## Содержание

## 

## Введение

## 1. Рубец на матке: причины возникновения

## 2. Особенности подготовки к беременности при наличии рубца на матке после кесарева сечения

## 3. Особенности течения беременности у женщин с рубцом на матке

## 4. Особенности ведения родов у женщин с рубцом на матке

## 5. Разрыв матки по рубцу во время родов

## Заключение

## Список литературы

## Введение

В связи со значительной частотой кесарева сечения и увеличением количества консервативно-пластических операций на матке соответственно возросло и число женщин с рубцом на матке.

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.

Основными предпосылками хорошей регенерации тканей и формирования полноценного рубца являются оптимальные условия кровоснабжения тканей, исключающие развитие ишемии и гипоксии тканей в области рубца[[1]](#footnote-1).

Целью данной работы является изучение особенностей ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

В работе поставлены следующие задачи:

* рассмотреть причины появления рубца на матке;
* рассмотреть особенности подготовки к беременности у женщин с рубцом на матке;
* рассмотреть особенности течения беременности у женщин с рубцом на матке;
* рассмотреть особенности ведения родов у женщин с рубцом на матке;
* рассмотреть особенности разрывов матки по рубцу по время родов.

## 1. Рубец на матке: причины возникновения

Причинами возникновения рубца на матке являются: консервативная миомэктомия, кесарево сечение, перфорация матки во время искусственного аборта.

При кесаревом сечении в предыдущих родах важно знать, каким разрезом на матке была проведена операция - поперечным или продольным. При плановых операциях кесарево сечение проводится поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте. Рубец при таком разрезе чаще бывает более полноценным (края разреза хорошо сопоставлены, срослись, и мышцы матки могут перенести последующую беременность и роды), чем при продольном разрезе на матке, который в основном применяется при необходимости срочного родоразрешения (кровотечение, острая кислородная недостаточность плода и т.д.)[[2]](#footnote-2).

После консервативной миомэктомии (КМЭ - операции, при которой матку сохраняют, а удаляют только узлы миомы), если удалось удалить узлы миомы без вскрытия полости матки при небольших поверхностно расположенных узлах, рубец получается более полноценным, чем при вскрытии полости матки при межмышечных узлах с тенденцией роста в сторону полости матки.

Если перфорация матки во время искусственного аборта обошлась без операции и зашивания участка ранения, значит, перфорационное отверстие было незначительным и, соответственно, рубец - также небольшим. При более обширных повреждениях, если понадобилась операция с ушиванием перфорационного отверстия, необходима оценка состояния рубца до наступления очередной беременности и во время нее.

Какие опасности таит в себе рубец на матке? Конечно, в первую очередь это возможность разрыва матки по старому рубцу, что может быть при его неполноценности как во время беременности, так и в родах.

Так как матка представляет собой мышечный орган, то очень важно знать, как заживает стенка матки после любой операции, будь то кесарево сечение, КМЭ или ушивание перфорационного отверстия на матке. Если происходит полное или почти полное восстановление мышечных волокон, то обычно рубец получается полноценным. Вместе со сроком беременности и ростом матки рубец также способен растягиваться, он эластичен. Если же вместо мышечной ткани в рубце преобладает соединительная, то такой рубец неполноценен, и высока вероятность разрыва матки по рубцу в последние недели беременности или в родах.

Факторами риска образования неполноценного рубца на матке считаются:

* корпоральное кесарево сечение - разрез вдоль матки, КМЭ со вскрытием полости матки;
* воспалительные процессы в восстановительном периоде после операции;
* небольшой срок (до 2 лет) со времени образования рубца на матке до наступления данной беременности;
* аборты, выскабливания в послеоперационном периоде до наступления данной беременности;
* болевые ощущения в области рубца на матке.

Чтобы рубец на матке получился полноценным, необходимо выдержать время после кесарева сечения, КМЭ или перфорации матки. Оптимальный срок покоя - не меньше 2 лет. Во избежание выскабливаний матки в послеоперационном периоде обязательно предохранение; это может быть как гормональная контрацепция, так и механическая (презерватив в сочетании со спермицидами). Раннее применение внутиматочной контрацепции (спираль) не приветствуется.

## 2. Особенности подготовки к беременности при наличии рубца на матке после кесарева сечения

Кесарево сечение - извлечение ребенка из матки не через естественные родовые пути, а через разрез передней брюшной стенки и стенки матки. Малое кесарево сечение отличается от обычного только сроком беременности. Но все остальные повреждения - брюшной стенки, стенки матки - те же самые.

