



Клинические мифы с НИЖНИМ СЕГМЕНТОМ

Проф. Малевич Юрий Константинович

Минск, 11.10.1924

МИФЫ
АКУШЕРСТВА
И
ГИНЕКОЛОГИИ



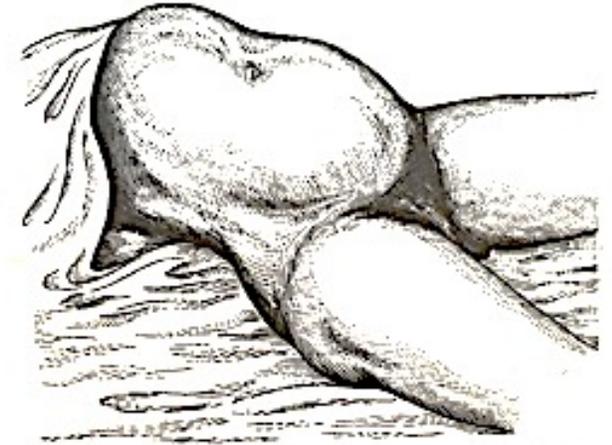
В задачи современного акушерства
должно входить выявление, разъяснение
и устранение заблуждений прошлого



Многие
представления о
нижнем сегменте
(НС) оказались
ошибочными .

► **Контракционное кольцо**- образование делящее матку на два сегмента, верхний и нижний, введенное в практическую литературу Бандлем и ассоциирующееся со специфической формой матки во время угрожающего разрыва матки (песочные часы) не имеет никакого подтверждения. На протяжении нескольких столетий нет ни одного фотодокумента этому симптому, который ошибочно принимали за переполненный мочевом пузыре, преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки или отек интерстициального миоматозного узла. Савицкий А.Г. высказывает мнение, что контракционное кольцо - некий функциональный механизм, образующийся в родах после формирования активных точек на волокнах миометрия. Однако никаких морфологических ни электронно-микроскопических либо гистохимических подтверждений этой гипотезе не получено.

MYTHBUSTERS



Das untere Uterinsegment.

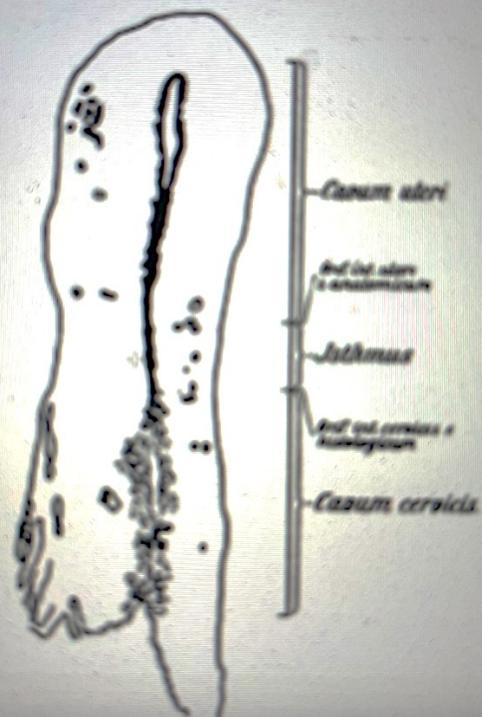
Von

Prof. Dr. L. Aschoff in Marburg.

Mit 1 in den Text gedruckten Abbildung.

In den Sitzungen der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin vom 8. Dezember 1905 und 9. März 1906 ist die Frage des unteren Uterinsegmentes von neuem lebhaft diskutiert worden. Dabei ergab sich, daß trotz aller Vorarbeiten die Gegensätze in dieser Lehre noch ebenso scharf zum Ausdruck kommen wie vor Jahrzehnten. Warum? Weil die eine Partei unter Cervix ganz etwas anderes versteht als die andere, und weil keine exakte Umschreibung des unteren Uterinsegmentes existiert. Solange wir nicht wissen, was wir unter Cervix und unterem Uterinsegment verstehen sollen, hat meines Erachtens nach der ganze Streit keinen Wert. Das hat die letzte Diskussion aufs klarste gezeigt. Ich kann die sehr klaren Ausführungen von Ruge, was das Tatsächliche betrifft, fast Wort für Wort unterschreiben und stimme andererseits

sonst betonte Dreiteilung des Uterus gibt uns allein den Schlüssel für die richtige Erklärung des unteren Uterinsegmentes. Dasselbe entspricht dem Isthmus. Rechnet man denselben, wie es bisher alle Autoren getan, nach der makroskopischen Beurteilung zur Cervix,



