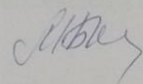


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

Разрыв матки во время беременности и в родах

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему:

«Разрыв матки во время беременности и в родах»

от 2018 года

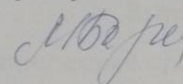
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиологичность данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Разрыв матки во время беременности и в родах» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

I. Актуальность темы

II. Этиология и патогенез разрыва матки

III. Классификация разрывов матки

IV. Клиника и диагностика

1. Угрожающий разрыв матки
2. Начавшийся разрыв матки
3. Свершившийся разрыв матки
4. Разрыв матки по рубцу.

V. Тактика при угрозе разрыва матки

VI. Тактика при состоявшемся разрыве матки

VII. Оперативное лечение

VIII. Профилактика разрыва матки

I. Актуальность темы

Разрыв матки во время беременности и в родах является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма. Частота его составляет 0,015-0,1% от общего числа родов. Высока летальность при разрыве матки - 12,8-18,6%. Это связано с обширной травмой, массивной кровопотерей, шоком, гнойно-септическими осложнениями что требует всегда квалифицированного хирургического вмешательства, целенаправленных реанимационных мероприятий и длительной интенсивной терапия.

В последние годы отмечается некоторая тенденция к снижению частоты разрыва матки во время беременности и родах. В тоже время из года в год увеличивается количество женщин, имеющих гистопатические изменения миометрия, обусловленные наличием рубцов на матке, а также изменения воспалительного и дистрофического характера после перенесенных аборт, выскабливания матки, эндометритов.

II. Этиология и патогенез разрыва матки

Разрыв матки во время беременности и родов определяют следующие причины:

- . гистопатические изменения миометрия;
- . механические препятствия рождению плода;
- . насильственный фактор при оперативном родоразрешении;
- . сочетание перечисленных факторов.

1. Гистопатические изменения миометрия являются ведущими в генезе разрыва матки. Они определяются рубцовыми, атрофическими и дистрофическими изменениями миометрия, а также воспалительными процессами и глубокой инвазией элементов трофобласта в стенку матки, развиваются после операций на матке, повторных аборт, родов, особенно при их осложненном течении.

Причины неполноценности миометрия:

- слабость родовой деятельности;
- кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты на фоне гестоза;
- множественные повторные роды;
- наличие в анамнезе замершей беременности;
- невынашивание;
- бесплодие;
- нарушение менструального цикла с продолжительным гормональным лечением и др. патологией.

2. Механические препятствия рождению плода как причина разрыва матки в настоящее время встречается редко. По теории Бандля, разрыв матки является следствием перерастяжения ее нижнего сегмента, связанного с наличием механического препятствия для

прохождения головки плода. Основными причинами механических препятствий рождению плода являются: сужения таза, крупный плод, гидроцефалия, неправильные вставления головки плода (лобное предлежание, заднететеной асинклитизм, высокое прямое стояние стреловидного шва), неправильные положения плода, рубцовые изменения шейки матки или влагалища, экзостозы, фиксированные в малом тазу опухоли яичника или матки.

К ранним признакам клинически узкого таза относятся:

- отсутствие прижатия головки плода ко входу в малый таз с началом родовой деятельности;
- нарушение процессов синхронизации раскрытия шейки матки и одновременного продвижения плода;
- нарушение механизма родов, не соответствующего данной форме анатомически узкого таза (например, разгибание головки при общеравномерно-суженном тазе или заднетеменной асинклитизм при плоской форме таза);
- затруднение мочеиспускания;
- выраженная конфигурация головки;
- образование большой родовой опухоли;
- отек наружных половых органов и влагалища;
- дистоция шейки матки.

3. Насильственный фактор в настоящее время встречается редко, чаще сочетается с гистопатическими изменениями миометрия, а также с диспропорцией между плодом и тазом матери.

Основные причины насильственного разрыва матки состоят в неправильном выборе метода родоразрешения при наличии вышеуказанной патологии и при применении силы в родах. Он сопровождается такими оперативными вмешательствами, как наложение атипичных полостных акушерских щипцов, вакуум-экстракцию, форсированное извлечение плода за ножку с высвобождением закинутых ручек или разогнутой головкой. К факторам насильственного разрыва матки следует отнести попытку поворота плода при запущенном поперечном положении плода, форсированное родоразрешение при неполном открытии маточного зева, сложные плодоразрушающие операции.

4. Сочетание перечисленных причин

Патология мышц матки в сочетании даже с небольшой диспропорцией таза роженицы и головки плода, а также с применением насилия в родах (давление на дно матки для усиления потуг) может привести к разрыву стенки матки.

