

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

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой – ДМН, доцент Базина М.И.

**РЕФЕРАТ:
МЕХАНИЧЕСКИЕ РАЗРЫВЫ МАТКИ**

Выполнила: ординатор кафедры

Акушерства и гинекологии 1 года
Джафарова А.Б

Красноярск, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение
2. Эпидемиология
3. Классификация разрывов матки
4. Этиология, патогенез 5. Клиническая картина
6. Диагностика
7. Лечение
8. Заключение
9. Список литературы

Введение

Разрыв матки, или нарушение целостности ее стенок, является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма. Несмотря на большую давность этой проблемы, ее нельзя считать решенной. С течением времени, хотя частота разрывом матки и снизилась (в Российской Федерации она колеблется от 0,13 до 0,16), эта акушерская патология продолжает оставаться серьезной проблемой. Снижение частоты разрывов матки в силу механических причин (неправильное положение плода, клинически узкий таз и т.п.), а также насильственных разрывов вследствие грубых и неосторожных акушерских вмешательств уступило приоритет гистопатическим разрывам, в которых этиологические причины в последние годы только нарастают

Разрыв матки – серьезное акушерское осложнение, потенциально опасное для жизни, как матери, так и плода. Разрыв матки встречается в среднем в 0,005-0,1 % всех родов. Нарушение целостности стенки неоперированной матки считается одним из показателей неправильного ведения родов и некачественного оказания акушерской помощи в целом.

Разрывы матки во время беременности и в родах относятся к одним из самых тяжелых осложнений в акушерстве, так как они всегда сопровождаются кровотечением, тяжелым сочетанным шоком (травматическим и геморрагическим), нередко смертью плода, а иногда и женщины. Разрыв матки требует немедленного хирургического вмешательства для спасения плода и восстановления матки или гистерэктомии.

Среди акушерских осложнений, приводящих к массивной кровопотере и нередко гистерэктомии, третье место по частоте занимает разрыв матки, уступая гипотоническим маточным кровотечениям и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. Разрыв матки, ассоциированный с высокой материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью, становится нередким поводом судебных разбирательств в развитых странах.

Эпидемиология

Частота РМ в среднем, по данным ВОЗ, в мире составляет 0,053–0,07%, или 5,3–7 на 10 000 родов, при достаточно низких показателях в развитых странах: в Австралии – 8,6, в Канаде – 3, в Ирландии – 2,3, в Сингапуре – 1,6, в США – 0,67–1,3 на 10 000 родов и высоких – в развивающихся: Нигерии, Эфиопии, Пакистане, Йемене – 50–263 на 10 000 родов [1–3]. В России (по данным Росстата) в 2018 г. частота РМ была равна 1,6 на 10 000 родов [4]. В Москве, согласно сведениям Оргметодотдела Департамента здравоохранения г. Москвы, частота РМ в 2018 г. – 3,2 на 10 000 родов.

С момента появления в мире литературных сообщений по акушерству многими авторами отмечалось, что большое значение в возникновении РМ имеет изменение ее стенки наряду с несоответствием плода и таза матери. Родоразрешение при РМ в основном проводили через естественные родовые пути (даже если плод весь или частично находился в брюшной полости). Широко использовали плодоразрушающие операции, и материнская смертность составляла почти 100%.

Классификация

Большое значение для акушеров нашей страны имели результаты анализа 262 пациенток с РМ, проведенного Л.С. Персианиновым (1952). Он впервые создал четкую классификацию РМ, разделив их по патогенезу на насильственные и самопроизвольные, а последние – в зависимости от преобладания того или иного этиологического фактора – на механические разрывы (несоответствие размеров предлежащей части и таза); гистопатические (морфологические изменения стенки матки); механогистопатические (наличие того и другого неблагоприятного фактора). Далее в классификации автором предусмотрено деление разрывов по клиническому течению на угрожающий, начавшийся и совершившийся; трещину, неполный (непроникающий) и полный (проникающий); по локализации – в дне, теле, нижнем сегменте матки; отрыв матки от сводов влагалища.

М.А. Репина (1984), взяв за основу классификацию Л.С. Персианинова, внесла в нее некоторые изменения: удалила понятие трещины матки; в качестве типичного предложила рассматривать гистопатический разрыв; настаивала на отсутствии отдельной клинической картины начавшегося разрыва, выделяя «риск разрыва», «угрожающий» и «совершившийся разрыв матки».

В настоящее время за рубежом используются термины *rupture of unscarred uterus* и *rupture of scarred uterus* – разрыв неоперированной и оперированной матки соответственно. В *Williams Obstetrics* (2018) предложено выделять *primary uterine rupture* (первичные, при неоперированной матке) и *secondary uterine rupture* (вторичные, при оперированной матке).

