ведения беременности и родов, определением способа родоразрешения с учетом возможных осложнений и путей их предупреждения.

Особенности родоразрешения женщин с рубцом на матке

Родоразрешение через естественные родовые пути

Наиболее существенным сдерживающим фактором ведения родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке являются опасность разрыва матки по рубцу и отсутствие полной уверенности в его полноценности.

Тем не менее потенциально самостоятельно могут рожать от $\frac{1}{2}$ до $\frac{2}{3}$ (30—70%) беременных с рубцом на матке после кесарева сечения.

Однако в 9—30% наблюдений в процессе ведения родов при наличии рубца на матке возникают осложнения, которые заставляют пересмотреть тактику ведения родов в пользу экстренного кесарева сечения. Чаще всего к таким осложнениям относят аномалии родовой деятельности, ухудшение состояния плода, клинически узкий таз, появление симптомов несостоятельности рубца на матке.

Ведение родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке считается допустимым *при соблюдении ряда условий*, которые являются критериями отбора для ведения таких родов:

- одно кесарево сечение в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте;
- отсутствие акушерских осложнений, послуживших показаниями к первой операции (показания не повторяются);
- неосложненное течение послеоперационного периода в анамнезе;
- предположение о полноценности нижнего маточного сегмента (по результатам клинических и инструментальных исследований);
- локализация плаценты вне рубца на матке;
- головное предлежание плода;
- соответствие размеров таза матери и головки плода;
- тщательное клиническое и мониторное наблюдение в родах;
- наличие условий для экстренного родоразрешения путем кесарева сечения, квалифицированного медицинского персонала

и соответствующей оснащенности;

- возможность выполнения кесарева сечения в экстренном порядке не позже чем через 15 мин после принятия решения об операции;
- ведение родов при развернутой операционной.

Требуется тщательное наблюдение за сократительной деятельностью матки с помощью мониторингового контроля.

Контролируется:

- продолжительность сокращений;
- интенсивность схваток;
- ритмичность схваток;
- длительность промежутка между схватками;
- координированность сокращений;
- наличие доминанты дна матки;
- продолжительность болевого ощущения.



Особенности течения и ведения родов

При наличии полноценного нижнего маточного сегмента подготовительный период у этих женщин не отличается от такового у неоперированных пациенток.

Как правило, сократительная активность носит характер нормальных схваток. Роды протекают по стандартному биомеханизму, характерному для перво- или повторнородящих. Средняя продолжительность родов также практически не увеличена. Средняя кровопотеря может незначительно превышать таковую при родах через естественные родовые пути.

Наиболее часто роды у женщин с рубцом на матке осложняются: а) несвоевременным излитием околоплодных вод;

б) слабостью родовой деятельности;

в) клиническим несоответствием размеров таза матери и головки плода; г) проявлением признаков угрозы разрыва матки.

Частота послеродовых гипотонических кровотечений составляет от 1,5 до 10,5%, патология отделения плаценты — 0,5—4%, что несколько превышает аналогичные показатели в общей популяции.

Эти осложнения объясняются тем, что для оперированной матки свойственна несколько сниженная сократительная активность, а указанные ранее изменения передней стенки матки способствуют более глубокой инвазии трофобласта и более плотному прикреплению плаценты.

Начало родов может быть самопроизвольным или программированным, т. е. допустимо выполнение амниотомии при наличии «зрелой» шейки матки.

Для подготовки организма к родам и индукции родовой деятельности допустимо применение препаратов в виде геля на основе ПГЕ₂.

Возможно применение в родах утеротонических средств (окситоцин и препараты простагландинов) при необходимости родовозбуждения после амниотомии или дородового излития околоплодных вод (при наличии «зрелой» шейки матки), или для родостимуляции.

В процессе ведения родов необходим непрерывный кардиомониторный контроль за состоянием плода. Признаки ухудшения состояния плода могут свидетельствовать о начинающемся разрыве матки. Нередко этот симптом является первым при данной патологии.

Обезболивание родов у женщин с рубцом на матке проводят по общепринятым правилам, в том числе и с применением эпидуральной анестезии. Мнение о том, что применение данного вида анестезии сглаживает клиническую симптоматику несостоятельности рубца на матке и затрудняет диагностику угрозы ее разрыва, в результате проведенных исследований не подтвердилось. При этом не отмечено увеличения количества разрывов матки, частоты экстренного кесарева сечения, возрастания материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

При затянувшемся втором периоде родов или начавшейся асфиксии плода родоразрешение необходимо ускорить путем рассечения промежности.