III. Классификация разрывов матки

А. По патогенезу:

1. Самопроизвольный (спонтанный) разрыв матки:

- при морфологических изменениях миометрия;
- при механическом препятствии рождению плода;

·при сочетании морфологических изменений миометрия и механического препятствия рождению плода.

2.Насильственный разрыв матки:

·чистый (при родоразрешающих влагалищных операциях - вакуум-экстракция, при внешней травме);

В. По клиническому течению.

1.Риск разрыва матки.

2.Угрожающий разрыв матки.

3.Свершившийся разрыв матки.

С. По характеру повреждения.

1.Неполный разрыв матки (не проникающий в брюшную полость).

2.Полный разрыв матки (проникающий в брюшную полость).

Д. По локализации.

1.Разрыв в нижнем сегменте матки:

·разрыв передней стенки;

·боковой разрыв;

·разрыв задней стенки;

·отрыв матки от влагалищных сводов.

2.Разрыв в теле матки:

·разрыв передней стенки,

·разрыв задней стенки.

3.Разрыв в дне матки.

Е. По времени возникновения.

1. Во время беременности.

2. Во время родов.

IV. Клиника и диагностика

Клиническая картина разрывов матки очень разнообразна, что объясняется множеством факторов, влияющих на нее.

Клиническая картина зависит от преобладания механических или гистопатических причин разрывов матки в случае их сочетания, стадии развития процесса (угрожающий, начавшийся, совершившийся), локализации разрыва (тело матки, нижний сегмент, дно матки), характера повреждения (полный, неполный).

Угрожающий разрыв матки – патологическое состояние, при котором целостность стенки матки еще не нарушена. Клиническая картина такого состояния наиболее выражена при механическом препятствии к изгнанию плода и меньше при патологических морфофункциональных изменениях стенки матки.

Классическая клиническая картина угрожающего разрыва матки характеризуется появлением следующих симптомов:

1. Бурная родовая деятельность, частые, сильные, болезненные схватки.
2. Матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены, болезненны, могут быть асимметричны при косом расположении контракционного кольца.
3. Контракционное кольцо расположено высоко над лоном, чаще – на уровне пупка, и косо, вследствие чего матка приобретает форму песочных часов.
4. Нижний сегмент матки истончен, перерастянут, при пальпации вне схваток резко болезненный, в результате чего определить предлежащую часть трудно, а иногда невозможно.
5. Появляется отек шейки матки вследствие прижатия ее к стенкам малого таза, открытие шейки матки кажется полным, но ее края в виде «бахромы» свободно свисают во влагалище, отек с шейки матки может распространиться на влагалище и наружные половые органы.
6. Затрудненное самостоятельное мочеиспускание вследствие прижатия уретры или мочевого пузыря головкой плода, происходит отек околопузырной клетчатки.
7. Непроизвольные потуги при высоко стоящей головке плода, полном открытии шейки матки и отсутствии плодного пузыря.
8. Беспокойное поведение роженицы.
9. Нарушение сердечной деятельности плода, тахи- или брадикардия, приглушенность тонов, аритмия.

Если своевременно не оказать медицинскую помощь, то угрожающий разрыв переходит в начавшийся разрыв матки. Единственно возможный вариант оказания медицинской помощи на этом этапе – экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Начавшийся разрыв матки.

Для этого состояния характерно присоединение к симптомам угрожающего разрыва матки новых симптомов, вызванных начинающимся надрывом эндометрия (или серозного слоя матки).

В связи с появлением кровоизлияния в мышце матки схватки приобретают судорожный характер, вне схваток матка не расслабляется, появляются сукровичные или кровяные выделения из влагалища, в моче – примеси крови.

Вследствие бурных, судорожных схваток страдает плод (учащение или урежение сердцебиения плода, патологический тип кардиотокографии плода (КТГ), повышение двигательной активности, появление мекония в околоплодных водах, иногда гибель плода).

Роженица – возбуждена, кричит, из-за сильных, непрекращающихся болей, вынужденное положение. Жалуется на слабость, головокружение, чувство страха, боязнь смерти.

Совершившийся разрыв матки.

Клиническая картина совершившегося разрыва матки:

1. Внезапное появление интенсивной, резкой боли.
2. Внезапное прекращение родовой деятельности.
3. Клиника внутрибрюшного кровотечения.
4. Возможно наружное кровотечение.
5. Симптомы нарастающей кровопотери.
6. Симптомы геморрагического шока (учащение пульса, падение АД, бледность кожных покровов, слабость при сохраненном сознании).
7. Отсутствие контуров матки при пальпации.
8. Появление вздутия кишечника, болезненность при пальпации, особенно в нижних отделах брюшной полости.
9. Положительные симптомы раздражения брюшины.
10. Френикус симптом.
11. Возможна пальпация плода и его мелких частей через переднюю брюшную стенку.
12. Отсутствие сердцебиения плода (аускультативно, КТГ).
13. Иногда рядом с плодом можно определить сократившуюся матку.