Деление исключительно на разрывы оперированной и неоперированной матки не позволяет диагностировать РМ при: 1) несоразмерности таза и родовых путей; 2) изменении стенки матки, но не подвергшейся оперативному вмешательству (высокий паритет, инструментальное удаление плодного яйца, выскабливание слизистой матки, метроэндометрит и т.д.).

Какую же классификацию в нашей стране целесообразно использовать?

При самопроизвольных разрывах на основании проведенных работ считается целесообразным сохранить названия механического и гистопатического разрыва.

Анализ проведенных наблюдений сопоставляли с общепринятой в нашей стране классификацией, в некоторой степени модернизированной, считая ее целесообразной.

Из предлагаемой схемы вычленили насильственные РМ, так как они отличны по патогенезу от самопроизвольных.



К насильственным относятся травматические, вызванные травмой, полученной извне, и ятрогенные – полученные в результате осуществления акушерских операций без соблюдения должных условий.

Наличие механических разрывов объясняется запоздалой диагностикой клинически узкого таза и неумением определить ручными приемами массу

плода (врачи полагаются только на результаты ультразвуковой фетометрии, которые не всегда бывают точными).

Группы риска:

Риск возникновения этого серьезнейшего осложнения имеется:

- 1) у беременных с отягощенным акушерским анамнезом (к ним относятся женщины, рожавшие 3 раза и более или имевшие несколько абортов);
- 2) у рожениц, которым угрожает несоответствие между головкой плода и таза матери (это может быть при крупном плоде, узком тазе, неправильных вставлениях головки плода, гидроцефалии плода — водянке мозга);
- 3) у беременных с многоплодием, многоводием, поперечным положением плода;
- 4) у рожениц со слабой или, напротив, чрезмерно сильной родовой деятельностью

Этиология, патогенез

Разрыв неоперированной матки часто происходит из-за перерастяжения миометрия нижнего маточного сегмента вследствие препятствия рождающемуся плоду (механический фактор). Иногда травма матки может ассоциироваться с акушерскими манипуляциями: внутренний поворот и экстракция плода за тазовый конец, наложение полостных акушерских щипцов при высоко стоящей головке. В литературе врожденная или приобретенная неполноценность миометрия, нарушения коллагенового матрикса и аномальная архитектура полости матки (двурогая и полное удвоение матки, матка со слепым маточным рогом) рассматриваются в качестве предполагаемых причин РМ.

Применение питуитрина, вызывающего бурную родовую деятельность, при несоответствии головки и таза или при неполном раскрытии маточного зева может также привести к насильственному разрыву матки.

К факторам риска разрыва неоперированной матки в родах относят большое число родов и перерастяжение миометрия при многоплодной беременности. Как ятрогенная причина разрыва матки, описываются медикаментозная индукция и стимуляция родовой деятельности мифепристоном, мизопростолом, окситоцином.

Насильственный разрыв травматического характера может произойти вследствие грубой травмы (удар в живот, падение на живот и т.п.) и при отсутствии родовой деятельности.

Насильственные разрывы матки можно разделить на разрывы , происходящие от постороннего вмешательства при перерастяжении нижнего сегмента, и разрывы, возникающие от воздействия грубой травмы.

Патогенез разрыва матки связан с нарастающей ишемией миометрия, накоплением недоокисленных продуктов обмена, которые повреждают клетки миометрия, способствуя их разрыхлению и потере эластичности. Выдающийся отечественный акушер Н.С. Бакшеев, учитель, научный руководитель проф. В.Е. Радзинского, описывал этот процесс как «перетирание». Затяжные роды часто сопровождаются нарастающей восходящей инфекцией, что еще более усугубляет состояние пациентки при совершившемся разрыве матки, и повышает риск материнской летальности. По данным Т. Elkins и соавт. (1985), из 45 случаев разрыва матки 9 закончились летальными исходами, в 8 из них с явлениями сепсиса.

Клиническая картина

В 1875 г. Л. Бандль подробно описал постадийные симптомы РМ, происходящие во время родов

при несоответствии размеров таза и предлежащей части (или отсутствии таковой в связи с поперечным положением плода). Он использовал 13 лично проведенных наблюдений и 26 результатов вскрытий. Описанный автором симптомокомплекс получил название бандлевского, а РМ в последующем в нашей стране названы механическими.

Клиническая картина РМ любого генеза, по данным многих авторов, начиная с Л. Бандля, состоит из следующих стадий: угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв (проникающий и непроникающий).

Большое значение в предупреждении любого типа РМ имеет выявление симптомов угрожающего и начавшегося разрыва, характер которых определяется этиологией.

