

TADQIQOT

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 2

2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 2
2021

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фариди Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук, профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals on www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

1. Абдуллаева Л. М., Турапова М., Мамирова М. Проблема ожирения в гинекологической практике Abdullayeva L. M., Turapova M., Mamirova M. The problem of obesity in gynecological practice.....	5
2. Амонова М. Ф., Азимова К. И., Исроилова Г. П. Ранняя профилактика и диагностика остеопороза у женщин в постменопаузе Amonova M.F., Azimova K.I., Isroilova G.P. Early prevention and diagnosis of osteoporosis in postmenopausal women.....	8
3. Сафаров А.Т., Сафарова Л. А. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке Safarov A.T., Safarova L.A. Management of pregnancy and childbirth in women with a uterine scar.....	11
4. Сафарова Л. А. Перинатальная трансмиссия вич-инфекции - современный взгляд на проблему Safarova L.A. Perinatal transmission of hiv infection: a modern view of the problem.....	16
5. Ташкенбаева У. А, Музапова У.Р. Инфекции, передающиеся половым путем: особенности эпидемического процесса, клиники и диагностика Tashkenbaeva U.A., Muzarova U.R. Sexually transmitted infections: features of the epidemic process, clinic and diagnosis.....	19
6. Турапова М., Абдуллаева Л. М., Мамирова М. Беременность и сахарный диабет Turapova M., Abdullaeva LM, Mamirova M. Pregnancy and diabetes mellitus.....	22

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

1. Аллазов С. А., Мансуров У. М., Эшбеков М. А., Аллазов А. С., Искандаров Ю. Н., Маманазаров Д.М. Отечественное кровоостанавливающее лекарственное растение – лагохилус Allazov S. A., Mansurov U. M., Eshbekov M.A., Allazov A.S., Iskandarov Y.N., Mamanazarov D.M. Domestic hemostatic medicinal plant – lagohilus.....	26
2. Аллазов С. А., Аллазов Х. С., Искандаров Ю. Н., Эшбеков М. А. Мультиорганная операция на 4-х органах человеческого организма Allazov S. A. A., Allazov H. S., Iskandarov Y. N., Eshbekov M. A. Multiorgan surgery on 4 organs of the human body.....	32
3. Исакова Д. Б., Мамарасулова Д. З., Алмухаммедова Б. Г., Якубова О. А. Онкоэпидемиологическое состояние заболеваемости и смертности предраковых и раковых заболеваний шейки матки Isakova D.B., Mamarasulova D.Z., Almukhammedova B.G., Yakubova O. A. Onkoepidemiological state of morbidity and mortality of precancerous and cancerous diseases of the cervix.....	36
4. Искандаров Ю. Н., Гафаров Р. Р., Эшбеков М. А., Аллазов С. А. Разнопериодные осложнения при аденомэктомии простаты: современные взгляды Iskandarov Y. N., Gafarov R. R., Eshbekov M. A., Allazov S. A. Divergent complications in adenomectomy of the prostate: current views.....	41
5. Каримова М.Н., Тугизова Д.И., Субхонов У., Эсанкулова Б. Прогноз и результаты лечения при метастатическом раке молочной железы Karimova M.N., Tugizova D.I., Subxonov U, Esonkulova B. Prognosis and treatment results in metastatic breast cancer.....	48
6. Каримова М.Н., Тугизова Д.И., Хайдарова Р.Ш., Низомова И.Б. Особенности течения рака молочной железы у женщин пожилого и старческого возраста Karimova M.N., Tugizova D.I., Haidarova R.SH, Nizomova I.B. Features of the course of breast cancer in elderly and senile women.....	53
7. Усинова З. Б., Ниязметов Р. Э., Матякубов Б.Б. Восстановление репродуктивной функции после внематочной беременности Usinova Z.B., Niyazmetov R.E., Matyakubov B.B. Restoration of reproductive function after ectopic pregnancy.....	57



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.4-07:618.5-089.888.61

Сафаров Алиаскар Турсунович

Кандидат медицинских наук, доцент

Самаркандский государственный

Медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

Сафарова Лола Алиаскарвна

Врач акушер-гинеколог

Городского родильного комплекса №1

Ташкент, Узбекистан

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Safarov Aliaskar Tursunovich, Safarova Lola Aliaskarovna, Pregnancy and delivery care for women with a uterine scar, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 2, pp. 11-15



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-3>

Safarov Aliaskar Tursunovich

Candidate of Medical Sciences,

Associate Professor

Samarkand State Medical Institute.