По определению Г. Гентера, классический совершившийся разрыв матки "характеризуется наступлением зловещей тишины в родильном зале после многочасовых криков и беспокойного поведения роженицы". В момент разрыва роженица ощущает резкую боль в животе, жжение, как будто что-то лопнуло, разорвалось. Сразу прекращается родовая деятельность. Роженица прекращает кричать, становится апатичной, угнетенной.

Описанная клиническая картина зависит от локализации, размеров и характера повреждения стенки матки, а также кровеносных сосудов.

В патогенезе шока, помимо кровотечения, основную роль отводят болевому и травматическому компонентам.

Разрыв матки по рубцу после кесарева сечения (при несостоятельности рубца на матке)

В тех случаях, когда на матке имеется рубец, диагностику угрозы разрыва матки облегчает информация о самом факте операции кесарева сечения, виде разреза на матке (в нижнем сегменте, в теле матки, в дне матки, якорный разрез), особенности течения послеоперационного периода.

Сведения об этом и дополнительные исследования, проведенные вне беременности: ультразвуковое исследование (УЗИ), гистероскопия, гистеросальпингография, магнитно-резонансная томография (МРТ) и во время беременности (УЗИ) позволяют заранее определить состояние рубца на матке.

Во время беременности признаками несостоятельности рубца на матке являются эхографические критерии – истончение рубца менее 4 мм, наличие «ниши», неоднородность рубца с гипер- и/или анэхогенными включениями, а также боли в области рубца (в том числе при его пальпации).

В тоже время, сопоставление результатов доплерометрии и интраоперационных данных показало, что нет четкой зависимости состояния кровотока от состояния рубца на матке в нижнем сегменте.

Симптомы разрыва матки по рубцу во время беременности:

При угрожающем разрыве матки по рубцу появляются боли в эпигастрии и/или в поясничной области, тошнота, возможна рвота, позывы на дефекацию, иногда жидкий стул, затем боли ощущаются внизу живота, может отмечаться повышенный тонус матки, иногда болезненность матки *.

При начавшемся разрыве матки по рубцу во время беременности появляются:

- постоянное повышение тонуса матки;
- признаки гипоксии плода (аускультативно и по КТГ);
- болезненность матки при пальпации;
- кровянистые выделения из половых путей;
- головокружение и слабость.

При совершившемся разрыве матки по рубцу к клинике угрожающегося и начавшегося разрыва матки по рубцу присоединяются признаки геморрагического и болевого шока*.

Симптомы разрыва матки по рубцу во время родов:

При угрожающем разрыве матки по рубцу возможно появление симптомов: тошнота, рвота, боли в эпигастрии, боли в области рубца на матке и/или внизу живота, не прекращающиеся вне схваток, болезненность рубца при пальпации, болезненность схваток (несоответствующая характеру родовой деятельности).

При совершившемся разрыве матки по рубцу клинические симптомы разрыва не такие выраженные, как у рожениц с не оперированной маткой, развиваются более постепенно и не так ярко выражены.

При разрыве матки по рубцу, случившемся во втором периоде родов, характерными симптомами являются:

беспокойство роженицы;

боли внизу живота, пояснице, крестце;

слабые, но болезненные потуги, постепенно ослабевающие вплоть до полного прекращения;

кровяные выделения из половых путей;

острая гипоксия плода, возможна интранатальная смерть плода.

V. Тактика при угрозе разрыва матки

Лечение разрыва матки зависит от стадии процесса (угрожающий или совершившийся), но всегда - это немедленное оперативное родоразрешение.

При разрыве матки механического генеза врачебная тактика несколько различается при угрожающем и совершившемся разрыве матки.

Так, при угрозе разрыва матки задача врача состоит в предупреждении наступления разрыва, что достигается следующим способами:

1. Немедленным снятием сократительной деятельности матки. С этой целью используется ингаляционный наркоз фторотаном, который должен быть достаточно глубоким (передозировка фторотана может спровоцировать атоническое маточное кровотечение);

2. Срочным родоразрешением путем абдоминального кесарева сечения или путем плодоразрушающей операции (при мертвом плоде) в случае наличия условий для ее проведения (раскрытие полное). Особенность операции кесарево сечение - обязательное выведение матки.

При родоразрешении путем плодоразрушающей операции показано контрольное ручное обследование полости матки с целью установления диагноза (целостность стенок), а также удаления сгустков крови, остатков плаценты и проведение пробы на сократительную способность матки.

При угрозе разрыва матки противопоказано использование акушерских щипцов, вакуум-экстракции плода, извлечение плода за тазовый конец.

