

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ

**Профессор кафедры акушерства
и гинекологии ВГМУ
И.М.Арестова**

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

В современных условиях акушерская тактика при разрывах матки представляет решение трех основных проблем:

- 1. Ведение родов при разрывах матки**
- 2. Реабилитация, ведение беременности и родов при миомах или наличии рубца на матке после миомэктомий**
- 3. Реабилитация, ведение беременности и родов при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения.**

Тактика при угрожающем разрыве матки:

- **1) прекращение родовой деятельности с помощью токолитиков, внутривенного, интубационного или масочного наркоза.**
- **2) при живом плоде, головном и тазовом предлежании, не вставившейся предлежащей части, беременную транспортируют в операционную, где следует произвести кесарево сечение (после извлечения плода необходимо вывести матку из полости таза для детальной ревизии целостности стенок и визуального контроля для диагностики раневого отверстия) и дренирование брюшной полости;**

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА (при угрожающем разрыве матки)

- **3) при поперечном и косом положении плода, независимо от его состояния, необходимо роды закончить кесаревым сечением; следует помнить, что при этих положениях поворот плода на ножку или извлечение его за тазовый конец почти всегда приводит к начавшемуся, а потом к совершившемуся разрыву матки;**
- **4) в тех случаях, когда предлежащая часть живого плода опустилась в полость узкой части таза, возможно родоразрешение через естественные родовые пути;**

Тактика при угрожающем разрыве матки:

- **5) при головном предлежании мертвого плода производится краниотомия и краниоэкзистенция, а после рождения плода необходимо произвести ручное отделение и удаление детского места с последующей ревизией стенок (в особенности левой) матки на целость;**
- **6) когда погибший плод родился вместе с последом, выполняется только ручная ревизия полости матки;**
- **7) при этом виде патологии противопоказано наложение полостных или выходных акушерских щипцов.**

Лечение начавшегося и совершившегося разрыва матки (основные принципы)

Срочное и одновременное выполнение:

- **Оперативного вмешательства.**
- **Адекватного анестезиологического пособия.**
- **Адекватной кровопотери и шоку
инфузионно-трансфузионной терапии.**
- **Коррекции гемокоагуляции**

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА (при начавшемся и совершившемся разрывах)

- **На исход операции влияют: обширность поражения органа, массивность кровопотери, тяжесть геморрагического шока, сопутствующая патология, своевременность диагноза, время начала операции.**
- **Запоздалое оперативное лечение, обычно, связано с ожиданием консультантов, с сомнением в диагнозе, зашиванием разрывов мягких родовых путей, транспортировкой больной.**

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА (при начавшемся разрыве)

- **1) прекращение родовой деятельности с помощью внутривенного, интубационного глубокого наркоза с использованием миорелаксантов;**
- **2) независимо от положения и состояния плода, необходимо закончить роды путем кесарева сечения;**
- **3) хирургическое вмешательство производится там, где был установлен начавшийся разрыв матки. Транспортировка роженицы из одного учреждения в другое или из родзала в операционную недопустима, так как может привести к совершившемуся разрыву матки, болевому и геморрагическому шоку.**

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- 1) интубационный наркоз с искусственной вентиляцией
- 2) мобилизация центральных вен с использованием катетеров большого диаметра;
- 3) срочная противошоковая терапия в полном объеме в зависимости от стадии геморрагического шока;
- 4) срочная лапаротомия проводится там, где был установлен совершившийся разрыв матки. Транспортировка больной из одного учреждения в другое или из родзала в операционную недопустима, так как резко ухудшает ее состояние;

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- 1. 5) при рождении крупного или гигантского плода в брюшную полость выполняется ниже-срединный разрез, который продлевается вверх с обхождением пупка с левой стороны;**
- 2. 6) при рождении в брюшную полость плода массой до 4000 г проводится ниже-срединная лапаротомия;**

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- **7) после лапаротомии производится удаление мертвого плода из брюшной полости, отделение и удаление последа, выведение матки в операционную рану, введение в ее стенку 10 ЕД окситоцина и 1 мг энзапроста Е, после чего решается вопрос об объеме хирургического вмешательства:**
 - **а) при недавно произошедшем разрыве матки, коротком (до 6 часов) безводном периоде, отсутствии признаков инфекции, линейном разрыве передней стенки с четкими краями, неполном разрыве или небольшом полном разрыве матки у молодых первородящих производится органосохраняющая операция с ушиванием краев раневого отверстия викриловыми или дексоновыми нитями и обязательным дренированием брюшной полости;**