Samarkand, Uzbekistan

Safarova Lola Aliaskarovna

obstetrician-gynecologist in

maternity complex No. 1,

Tashkent, Uzbekistan

PREGNANCY AND DELIVERY CARE FOR WOMEN WITH A UTERINE SCAR (LITERATURE REVIEW)

Safarov Aliaskar Tursunovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand Davlat Tibbiyot institute

Samarqand, O'zbekiston

Safarova Lola Aliaskarovna

1-sonli tug'ruq kompleksining

akusher-ginekologi

Toshkent, O'zbekiston

BACHADONDA CHANDIG'I BO'LGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNI OLIB BORISH (ADABIYOTLAR SHARXI)

Рубец (cicatrix) — плотное образование, состоящее из гиалинизированной, богатой коллагеновыми волокнами соединительной ткани, возникающее в результате регенерации ткани при нарушении её целостности. Рубец на матке — зона матки, в которой были произведены оперативные вмешательства. Следует отметить, что понятия «рубец на матке после кесарева сечения», принятое в нашей стране, не совсем удачное, так как часто при повторной операции рубец не обнаруживают.

Зарубежные авторы обычно употребляют термины «предыдущее кесарево сечение» и «перенесённая миомэктомия».

Рубец на матке после кесарева сечения отмечают у 4-8% беременных, а около 35% абдоминальных родов в популяции бывают повторными. Около 20% всех родов в развитых странах заканчиваются операцией кесарева сечения. Статистических показателей количества беременных с рубцом на матке после миомэктомии и реконструктивно-пластических операций не существует, но в настоящее время, в связи с развитием миомы

матки в более раннем возрасте, быстрым ростом опухоли у женщин репродуктивного возраста и её большими размерами, препятствующими наступлению и вынашиванию беременности, миомэктомии включили в комплекс прегравидарной подготовки.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. Состоятельный
2. Несостоятельный
2. В зависимости от причины:
 1. Рубец на матке после кесарева сечения.
 1. В нижнем маточном сегменте.
 2. Корпоральный рубец на матке.
 3. Истмико-корпоральный рубец на матке.
 2. Рубец на матке после консервативной миомэктомии до и во время беременности.
 1. Без вскрытия полости матки.
 2. Со вскрытием полости матки.
 3. Рубец на матке после удаления субсерозно-интерстициального узла.
 4. Рубец на матке после удаления интралигаментарной миомы.
 3. Рубец на матке после перфорации матки.
 4. Рубец на матке после эктопической беременности, расположенный в интерстициальном отделе маточной трубы, в месте сообщения рудиментарного рога матки с основной полостью матки, в шейке матки после удаления шеечной беременности.
 5. Рубец на матке после реконструктивнопластических операций. Рубец на матке формируется после кесарева сечения, консервативной миомэктомии, перфорации матки, тубэктомии и др. Рубцевание — биологический механизм заживления повреждённых тканей. Заживление рассечённой стенки матки может происходить путём как реституции (полноценная регенерация), так и субституции (неполноценная регенерация). При полноценной регенерации заживление раны происходит благодаря гладкомышечным клеткам (миоцитам), при субституции — пучкам грубой волокнистой соединительной, нередко гиалинизированной ткани. Разрывы матки при дистрофических изменениях миометрия или наличии рубцовой ткани протекают без выраженной клинической картины (неправильно названы «бессимптомные»). При наличии послеоперационного рубца на матке разрывы могут происходить как во время беременности, так и во время родов. Выделяют разрывы матки: Угрожающий, начавшийся, совершившийся.

