

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

Разрыв матки

Выполнил: клинический ординатор Петров И.С.

Красноярск 2018

План

1. Актуальность темы
2. Этиология и патогенез разрыва матки
3. Классификация разрывов матки
4. Клиника и диагностика

Риск разрыва матки

Угрожающий разрыв матки при диспропорции между плодом и тазом матери

Угрожающий разрыв матки при гистопатических изменениях миометрия

Состоявшейся разрыв матки

5. Тактика при угрозе разрыва матки
6. Тактика при состоявшемся разрыве матки
7. Оперативное лечение
8. Профилактика разрыва матки

1. 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 так же изменения воспалительного и дистрофического характера после перенесенных аборт, выскабливания матки, эндометритов. Нередко

беременность развивается на фоне инфантилизма или в миоматозно-измененной матке, при наличии миоматозных узлов больших размеров, расположенных межмышечно и окруженных слоем неплотной рыхлой соединительной ткани.

Акушеры широко используют фармакологическую регуляцию родов, применяют спазмолитики, анальгетики, нейролептики, седативные и наркотические средства, перидуральную анестезию, что смягчает и устраняет такие тяжелые клинические признаки, как боль, эмоциональный стресс, беспокойное состояние роженицы.

Поэтому факторы риска недостаточности миометрия возрастают, а клиническая картина угрозы разрыва матки становится все менее выраженной.

2. Этиология и патогенез разрыва матки

Разрыв матки во время беременности и родов определяют следующие причины:

1. гистопатические изменения миометрия;
2. механические препятствия рождению плода;
3. насильственный фактор при оперативном родоразрешении;
4. сочетание перечисленных факторов.

Структурные изменения матки следует рассматривать как предрасполагающий фактор, а механическое препятствие - как фактор выявляющий. От взаимоотношения этих факторов, преобладания того или иного зависит клиника разрыва матки.

Согласно Репиной Н.А, при самопроизвольном разрыве матки всегда имеют место гистопатические изменения миометрия, чистая травма встречается редко, трещин матки не бывает.

В последние годы выделяют новые факторы, названные "биохимической травмой матки". Такое состояние возникает при затяжных

родах, дискоординированной родовой деятельности, когда вследствие нарушения энергетического метаболизма, накопления недоокисленных соединений мышца становится дряблой и легко рвется.

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.

Причинами неполноценности миометрия могут быть такие осложнения предшествующих беременностей и родов, отраженные в понятии "осложненный акушерский и гинекологический анамнез":

- слабость родовой деятельности;
- кровотечение в последовом 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 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.

Следует принимать во внимание, что аномалии родовой деятельности (слабость и дискоординация), а также несвоевременное излитие околоплодных вод, развиваются чаще всего при значительной степени диспропорции плода и таза роженицы.

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.

3. Классификация разрывов матки

Классификация разрывов матки, разработанная Л.С.Персианиновым в 1964 г., в настоящее время уточнена и изменена М.А. Репиной с учетом особенностей современного акушерства.

I. 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);
- смешанный (при разных сочетаниях насильственного фактора, морфологических изменений миометрия, механического препятствия рождению ребенка).

II. По клиническому течению.

- 1. Риск разрыва матки.***
- 2. Угрожающий разрыв матки.***
- 3. Свершившийся разрыв матки.***

III. По характеру повреждения.

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

IV. 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.*

V. По времени возникновения.

1. *Во время беременности.*
2. *Во время родов.*

Чаще всего поражается нижний сегмент матки.

