

Библиотека
ПРАКТИЧЕСКОГО
ВРАЧА

Л. С. Персианинов

РАЗРЫВЫ
МАТКИ

Медгиз — 1952

Проф. Л. С. ПЕРСИАНИНОВ

РАЗРЫВЫ МАТКИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1952 — МОСКВА

ВВЕДЕНИЕ

Разрывы матки являются тяжелейшими осложнениями во время беременности и родов.

Из опубликованных работ на эту тему известно, что впервые разрыв матки во время родов был распознан и подтвержден на вскрытии в XVI веке, но научное исследование этого вопроса начинается с XIX века. Грозное осложнение родов — разрыв матки — внимательно изучается акушерами. Особенно много сделали в этой области наши отечественные ученые, посвятив разрывам матки ряд работ в прошлом столетии и в начале XX века (Г. Л. Давыдов, И. Дубенский, М. Порошин, А. А. Поленов, Н. З. Иванов, Я. В. Вербов и др.). В этих работах, в большинстве случаев представляющих собой диссертации, подвергаются всестороннему рассмотрению вопросы этиологии, диагностики и лечения разрывов матки. В 1909 г. В. И. Ледомский публикует свою работу о разрывах матки, которая включает 128 случаев и приводит наибольшую из русских сборных статистик. Не ослабеваает интерес к этому вопросу и за последние годы. На страницах журналов, в сборниках трудов различных медицинских институтов появляются работы, посвященные разрывам матки во время беременности и родов (Н. В. Жилов, В. Малявинский, М. Н. Киреевский, В. С. Лисовецкий, Б. В. Азлецкий, А. А. Терехова и др.).

В настоящее время в отечественной литературе хотя и имеются значительные материалы о разрывах матки, однако все работы сводятся к сообщению отдельных случаев или же разбору ряда наблюдений автора.

Наша работа является результатом длительных наблюдений и изучения разрывов матки в условиях участковой работы, городских больниц и клиник. В основе данного труда лежит анализ 262 случаев разрыва матки, из которых 202 взяты из русской литературы за период с 1909 г. (после сборной статистики В. И. Ледомского)

по 1941 г., а 60 случаев — из клиник и больниц Казани и районов Татарской республики (личные наблюдения при вылетах для оказания экстренной помощи). В 1935 г. в трудах Казанского государственного института для усовершенствования врачей была опубликована часть указанного материала (120 случаев), но большое количество опубликованных за последние годы случаев, а также личные наблюдения позволяют пересмотреть ряд положений, освещенных нами ранее, и подойти к рассмотрению вопроса с позиций современных данных науки и личного опыта.

В результате многолетних занятий с врачами в акушерской клинике Казанского института для усовершенствования врачей мы пришли к выводу о целесообразности издания работы типа монографии о разрывах матки. В учебниках акушерства этот вопрос недостаточно освещается и притом не на современном научном уровне, а многочисленные работы, содержащие много нового и ценного, разбросаны по различным журналам и сборникам трудов и мало доступны широкой массе практических врачей.

Одной из важных задач советского родовспоможения в настоящее время является ликвидация травматизма женщин в родах, в частности, разрывов матки. Для этого необходимо прежде всего провести в системе родовспоможения широкие профилактические мероприятия организационного порядка, а кроме того, необходимо хорошо ориентироваться в вопросах этиологии, диагностики и терапии угрожающего разрыва. Знание причин, способствующих наступлению разрыва матки, распознавание признаков угрожающего разрыва и рациональная акушерская помощь в подобных случаях являются необходимыми звеньями в цепи мероприятий, направленных на предупреждение разрывов матки. При происшедшем уже разрыве матки правильно проведенное лечение помогает спасти жизнь женщины и сохранить ее здоровье. При выполнении данной работы автор ставил себе целью облегчить практическому врачу выполнение этой задачи, поставленной перед акушерами-гинекологами решениями 3-го пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР.

Глава I

ЧАСТОТА РАЗРЫВОВ МАТКИ

О частоте разрывов матки во время беременности и родов в литературе приводятся самые разнообразные данные. Показатели колеблются у различных авторов от 0,02 до 0,15%. Большинство авторов обычно указывало, что разрывы матки встречаются приблизительно один раз на 1 000 родов, или в 0,1% случаев. Работы о разрывах матки опубликовывались сотрудниками крупных больниц и клиник, где обычно сосредоточиваются почти все случаи разрывов матки, имевшие место в данном районе, городе, а при наличии в СССР широко распространенной авиасанитарной помощи—даже в области и крае. В указанных работах частоту разрывов матки исчисляли, исходя из отношения количества разрывов к числу родов, проведенных только в данном учреждении. Это и создавало разноречивость цифр, не давало правильного представления о частоте разрывов матки и преувеличивало действительный процент их.

О частоте разрывов матки можно получить правильное представление, лишь сопоставляя число всех родов и всех разрывов матки, происшедших на определенной территории.