Разрывы матки по рубцу во время беременности:

1. Угрожающий разрыв матки по рубцу:
 - тошнота;
 - рвота;
 - боли:
 - в эпигастриальной области с последующей локализацией внизу живота, иногда больше справа
 - в поясничной области
 - болезненность, иногда локальная, в области послеоперационного рубца при пальпации, где прощупывается углубление.
2. Начавшийся разрыв матки по рубцу во время беременности определяется наличием гематомы в стенке матки за счёт появления надрыва её стенки и сосудов. К симптомам угрожающего разрыва присоединяются:
 - гипертонус матки;
 - признаки острой гипоксии плода;
 - возможные кровяные выделения из половых путей.

Совершившийся разрыв матки во время беременности. К симптомам угрожающего и начавшегося разрывов присоединяются: ухудшается общее состояние и самочувствие; появляется слабость, головокружение, которые первоначально могут быть рефлекторного генеза, а в последующем обуславливаются кровопотерей; явные симптомы внутри брюшного кровотечения и геморрагического шока — тахикардия, гипотония, бледность кожных покровов

При совершившемся разрыве, произошедшем по рубцовой ткани, лишённой большого количества сосудов, кровотечение в

брюшную полость может быть умеренным или незначительным. В таких случаях на первый план выступают симптомы, связанные с острой гипоксией плода.

Разрывы матки по рубцу в родах:

1. Угрожающий разрыв матки в родах: тошнота, рвота, боли в эпигастрии, различные варианты нарушения сократительной деятельности матки - дискоординация или слабость родовой деятельности, особенно после излития околоплодных вод, болезненность схваток, не соответствующая их силе, беспокойное поведение роженицы, сочетающееся со слабой родовой деятельностью, задержка продвижения плода при полном раскрытии шейки матки.

2. Начавшийся разрыв матки по рубцу в первом периоде родов в связи с наличием гематомы в стенке матки появляются: постоянное, не расслабляющееся напряжение матки (гипертонус), болезненность при пальпации в области нижнего сегмента или в области предполагаемого рубца при его наличии, признаки гипоксии плода, кровяные выделения из половых путей, у большинства рожениц временной промежуток от появления симптомов начавшегося разрыва до момента совершившегося исчисляется минутами.

3. Совершившийся разрыв матки по рубцу: сходна с наблюдаемой во время беременности – в основном это признаки геморрагического шока и антенатальная гибель плода. При RV характерным является определение высокостоящей подвижной головки, ранее прижатой или плотно стоящей во входе в таз. Если разрыв матки по рубцу происходит во II периоде родов, то симптомы выражены нечётко: слабые, но болезненные потуги, постепенно ослабевающие вплоть до прекращения их, боли внизу живота, крестце, кровяные выделения из влагалища, острая гипоксия плода с возможной его гибелью.

Иногда разрыв матки по рубцу происходит с последней потугой. При этом диагностировать разрыв бывает очень сложно. Ребёнок рождается самопроизвольно, живой, без асфиксии. Самостоятельно отделяется плацента, рождается послед, и только в последующем постепенно нарастают симптомы, связанные с геморрагическим шоком, кажущаяся «беспричинной» гипотензия, иногда боли в эпигастрии. Уточнить диагноз возможно только при ручном обследовании матки или при лапароскопии. Неполный разрыв матки может произойти в любом периоде родов.

ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ. Все женщины с рубцом на матке после операции кесарева сечения должны быть взяты на диспансерный учёт сразу после выписки из стационара. Основной целью диспансерного наблюдения служит ранняя диагностика и лечение поздних осложнений операции (генитальные свищи, тубоовариальные образования) и профилактика беременности в течение первого года после операции. В комплексе мероприятий по подготовке к следующей беременности важную роль играет оценка состояния рубца на матке. Информативными методами определения состояния рубца на матке у небеременной считают гистерографию, гистероскопию и ультразвуковое исследование (УЗИ).