Исходя из этой травмы, нанесенной живому органу, акушеры и рекомендуют женщине после операции предохраняться от беременности не менее года. Однако в последние годы стали говорить и о втором рубеже ожидания. Если раньше считали, что чем больше перерыв между кесаревым сечением и следующей беременностью, тем лучше, то нынче мнение изменилось. Дело в том, что шрам на месте разреза матки со временем все больше заменяется грубой рубцовой тканью. Она не растягивается, а потому может быть причиной выкидыша или даже разрыва матки, поскольку резко отстает от всей остальной мышцы во время развития беременности.

Известно, что толщина стенки небеременной матки 2-3 см, а в конце беременности - около 2 мм. Тем не менее, матка вполне выдерживает нагрузку в виде схваток, лишь бы не было помех. А именно такой помехой и может стать грубый рубец. Поэтому нужно уловить момент, когда стенка матки хорошо заживет, но шрам еще не станет грубым. Поэтому современный совет женщинам, перенесшим кесарево сечение, таков: беременеть не раньше чем через год после операции, но и не позже чем через 2 года.

Конечно, эти цифры - средние, кроме перерыва стоит, готовясь к беременности, провести специальное исследование состояния рубца - гистероскопию. Для этого в матку вводят оптический прибор гистероскоп и изнутри осматривают ее стенку. Во время беременности такое исследование уже не делают, a ультразвуковое исследование чаще всего не показывает действительную картину[[3]](#footnote-3).

Степень полноценности заживления рассеченной стенки матки является одной из основополагающих проблем последующей беременности и успешного ее завершения.

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

* состояние организма беременной накануне родов;
* характер микрофлоры родовых путей;
* длительность безводного промежутка;
* характер осложнений в родах;
* локализация разреза на матке;
* техника ушивания разреза на матке;
* качество шовного материала;
* продолжительность операции;
* величина кровопотери;
* характер течения и ведения послеоперационного периода.

При наличии продольного (корпорального) разреза на матке с течением времени после операции рубец на матке, в конце концов, во всех случаях становится несостоятельным.

Учитывая это обстоятельство, принципиальным (при наличии корпорального разреза) является промежуток времени, прошедший от момента операции до наступления последующей беременности. При этом наименьший риск несостоятельности рубца на матке при последующей беременности определяется через два года после операции, но не более четырех лет.

Степень подобных нарушений в значительно меньшей степени выражена при наличии поперечного рубца. При этом промежуток времени между предшествующим кесаревым сечением и наступлением настоящей беременности не оказывает выраженного отрицательного влияния на характер состоятельности рубца.

В рамках планирования последующей после кесарева сечения беременности в течение первых 6-8 месяцев после операции с целью контрацепции рекомендуется применение презерватива. При отсутствии вскармливания ребенка грудью, а так же других противопоказаний возможно использование гормональных контрацептивов.

В последующем, не ранее чем через 6 месяцев после операции, наиболее рациональным является применение внутриматочной спирали (ВМС) при отсутствии противопоказаний. Как свидетельствует клинический опыт, частота осложнений при использовании ВМС не выше таковой среди всех женщин, использующих этот метод контрацепции. Запланированная последующая беременность может быть рекомендована через 2 - 3 месяца после отмены гормональных контрацептивов или ВМС, но не ранее чем через 1 год после предыдущего кесарева сечения.

После кесарева сечения особенно важно, чтобы повторная беременность была запланированной и протекала правильно. Еще до ее наступления женщина должна обратиться к врачу для того, чтобы дать объективную оценку рубца. Из существующих методов практическую значимость имеют гистерография и гистероскопия.

Гистерография – это рентгеновские снимки в прямой и боковой проекциях, полученные после введения в матку контрастного вещества. Выполняется это исследование на 18-21 день менструального цикла, не ранее чем через 6 месяцев после операции в прямой и боковой проекции[[4]](#footnote-4).

Признаки, которые могут быть обнаружены при таком исследовании и свидетельствовать о несостоятельности рубца с одной стороны могут быть связаны с наличием спаечного процесса в брюшной полости, а с другой стороны могут быть обусловлены непосредственно самой несостоятельностью (зазубренные контуры внутренней поверхности матки, углубления различной величины и формы, проникающие в толщу мышечной оболочки).