Симптомы угрожающего РМ определяются перерастяжением нижнего маточного сегмента:

- жалобы на болезненные схватки, если не произведена эпидуральная анестезия, затрудненное мочеиспускание;
- объективно: высокое, косое расположение контракционного кольца, асимметричное по высоте расположение круглых связок, перерастянутый мочевого пузырь, пальпирующийся над лоном;

- при влагалищном исследовании края шейки матки отечные, открытие маточного зева полное или почти полное, значительная родовая опухоль на головке плода.

Некоторые акушеры считали, что при угрожающем РМ может быть примесь крови в моче .

Появление кровяных выделений возможно при длительном нахождении головки плода в одной плоскости таза в связи с клиническим несоответствием между тазом и головкой и сдавлением мочеиспускательного канала, но в настоящее время трудно представить подобное выжидательное ведение родов.

Симптомы начавшегося РМ связаны с нарушением целостности стенки матки и образованием в ней гематомы, что приближает признаки разрыва к таковым при отслойке нормально расположенной плаценты (гипертонус матки, нарушение сердечной деятельности плода, появление кровяных выделений из половых путей). Сочетание давления выраженной родовой опухоли головки плода на крестец и диафрагму таза приводит к тому, что схватки приобретают «потужной» характер. При начавшемся РМ кровь может не вытекать из половых путей (необязательный симптом), но их появление всегда свидетельствует о начавшемся РМ.

Проникающий совершившийся (у 16 пациенток)

РМ для диагностики трудностей не представляет:

- родовая деятельность прекращается, наступает «тишина»
- появляются признаки болевого шока в сочетании с геморрагическим, которые в той или иной степени были у всех рожениц;
- симптомы гипоксии плода (чаще брадикардия) вплоть до его гибели. Нарушение сердечной деятельности плода в виде брадикардии до 50–60 в минуту.

При непроникающем разрыве гематома образуется либо под *plica vesicouterina*, либо между листками широкой связки матки .

Клиническими симптомами непроникающего РМ являются:

- болевые ощущения внизу живота в III и/или раннем послеродовом периоде;
- ухудшение общего состояния: слабость, головокружение, тахикардия, гипотония;

- кровотечение из половых путей ;
- пальпаторно и/или с помощью УЗИ диагноз может быть подтвержден.

Ручное обследование матки является важной операцией, повышающей вероятность установки правильного диагноза РМ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Разрыв неоперированной матки во время родов (редакционная статья)
Акад. РАН, д.м.н., проф. Г.М. САВЕЛЬЕВА¹, к.м.н. И.Ю. БРЕСЛАВ
2. Акушерство: Национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М: ГЭОТАР-Медиа. 2015. [Akusherstvo: Natsional'noe rukovodstvo. Obstetrics: Natsional guide]. Ed. by G.M. Savel'eva, V.N. Serova, G.T. Sukhikh. Moscow: GEOTAR-Media. 2015. (In Russ.)
3. Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. Разрыв оперированной матки во время беременности и родов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015, 14: 3: 22—27. [Savel'eva G.M., Breslav I.Yu. Rupture of the scarred uterus during pregnancy and delivery. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2015, 14: 3: 22—27. (In Russ.)].
4. Персианинов Л.С. Разрывы матки. М., 1952. Persianinov L.S. Razryvy matki. [Ruptures of the uterus]. Moscow., 1952. (In Russ)
5. Г.М. САВЕЛЬЕВА¹, М.А. КУРЦЕР¹, И.Ю. БРЕСЛАВ², А.Г. КОНОПЛЯННИКОВ¹, О.А. ЛАТЫШКЕВИЧ³ РАЗРЫВЫ МАТКИ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ
6. Разрыв матки : Прошлое, настоящее, будущее. С.А. Князев, А.А. Оразмурадов, Т.П. Голикова, А.И. Сащенко, А.А. Лукаев, Н.В. Болибок, А.Ф. Кириенко, Ш. Гасымова
7. Разрыв матки : Анализ случаев О. И. Гусева.
8. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т., Зайнулина М.С. Акушерство: Учебник. М: ГЭОТАР-Медиа. 2015. Ailamazyan E.K., Ryabtseva I.T., Zainulina M.S. Akusherstvo: Uchebnik. [Obstetrics: Textbook]. Moscow: GEOTAR-Media. 2015. (In Russ.).
9. Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. Разрыв оперированной матки во время беременности и родов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015, 14: 3: 22—27. [Savel'eva G.M., Breslav I.Yu. Rupture of the scarred uterus during pregnancy and delivery. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2015, 14: 3: 22—27. (In Russ.)].
10. Бреслав И.Ю. Кровотечения при поздних сроках беременности и во время родов. Возможности органосохраняющих операций. Акушерство и гинекология. 2016; 10: 52-8. [Breslav I.Yu. Bleeding during late pregnancy and childbirth. The possibilities of organ-sparing surgery. Akushertsvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology. 2016; 10: 52-8 (in Russian)]. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.10.52-8>.