Обязательным является ручное исследование матки сразу после родов, так как нельзя исключить возможность спонтанного разрыва матки по рубцу. Признаки разрыва матки могут появиться через значительный интервал времени после родоразрешения. Кроме того, важно иметь представление о состоянии рубца на матке для решения вопроса о тактике ведения родов в последующем. Эта операция должна проводиться крайне осторожно, так как грубое ее выполнение нередко само является причиной разрыва матки.

Абдоминальное родоразрешение. Возможные осложнения

подавляющее большинство женщин с рубцом на матке родоразрешают путем повторного кесарева сечения.

Удельный вес абдоминального родоразрешения в связи с наличием рубца составляет 30—70%.

До недавнего времени существовало мнение о целесообразности родоразрешения таких пациенток за 10—12 дней до предполагаемого срока родов, т. е. на 38-й неделе беременности, что, естественно, упрощает акушерскую тактику. Подобная практика приводит к резкому ухудшению прогноза для плода. С учетом особенностей течения периода новорожденное™ после повторного кесарева

сечения в сроки 38 нед необходимы столь же обоснованные показания для абдоминального родоразрешения, как и в более ранние сроки.

Следует принимать во внимание тот факт, что у детей, извлеченных путем повторного кесарева сечения, в эти сроки при достаточной массе и длине часто отмечаются признаки морфофункциональной незрелости. Риск респираторных заболеваний у этих новорожденных составляет более 35%, в том числе респираторный дистресс-синдром и болезнь гиалиновых мембран.

В связи с этим для улучшения исхода беременности целесообразно выполнение повторной операции (при наличии соответствующих условий) в сроки, максимально приближенные к предполагаемому сроку родов.

В плановом порядке досрочно родоразрешаются беременные только с подозрением на несостоятельность рубца на матке.

Перед досрочным родоразрешением целесообразно проводить профилактику дистресс-синдрома стероидными препаратами (дексаметазон и др.). Следует помнить, что такая профилактика может дать определенный эффект, если она продолжается 2—3 дня.

Во всех случаях повторное кесарево сечение — это операция особой сложности и риска. К особенностям этой операции относятся часто встречающиеся затруднения при:

- рассечении брюшной стенки из-за спаек с подлежащими тканями;
- доступе к нижнему маточному сегменту из-за спаечного процесса в брюшной полости;
- извлечении плода из-за рубцовой деформации передней стенки матки.

При доступе к матке одним из возможных осложнений является *ранение мочевого пузыря*.

В этой связи париетальную брюшину следует вскрывать как можно выше. Хирург, производящий повторное кесарево сечение, должен владеть техникой зашивания ран мочевого пузыря.

При рассечении матки в нижнем сегменте, учитывая его рубцовую деформацию, может произойти продление разреза на область маточных сосудов и их травмирование.

Одним из осложнений повторного кесарева сечения является *гипотоническое кровотечение* в результате нарушения сократительной деятельности матки. Гипотоническое кровотечение иногда может быть связано и с показаниями к операции, и с условиями ее выполнения.

Повторное кесарево сечение нередко сопровождается повышенной кровопотерей и увеличением продолжительности операции, что повышает риск развития послеоперационных *гнойно-воспалительных осложнений*.

После повторного кесарева сечения имеет место *снижение адаптации новорожденных*, что диктует необходимость включения их в группу высокого риска по развитию осложнений в неонатальном периоде. Перинатальные

потери при повторном кесаревом сечении составляют в среднем 12—13 %.

Рубец на матке после других оперативных вмешательств. Особенности родоразрешения

Рубец на матке может быть следствием не только кесарева сечения, но и консервативной миомэктомии, перфорации матки, а также после удаления маточной трубы.

Беременные, перенесшие ранее операции на матке, должны находиться под тщательным наблюдением врача женской консультации.

При выборе метода родоразрешения у женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии определяющее значение принадлежит характеру и объему выполненной операции.

Частота несостоятельности рубца после консервативной миомэктомии составляет до 21,3%.

После удаления подбрюшинных миоматозных узлов без вскрытия полости матки можно предпринять попытку ведения родов консервативно при тщательном клиническом и инструментальном контроле за их течением.

Однако главным фактором в выборе метода родоразрешения после удаления подбрюшинных миоматозных узлов без вскрытия полости матки является также функционально- морфологическое состояние рубца.