Дополняющим методом диагностики является гистероскопия, с помощью которой, используя специальный оптический прибор, можно осмотреть стенки матки изнутри. Исследование можно проводить не ранее, чем через 6 месяцев после операции на 4-5 день менструального цикла, когда функциональный слой эндометрия полностью отторгается, и через тонкий базальный слой видна подлежащая ткань.

Наиболее благоприятная картина, когда рубца на матке практически не видно. Это свидетельствует о максимальном восстановлении организма.

Ниже приведены признаки, по которым врачи судят о неполноценности рубца у беременных.

Во время УЗИ определяется истончение нижнего маточного сегмента в области рубца (меньше 3 мм), плотные включения в значительном количестве в области рубца, что указывает на соединительно-тканный компонент в области рубца.

При пальпации (ощупывании) акушером-гинекологом области рубца на матке после смещения в сторону рубца на коже, матка обычно сокращается равномерно при полноценном рубце и неравномерно - при неполноценном, образуя углубления в передней стенке матки. Определяется также местная (локальная) болезненность в области рубца на матке.

Могут возникать боли в области послеоперационного рубца. Если женщина с рубцом на матке жалуется на боли, необходимо разобраться, в чем их причина. Чаще всего они связаны с угрозой выкидыша, спайками в малом тазу или растяжением рубца на матке. Боли, связанные со спайками в малом тазу, проходят с изменением положения тела. Они не связаны с тонусом матки и не проходят при приеме спазмолитиков. Боли, связанные с угрозой выкидыша, возникают при напряжении матки, что чувствует и сама беременная. В расслабленном состоянии эти боли проходят. На неполноценность рубца указывают локальные боли в области рубца, не связанные с тонусом матки и не проходящие при приеме спазмолитических препаратов[[5]](#footnote-5).

При неполноценности рубца на рентгеновских снимках, полученных после введения в полость матки контрастного вещества, определяются ниши, изменение контуров матки и т.д.

Розовый цвет рубца при гистероскопии говорит о его полноценности и состоятельности, так как указывает на мышечную ткань, а большое количество включений белого цвета, деформации в области рубца заставляют думать о его неполноценности.

Врачи оценивают и другие показатели, например, из какой ткани сформировался рубец. Лучше, когда преобладает мышечная ткань, а не смешанная и тем более не соединительная.

На неполноценность рубца обычно указывают 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.

В конце первого года после операции желательно провести оба эти исследования или хотя бы одно из них. Считается, что рубец окончательно формируется к концу первого года после кесарева сечения, и дальше не изменяется.

Однако при планировании повторной беременности провести гистероскопию нужно обязательно – только после этого обследования станет ясно, возможна ли беременность вообще, т.к. беременность женщины с рубцом из соединительной ткани опасна для жизни, как матери, так и будущего ребенка.

Таким образом, к особенностям подготовки к беременности после кесарева сечения относится тщательная диагностика состояния рубца, а также выдерживание необходимого временного промежутка после кесарева сечения для заживления рубца.

## 3. Особенности течения беременности у женщин с рубцом на матке

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

Почти у 1/3 женщин с рубцом на матке имеются клинические признаки угрозы прерывания 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. Дело в том, что 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[[6]](#footnote-6).

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 должны трактоваться как несостоятельность рубца на матке и угроза его разрыва. В этой связи, при появлении болей беременная немедленно должна обратиться к врачу для осмотра. Не следует ждать, что боли пройдут самостоятельно, и, тем более, самостоятельно без назначения врача принимать какие-то обезболивающие лекарства. Это может скрыть истинную клиническую картину и привести к неблагоприятному исходу.

До 1/4 наблюдений увеличивается риск задержки развития плода. До 1/3 новорожденных при повторном кесаревом сечении рождаются в состоянии гипоксии, асфиксии той или иной степени тяжести. Более чем в 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%.

Любая беременная с рубцом на матке должна быть тщательно обследована для выработки дальнейшей акушерской тактики.

Для составления более достоверного прогноза течения беременности с рубцом на матке желательно знать ряд фактов, касающихся предыдущей беременности, к которым относятся[[7]](#footnote-7):

* причины выполнения первой операции;
* срок беременности, при котором было произведено первое кесарево сечение;
* 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.

Важное значение имеют показания для первого кесарева сечения и сопутствующие при этом заболевания. К неполноценному заживлению матки после операции чаще всего приводят: тяжелый гестоз, предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ожирение, анемия, хронические инфекционные заболевания. Неблагоприятными факторами являются состояния, связанные с перерастяжением нижнего маточного сегмента: клинически узкий таз, дискоординация родовой деятельности, неправильные вставления головки плода.