Гистерографию производят на 7-й или 8-й день менструального цикла (но не ранее чем через 6 мес после операции) в прямой и боковой проекции. С помощью данного метода можно изучить изменения внутренней поверхности послеоперационного рубца на матке. Выделяют следующие признаки несостоятельности послеоперационного рубца: изменение положения матки в малом тазу (значительное смещение матки кпереди), зазубренные и истончённые контуры внутренней поверхности матки в зоне предполагаемого рубца, «ниши» и дефекты наполнения.

Гистероскопию делают на 4-й или 5-й день менструального цикла, когда функциональный слой эндометрия полностью отторгается, и через тонкий базальный слой видна подлежащая ткань. При несостоятельности рубца обычно отмечают втяжения или утолщения в области рубца. Белесоватый цвет ткани рубца, отсутствие сосудов свидетельствуют о выраженном преобладании соединительнотканного компонента, а втяжения — об истончении

миометрия в результате неполноценной регенерации. Прогноз для вынашивания беременности и родоразрешения через естественные родовые пути разноречивый. Невизуализируемый маточный рубец и рубец с преобладанием мышечной ткани служат признаком его анатомической и морфологической полноценности. У этих женщин возможно наступление беременности через 1–2 года после операции. К ультразвуковым признакам несостоятельности рубца на матке относят неровный контур по задней стенке наполненного мочевого пузыря, истончение миометрия, прерывистость контуров рубца, значительное количество гиперэхогенных включений (соединительной ткани). При двухмерном УЗИ патологические изменения в области рубца на матке обнаруживают значительно реже, чем при гистероскопии (в 56 и 85% случаев соответственно). Однако благодаря доплерометрии и трёхмерной реконструкции, с помощью которых можно оценить гемодинамику в рубце (развитие сосудистой сети), информативность ультразвуковой оценки состояния рубца на матке значительно увеличилась.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА проводится со следующими заболеваниями: Истинная угроза прерывания беременности, острый аппендицит, почечная колика. Уточнение диагноза проводят в условиях стационара на основании клинических симптомов, данных УЗИ, эффекта от терапии. При наличии несостоятельного рубца на матке беременная должна находиться в стационаре до родоразрешения. В этом случае ежедневно проводят клиническую оценку состояния беременной, плода и рубца на матке. УЗИ повторяют каждую неделю. При нарастании клинических или ультразвуковых симптомов несостоятельности рубца на матке показано оперативное родоразрешение по жизненным показаниям со стороны матери, независимо от срока беременности.

Дифференциальная диагностика угрозы прерывания беременности и несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте

Таблица 1

Угроза прерывания беременности при наличии рубца на матке	Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте
Жалобы	
Генерализованные боли	Локальная болезненность над лобком
Кровяные выделения из половых путей	Отсутствие кровяных выделений из половых путей
Изменения характера шевеления плода	Нормальное шевеление плода
Физикальное исследование (наружный осмотр)	
Гипертонус матки	Нормальный тонус матки
Болезненность при пальпации матки во всех отделах	Локальная болезненность матки при пальпации над лобком
Наличие признаков гипоксии плода при аускультации и при КТГ	Отсутствие признаков гипоксии плода
Низкое расположение предлежащей части плода	Высокое расположение предлежащей части плода

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ: У пациенток с рубцом на матке чаще отмечают низкое расположение или предлежание плаценты, истинное вращение её, неправильное положение плода, а при локализации плаценты в области рубца на матке нередко развивается ПН (плацентарная недостаточность).

Одним из наиболее частых осложнений процесса гестации у беременных с рубцом на матке служит угроза прерывания беременности. Симптомы угрозы прерывания в I триместре беременности не имеют этиологической связи с наличием рубца на матке.

При выявлении истмико-цервикальной недостаточности хирургическая коррекция этой патологии у данного контингента больных не показана, поскольку наличие рубца на матке в сочетании с угрозой прерывания беременности может привести к разрыву матки по рубцу.

Лечение этого осложнения включает спазмолитическую терапию, назначение сульфата магния, постельного режима, использование разгружающего вагинального pessaria.