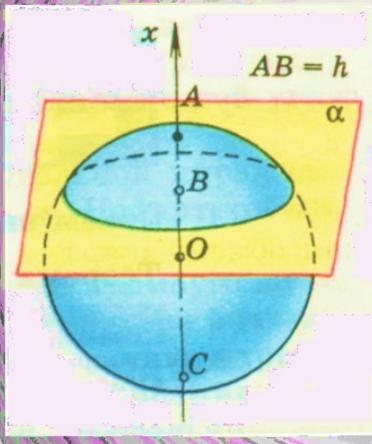
Перешеек- термин введен гистологом Ашоффом, это часть шейки матки от внутреннего зева (Мюллер) до гистологического зева (Ашофф), а не как без всяких оснований трактуется во многих современных учебниках и руководствах, выше внутреннего зева, из которого утверждается, что и «формируется, образовывается, развертывается» (это все синонимы) НС.



«Гистологический зев»
шейки матки как нижняя
граница НС в связи с
особенностями гистологии
слизистой цервикального
канала(по Ашоффу), в
настоящее время не получила
никакого ни
морфологического ни
клинического
подтверждения.

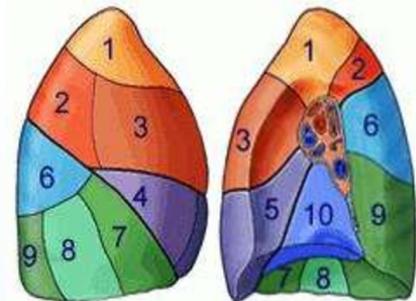


Шаровой сегмент

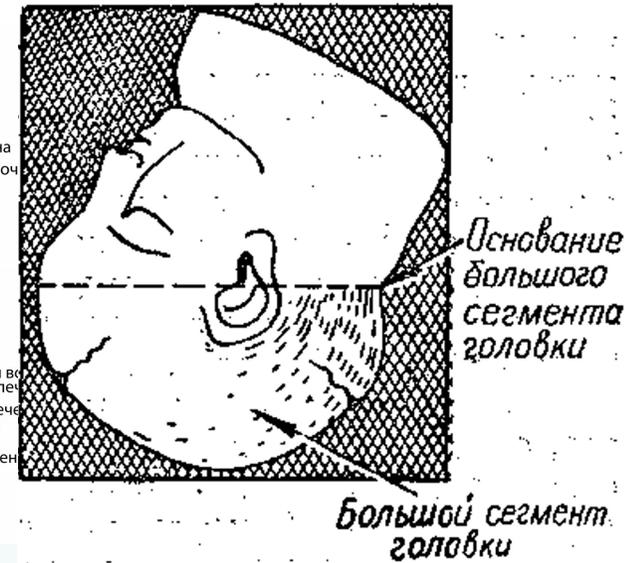
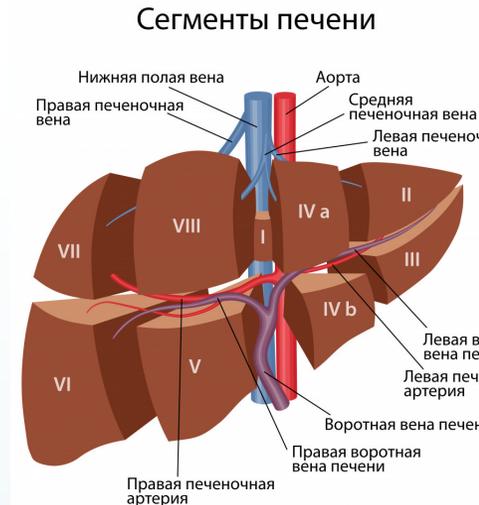