Наиболее часто несостоятельным оказывается рубец у женщин, перенесших малое кесарево сечение (до 28 недель беременности) или кесарево сечение с корпоральным разрезом.

С большей долей вероятности о наличии несостоятельного 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.

К неблагоприятным факторам формирования послеоперационного рубца относят выскабливания матки. Аборты, выполненные в интервал времени после кесарева сечения до наступления настоящей беременности, также ухудшают её прогноз, так как травмируется стенка матки и ее нервный аппарат. Риск несостоятельности рубца при этом увеличивается в 1,5 раза.

У беременных с рубцом на матке необходимо проводить тщательную оценку состояния плода. Исследование должно носить комплексный динамический характер с применением УЗИ, допплерографии, КТГ не менее 3-4 раз на протяжении беременности. При выявлении признаков внутриутробной гипоксии плода необходимо начать своевременное соответствующее лечение.

Определенную информацию о состоянии рубца на матке можно получить при ультразвуковом исследовании. Наиболее оптимальным для такого исследования является срок беременности от 28 до 37 недель. Ультразвуковое исследование позволяет оценивать форму, толщину нижнего сегмента матки, эхоструктуру миометрия в данном отделе матки, характер контура её передней стенки.

Достоверность в распознавании состояния рубца при этом составляет 56 - 76%. Эхографическое исследование целесообразно проводить при наполненном мочевом пузыре. Важное значение имеет определение локализации плаценты с помощью УЗИ, так как расположение плаценты на передней стенке в области рубца делает его потенциально неполноценным.

После 35 недель беременности уже можно говорить о том, имеется ли возможность родов естественным путем. С помощью УЗИ оцениваются размеры плода, его положение, предлежание, а также состоятельность рубца и расположение плаценты относительно к внутреннему маточному зеву и рубцу.

При желании будущей мамы рожать через естественные родовые пути проходить все необходимые обследования лучше в роддоме или в специализированном центре, так как тактику родоразрешения выбирает не врач в женской консультации, а специалист акушерского стационара. В каждом конкретном случае выбор метода родоразрешения является индивидуальным.

К факторам, которые учитываются специалистом, при решении о методе родоразрешения, относятся данные о причинах и протекании первого кесарева сечения, основанные на подробной выписке, полученной женщиной в роддоме. Естественные роды могут быть возможны, если им предшествовало единственное кесарево сечение, проведенное в нижнем маточном сегменте и не сопровождавшееся послеоперационными осложнениями.

Учитываются результаты исследований рубца на матке до беременности и во время беременности. Состоятельность рубца должна быть подтверждена инструментально.

Врач принимает во внимание осложнения данной беременности и количество беременностей между операцией и текущей беременностью. Последнее подразумевает наличие в анамнезе выкидышей, абортов и т.д.

Чаще всего вопрос о естественных родах после кесарева сечения решается положительно, если повторная беременность наступает непосредственно после той, которая закончилась операцией. Оптимальный срок между первой и второй беременностью - не меньше 2-3 лет. Однако большой временной промежуток между первой и второй беременностью (10 лет и более), может, наоборот, стать решающим аргументом в пользу повторного кесарева сечения из-за возраста будущей матери.

Вопрос о родах через естественные родовые пути может быть положительно решен только при доношенной беременности и одном небольшом плоде (то есть его масса не должна превышать 3500 г). При этом, разумеется, положение плода должно быть продольным, предлежание головным. Плацента должна быть локализована вне рубца, лучше всего, если она закрепилась на задней стенке или в дне матки. И, конечно, не должно быть никаких (то есть ни абсолютных, ни относительных) показаний к кесареву сечению в текущей беременности.

Если во время беременности вопрос о возможности родов естественным путем решен положительно, то, как правило, проводятся плановые роды. По поводу этого момента родов после кесарева сечения тоже не утихают споры.

Беременная с рубцом на матке должна быть госпитализирована в родильный дом в плановом порядке в 35-36 недель. 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.

## 

## 4. Особенности ведения родов у женщин с рубцом на матке

Чаще всего вопрос о естественных родах после кесарева сечения решается положительно, если повторная беременность наступает непосредственно после той, которая закончилась операцией. Оптимальный срок между первой и второй беременностью - не меньше 2-3 лет. Однако большой временной промежуток между первой и второй беременностью (10 лет и более), может, наоборот, стать решающим аргументом в пользу повторного кесарева сечения из-за возраста будущей матери.

