**Согласовано «Утверждаю»**

**на общебольничной Директор РПЦ**

**конференции Любчич А.С.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2013 г.**

**Протокол разрыв матки**

**Актуальность:** Разрыв матки относится к наиболее опасным осложнениям родов. Даже при современной организации акушерской помощи разрывы матки нередко ведут к смерти матери и плода.

**Исполнитель –** мультидисциплинарная команда РПЦ (акушер – гинеколог, анестезиолог реаниматолог, специалист-УЗИ,терапевт,врач – лаборант, акушерка, лаборантка)

МКБ-071.0 Разрыв матки до начала родов.

071.1 Разрыв матки во время родов

**Классификация**

***Классификация разрывов матки***

  I. По патогенезу

  1. Самопроизвольный разрыв матки:

  1) при морфологических изменениях миометрия;

  2) при механическом препятствии рождению плода;

  3) при сочетании морфологических изменений миометрия и механического препятствия рождению плода.

  2. Насильственный разрыв матки:

  1) чистый  (при  родоразрешающих влагалищных операциях,  при внешней травме)

  2) смешанный (при разных сочетаниях насильственного фактора,  морфологических изменений миометрия, механического препятствия рождению плода).

**II. По клиническому течению**

  1. Угрожающий разрыв матки

  2. Начинающийся разрыв матки

  3. Совершившийся 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:

  1) разрыв передней стенки

  2) боковой разрыв

  3) разрыв задней стенки

  4) отрыв матки от влагалищных сводов.

  2. Разрыв в теле матки:

  1) разрыв передней стенки

  2) разрыв задней стенки

   3. Разрыв в дне матки

  V. По времени возникновения:

  1) во время беременности

  2) во время родов.

**YI.По месту происшествия:**

1)больничный

2)внебольничный

3)интраоперационный

Разрывом матки называется нарушение целости ее стенок.

Опасность разрыва матки для женщины обусловлена кровопотерей и шоком.   
Источником кровотечения являются сосуды стенки матки, поврежденные при разрыве, чем больше просвет этих сосудов, тем сильнее кровотечение и степень возникающей анемии. Дополнительным источником кровотечения при разрыве матки являются сосуды плацентарной площадки. При разрыве матки плацента обычно отслаивается и стенка матки в области отслоения плаценты кровоточит. Показатель  разрыва матки колеблется от 1:100-500 родов в развивающихся странах до 1:3000-5000 в стационарах с хорошо развитым медицинским обслуживанием. В развивающихся странах материнская смертность при разрыве матки может достигать 5-15%,а гибель плода превышает 80%.

**Если нарушаются все слои матки** — слизистая оболочка, мышечный слой, брюшина, то разрыв матки называется полным (rupturautericompleta). При полном (сквозном, проникающем) разрыве матки полость ее сообщается с брюшной полостью. Если разрыв захватывает слизистую и мышечную оболочки без брюшины, разрыв матки считается неполным (rupturauteriincompleta). Разрыв чаще всего происходит в сравнительно тонкостенном нижнем сегменте матки, однако встречаются разрывы в области верхнего сегмента (тело матки) и даже в дне матки.   
 Возможен разрыв матки, идущий по линии прикрепления шейки матки к сводам влагалища. Этот тип разрыва по существу представляет собой отрыв матки от сводов (colpoparexis). Полный разрыв матки происходит чаще всего в тех местах, где брюшинный покров плотно спаян с подлежащим миометрием. Неполный разрыв матки может иметь различную локализацию, но чаще возникает в нижнем сегменте (сбоку), где между брюшиной и миометрием имеется прослойка рыхлой соединительной ткани. При разрыве, проникающем в подбрюшинное пространство, гематома образуется в параметральной клетчатке.   
 **Различают:** самопроизвольный и насильственный разрывы матки. Самопроизвольным называется разрыв, возникший без всяких внешних воздействий. Насильственными считают такие разрывы, которые происходят в связи с внешними воздействиями, чаще всего с неправильно применяемыми хирургическими вмешательствами.

**Анамнез женщины.**

**Акушерский анамнез** (предыдущие беременности и их исход, аборты, постабортные и послеродовые септические осложнения, кесарево сечение(чаще после корпорального кесарева сечения),гистеротомия,миомэктомия,гистеропластика,тубэктомия с резекцией маточного угла,перфорация матки,операции на шейке матки в анамнезе).

Тем не менее описаны случаи разрыва матки без предшествующих инструментальных вмешательств или врожденных аномалий.