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- б) при свежем разрыве тела матки с неровными, травмированными краями раневого отверстия, коротком безводном периоде, сохраненном сосудистом пучке, с умеренной кровопотерей, отсутствием признаков инфекции и симптомов диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови показана надвлагалищная ампутация матки с дренированием брюшной полости;
- в) при разрыве тела или нижнего сегмента матки, который перешел на шейку и невозможно установить нижний угол раны, в особенности при раздавленных краях, а также при разрыве шейки с переходом на тело матки и травме сосудистого пучка показана перевязка внутренней подвздошной артерии и последующая экстирпация матки без маточных труб и яичников;

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- **г) при длительном безводном периоде (более 10-12 часов), явлениях хориоамнионита, эндометрита, наличии признаков хронического инфекционного процесса у многорожавших женщин производится экстирпация матки с трубами, ревизия кишечника, сальника, мочевого пузыря и дренирование брюшной полости; при разрыве левой и/или правой боковой стенки матки с повреждением основного ствола маточной артерии, восходящей или нисходящей ее веточек, а также при наличии гематомы в параметральной клетчатке, достигающей до околопочечной области, необходимо производить перевязку внутренней подвздошной артерии, удаление кровяной опухоли возле матки, экстирпацию матки с трубами, опорожнение и дренирование забрюшинного пространства (без ушивания серозной оболочки).**

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- **8) при подозрении на травму мочевого пузыря в этот орган через катетер вводится 200 мл 0,02 % водного раствора метиленового синего (1:5000) и контролируется попадание данного красителя в брюшную полость. При отсутствии травмы мочевого пузыря метиленовый синий в брюшную полость не попадает и все 200 мл красителя выводятся через катетер в мерный цилиндр;**

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- **9) при подозрении на травму мочеточника внутривенно вводится 20 мл стандартного стерильного хромосмона (1 % раствор метиленового синего в 25 % растворе глюкозы) и прослеживается его поступление в брюшную полость или мочевого пузыря (при помощи цистоскопии). Выделяясь с мочой, метиленовый синий окрашивает ее в синий цвет;**

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- **10) при обширных травмах и значительной кровопотере, вызвавшей геморрагический шок, проводится перевязка внутренних подвздошных сосудов и только после этого приступают к исполнению основного этапа операции - экстирпации матки. Если хирург не владеет техникой перевязки внутренних подвздошных артерий, то после лапаротомии оперативное вмешательство следует начинать с клемирования основных сосудов, обеспечивающих кровью матку: углы фаллопиевых труб, круглые связки матки, восходящие веточки маточных артерий (по ребру органа);**

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- **11) независимо от вида хирургического вмешательства после ревизии брюшной полости, удаления сгустков и жидкой крови, рапорта операционной медицинской сестры о наличии всего материала и инструментария, проводится обязательное дренирование брюшной полости 2-4 трубками, изготовленными из синтетических биологически безвредных материалов, через отверстие в заднем своде и контрапертуры на уровне подвздошных костей и только после этого зашивается передняя брюшная стенка;**

Тактика врача при совершившихся полном и неполном разрывах матки:

- **12) экстубация больной производится после стойкой стабилизации гемодинамических и реологических показателей, при наличии самостоятельного дыхания и не менее чем через 2 часа после окончания хирургического вмешательства. После чего больная переводится в реанимационное отделение для последующего систематического наблюдения и проведения последующей противошоковой, инфузионно-трансфузионной и антибактериальной терапии и профилактики тромбоэмболических осложнений.**

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

Цель хирургического лечения:

- **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.**

Цель хирургического лечения:

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

Реабилитация, ведение беременности и родов при миомах или наличии рубца на матке после МИОМЭКТОМИЙ

- Наличие миомы матки у беременных относительно редко является единственным показанием к абдоминальному родоразрешению. При решении вопроса о способе родоразрешения у пациенток с миомой следует учитывать возраст женщины, акушерский анамнез, характер и расположение узла, течение данной беременности и состояние плода.

Абсолютные показания к кесареву сечению при миоме матки

- **Большие миомы, размеры и локализация которых препятствуют родоразрешению через естественные родовые пути.**
- **Установленная до родов дегенерация узлов миомы.**
- **Перекрут основания (ножки) субсерозного узла миомы с развитием явлений перитонита.**
- **Миома матки, сопровождающаяся выраженными нарушениями функции смежных органов.**
- **Подозрение на малигнизацию узла миомы.**

Относительные показания к кесареву сечению при миоме матки

- Множественная миома у беременных «пожилого» возраста (первобеременные, повторнородящие с отягощенным акушерским анамнезом).
- Миома матки и плацентарная недостаточность (гипоксия и гипотрофия плода).
- Миома и длительное нарушение репродуктивной функции в анамнезе (индуцированная беременность, длительное бесплодие).
- Миома матки у женщин, перенесших ранее кесарево сечение, миомэктомию, перфорацию матки.
- Пороки развития внутренних половых органов.