Вопрос о родах через естественные родовые пути может быть положительно решен только при доношенной беременности и одном небольшом плоде (то есть его масса не должна превышать 3500 г). При этом, разумеется, положение плода должно быть продольным, предлежание головным. Плацента должна быть локализована вне рубца, лучше всего, если она закрепилась на задней стенке или в дне матки. И, конечно, не должно быть никаких (то есть ни абсолютных, ни относительных) показаний к кесареву сечению в текущей беременности.

Если во время беременности вопрос о возможности родов естественным путем решен положительно, то, как правило, проводятся плановые роды. По поводу этого момента родов после кесарева сечения тоже не утихают споры.

В акушерской практике принято заранее госпитализировать такую беременную в роддом, а на сроке, близком к рассчитанному сроку родов, ей прокалывают пузырь и искусственно вызывают роды. Это делается для того, чтобы роды прошли в дневное время, когда на месте находится вся врачебная бригада. Постулируется, что такое течение родов необходимо для безопасности роженицы и плода, при этом операционная находится в состоянии полной готовности к тому, что придется делать экстренное кесарево сечение.

Оппоненты такого подхода к родам после кесарева сечения утверждают, что для женщины с рубцом на матке особенно важно, чтобы роды не были стимулированы, и важно это именно для того, чтобы предотвратить возможные осложнения.

Дело в том, что единственным, но смертельно опасным осложнением подобных родов может быть разрыв матки по рубцу. И его риск минимален при плавном раскрытии шейки матки, то есть при максимально естественных родах без медицинского вмешательства. Конечно, протекают такие роды дольше обычных, вести их нужно очень бережно. После рождения плаценты рубец обследуется изнутри под общим обезболиванием.

Естественные роды после кесарева сечения сейчас начинают широко пропагандироваться, что можно только приветствовать.

Считается, что потенциально самостоятельно могут рожать от 1/3 до 2/3 (30% - 70%) беременных с рубцом на матке после кесарева сечения. 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 и усугубление симптомов несостоятельности рубца на матке.

Однако на самом деле в России только 30% женщин рожают после кесарева сечения естественным путем (для сравнения, в некоторых клинках на Западе количество таких женщин приближается к 70%). При этом рожают через естественные родовые пути, как правило, те женщины, которые приехали в роддом уже во время схваток. Если у роженицы отошли воды, хорошее состояние родовых путей и нормальная динамика раскрытия шейки матки, а плод небольшого размера, врачи могут предложить ей родить самой[[8]](#footnote-8).

Ведение родов через естественные родовые пути при наличии рубца допустимо при соблюдении ряда условий, которые являются критериями отбора для ведения таких родов, а именно:

* одно кесарево сечение в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте;
* отсутствие акушерских, послуживших показаниями к первой операции;
* неосложненное течение послеоперационного периода;
* предположение о полноценности нижнего маточного сегмента (по результатам клинических и инструментальных исследований);
* локализация плаценты вне рубца на матке;
* правильное головное предлежание плода;
* соответствие размеров таза матери и головки плода;
* тщательное клиническое и обязательное 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.

Все эти условия должны соблюдаться вместе. Если хотя бы одно из условий не соблюдается, то вести роды через естественные родовые пути нельзя.

В процессе течения родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке, как правило, ее 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 частыми осложнениями родов у женщин с рубцом на матке являются: несвоевременное излитие околоплодных вод; слабость родовой деятельности; клиническое несоответствие размеров таза матери и головки плода; появление 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.

Начало ведения родов может быть самопроизвольным или программированным, т.е. допустимо вскрытие плодного пузыря при наличии зрелой шейки матки.

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

Обязательным является ручное обследование матки сразу после родов, так как нельзя исключить возможность спонтанного разрыва матки по рубцу.

Появление признаков разрыва матки возможно 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.

Во всех случаях повторное кесарево сечение – это операция особой сложности и более высокого риска. После повторного кесарева сечения чаще имеет место снижение адаптации новорожденных, что диктует необходимость их включения в группу высокого риска по развитию осложнений в неонатальном периоде.

Повторное кесарево сечение будет проводиться и в случаях, когда первая операция прошла неудачно, с осложнениями или же рубец на матке, оставшийся после первого кесарева сечения, остается несостоятельным. Однако само по себе наличие рубца на матке – это не показание к кесареву сечению.