**Этиология**

**I. Механические факторы (способствуют  возникновению  несоответствия размеров предлежащей части плода и таза матери)**

  1. Узкий таз.

  2. Неправильные предлежания головки. (лобное, задний вид лицевого).

  3. Неправильные  вставления  головки  (патологическийасинклитизм).

  4. Крупный (гигантский плод).

  5. Гидроцефалия.

  6. Поперечное или косое положение плода.

  7. Опухоли матки, придатков.

  8. Рубцовое сужение мягких тканей родового канала.

  9. Экзостозы и опухоли костей таза.

  II. **Насильственные факторы возникают при неправильно применяемых хирургических вмешательствах или при внешней травме.**

  1. Акушерские щипцы.

  2. Вакуум-экстракция плода.

  3. Плодоразрушающие операции.

  4. Внутренний поворот плода.

  5. Извлечение плода за тазовый конец.

  6. Выведение головки по Морисо-Левре.

  7. Освобождение запрокинувшихся ручек при тазовом предлежании.

  8. Случайная травма во время беременности или родов.

**III. Гистологические изменения миометрия.**

  1. Рубцы на матке после перенесенных операций (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки).

  2. Хронические воспалительные процессы, перенесенные до беременности.

  3. Глубокая инвазия элементов трофобласта.

  4. Рубцовые  и дистрофические превращения после частых выскабливаний матки.

  5. Инфантилизм, аномалии половых органов.

  6. Биохимическая травма при затяжных родах  
  В настоящее время считают,  что причиной разрыва матки могут быть и патологические изменения в ее стенке, и механические, и насильственные факторы. В таких случаях гистологические изменения миометрия являются предрасполагающим,  а механический и насильственный фактор - непосредственно воздействующим.

**Патогенез.**

  1. Теория  Бандля  - механическая.  Разрыв матки происходит в результате несоответствия размеров предлежащей части плода и таза  матери.  В результате возникшего механического препятствия для прохождения предлежащей части происходит перерастяжение и истончение нижнего  сегмента на фоне бурной родовой деятельности, что и приводит к разрыву.

  2. Теория Вербова - разрыв матки происходит на почве патологических изменений в стенке матки, вызывающих слабость, неполноценность миометрия.

**КЛИНИКА:**

Описан широкий спектр клинических проявлений разрыва матки-от стертых неспецифических симптомов до явного геморрагического шока вследствие внутрибрюшного кровотечения. Внезапное головокружение, прекращение родовой деятельности, кровотечение ,коллапс. Разрыв матки при аваскулярном нижнем маточном сегменте у пациенток с рубцом на матке может протекать бессимптомно и проявиться только после родов или не проявиться вообще. Другими важными признаками угрожающего или начавшегося разрыва матки могут быть следующие.

**Симптомы разрыва матки**

**Угрожающий разрыв матки**: частые и болезненные несудорожные схватки; наличие контракционного кольца; болезненность нижнего сегмента; перерастяжение мочевого пузыря: затрудненное мочеиспускание; отек шейки матки, постепенно распространяющийся на влагалище и наружные половые органы при фиксированной в малом тазу предлежащей части плода (вколотившаяся во вход головка или плечико плода); непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при подвижной над входом головке.

**Начавшийся, но не завершившийся разрыв матки**: перечисленные выше симптомы в различных сочетаниях, но более резко выраженные; резко болезненные схватки с выраженным судорожным характером, обычно указывающие на наличие в мускульном слое матки очагов кровоизлияния; резкая болезненность живота вне схваток или потуг; общее возбужденное состояние роженицы; громкий крик, чувство сильного страха, нередко сопровождающегося расширением зрачков, и другие признаки эректильной фазы рефлекторной формы шока, вызванного раздражением со стороны поврежденной матки; кровянистые или кровяные выделения из матки через влагалище в небольшом количестве; примесь крови к моче; выпячивающаяся припухлость над лоном; замедление или, наоборот, ускорение и приглушение сердечных тонов плода; очень активные движения его и др.

**Диагностика разрыва матки.**

Диагностика атипично протекающего разрыва должна основываться на тщательном изучении анамнеза и внимательном наблюдении за характером родовой деятельности. Особого внимания требуют перенесённые ранее кесарево сечение или др. операции на матке; перенесённые воспалительные заболевания, ручное отделение плаценты и другие осложнения во время родов и в послеродовом периоде. Начавшийся  **разрыв** **матки** в родах характеризуется наиболее выраженной (с учётом вариабельности) клинической картиной угрожающего разрыва с появлением дополнительных симптомов, зависящих от нарушения целости маточной стенки.

Характерно прогрессивное ухудшение сердцебиения плода (замедление или ускорение), его приглушённость, повышение двигательной активности плода, отхождение мекония (при головном предлежании). При наличии рубца на матке после кесарева сечения клинические проявления нередко весьма скудны, поэтому такие разрывы часто наз. бессимптомными.

Диагностика совершившегося разрыва матки в родах особых трудностей не представляет, особенно в тех случаях, когда ему предшествовала типичная картина угрожающего разрыва. В момент разрыва роженица ощущает сильную боль. Вслед за этим прекращается родовая деятельность, роженица становится спокойной, апатичной. Появляется бледность кожных покровов, нарастает частота пульса, уменьшается его наполнение. Беспокоит тошнота, рвота, икота, холодный пот. При пальпации — болезненность по всему животу. Щёткина-Блюмберга симптом положительный. Нарастает метеоризм. Появляются кровянистые выделения из влагалища. Плод погибает. В брюшной полости определяется свободная жидкость (кровь). Если разрыв наступает на высоте последней потуги, то плод иногда может родиться живым.

Диагноз наступившего **разрыва матки** устанавливается в последовом, а иногда и в послеродовом периоде. В неясных случаях помогают ручное обследование матки и ультразвуковое исследование. Поздние симптомы наступившего матки разрыва (через сутки и позднее) характеризуются признаками развивающегося перитонита (бледность кожных покровов, лихорадка, вздутие живота, сухой обложенный язык, частый пульс, рвота, икота и др.). Диагностика неполного матки разрыва в родах более трудна, чем при разрывах, проникающих в брюшную полость. Характерным признаком может быть нарастающая рядом с маткой забрюшинная гематома. В то же время явления шока и внутренние кровотечения выражены слабо, а иногда полностью отсутствуют.

Диагностировать разрыв матки в родах помогает появление кровяных выделений из матки, а также внутриматочное обследование, которое показано при всех сомнительных акушерских ситуациях, особенно после оперативного родоразрешения. Диагностика разрыва матки во время беременности очень трудна. Необходимо шире использовать ультразвуковое исследование. Наиболее типичной является картина внутреннего кровотечения, характерная и для другой патологии (внематочная беременность, преждевременная отслойка плаценты, внутреннее кровотечение экстрагенитальной этиологии и др.).

**Лечение разрыва матки**

Лечение угрожающего **разрыва матки** состоит в немедленном бережном родоразрешении в состоянии глубокого наркоза. Роженицы с угрозой матки разрыва нетранспортабельны; помощь должна быть оказана на месте. Объём помощи определяется акушерской ситуацией: при живом плоде производится нижнесрединная лапаротомия кесарево сечение

Матку следует вывести в разрез на брюшной стенке. Ассистент может помочь, поместив руки позади, подтянув ее кверху и пальцами пережав маточные сосуды.На кровоточащие края раны матки и сосудистые пучки следует наложить круглые зажимы . При запущенном поперечном положении показана эмбриотомия (декапитация плода). В ряде случаев на объём оперативного вмешательства оказывает влияние степень возможного или имеющегося инфицирования. Лечение совершившегося матки разрыва заключается в немедленном чревосечении без предварительного родоразрешения. Учитывая наличие кровопотери и шока, необходимо ещё до операции начать переливание крови, противошоковых растворов и плазмозаменителей. Выбор того или иного объёма хирургического вмешательства определяется характером разрыва, временем его возникновения, наличием или отсутствием инфекции.

В одних случаях можно ограничиться ушиванием разрыва, в других — надвлагалищной ампутацией матки, в третьих - экстирпацией матки без придатков, иногда с дополнительным дренированием брюшной полости. Произвести дренирование брюшной полости с целью профилактики культита и контроля гемостаза.Влагалище оставить открытым с дренажом. Профилактика разрыва матки основана на хорошей организации родовспоможения как в женских консультациях, так и в акушерских стационарах.

Объем операции зависит от вида разрыва и комбинации других факторов-состояния пациентки, материально-технической базы клиники, опыта хирурга, а также желания пациентки сохранить матку и способность к деторождению в будущем.