- **Шаровым сегментом** называется часть отсекаемая от него плоскостью, получившийся в основании сегмента является круг, перпендикулярно секущей плоскости диаметр, а АВ и ВС отрезков диаметра
- **Основанием сегмента**
- **Высотами сегмента**

Сегментарное строение легких



- **Бронхоле** - это у доли, одним бронхом Вены, от сегмента, межсегментах и я для дву сегментов



Термин «сегмент» (синонимы - часть, участок) с технической точки зрения - часть шара, отсекаемая от него некой плоскостью, с анатомической - часть органа, обычно отделенная от других частей границей (чаще всего сегменты отделены друг от друга соединительной тканью). Например сегменты легких, печени, грудины. В акушерстве известны малый и большой сегменты головки плода (основанные на условной плоскости, проведенной по соответствующему диаметру

Поскольку четких границ нижнего сегмента, как анатомического образования и никаких особенных функций, как функционального образования, в настоящее время нет, становится очевидным, что НС это не анатомическое и не функциональное образование, а как мы отмечали в более ранних публикациях более правильно говорить о *Клиническом Нижнем сегменте*.

НС в современном акушерстве - абстрактен и он конкретизируется в зависимости от экстренной клинической ситуации, связанной с кровотечениями или необходимостью оказанием неотложной помощи. Под НС понимают и эта точка зрения прочно вошла в теорию и практику акушерства, следующие участки родового канала при разных клинических ситуациях. В частности;

При разрывах в сводах, разрывах шейки переходящие на матке, наложение клемм по Бакшееву, выворотах матки, отрывов ее от сводов - НС - *это надвлагалищная часть шейки матки*; При КС, неполных разрывах матки, гематомах, гипотонических кровотечениях, контракционных швах - НС - *нижние участки матки*. Таким образом, бессмысленно, просто невозможно рассуждать о НС без конкретной клинической ситуации.

Способы косвенного определения степени раскрытия маточного зева



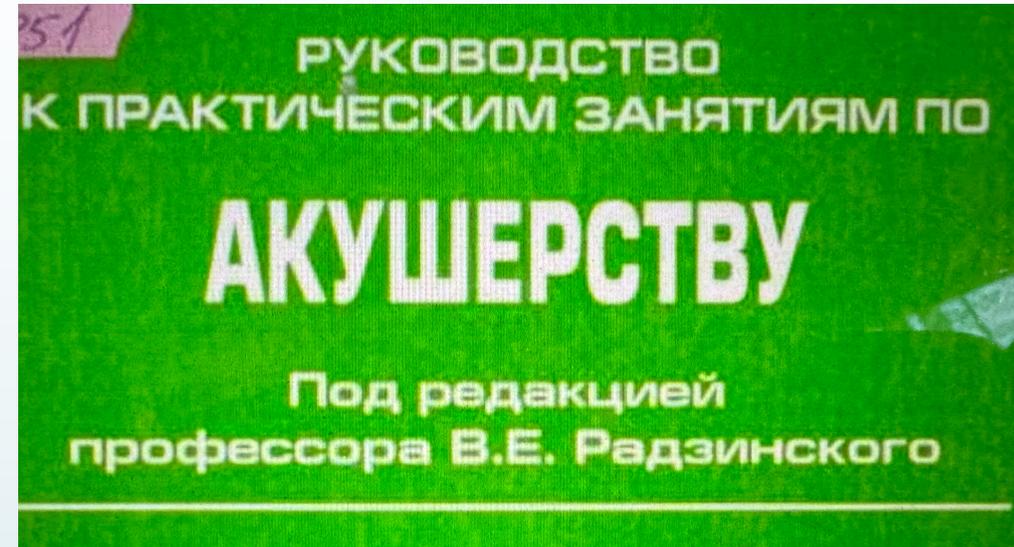
1. Признак Шатца- Унтербергера-Занченко

(контракционное кольцо стоит выше лобкового сочленения на столько поперечных пальцев, на сколько раскрыт маточный зев). Оценивать во время схватки

Поскольку нет морфологических признаков контракционного кольца, то и говорить о какой-то связи его расположения и **степью раскрытия шейки матки** в родах не научно.



Спазм в области НС и введение спазмолитиков с профилактической целью во втором периоде родов при ведении родов при тазовых предлежаниях или для профилактики ущемления плаценты - не имеют ни морфологических ни клинических подтверждений и наоборот могут негативно отразиться на родовой деятельности.



Для предупреждения спазма маточного зева после прорезывания ягодич необходимо ввести внутривенно раствор спазмолитика (2 мл 2% раствора дротаверина или 4 мл 2% раствора папаверина). После прорезывания ягодич приступают к оказанию ручного акушерского пособия по методу Цовьянова.

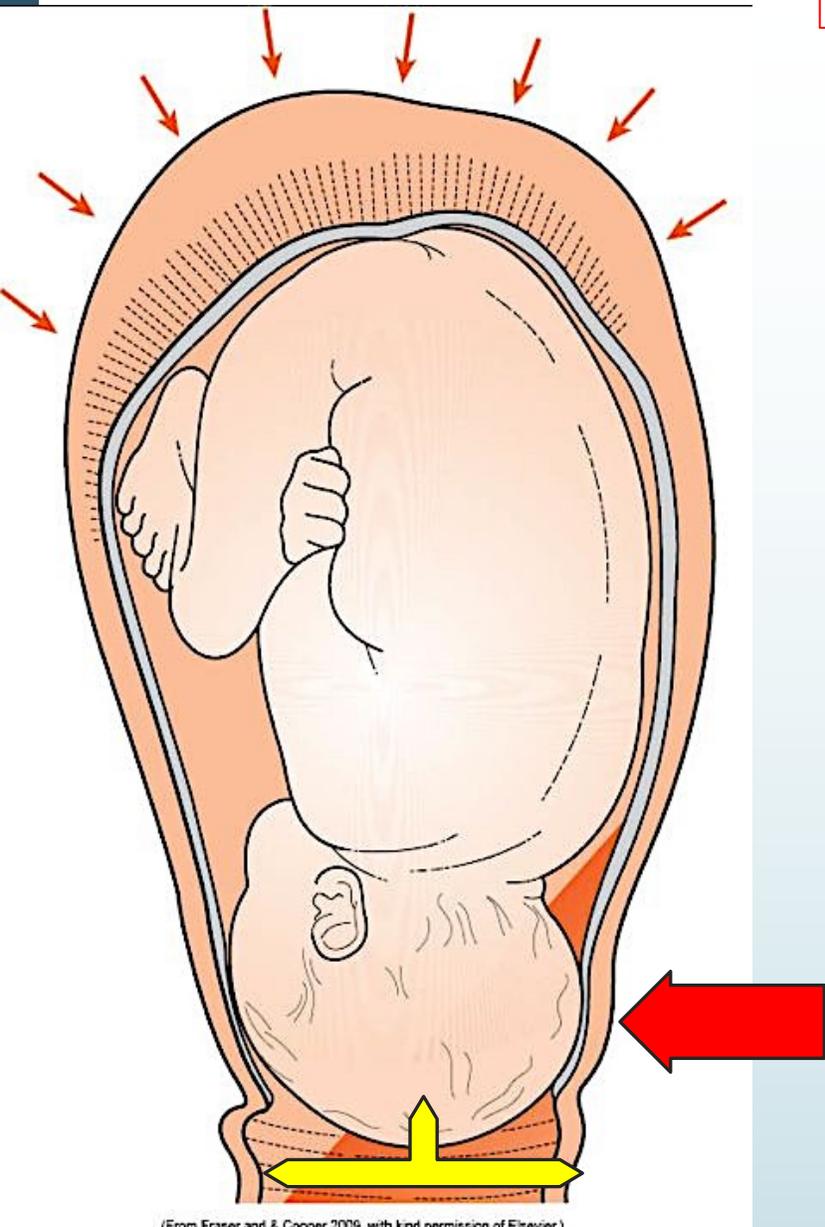
Кровоснабжение нижних отделов матки гораздо меньше по сравнению с вышележащими и для удовлетворения возрастающих потребностей плода, плацента растет и мигрирует из области менее обеспеченных кровотоком в более васкуляризированные. В связи с этим суждение о том, что **миграция плаценты происходит за счет развертывания НС, не верно**



► «бережное давление» медперсоналом с благими целями на область напряженных нижних отделов матки по 2 периоде родов может привести к единичным или множественным трещинам (неполный разрыв, надрыв) растянутых и напряженных тканей нижнего сегмента из-за большого количества в нем коллагеново-соединительнотканых элементов (эффект «молоткообразной вазы»)

MYTHBUSTERS





(From Fraser and Cooper 2009, with kind permission of Elsevier.)

Силы ,прилагаемой извне вторгаются в гармонию разнонаправленности и противодействия тканей родового канала продвигающейся головкой и сокращающимся телом матки , что обуславливает непредсказуемые деформации стенки матки на относительно небольших участках, приводящих в итоге к трещинам. Возникает переплетение векторов сил , с непредсказуемыми последствиями

Данный вид травмы матки , в частности, упоминался в выступлении на одном из форумов «мать и дитя» Радзинским В.Е. и который был диагностирован его коллегами при помощи гистероскопии. Кроме того можно предположить что гемостатический эффект наложения так называемых «стягивающих» (п-образных, З-образных) швов на нижний сегмент при маточных кровотечениях обусловлен не рефлекторным воздействием (как при шве по Лосицкой), а механическим захватом в швы большого объема тканей нижнего сегмента вместе с трещинами

В раннем послеродовом периоде сокращение матки в области тела и дна, клинически проявляется в виде ассиметричных участков каменистой плотности из-за разной толщины мышечного слоя. Очевидно, такого не наблюдается в нижних отделах матки. Такая физиологическая особенность матки на фоне дряблости передней брюшной стенки, особенно у повторнородящих, а также преобладание связок сзади и по бокам, может привести к перегибу матки в раннем послеродовом периоде по типу **гиперантефлексии**. Клинически это проявляется задержкой выделения из плацентарной площадки на фоне хорошего тонуса матки. При этом ставится диагноз **гематометра**, ошибочно за счет спазма в области НС, также ошибочно проводится лечение путем кюретажа и введения спазмолитиков. Такие манипуляции не только нецелесообразны, но и опасны, особенно после КС.



Гематометра вследствие гиперантефлексии послеродовой матки, не спазма



КЛИНИКА

- ▶ Умеренное кровотечение
- ▶ Увеличение объема послеродовой матки
- ▶ Снижение тонуса

ГИПЕРАНТЕФЛЕКСИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ

ПРИЧИНЫ

- Неравномерность ТОЛЩИНЫ НС
- Преобладание связок сзади и сбоку
- Дряблость брюшной стенки

ДИАГНОСТИКА

- пальпации дна матки не в области пупка, а над лоном ,
- УЗИ визуализирует образовавшийся угол между дном и нижними отделами матки, образуя почти дубликатуру.

Лечение

➤ бережно подталкиваем дно матки в вверх, в сторону пупка ручными приемами , проводимыми на кушетке , с приподнятым тазовым концом и опорожненным мочевым пузырем с последующим наружным массажем

- 2. При поздней диагностике и образовании больших пристеночных сгустков необходимо в малой операционной захватить отдельно обе губы шейки матки окончатными щипцами, максимально низвести шейку во входу во влагалище, через брюшную стенку оттеснить дно матки в сторону пупка, и удалить сгустки крови при помощи большого тугого тампона, введенного в полость матки бережными движениями напоминающими кюретаж.
- 3. Применение кюретки или вакуум-аспиратора противопоказано..
- 4. После манипуляций следует произвести бинтование передней брюшной стенки.