При расположении рубца на задней стенке матки контролировать его состояние не представляется возможным, что создает опасность его невыявленной неполноценности. Расположение плаценты в области рубца также является фактором риска его неполноценности. В этих случаях целесообразно плановое кесарево сечение.

Если удалены межмышечные миоматозные узлы со вскрытием полости матки и имеются другие отягощающие обстоятельства, указывающие на возможность неполноценного рубца, и имеется риск разрыва матки во время родов, то рекомендуется кесарево сечение.

При наличии отягощенного акушерского анамнеза, перенесенной беременности, тазового предлежания плода, ФПН, возраста первородящей старше 30 лет показания для кесарева сечения

после любого вида миомэктомии (со вскрытием или без вскрытия полости матки) также расширяются.

Консервативное ведение родов у женщин с рубцом на матке после консервативно-пластических операций требует повышенного внимания. После самопроизвольных родов для исключения патологии рубца необходимо контрольное ручное исследование послеродовой матки.

Сложную и ответственную задачу представляют собой роды после перфорации матки во время внутриматочных вмешательств.

При ведении таких родов возможны разрывы матки, гипотоническое кровотечение, патология отделения плаценты, особенно у женщин с осложненным течением самой операции и послеоперационного периода.

Акушерский прогноз более благоприятен в том случае, если операция была ограничена только ушиванием перфорационного отверстия без дополнительного рассечения стенки матки. При отсутствии осложняющих обстоятельств роды можно вести консервативно с последующим контрольным ручным исследованием матки.

Наиболее частым осложнением беременности у женщин после консервативно-пластических операций является угроза ее прерывания. При малейших признаках угрозы прерывания беременности, чаще возникающих в 12—13 нед и в 25—26 нед, показана немедленная госпитализация.

Для родоразрешения пациентки с подозрением на неполноценный рубец на матке после консервативно-пластических операций должны быть госпитализированы за 4—5 нед до предполагаемого срока родов.

О неполноценности рубца могут свидетельствовать:

- осложненное течение послеоперационного периода;
- обширные множественные разрезы на матке при удалении узлов миомы;
- указание на иссечение маточного угла при тубэктомии;
- результаты клинических и инструментальных исследований.

При выявлении неполноценного рубца на матке показано кесарево сечение в плановом порядке за 2—3 нед до предполагаемого срока родов.

Правила и условия ведения родов, а также возможные осложнения при этом аналогичны таковым при наличии рубца после кесарева сечения.

Профилактика несостоятельности рубца на матке

Прогноз следующей после кесарева сечения беременности обусловлен целым рядом факторов:

- возрастом женщины;
- наличием сопутствующих заболеваний;
- характером течения и ведения предыдущей и настоящей беременности;

- показаниями к выполнению кесарева сечения;
- техникой выполнения операции и качеством шовного материала;
- течением и ведением послеоперационного периода.

Усилия по улучшению прогноза должны быть целенаправленно приложены сразу после принятия решения о выполнении первого кесарева сечения. На качество заживления рубца влияют:

- рассечение матки в нижнем сегменте;
- создание плотного, герметичного и длительного соединения краев раны на матке при минимальной воспалительной реакции со стороны окружающих тканей (во многом это зависит от методики зашивания разреза на матке и качества шовного материала);
- адекватная профилактика гнойно-воспалительных заболеваний после кесарева сечения.

Для предотвращения несостоятельности рубца на матке на фоне возможных осложнений рано наступившей (до 1 года) беременности после кесарева сечения целесообразно применение рациональной контрацепции.

В течение первых 6—8 мес после операции может быть рекомендовано применение механических средств контрацепции. При отсутствии лактации, а также других противопоказаний возможно использование гормональных контрацептивов.

В последующем, не ранее чем через 6 мес после операции, наиболее рациональным является применение внутриматочной контрацепции. Как свидетельствует клинический опыт, частота осложнений у женщин с рубцом на матке при использовании внутриматочной спирали не выше таковой среди всех женщин, использующих данный метод контрацепции. Запланированная последующая беременность может быть рекомендована через 2—3 мес после отмены гормональных контрацептивов или внутриматочной спирали, но не ранее чем через 1 год после кесарева сечения.

Список используемой литературы

Сидорова И. С. “Руководство по акушерству”.

Айламазян Э. К., Кулаков В. И. А “Акушерство. Национальное руководство”

Журнал StatusPraesens

Доцанова А. М. Вагинальные роды у женщин с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения