

РАЗРЫВ МАТКИ

Январова Жасмин Яшин кизи
студент 606 группы лечебного факультета-1

Закирова Нодира Исламовна
профессор кафедры 1- Акушерства и Гинекологии
Самаркандский Государственный Медицинский Университет, г.
Самарканд, Узбекистан

Аннотация:

Разрыв матки — это полное разделение всех трех слоев матки. Большинство разрывов матки происходит, когда матка беременна в условиях попытки родов после кесарева сечения. Клиницисты должны быть бдительны в отношении признаков и симптомов разрыва матки, поскольку он связан с серьезной заболеваемостью и смертностью как для матери, так и для плода.

Актуальность:

Разрыв матки — это полное разделение всех трех слоев матки: эндометрия (внутреннего эпителиального слоя), миометрия (гладкомышечного слоя) и периметрия (серозной наружной поверхности). Клиницисты должны быть бдительны в отношении признаков и симптомов разрыва матки. Разрывы матки могут привести к серьезной заболеваемости и смертности как для женщины, так и для новорожденного.[1] Большинство разрывов матки происходит у беременных женщин, хотя были зарегистрированы случаи и у небеременных женщин, когда матка подвергалась травме, инфекции или раку.[2]

Расхождение швов матки — это похожее состояние, характеризующееся неполным разделением матки, которое не проникает во все слои. Расхождение швов матки может привести к образованию окна матки — истончению стенки матки, которое может позволить плоду быть видимым через миометрий. Часто расхождение швов матки является скрытой находкой у бессимптомной пациентки.[3] Не существует стандарта для лечения расхождения краев матки у роженицы со стабильной фетальной ЧСС. Расхождение краев матки при доношенной беременности часто лечится кесаревым сечением, в то время как выжидательная тактика, как



было показано, является успешной при расхождении краев матки в недоношенном периоде.[4] Хотя термины «расхождение краев матки» и «разрыв матки» иногда используются как взаимозаменяемые, мы будем их разделять.

Интерес к разрыву матки возрос в последние годы из-за желания предложить большему количеству пациенток пробные роды после кесарева сечения (TOLAC). TOLAC относится к плану вагинальных родов при любой последующей беременности после кесарева сечения. Риск разрыва матки является одним из основных соображений при консультировании пациенток по поводу TOLAC.[5]

Ключевые слова: Разрыв матки, смертность, гистерэктомия, внутрибрюшное кровотечение.

Материалы и методы исследования: В целом, по оценкам, один разрыв матки происходит на каждые 5000–7000 родов.[9][11] Частота разрывов матки как с рубцами, так и без рубцов растет во всем мире.[8]

Разрыв матки чаще встречается у женщин с предыдущим кесаревым сечением.[3] Частота разрывов матки в значительной степени зависит от количества кесаревых сечений у женщины и типа разреза на матке. Частота разрывов матки составляет приблизительно 1% для женщин с одним предыдущим кесаревым сечением по сравнению с 3,9% для тех, у кого было более одного предыдущего кесарева сечения.[12][13]

Было установлено, что частота разрывов матки с маткой без рубцов составляет приблизительно один разрыв на 10 000–25 000 родов.[10][12] Эта частота выше в развивающихся странах.[14] Предполагается, что этот показатель выше, поскольку методы ведения осложненных родов, такие как инструментальная ассистенция и кесарево сечение, менее доступны.[14]

Результаты исследования:

Разрыв матки должен побудить к немедленным действиям. Задержка родов, реанимации или хирургического вмешательства увеличивает риск для матери и плода.[15] Разрыв матки обычно связан с фетальной брадикардией. Таким образом, первым этапом лечения является экстренное кесарево сечение — с диагностической лапаротомией или без



нее. Для облегчения быстрых родов обычно требуется общая эндотрахеальная анестезия — даже если установлена родовая эпидуральная анестезия. Родовая эпидуральная анестезия занимает от 5 до 15 минут, чтобы достичь хирургического блока; это обычно неприемлемая задержка в установлении разрыва матки. Общая анестезия имеет дополнительные преимущества, позволяя лучше контролировать кислотно-щелочной статус матери за счет регулировки минутной вентиляции, стабилизации дыхательных путей и обеспечения нервно-мышечной блокады для облегчения лапаротомии. Наконец, нейроаксиальная анестезия противопоказана в условиях гемодинамической нестабильности и у пациентов с тяжелым геморрагическим диатезом.

Разрыв матки требует одновременного родоразрешения и лечения материнского кровотечения.[12] Следует установить вторую внутривенную линию большого диаметра, а также заказать и доставить кровь в операционную. Если внутривенный доступ большого диаметра не может быть получен, следует рассмотреть центральный венозный доступ с помощью интродьюсера большого диаметра. Первичная реанимация часто осуществляется путем инфузии раствора электролита лактата Рингера. Острая и большая потеря крови должна побудить к раннему переливанию крови. Если кровотечение не удастся быстро остановить, артериальная линия улучшит точность и частоту мониторинга артериального давления, приведет к более короткой реакции на гипотонию и облегчит последовательные лабораторные тесты.[21]

Средний разрез брюшины, в отличие от разреза по Пфанненштилю, следует рассматривать при подозрении на внутрибрюшинное кровотечение. Срединный разрез обеспечивает лучшую хирургическую экспозицию для определения источника кровотечения и может сократить временной интервал между хирургическим разрезом и родами.[16] При небольшом разрыве матка может быть поддается восстановлению.[11] При гемодинамической нестабильности или значительном повреждении матки показана гистерэктомия. Примерно одна из трех женщин, у которых произошел разрыв матки, нуждается в гистерэктомии.[6][17]