Показанием к кесареву сечению будет считаться наступление новой беременности менее чем через 2-3 года после кесарева сечения или аборты между кесаревым сечением и повторной беременностью, потому что выскабливание матки истончает рубец и может сделать его неполноценным.

Кроме того, абсолютными показаниями к повторному кесареву сечению являются:

* Рубец на матке после корпорального кесарева сечения (в этом случае он расположен вдоль тела матки).
* Рубец после двух и более операций.
* Несостоятельность рубца, определяемая по проявляющимся симптомам и данным УЗИ.
* Расположение плаценты в области рубца на матке. Если плацента располагается в области послеоперационного рубца, то ее элементы глубоко внедряются в мышечный слой матки, что повышает риск разрыва матки при ее сокращении и растяжении.

Несмотря на то, что повторное кесарево сечение всегда считалось единственно возможным вариантом родов после кесарева, на самом деле повторное кесарево сечение является технически более сложной операцией, чем первое кесарево сечение.

Прежде всего, сама возможность забеременеть после повторного кесарева сечения сохраняется отнюдь не у всех женщин, а только у 40%. Это связано с нарушениями менструальной функции после повторного кесарева сечения.

Среди женщин, рожавших второго ребенка естественным путем после кесарева сечения, этот показатель гораздо выше и способность к зачатию и рождению здоровых детей они не теряют.

Повторное кесарево сечение нередко вызывает осложнения, среди которых ранения мочевого пузыря, мочеточников, кишок. Осложнения появляются при повторной операции кесарева сечения из-за изменений нормальных анатомических взаимоотношений органов, связанных со спаечным процессом в области рубца.

Значительно повышается частота таких послеоперационных осложнений, как анемия, эндометрит, тромбофлебит тазовых вен.

При повторном кесаревом сечении возрастает риск гипотонического кровотечения, которое в подавляющем большинстве случаев не удается остановить консервативными методами. Поэтому удаление матки – это, к сожалению, не очень редкий исход повторного кесарева сечения.

Наконец, и ребенок при повторном кесаревом сечении страдает больше, чем при кесаревом сечении в первый раз. Из-за того, что для проникновения в брюшную полость требуется больше времени, ребенок оказывается под более длительным влиянием наркоза и поэтому чаще имеет нарушения мозгового кровообращения при рождении. При затрудненном, а значит, затягивающемся по времени извлечении на белый свет, он также может пережить гипоксию (удушье), получить травму шейного отдела позвоночника.

Поэтому можно говорить о том, что повторное кесарево сечение может считаться безопасной альтернативой «опасным» естественным родам еще в меньшей степени, нежели первое кесарево сечение.

Поэтому так же, как первое кесарево сечение, повторное кесарево сечение может применяться только по абсолютным медицинским показаниям, а вовсе не может являться методом выбора.

К показаниям к повторному кесареву сечению, которые могут считаться абсолютными, помимо тех абсолютных показаний, которые привели к первому кесареву сечению, принято относить продольный рубец на матке, предлежание плаценты в рубец; преобладание не мышечной, а соединительной ткани в области маточного рубца.

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

При выборе метода родоразрешения у женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии определяющее значение принадлежит характеру и объему выполненной операции. Несостоятельность 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 целесообразна плановая операция кесарева сечения.

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, переношенной 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 реконструктивно-пластических операций требует повышенного внимания. После самопроизвольных родов для исключения патологии рубца необходимо контрольное ручное обследованиие 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 возможно вести консервативно с последующим контрольным ручным обследование 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 недель и в 25-26 недель, показана немедленная госпитализация.

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

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

## 5. Разрыв матки по рубцу во время родов

Среди всех разрывов матки во время беременности и родов ведущее место занимает разрыв матки по старому рубцу. Необходимо подчеркнуть, что разрывы матки при наличии рубца часто протекают без выраженных симптомов.

Различают три стадии разрыва матки[[9]](#footnote-9):

Угрожающий разрыв матки - стадия, при которой целостность органа еще не нарушена, но разрыв вот-вот произойдет. Во время беременности характерны тошнота, рвота, боли в области желудка, которые затем смещаются в нижние отделы живота, чаще вправо. При ощупывании живота и матки определяются болезненность в области рубца, иногда - углубления, неровности. В родах к вышеперечисленным симптомам добавляются нарушения сократительной деятельности матки: слабость родовой деятельности, беспокойное поведение женщины с болезненными, но слабыми схватками, которые непродуктивны, не приводят к раскрытию шейки матки.