Разрыв *передней стенки* нижнего сегмента чаще всего происходит по рубцу после операции кесарева сечения. Может быть полным и неполным, имеет поперечное направление, длину от 2 до 10 см. При ранней диагностике и быстром оперативном лечении разрыв матки по рубцу после кесарева сечения обычно сопровождается небольшой кровопотерей. Причиной разрыва передней стенки нижнего сегмента могут быть гистопатические изменения миометрия и без рубца, которые чаще всего присоединяются к диспропорции между плодом и тазом матери. Направление этих, чаще полных, разрывов, продольное, поперечное, косое, длина - 4-12 см. Иногда наблюдается раздавливание краев раны, большие кровоизлияния в области нижнего сегмента, пузырно-маточной складки, кровоизлияния и отек клетчатки. Эти разрывы могут дополнять разрывы шейки матки III степени, обширные повреждения влагалища, что свидетельствует о влиянии на

происхождение разрывов дискоординированной деятельности, а также механического и насильственного факторов. Эти разрывы, как правило, сопровождаются значительной кровопотерей как за счет кровотечения из поврежденных участков, так и за счет атонии матки.

Длина *боковых* разрывов нижнего сегмента матки составляет 5-10-15 см, обычно большая при разрывах по левому краю и меньшая по правому краю. Эти разрывы, как правило, неполные, очень редко – полные. Разрывы в участке боковых отделов нижнего сегмента матки имеют крайне неблагоприятное течение, сопровождаются массивной кровопотерей и высокой материнской смертностью.

Разрывы *передней стенки тела матки* более часты, чем разрывы других локализаций, и сопровождаются рождением частей плода в брюшную полость. Они сопровождаются значительной кровопотерей, что также связано с атонией матки и кровотечением из поврежденной на большом участке ткани миометрия.

Разрывы *задней стенки тела матки*, как правило, полные. Локализация разрывов зависит от их генеза: при гистопатических изменениях миометрия в связи с операциями, которые имели место в прошлом, осложнениями аборт (консервативная миомектомия), перфорация матки. Они обычно расположены в области тела матки, ближе ко дну, имеют сравнительно небольшую длину (3-6 см). При механическом генезе разрыв происходит в нижнем отделе матки, чаще имеет поперечное направление, большую длину – почти до отрыва матки от заднего бокового влагалищных сводов с переходом на боковые отделы матки. В этих случаях края разрыва существенно раздавлены, возможно формирование больших межсвязочных гематом, массивное наружное кровотечение. Прогноз этих разрывов крайне неблагоприятен.

Разрывы в *дне матки*, в области трубных углов имеют только гистопатический генез (операция по поводу трубной беременности иссечением маточной части трубы, перфорация матки при аборте,

консервативная миомектомия). Все разрывы этой локализации полные, длина из редко превышает 4-6 см, сопровождается развитием геморрагического и травматического шока.

4. Клиника и диагностика

Риск разрыва матки

Группы риска по возникновению разрыва матки:

- беременные с рубцами на матке после перенесенного кесарева сечения, консервативной миомектомии, перфорации матки во время искусственного аборта;
- кесарево сечение проведено менее чем за 2 года до настоящей беременности;
- послеоперационное течение с лихорадкой;
- нагноение швов передней брюшной стенки в послеоперационном периоде;
- рубец после корпорального кесарева сечения;
- наличие болей в животе и скудные кровянистые выделения задолго до родов, диагностика облегчается с помощью УЗИ;
- беременные с отягощенным акушерским анамнезом (многорожавшие, имевшие несколько аборт, осложненное течение послеабортного периода);
- беременные и роженицы, угрожаемые по клиническому несоответствию между головкой плода и тазом матери (крупный плод, узкий таз, неправильные вставления головки плода, гидроцефалия плода);
- беременные с многоплодием, многоводном, поперечным положением плода;
- роженицы с аномалиями родовой деятельности и необоснованным применением родостимулирующей терапии.

Угрожающий разрыв матки при диспропорции между плодом и тазом матери

Механический разрыв матки, описанный Бандлем, называется типичным и характеризуется следующими симптомами: роженица очень беспокойна, кричит от боли, которая почти не уменьшается между схватками, лицо гиперемировано и выражает испуг. Тахикардия, температура несколько повышена, язык сухой. Схватки бурные, принимающие характер потуг. Матка между схватками не расслабляется, вытянута, контракционное кольцо располагается на уровне пупка или выше, имеет косое направление, матка имеет необычную форму песочных часов (перерастяжение нижнего сегмента), пальпаторно напряжена, болезненна в нижних отделах, круглые связки резко натянуты. Части плода, как правило, прощупать не удастся. Сердцебиение плода измеряется или отсутствует. Имеется отек наружных гениталий вследствие ущемления передней губы шейки матки, что из-за неопытности врача может быть расценено как неполное раскрытие. Родовая опухоль на головке плода резко выражена, в связи с чем затруднено определение характера вставления головки. Отмечается постоянное подтекание околоплодных вод.