Система советского родовспоможения позволила резко снизить количество разрывов матки. Количество случаев тяжелых родовых травм в СССР с каждым годом уменьшается. Разрывы матки, пузырно-влагалищные и кишечнио-влагалищные свищи исчисляются в настоящее время сотыми и тысячными долями процента.

Небывалый подъем и расцвет культуры в Советском Союзе, наиболее правильная, возможная лишь в социалистическом государстве организация родовспоможения,

широчайшая сеть родовспомогательных учреждений, максимальное приближение акушерской помощи к населению, повседневное повышение квалификации врачей и акушеров дали полную возможность предупреждать тяжелый травматизм женщины в родах — разрывы матки и свищи. Совершенно неправильной и чрезвычайно вредной является негласная «концепция» о неизбежности некоторого количества разрывов матки, высказываемая отдельными акушерами-гинекологами. Она ничем не обоснована, приводит к самоуспокоению некоторых руководителей родовспомогательных учреждений и мешает полному предупреждению родовых травм у женщин.

Разрывы матки при беременности бывают значительно реже, чем при родах (К. Ф. Богуш, В. Малявинский, Н. И. Кушталов и др.). Особенно редко они наблюдаются в первую половину беременности. В собранном мной материале из 262 разрывов матки 24, или 9,1%, произошли при беременности; из них только 5 наблюдались в первую половину ее (В. Малявинский, Н. Е. Чистяков, Е. А. Майзель, Л. С. Персианинов, Н. В. Антева).

Разрывы матки чаще бывают у женщин в возрасте от 30 до 40 лет, в большинстве случаев многорожавших. По материалу В. И. Ледомского, из 128 разрывов всего 2 разрыва произошли у первородящих.

Из 262 изученных нами разрывов 30 наблюдались у женщин в возрасте от 20 до 25 лет, 41 — от 26 до 30 лет, 78 — от 31 года до 35 лет, 71 — от 36 до 40 лет, 11 — от 41 года и старше и, наконец, в 31 случае возраст не указан. Таким образом, наиболее часто, по нашему материалу, разрывы происходят у женщин в возрасте от 31 года до 40 лет: из 231 случая, где возраст был известен, 149 (64,7%) падает на этот возраст.

Из 262 проанализированных нами случаев при первой беременности разрывы были у 7 женщин, при второй — у 27, при третьей — у 15, при четвертой — у 39, при пятой — у 43, при шестой — у 31, при седьмой — у 24, при восьмой — у 15, при девятой — у 10, при десятой — у 4, при одиннадцатой — у 4, при двенадцатой — у 7, при тринадцатой — у 2, при шестнадцатой — у 2, при восемнадцатой — у 2, при двадцатой — у одной; в 29 историях родов нет указаний, при какой по счету беременности произошел разрыв матки.

Следовательно, из 262 женщин, у которых произошел разрыв матки, только 7 были первородящими, а во всех остальных случаях разрыв матки наблюдался у женщин многорожавших. Высокие цифры разрывов при второй по счету беременности объясняются тем, что в наших случаях они имели место большей частью после предшествовавшего кесарева сечения.

Наши данные показали, что разрывы матки наблюдались чаще всего у женщин многорожавших. Первые роды, как и первая беременность, при этом осложнении были лишь у 7 женщин, а наиболее часто имели место четвертые, пятые и шестые роды (47 разрывов из 262 произошли при четвертых родах).

Глава II.

ЭТИОЛОГИЯ РАЗРЫВОВ МАТКИ

По вопросу о происхождении разрывов матки акушеры придерживаются двух точек зрения. Одни являются сторонниками механической теории и признают причиной разрывов пространственные несоответствия между предлежащей частью и тазом. Другие, как, например, Я. В. Вербов, Н. З. Иванов, не мирятся с механической теорией и усматривают причину разрывов в патологических изменениях маточной стенки.

Наиболее ярким представителем механической теории происхождения разрывов был Бандль, описавший в 1875 г. в своем трактате «О разрыве матки и его механике» условия и механизм разрыва. Сущность теории Бандля сводится к следующему: матка разделена на два отрезка — сегмента: верхний, активный, сокращается и утолщается, вбирая в себя мышцы из нижних отделов органа, нижний, пассивный, растягивающийся и истончающийся. Границей между ними является контракционное кольцо, прощупываемое в виде кольцевидного валика. Перерастяжению нижнего сегмента препятствуют защитные приспособления связки: в первую очередь круглые, а затем широкие и крестцово-маточные. Связки противодействуют перерастяжению, отвлекая часть растягивающей силы на себя. Подобным же образом действует и брюшной пресс. При этом связки удерживают контракционное кольцо на уровне плоскости входа в таз, брюшной же пресс давит на матку, оттесняя ее в направлении таза и создавая таким образом функциональное равновесие. Стоит только нарушиться данному механизму, и равновесие теряется. Это бывает в тех случаях, когда воды отошли и имеется пространственное несоот-

ветствие между тазом и подлежащей частью (механическое препятствие). Матка безостановочно функционирует, ретракция полого мускула достигает высших степеней, контракционное кольцо поднимается все выше и выше, плод рождается в растянутый нижний сегмент, стенки которого при этом чрезвычайно истончаются. Если не будет своевременно оказана помощь, матка разрывается — возникает самопроизвольный разрыв матки. Если же в момент наибольшего растяжения имеет место внешнее воздействие (акушерское исследование, операция и т. п.), и при этом произойдет разрыв, то это уже разрыв насильственный.