Лечение других осложнений беременности у женщин с оперированной маткой принципиально не отличается от общепринятого.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКИ: При беременности (в I триместре) проводят общее обследование, а при необходимости — консультации смежных специалистов. Обязательно назначают УЗИ, основная цель которого заключается в определении места прикрепления плодного яйца в матке. Если оно расположено в области перешейка на передней стенке матки (в зоне рубца после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте) целесообразно прерывание беременности, которое производят с использованием вакуум-аспиратора. Эта тактика связана с тем, что протолитические свойства хориона по мере прогрессирования беременности могут привести к неполноценности даже состоятельного рубца на матке и её разрыву, а исходом данной беременности бывает только повторное кесарево сечение.

Однако абсолютных противопоказаний к пролонгированию беременности в этом случае нет, и вопрос о прерывании беременности решает сама женщина. Следующее скрининговое обследование, включая УЗИ и исследование гормонального статуса фетоплацентарного комплекса (ФПК), проводят на сроке 20–22 нед беременности и его целью служит диагностика пороков развития плода, соответствия его размеров сроку гестации, признаков плацентарной недостаточности (ПН), особенно при расположении плаценты в области рубца. Для лечения ПН показана госпитализация в стационар. При неосложнённом течении беременности и состоятельном рубце на матке очередное комплексное обследование осуществляют на сроке 37–38 нед гестации в стационаре, где предполагают проводить родоразрешение беременной. В родах обязательно применяют спазмолитические, седативные и антигипоксические препараты, лекарственные средства, улучшающие маточноплацентарный кровоток.

Родоразрешение беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: У большинства акушеров существует основной постулат при родоразрешении беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: одно кесарево сечение — всегда кесарево сечение. Однако как у нас в стране, так и за рубежом, доказано, что у 50–80% беременных с оперированной маткой не только возможны, но и предпочтительны роды через естественные родовые пути. Риск при повторном кесаревом сечении, особенно для матери, выше, чем риск при самопроизвольных родах.

Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: Одно кесарево сечение в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте. Отсутствие экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений, послуживших показаниями к первой операции. Состоятельность рубца на матке (по результатам клинических и инструментальных исследований); Локализация плаценты вне рубца на матке; Головное предлежание плода; Соответствие размеров таза матери и головки плода; Наличие условий для экстренного родоразрешения путём кесарева сечения (высококвалифицированный медицинский персонал, возможность выполнения кесарева сечения в экстренном порядке не позже, чем через 15 мин после принятия решения об операции).

Роды при наличии рубца на матке, как правило, протекают по стандартному механизму, характерному для первородящих или повторнородящих. Наиболее частыми осложнениями родов у женщин с рубцом на матке бывают несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности (которые следует рассматривать как угрозу разрыва матки), клиническое несоответствие размеров таза матери и головки плода (обусловленное более частым, чем в популяции, расположением головки плода в заднем виде), появление признаков угрожающего разрыва матки. В процессе родов необходим непрерывный кардиомониторный контроль за состоянием плода, с клинической оценкой характера родовой деятельности и состояния рубца на матке.

Роды следует вести при развёрнутой операционной, с подключённой инфузионной системой. Кроме клинической (пальпация) оценки состояния рубца на матке в процессе самопроизвольных родов можно использовать УЗИ, с помощью которого кроме оценки состояния рубца на матке в I периоде родов

уточняют вид и позицию плода, расположение головки плода по отношению к плоскостям малого таза роженицы, производят цервикометрию (ультразвуковую регистрацию открытия маточного зева), благодаря чему снижается количество вагинальных исследований, что полезно в плане профилактики инфекционных осложнений у рожениц с высокой вероятностью оперативного родоразрешения. Обезболивание родов у женщин с рубцом на матке проводят по общепринятым правилам, в том числе и с применением эпидуральной анальгезии. Рубец на матке после кесарева сечения не считают противопоказанием к использованию в родах других акушерских и анестезиологических пособий, таких, как родовозбуждение или родостимуляция. При затянувшемся II периоде родов или начавшейся гипоксии плода родоразрешение необходимо ускорить путём рассечения промежности. Обязательным считают ручное обследование матки сразу после родов в случае отсутствия ультразвукового контроля.