Для развития этой классической картины необходимо определенное время, а именно 1,5-2 ч. Поэтому, с точки зрения современного акушерства, развитие всей клинической картины угрожающего разрыва матки возможно только при продолжительном наблюдении, при неграмотном, неправильном ведении родов. Стертая клиническая симптоматика угрожающего разрыва матки зависит от широкого применения препаратов анальгезирующего, наркотического, седативного действия.

Ни один случай разрыва матки не имел бессимптомного течения. Врачи наблюдают и описывают клинику разрыва матки, но не оценивают ее надлежащим образом, "не узнают" угрозу разрыва матки. Поэтому основанием для диагноза угрожающего разрыва матки должны служить

признаки диспропорции между плодом и тазом матери, факторы риска несостоятельности матки.

Угрожающий разрыв матки при гистопатических изменениях миометрия

Наиболее типичным осложнением при неполноценной структуре миометрия являются угрожающие преждевременные роды в сроке 30 – 35 недель, когда имеет место максимальное растяжение матки. Чаще всего появляются боли внизу живота и в пояснице, иногда без четкой локализации, признаки вегето-сосудистой дистонии, артериальная гипотония, повышение тонуса матки.

Диагностика угрожающего разрыва матки гистопатического характера при наличии несостоятельного рубца на матке существенно облегчается знанием факта операции и состояния рубца на основании анамнеза. Признаки неполноценного рубца следующие:

- кесарево сечение проведено менее чем за 2 года до настоящей беременности;
- послеоперационное течение с лихорадкой;
- нагноение швов передней брюшной стенки в послеоперационном периоде;
- рубец после корпорального кесарева сечения;
- наличие болей в животе и скудные кровянистые выделения задолго до родов, диагностика облегчается с помощью УЗИ.

В родах характерными признаками являются:

- 1) боли в области послеоперационного рубца, на матке или в низу живота, сохраняющиеся вне схватки;
- 2) болезненность всего рубца матки или его участков, истончение, наличие ниш;
- 3) беспокойство роженицы, не адекватное силе схватки;

- 4) неэффективность родовой деятельности;
- 5) появление непродуктивных потуг при высокостоящей головке.

Начало родов носит также патологический характер: несвоевременное излитие околоплодных вод в сочетании с незрелой или недостаточно зрелой шейкой матки, патологический преламинарный период, дисординированная родовая деятельность или упорная невозбуждаемость матки, переходящая в устойчивую слабость родовой деятельности.

Клинические проявления угрозы разрыва матки при других структурных изменениях стенки аналогичны таковым при разрывах по рубцу. В таких случаях разрыву матки предшествуют слабость родовой деятельности, являющаяся функциональным отражением морфологических изменений матки, родостимуляция (особенно опасно внутривенное капельное введение окситоцина и необоснованное назначение родостимуляции).

Знание слабости родовой деятельности как признака несостоятельности матки, угрозы ее разрыва образно отмечено И.Р. Рембезом (1971): "у некоторых рожениц наблюдается вялая, щадящая родовая деятельность, поскольку мускулатура больной матки не в состоянии развить энергичные сокращения. Схватки болезненны и проходят как бы осторожно, подобно тому, как человек осторожно становится на больную ногу. Организм роженицы как будто предохраняет больную неполноценную матку от разрыва".

Чрезмерная родовая деятельность может развиваться в ответ на родостимулирующую терапию слабости родовых сил. Сочетание слабости с последующим развитием бурной родовой деятельности является типичным вариантом патологии сократительной деятельности матки, приводящей к ее разрыву.

Симптом "перерытого дна" матки – дно матки не контурируется, так как перерыто петлями кишечника.

УЗИ-диагностика- нижний сегмент имеет баллонообразную форму , толщину миометрия менее 4 см, и разную звуопроводимость.

Состоявшейся разрыв матки

Разрыв матки может возникнуть как в 1-м, так и во 2-м периодах родов. Если разрыв матки состоялся в период изгнания плода, то плод может родиться живым.

При типичном разрыве матки наступает "затишье" после бурной клинической картины: схватки внезапно прекращаются, боли стихают. На глазах меняются форма живота, контуры матки (неправильная форма), постепенно развивается вздутие кишечника, живот становится болезненным, особенно в нижних отделах. При полном разрыве матки и изгнании плода в брюшную полость легко пальпируются его части, плод становится подвижным, фиксированная головка отходит кверху. Рядом с плодом может прощупываться сокращенная матка. Сердцебиение плода исчезает. Нарастают симптомы шока и анемии в результате кровотечения.

Затем резко ухудшается общее состояние женщины: возникает резкая слабость, бледность кожных покровов, пульс становится мягким, слабого наполнения, снижается АД. Неизбежный спутник разрыва матки – болевой синдром. Боли могут носить разнообразный характер: ноющие, постоянные и схваткообразные боли внизу живота и в пояснице, которые по ошибке принимают за родовую деятельность, в то время как они отображают прогрессирующий разрыв матки.

При полных разрывах матки с появлением в брюшной полости некоторого количества крови появляются симптомы раздражения брюшины.

Разрыв матки может наступить в конце родов, симптомы его при этом могут оказаться стертыми. Заподозрить разрыв матки помогут следующие симптомы: кровотечение в процессе родов неясного происхождения, признаки гипоксии плода, ухудшение состояния роженицы сразу после

рождения ребенка. В этом случае следует произвести ручное обследование полости матки. С целью исключения разрыва матки эту операцию необходимо также произвести после плодоразрушающих операций, комбинированного акушерского поворота плода, после родов у женщины с рубцом на матке.

В раннем послеродовом периоде разрыв матки сопровождаются постоянно усиливающимися болями в животе общего и локализованного характера. Болевой синдром может сопровождаться резким беспокойством роженицы, которая мечется от боли, стонет.

При исследовании матки наблюдаются следующие симптомы:

1. Усиливающаяся болезненность, напряжение, плохое расслабление матки вне схватки. Болезненность может ощущаться по всей поверхности матки или локально – в области нижнего сегмента.

2. При смещении матки появляется умеренная или резкая боль в животе, она усиливается в области разрыва.

3. Отсутствие четких контуров послеродовой матки, или матка принимает неправильную форму, поднимается вверх в подреберье.

4. При разрыве по рубцу на передней стенке матки появляется выпячивание (быстрое нарастание имевших место болей в рубце и болезненность; кровянистые выделения из влагалища; присоединение болей и чувства тяжести в эпигастрии, тошнота, рвота; кратковременное обморочное состояние, небольшой парез кишечника, неотчетливые симптомы раздражения брюшины; изменение сердцебиения плода). Клиническая картина может быть не отягощена шоком и анемией в случае ограничения разрыва областью старого рубца или может быть стерта за счет спаечного процесса в области рубца, при этом имеют место только небольшие боли в низу живота.

5. При неполном разрыве матки и образовании межсвязочной гематомы у роженицы пальпируется резко болезненное образование, тесно примыкающее к боковой поверхности матки.

Матка обычно отклонена в противоположную сторону.

Кровотечение – последующий обязательный симптом разрыва матки. Оно может быть наружным, внутренним и сочетанным.

Наружное кровотечение в основном незначительное или отсутствует при разрыве матки во время беременности и в 1-м периоде родов. О наличии кровопотери в этих случаях свидетельствует общее состояние больной, нарушение гемодинамических показателей.

При разрыве матки появляется кровотечение из половых путей. Моча окрашена кровью.