Показания к миомэктомии во время кесарева сечения

- Субсерозные узлы на тонком основании в любом доступном месте матки.
- Субсерозные узлы на широком основании (исключая расположенные на сосудистых пучках и в нижнем сегменте матки).
- Наличие не более 5 крупных узлов (более 10 см).
- Узлы миомы, расположенные интрамурально либо с центрипетальным ростом, размерами более 10 см (не более одного).
- Узлы миомы различной локализации при хорошем доступе к ним, исключая интрамуральные узлы размером менее 5 см.
- Миомэктомия нецелесообразна при наличии одного или нескольких узлов диаметром до 2 см, особенно при сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Показания к надвлагалищной ампутации матки при миоме

- Множественная миома матки с различными вариантами расположения крупных узлов (возраст женщин более 40 лет).
- Миома матки с инфицированием узла.
- Множественная миома у пациенток с ранее произведенной миомэктомией (рецидив миомы).
- Интрамуральное расположение узлов матки при топографически и технически трудном доступе для производства миомэктомии.
- Расположение узлов миомы на сосудистых пучках.

Показания к экстирпации матки при миоме

- ✓ Множественная миома с низким расположением узлов миомы, исходящих из шейки матки или переходящих на ее перешеек.
- ✓ Малигнизация узла, установленная на основании гистологического исследования во время операции.
- ✓ Одновременное удаление придатков матки производится при их патологических изменениях, опухолях яичника, тубоовариальных образованиях

ОСОБЕННОСТИ МИОМЭКТОМИИ НА БЕРЕМЕННОЙ МАТКЕ

- **В некоторых случаях узлы миомы располагаются на передней стенке матки на широком основании или межмышечно, затрудняя входение в полость матки. В этих случаях разрез необходимо производить либо по краю узла, либо после его предварительного удаления.**
- **В случае расположения узла в теле матки разрезы направлены снизу вверх, либо в косых направлениях от латеральных отделов к средней линии матки.**
- **При локализации узла в нижнем сегменте по передней стенке матки разрез производят в горизонтальном направлении, а в случае локализации узла на задней стенке матки и при его низком расположении – в продольном направлении.**
- **При больших размерах узла разрез начинают сверху и продолжают его, одновременно производя вылушивание узла, лигируя и коагулируя сосуды, питающие узел.**

Реабилитация, ведение беременности и родов при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения.

- **К эхоскопическим признакам несостоятельности рубца на матке относится не только и не столько общая толщина рубца, сколько его неравномерность.**
- **Рубец, имеющий толщину более 0,5 см, можно относить к полноценным, а менее 0,5 см – к неполноценным. Рубец, имеющий локальные истончения и большое количество акустических уплотнений (гетерогенный рубец), независимо от его толщины, относится к неполноценным.**

Показания к КС при наличии рубца на матке после предыдущей операции КС

Абсолютные:

- ▣ Несостоятельный рубец на матке по клиническим (локальная болезненность в области рубца при глубокой пальпации) и эхоскопическим данным**
- ▣ Рубец на матке после корпорального КС**
- ▣ Два и более рубцов на матке**
- ▣ Расположение плаценты в области рубца**
- ▣ Категорический отказ беременной от самопроизвольных родов**

Относительные показания к КС при наличии рубца на матке

- **Роды *per vias naturales* у беременных с рубцом на матке противопоказаны**
 - при тазовом предлежании плода
 - двойне
 - крупном плоде
 - нижне-срединном рубце на матке
 - осложненном течении первого кесарева сечения.

Реабилитация, ведение беременности и родов при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения.

- **Повторное кесарево сечение у беременных с рубцом на матке при отсутствии абсолютных показаний к этой операции не может являться методом выбора родоразрешения этих больных.**
- **Роды через естественные родовые пути предпочтительнее.**
- **Роды должны быть проведены в крупном родовспомогательном учреждении, высококвалифицированным акушером при постоянном мониторинговом контроле за состоянием матери и плода, с 15-минутной готовностью к развертыванию операционной, постоянным катетером в вене и наличием достаточного количества донорской крови (не менее 1000 мл).**