Начавшийся разрыв матки по рубцу. Во время беременности в области разрыва образуется гематома (скопление крови) в результате внутреннего кровотечения. Может быть и наружное кровотечение из половых путей. Характерны тошнота, рвота, головокружение, боли в области рубца, повышенный тонус матки. При прослушивании сердцебиения плода могут возникнуть признаки острой кислородной недостаточности. В первом периоде родов матка между схватками не расслабляется, напряжена постоянно. Из-за повышенного тонуса матки плод испытывает кислородное голодание. Во втором периоде родов роженица беспокойна, жалуется на боли внизу живота, в крестце. Потуги слабые, но болезненные. Плод испытывает кислородное голодание. Из половых путей появляются кровянистые выделения.

Совершившийся разрыв матки по старому рубцу. В основном это симптомы шока в результате большой потери крови. Классические симптомы при разрыве матки: резкая боль в животе на высоте одной из схваток, внезапное "затишье" после "бури" (внезапное прекращение схваток), симптомы внутреннего кровотечения - бледная кожа, расширенные зрачки, запавшие глаза, учащенный пульс, поверхностное дыхание, головокружение вплоть до потери сознания, тошнота, рвота. При полном разрыве матки плод и послед могут перемещаться в брюшную полость, при этом через переднюю брюшную стенку отчетливо прощупываются части плода.

В отличие от классического разрыва матки, при разрыве матки по рубцу симптомы развиваются постепенно, не ярко выражены.

Плод может родиться живым самопроизвольно через естественные родовые пути, так как дефект в области рубца развивается постепенно.

При угрожающем разрыве матки во время беременности проводится экстренная операция кесарева сечения, в родах - снятие родовой деятельности с помощью глубокого наркоза и кесарево сечение.

При начавшемся или свершившемся разрыве матки во время беременности или в родах, вне зависимости от состояния плода, проводится операция и извлечение плода и последа, ушивание разрыва. После операции женщина находится в реанимационном отделении. Если повреждение матки значительное, ушить стенку не представляется возможным, производят удаление матки. Как при начавшемся, так и при свершившемся разрыве плод страдает. Последствия могут быть плачевными.

Таким образом, у женщины с рубцом на матке после кесарева сечения или КМЭ со вскрытием полости матки вероятность оперативных родов очень велика. Роды через естественные половые пути допустимы лишь при состоятельности рубца, нормальном состоянии матери и плода в крупных специализированных центрах, где в любой момент роженице смогут оказать высококвалифицированную помощь.

## Заключение

Высокая частота кесарева сечения создает проблему ведения повторной беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Известно, что на формирование рубца значительное влияние оказывают техника наложения шва и шовный материал.

В комплексе мероприятий по подготовке к предстоящей беременности важную роль играет оценка состояния рубца на матке. Именно от качества рубца на матке, которое лучше всего оценивать еще до наступления беременности, во многом зависит ее благополучное течение и благоприятный исход. У небеременных женщин состоятельность рубца на матке оценивают с помощью следующих методов:

УЗИ - гистероскопия (исследование, при котором в полость матки вводят оптический прибор, который позволяет оценить стенки матки); таким образом оценивается развитие и степень выраженности соединительной ткани в рубце.

Гистеросальпингография - рентгеновское исследование матки и маточных труб после введения в полость матки рентгенконтрастного вещества.

Если нет объективных признаков несостоятельности рубца и прошло не меньше 2 лет после предшествующей операции на матке, женщина со спокойной совестью может забеременеть, но не следует забывать, что и во время беременности будет необходим контроль за состоянием рубца.

Если рубец на матке вызывает сомнения, делают реконструктивную операцию, обычно лапароскопическую (без вскрытия брюшной полости) - удаляют рубцовую ткань и вновь сшивают края разреза на матке.