**Ведение послеоперационного периода:**

1)Вести на 2-3 антибиотиках в зависимости от состояния (согласно протоколу по антибиотикотерапии)

2)Посcиндромная терапия

**Использованная литература:**

1. World Health Organization. Report of the Meeting on the Prevention of Infertility at the Primary Health Care Level. WHO, Geneva; 1983. WHO/MCH/1984.4.
2. Cates W, Farley TM, Rowe PJ. Worldwide patterns of infertility: is Africa different? Lancet. 1985;2:596–598. doi: 10.1016/S0140-6736(85)90594-X. [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863605)] [[Cross Ref](http://dx.doi.org/10.1016%2FS0140-6736%2885%2990594-X)]
3. Zargar AH, Wani AI, Masoodi SR, Laway BA, Salahuddin M. Epidemiologic and etiologic aspects of primary infertility in the Kashmir region of India. Fertil Steril. 1997;68:637–643. doi: 10.1016/S0015-0282(97)00269-0. [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9341602)] [[Cross Ref](http://dx.doi.org/10.1016%2FS0015-0282%2897%2900269-0)]
4. Whitman-Elia GF, Baxley EG. A Primary Care Approach to the Infertile Couple: Clinical Review. J Am Board Family Pract. 2001;14:33–45.
5. Irvine S. Guidelines in the treatment of male infertility. Int Cong Series. 2004;1266:202–207. doi: 10.1016/j.ics.2004.01.071. [[Cross Ref](http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ics.2004.01.071)]
6. Morrison J, Carroll L, Twaddle S, Cameron I, Grimshaw J, Leyland A, Baillie H, Watt G. Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care interface. BMJ. 2001;322(7297):1282–84. doi: 10.1136/bmj.322.7297.1282. [[PMC free article](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC31924/)] [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11375232)] [[Cross Ref](http://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.322.7297.1282)]
7. Poppe K, Velkeniers B. Thyroid and infertility. Verh K Acad Geneeskd Belg. 2002;64(6):389–399. [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12649931)]
8. Razzak AH, Wais SA. The infertile couple: A cohort study in Duhok, Iraq. Est Mediterr Health J. 2002;8(2-3):234–238.
9. Ikechebula JI, Adinma JI, Orie EF, Ikegwuonu SO. High prevalence of male infertility in Southeastern Nigeria. J Obstet Gynecol. 2003;23(6):657–659.
10. Araoye MO. Epidemiology of infertility: Social problems of the infertile couples. West Afr J Med. 2003;22(2):109–106.
11. Tolstrup IS, Kjaer SK, Hoist C, Sharif H, Munk C, osier M. Alcohol use as predictor for infertility in a representative population of Danish women. Acta Obstet gynecol Scand. 2003;82(8):744–749. [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12848646)]
12. Saleh RA, Agarwal A, Sharma RK, Nelson DR, Thomas AJ Jr. Effect of cigarette smoking on levels of seminal oxidative stress in infertile men: A prospective study. Fertil Steril. 2002;78(3):491–499. doi: 10.1016/S0015-0282(02)03294-6. [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12215323)] [[Cross Ref](http://dx.doi.org/10.1016%2FS0015-0282%2802%2903294-6)]
13. Esimai OA, Orji EO, Lasisi AR. Male contribution to infertility in Nigeria. Niger Med. 2002;11(2):70–72.
14. Olatunji AO, Sule-odu AO. The pattern of infertility cases at a university hospital. West Afr J Med. 2003;22(3):205–207. [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14696941)]
15. Bayasgalan G, Naranbat D, Tsedmaa B, Tsogmaa B, Sukhee D, Amarjargal O, Lhagvasuren T, Radnaabazar J, Rowe PJ. Clinical patterns and major causes of infertility in Mongolia. J Obstet Gynaecol Res. 2004;30(5):386–393. doi: 10.1111/j.1447-0756.2004.00217.x. [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15327454)] [[Cross Ref](http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1447-0756.2004.00217.x)]
16. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 6. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA; 1999. Female infertility.
17. Forti G, Krausz C. Evaluation and Treatment of the Infertile Couple. J Clin Endocrinol Metab. 1998;83(12):4177–4188. doi: 10.1210/jc.83.12.4177. [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9851748)] [[Cross Ref](http://dx.doi.org/10.1210%2Fjc.83.12.4177)]
18. Whitman-Elia GF, Baxley EG. A primary care approach to the infertile couple: Clinical review. J Am Board Fam Pract. 2001;14:33–45. [[PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11206691)]

 19 Lim A.C,Kwee A,Bruinse HW.Pregnancy after uterine rupture:a reporte of 5 cases and a review of the literature .Obstet Gynecol Surv 2005;60:613-617.