Резкое усиление наружной кровопотери происходит в последовом и раннем послеродовом периодах. Причиной кровопотери является:

1. Поврежденные сосуды тела матки, чаще это сосуды небольшого калибра, питающие данный участок миометрия. После рождения плода и последа при условии достаточной ретракции миометрия это источник кровотечения может практически отсутствовать. Реже происходит разрыв сосудов большого калибра – маточной артерии и её ветвей.

2. Разрывы шейки матки, влагалища, наружных половых органов. Они сопровождают разрывы матки достаточно часто.

3. Плотное прикрепление и приращение плаценты. Имплантация плодового яйца в области рубцово измененного миометрия с последующей хориональной инвазией в глубину ткани.

4. Гипо- и атоническое кровотечение. Поврежденный миометрий теряет способность к ретракции, в связи с чем разрыв матки сочетается с атоническим кровотечением.

5. Сосуды параметральной клетчатки могут быть источником значительного кровотечения. Образуется подбрюшинная гематома, располагающаяся сбоку от матки, смещающая ее кверху и в противоположную сторону. В некоторых случаях гематомы распространяются далеко вверх, захватывая околопочечную область. При

этом гематома пальпируется как болезненная опухоль тестоватой консистенции, с неровными контурами, сливающимися со стенками таза.

Сочетание травматического болевого компонента с большой кровопотерей способствует быстрому развитию тяжелого *геморрагического шока* – основная причина смертельных исходов при разрыве матки.

Клиника геморрагического шока у больных с разрывом матки проявляется в виде быстрого ухудшения общего состояния: прогрессирует слабость, возникает обморочное состояние, обостряются черты лица. При попытке изменить положение тела, при транспортировании, перекладывании часто происходит потеря сознания, и состояние становится еще более тяжелым. Кожные покровы бледные, появляется холодный липкий пот, цианоз, одышка, двигательное беспокойство, тахипное.

Характерными симптомами являются признаки внутреннего кровотечения, а также появление симптомов раздражения брюшины, вынужденное положение (на боку, с приведенными к животу согнутыми ногами), часто – вздутие живота, френикус-симптом. Плод погибает. Прогрессируют признаки гиповолемии.

Дифференциальная диагностика проводится с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, перфорационной язвой желудка, кишечной непроходимостью, острым перфорационным аппендицитом.

Необходимым для подтверждения диагноза является ручное обследование полости матки, показанное во всех сомнительных случаях, при родоразрешении женщин с рубцом на матке.

Лечение

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.

5. Тактика при угрозе разрыва матки

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

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

- 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.

6. Тактика при совершившемся разрыве матки

Лечение совершившегося разрыва матки состоит из одновременного выполнения следующих мероприятий:

- 1) оперативного вмешательства,
- 2) адекватного анестезиологического пособия,
- 3) инфузионно-трансфузионной терапии, адекватной кровопотере и тяжести состояния больной,
- 4) коррекции нарушений гемокоагуляции.

7. 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 разможженными 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, достигающих до околопочечной области, и брюшной полости после ее тщательной санации при перитоните.

При всех операциях по поводу разрыва матки целесообразно оставлять в брюшной полости ниппельные дренажи для введения антибиотиков.

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.

Инфузионно-трансфузионная терапия

Инфузионно-трансфузионная терапия адекватна кровопотере и тяжести состояния больной.

Она должна быть направлена на:

- восстановление и стабилизацию АД (нормализацию гемодинамики и восстановление ОЦК);
- ухудшение транскапиллярного обмена, для этого необходима компенсация дефицита жидкости в интерстициальном пространстве;

- ликвидацию нарушений кислородного обмена (при разрыве матки происходит депонирование крови в капиллярах, циркуляторные нарушения, присутствующие всегда при тяжелой травме).

8. 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. Иными словами профилактика должна быть многоэтапной.

Первый догоспитальный этап включает объективную и полную оценку всей патологии, имеющейся и беременной женщины, четкое представление о формировании патологии в динамике наблюдения.

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

1. Квалифицированного и внимательного ведения беременной женщины на всех этапах.
2. 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;
 - правильное показание для назначения родостимулирующей терапии;

- осторожное родоразрешение.