При быстром хирургическом вмешательстве и реанимации большинство женщин выживают после разрыва матки. Уровень материнской смертности, связанный с разрывом нерубцовой матки, выше (10%), чем



уровень смертности, связанный с разрывом рубцовой матки (0,1%).[42][43]
Уровень неонатальной смертности после разрыва матки составляет от 6% до 25%.[3][7][18]

Риск повторного разрыва после восстановления матки недостаточно хорошо описан.[19] Это связано с тем, что частота разрывов низкая, и многим женщинам со значительным разрывом матки требуется гистерэктомия. В нескольких небольших сериях случаев, проведенных за пределами Соединенных Штатов, частота повторных разрывов составляла от 33% до 100%. [17][20] Имеются доказательства низкого уровня, что частота повторных разрывов может быть выше, когда первоначальный разрыв происходит в области дна матки.[20] Из-за риска повторного разрыва для матери и плода большинство акушеров рекомендуют повторное кесарево сечение между 36 и 37 неделями — до того, как разрешат начать роды.[5][19]

Частота серьезных фетальных и материнских заболеваний зависит от местоположения и величины разрыва, а также от скорости хирургического вмешательства. Боковые разрывы связаны с худшими результатами, чем срединные разрывы — возможно, из-за повышенной васкуляризации боковой стенки матки. Более длительное время до хирургического вмешательства связано с большей кровопотерей у матери, более высоким риском коагулопатии и более длительным воздействием гипоксии на плод.[15]

Разрыв нерубцовых маток связан с большей кровопотерей, более высокой частотой гистерэктомии и более высоким уровнем комплексной материнской заболеваемости (смерть, гистерэктомия, переливание крови или урологическая травма), чем разрыв рубцовых маток.[1] Частота сложных неврологических повреждений плода (внутрижелудочковое кровоизлияние, судороги, смерть или ишемия мозга) также выше при разрывах, затрагивающих матку без рубцов, по сравнению с маткой с рубцами.[1] Уровень смертности плода составляет 10% для маток без рубцов и 2% для маток с рубцами.[1]

Выводы:

Разрыв матки является опасным для жизни осложнением, связанным с беременностью. Если он произошел, требуется многопрофильный ответ, чтобы минимизировать риск материнской и фетальной заболеваемости.



Подозрение на разрыв матки требует немедленного внимания и должно быть вылечено с помощью срочной лапаротомии. Из-за возможности разрыва матки и значительной фетальной и материнской заболеваемости при составлении плана TOLAC следует учитывать наличие поставщиков услуг в области акушерства, анестезиологии, педиатрии, а также персонала операционной. Из-за риска разрыва матки TOLAC следует проводить в местах, где предлагается экстренное кесарево сечение.

Использованная литература:

1. Gibbins KJ, Weber T, Holmgren CM, Porter TF, Varner MW, Manuck TA. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Sep;213(3):382.e1-6.
2. Herrera FA, Hassanein AH, Bansal V. Atraumatic spontaneous rupture of the non-gravid uterus. *J Emerg Trauma Shock.* 2011 Jul;4(3):439. [PMC free article]
3. Guiliano M, Closset E, Therby D, LeGoueff F, Deruelle P, Subtil D. Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Aug;179:130-4.
4. Hamar BD, Levine D, Katz NL, Lim KH. Expectant management of uterine dehiscence in the second trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003 Nov;102(5 Pt 2):1139-42.
5. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2019 Feb;133(2):e110-e127.
6. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol.* 2010 Jun;115(6):1279-1295.
7. Guise JM, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, Janik R, Nygren P, Eden KB, McDonagh M. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010 Jun;115(6):1267-1278.
8. Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, Daltveit AK, Vangen S. Uterine rupture: trends over 40 years. *BJOG.* 2016 Apr;123(5):780-7.
9. Porreco RP, Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Meyers JA. The changing specter of uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Mar;200(3):269.e1-4.



10. Al-Zirqi I, Daltveit AK, Forsén L, Stray-Pedersen B, Vangen S. Risk factors for complete uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Feb;216(2):165.e1-165.e8.
11. Ozdemir I, Yucel N, Yucel O. Rupture of the pregnant uterus: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet.* 2005 Sep;272(3):229-31.
12. Toppenberg KS, Block WA. Uterine rupture: what family physicians need to know. *Am Fam Physician.* 2002 Sep 01;66(5):823-8.
13. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG.* 2010 Jan;117(1):5-19.
14. Berhe Y, Wall LL. Uterine rupture in resource-poor countries. *Obstet Gynecol Surv.* 2014 Nov;69(11):695-707.
15. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol.* 1993 Oct;169(4):945-50.
16. Wylie BJ, Gilbert S, Landon MB, Spong CY, Rouse DJ, Leveno KJ, Varner MW, Caritis SN, Meis PJ, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, O'Sullivan MJ, Sibai BM, Langer O., Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network (MFMU). Comparison of transverse and vertical skin incision for emergency cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010 Jun;115(6):1134-1140.
17. Chibber R, El-Saleh E, Al Fadhli R, Al Jassar W, Al Harmi J. Uterine rupture and subsequent pregnancy outcome--how safe is it? A 25-year study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2010 May;23(5):421-4.
18. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Uterine rupture and its complications in the Netherlands: a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006 Sep-Oct;128(1-2):257-61.
19. Larrea NA, Metz TD. Pregnancy After Uterine Rupture. *Obstet Gynecol.* 2018 Jan;131(1):135-137.
20. Usta IM, Hamdi MA, Musa AA, Nassar AH. Pregnancy outcome in patients with previous uterine rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(2):172-6.
21. Brandon M. Togioka; Tiffany Tonismae. Uterine rupture. July 29, 2023.