Симптомы разрыва матки могут появиться через значительное время после родоразрешения, поэтому целесообразно повторное УЗИ через 2 ч после родов с целью диагностики расслаивающих ретроперитонеальных гематом, которые бывают следствием недиагностированного разрыва матки. Показания к кесареву сечению при наличии рубца на матке после кесарева сечения: Рубец на матке после корпорального кесарева сечения, несостоятельный рубец на матке по клиническому и ультразвуковому признакам, предлежание плаценты, два и более рубцов на матке после кесаревых сечений, категорический отказ женщины от родов через естественные родовые пути.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ:

- Наиболее грозное осложнение в родах — разрыв матки по рубцу.
 - При ведении родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке следует отдавать предпочтение гипердиагностике разрыва матки, нежели недооценке столь серьёзного осложнения.
 - Крайне сложной считают оценку первых симптомов начавшегося разрыва матки по рубцу.
 - Диагностику разрыва матки проводят с учётом клинической картины: боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, тахикардия, локальная болезненность, кровяные выделения из половых путей, шок и др.
 - Признаки ухудшения состояния плода, ослабление сократительной деятельности матки могут быть симптомами начинающегося разрыва, причём нередко первыми.
 - Неоценимое значение в родах имеют дополнительные методы диагностики (УЗИ, тококардиография).
- #### ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВА МАТКИ ПО РУБЦУ:
1. состоятельного рубца на матке при первом кесаревом сечении и других операциях на матке
 2. Прогнозирование, профилактика, своевременная диагностика и адекватная терапия послеоперационных осложнений.
 3. Объективная оценка состояния рубца на матке до наступления беременности и во время гестации.
 4. Скрининговое обследование во время беременности.
 5. Тщательный отбор беременных для ведения родов через естественные родовые пути
 6. Тщательный кардиотокографический и ультразвуковой контроль в процессе самопроизвольных родов.
 7. Адекватное обезболивание в процессе самопроизвольных родов.
 8. Своевременная диагностика угрожающего и/или начавшегося разрыва матки.

Использованная литература:

1. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. [Akusherstvo. Kurs lekcij; uchebnoe posobie. Ed by A.N. Strizhakova, A.I. Davydova. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. (In Russ.)]
2. Жуковский Я.Г. Кесарево сечение в XXI веке: новые ответы // StatusPraesens. — 2012. — № 1(07). — С. 32–36. [Zhukovskiy YaG. Kesarevo sechenie v XXI veke: novye otvety. StatusPraesens. 2012;1(07):32-36. (In Russ.)]
3. Петрова Л.Е. Опыт работы по ведению беременности и родов с рубцом на матке в родильном доме № 16 Санкт-Петербурга (с 1997 по 2006 год) // Журнал акушерства и женских болезней. — 2010. — № 3. — С. 33–43. [Petrova LE. Opyt raboty po vedeniyu beremennosti i rodov s rubtsom na matke v rodil'nom dome No 16 Sankt-Peterburga (s 1997 po 2006 god). Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2010;(3):33-43. (In Russ.)]
4. Серов В.Н., Адамян Л.В., Артымук Н.В., и др. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации № 15-4/10/2-3190 от 06.05.2014.
5. Шалашова Ю.В. К вопросу о психологических проблемах женщин, родивших с помощью кесарева сечения // Сибирский психологический журнал. — 2001. — № 14–15. — С. 72–73.
6. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1985. [Abramchenko VV, Lantsev EA. Kesarevo sechenie. Moscow: Medicine; 1985. (In Russ.)]
7. Козаченко В.П. Беременность и роды после кесарева сечения. — М.: Медицина, 2007. [Kozachenko VP. Beremennost' i rody posle kesareva secheniya. Moscow: Medicine; 2007]