Особое внимание следует уделять профилактике гипотонического кровотечения. С этой целью после рождения плода выполняют одномоментное введение в/в метилэргометрина (0.1) или метилэргометрина и окситоцина по 0,5 мл с последующим введением в/в оставшейся дозы (0,5 мл) капельно.

При начавшемся кровотечении (но при уверенности в целостности матки) целесообразно в толщу миометрия ввести 1 мг прогестерона.

VI. Тактика при совершившемся разрыве матки

Лечение совершившегося разрыва матки состоит из одновременного выполнения следующих мероприятий:

-) оперативного вмешательства,
-) адекватного анестезиологического пособия,

-) инфузионно-трансфузионной терапии, адекватной кровопотере и тяжести состояния больной,
-) коррекции нарушений гемокоагуляции.

VII. Оперативное лечение разрыва матки

Выполняют такие операции: зашивание разрывов, надвлагалищная ампутация, экстирпация матки.

Существенное значение имеет время начала операции, поскольку продолжительность жизни больных с разрывом матки в среднем редко превышает 3 ч, что зависит от быстрого развития шока.

Оперативное вмешательство проводится немедленно после постановки диагноза с использованием эндотрахеального наркоза с ИВЛ. Цель хирургического лечения:

- а) устранение источника кровотечения,
- б) восстановление нарушенных травмой анатомических соотношений,
- в) ликвидация входных ворот для внедрения инфекции в брюшную полость и забрюшинное пространство.

Производится только нижняя срединная лапаротомия, из брюшной полости удаляют плод, послед и с помощью электроотсоса кровь и околоплодные воды, определяют характер повреждения и производят гемостаз.

Объем операции строго индивидуален и выбирается в зависимости от тяжести состояния больной, локализации повреждения, размеров повреждения, наличия инфекции и т.п. При отсутствии противопоказаний и наличии соответствующих условий следует стремиться к сохранению менструальной и репродуктивной функции.

Минимальный объем операции - *ушивание разрыва*. Удастся выполнить при следующих условиях: отсутствии признаков инфекции, непродолжительном безводном промежутке, наличии свежего линейного разрыва (особенно по старому рубцу), сохранении сократительной способности матки. Предварительно края раны освежаются.

Расширение объема операции до *надвлагалищной ампутации матки* или ее экстирпации необходимо при наличии обширной раны с рваными размозженными краями, сложного хода разрыва, значительного кровоизлияния в стенку матки,

Максимальный объем операции - *экстирпация матки* - выбирается в случаях: грубых повреждений нижнего сегмента, перехода разрыва на шейку матки, отрыва матки от свода влагалища, перитонита. Дополнительно к экстирпации матки проводится дренирование забрюшинного пространства при обширных гематомах, доходящих до околопочечной области, и брюшной полости после ее тщательной санации при перитоните.

Адекватное анестезиологическое пособие необходимо оказывать на всех этапах: во время транспортировки больной, во время ручного обследования полости матки при подозрении на разрыв матки - и продолжить его при подтверждении диагноза разрыва матки. Применяется комбинированное общее обезболивание.

VIII. Профилактика разрыва матки

Профилактику разрыва матки следует начинать в женской консультации - с момента взятия женщины на учет по беременности - и осуществлять почти до конца родов.

Успешная профилактика разрыва матки достигается при условии включения в работу врача двух постоянных элементов:

- Квалифицированного и внимательного ведения беременной женщины на всех этапах.
- Комплексная оценка акушерской ситуации в динамике наблюдений:
 - знакомство со всеми деталями акушерского и гинекологического анамнезов женщины;
 - четкое представление о размерах плода, его положении, предлежании;
 - правильную оценку характера схваток (с особым вниманием относится к слабости и дискоординированности родовой деятельности);
 - постоянный контроль за состоянием плода;
 - оценку в динамике состояния матки, общего состояния беременной, роженицы, её жалоб и поведения;
 - правильный и развернутый диагноз на всех этапах наблюдения;
 - осторожное родоразрешение.

IX. Список используемой литературы

1. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И., Кирбасова Н.П. Пути снижения материнской смертности, обусловленной акушерскими кровотечениями // Акуш. и гин. 2001. - №1. - С. 3-5.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
3. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. - 2010. - 656 с.
4. Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом // Информационное письмо Министерства здравоохранения РФ. – 2002
5. Серов В.Н., Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Румянцева В.П. и др. Медикаментозная подготовка к родам- и родовозбуждение. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология, 2015.
6. Водяник Н.Д., Ялрова Н.А., Данилов Н.Н. К вопросу о беременности и родах у женщин с рубцом на матке // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». М. - 2005. - С, 42-43.