Иногда грубый рубец бывает причиной бесплодия. Женщина беременеет, но яйцеклетка, пришедшая в матку, не может там разместиться, поскольку ей мешает рубец. Тогда происходит ранний выкидыш, может быть, даже в сроки менструации или с очень маленькой задержкой. Это создает картину отсутствия беременности, хотя на самом деле оплодотворение происходит. В таких случаях правильной диагностике очень помогает измерение базальной температуры не только во второй половине менструального цикла, но и на протяжении менструации: если температура продолжает оставаться высокой, то это может свидетельствовать о наличии беременности. Также есть риск и для прерывания беременности в первой половине, если яйцеклетка расположится на области рубца. Она будет получать меньше кислорода, чем необходимо, что и может привести к выкидышу. Однако все описанное случается достаточно редко; беременность возникает, невзирая на рубец на матке, а протекает с минимальными отклонениями от обычного. Серьезные проблемы могут возникнуть ближе к родам и в процессе самих родов. Во второй половине беременности женщине необходимо не реже чем раз в 2 недели посещать акушера, который через брюшную стенку тщательно прощупывает область рубца. При малейшем подозрении на несостоятельность рубца необходима госпитализация.

Подавляющее большинство женщин с рубцом на матке родоразрешают путем повторного кесарева сечения. Самопроизвольные роды продолжают оставаться редким явлением в повседневной акушерской практике. Причиной этому является, прежде всего, опасность разрыва матки по рубцу в связи с тем, что, как правило, нет полной уверенности в его полноценности.

При сомнении в том, что стенка матки выдержит нагрузку при родах, производят кесарево сечение до начала родовой деятельности. Но и в том случае, когда женщина начинает рожать сама, состояние матки постоянно контролирует акушер, а при малейшем затруднении в течение родов или угрозе разрыва рубца все-таки проводят кесарево сечение. Таким образом, после кесарева сечения способность к беременности, как правило, не страдает, в течение беременности риск прерывания несколько повышен, а ведение родов решают либо в пользу очередного кесарева сечения, либо женщина начинает рожать сама, но в любой момент роды могут закончить оперативным путем.

## Список литературы

1. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей и студентов/ Под ред. Г.М. Савельевой, Г.М. Сичинава. – М. Медицина, 1997г
2. Афанасьев А.А. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке: Автореф. Дис. Канд. Мед. Наук – М., 1997
3. Басин Б.М., Барбанчик И.Ф. К вопросу о разрывах матки по рубцу после кесарева сечения // Сборник научных трудов Омского мед. ин-та. – Омск, 1993 - № 110. – С.60-67.
4. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство. – М.: Феникс, 2005, 477 с.,
5. Гуменюк Е. Г., Погодин О. К., Власова Т. А. Акушерство: Физиология беременности. – М.: ИнтелТек, 2004, 170 с.
6. Клиническое акушерство / Под ред. И.В. Дуда, В.И. Дуда. – Минск: Вышэйшая школа, 1997.
7. Лысак Л.А. Акушерство. – М.: Феникс, 2004, 378 с.

1. Гуменюк Е. Г., Погодин О. К., Власова Т. А. Акушерство: Физиология беременности. – М.: ИнтелТек, 2004, 170 с. [↑](#footnote-ref-1)
2. Басин Б.М., Барбанчик И.Ф. К вопросу о разрывах матки по рубцу после кесарева сечения // Сборник научных трудов Омского мед. ин-та. – Омск, 1993 - № 110. – С.60-67 [↑](#footnote-ref-2)
3. Басин Б.М., Барбанчик И.Ф. К вопросу о разрывах матки по рубцу после кесарева сечения // Сборник научных трудов Омского мед. ин-та. – Омск, 1993 - № 110. – С.60-67 [↑](#footnote-ref-3)
4. Лысак Л.А. Акушерство. – М.: Феникс, 2004, 378 с. [↑](#footnote-ref-4)
5. Басин Б.М., Барбанчик И.Ф. К вопросу о разрывах матки по рубцу после кесарева сечения // Сборник научных трудов Омского мед. ин-та. – Омск, 1993 - № 110. – С.60-67. [↑](#footnote-ref-5)
6. Афанасьев А.А. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке: Автореф. Дис. Канд. Мед. Наук – М., 1997 [↑](#footnote-ref-6)
7. Гуменюк Е. Г., Погодин О. К., Власова Т. А. Акушерство: Физиология беременности. – М.: ИнтелТек, 2004, 170 с. [↑](#footnote-ref-7)
8. Афанасьев А.А. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке: Автореф. Дис. Канд. Мед. Наук – М., 1997 [↑](#footnote-ref-8)
9. Клиническое акушерство / Под ред. И.В. Дуда, В.И. Дуда. – Минск: Вышэйшая школа, 1997. [↑](#footnote-ref-9)