При физиологических родах перерастяжения не происходит, так как сглаженная и полностью открытая шейка уходит вверх по головке, беспрепятственно продвигаясь во влагалище. При механическом препятствии для родоразрешения (узкий таз и др.) головка фиксируется в тазовом входе, что приводит к ущемлению шейки в области тазового кольца. Нижний сегмент перестает играть роль выходной трубки, становится плодовместилищем и в дальнейшем при чрезмерном растяжении разрывается. Если ущемления шейки между головкой и тазовым кольцом не происходит, зев успевает отойти по подлежащей части вверх, то растяжению подвергается верхний отдел влагалища, и тогда разрывается не нижний сегмент, а своды влагалища, как обладающие наиболее тонкими стенками.

Необходимой предпосылкой разрыва, по теории Бандля, должно быть механическое препятствие (узкий таз, неправильные положения и предлежания, уродства и пр.) и бурная родовая деятельность после отхождения вод.

И действительно, при узком тазе нередко встречаются разрывы матки. Так, В. Михайлов при разрывах матки установил наличие узкого таза в 37,3%, В. И. Ледомский — в 17,8%, И. Ф. Жордания — в 30%. Мы обнаружили, что узкий таз имелся из 262 случаев разрыва матки в 43, т. е. в 16,4% был узкий таз. Характерно более частое возникновение разрывов матки при умеренных степенях сужения таза. Это объясняется, повидимому, тем, что резко выраженные формы узкого таза легче диагностируются, а потому при них и принимают своевременно необходимые меры.

Что касается неправильных положений плода при этом осложнении, то цифры, характеризующие их, таковы: по В. Михайлову, разрывы матки при поперечных положениях наблюдаются в 28 раз чаще, чем при продольных; В. И. Ледомский из 128 случаев разрыва матки в 13 отметил поперечное положение, И. Ф. Жордания — в 17%. На нашем материале из 262 случаев разрывов матки в 37 (14,1%) имело место поперечное положение плода. И. Ф. Жордания указывает, что при разрывах матки разгибательные и асинклитические вставления головки наблюдались в 6% случаев, гидроцефалия — в 3%. У нас лицевое предлежание имело место в 4 случаях (1,5%), лобное — в 3 (1,1%), задне-теменное склонение — в 2 (0,7%), гидроцефалия — тоже в 2 (0,7%).

Причиной разрыва матки могут явиться гигантские и переносные плоды с чрезмерно твердой головкой; мы встретили 2 подобных случая.

К разрыву матки могут повлечь и ущемившиеся в малом тазу опухоли, особенно яичниковые кисты (так, фибромиомы во время беременности размягчаются и делаются эластичнее). В. И. Ледомский и мы наблюдали по 2 подобных случая.

Причиной разрывов матки признают также стеноз влагалища (после родовых травм, язвенных процессов, операций), сужение и ригидность наружного зева.

Неправильное положение матки в результате антефиксированных операций и отвислый живот, дающие неправильное направление изгоняемому плоду, могут стать причинами разрывов. Вентрофиксация матки приводит к неравномерному расширению маточной полости при беременности и может способствовать наступлению разрыва.

К числу этиологических факторов возникновения разрывов матки относят также и действие питуитрина, особенно при узком тазе или несоответствии таза и предлежащей части, так как питуитрин, вызывая бурную родовую деятельность, при наличии механического препятствия для родоразрешения, способствует перерастяжению матки и может привести к ее разрыву. На нашем материале в 7 из 262 случаев (2,7%) происходили разрывы матки при применении питуитрина.

Анализ нашего материала показывает, что механические препятствия для родоразрешения имелись только у 102 женщин (38,9%), однако это не дает нам еще права

сделать вывод, что именно эти моменты (узкий таз, поперечное положение и т. д.) являются причиной разрыва. В практике у женщин с узкими тазами иногда роды продолжаются несколько суток при хорошей родовой деятельности и разрыва не происходит, или, что встречается крайне редко и только там, где плохо организовано родовспоможение, при поперечном положении плода бурная родовая деятельность доводит до запущенного поперечного положения и, несмотря на это, роды заканчиваются самопроизвольно изгнанием плода сдвоенным телом. Иногда роженица, поступая в больницу, подвергалась недопустимой в данном случае операции поворота, и разрыва не происходило. Несомненно, что несоответствие между тазом и плодом, а также неправильные положения плода в общем комплексе условий, способствующих возникновению разрывов матки, играют важную роль.

Однако нельзя безоговорочно признать этиологическим моментом встречающиеся при разрывах те или другие отклонения со стороны родовых путей или плода; на них можно указывать лишь при отсутствии других сопутствующих причин.

Дальше мы видим, что все перечисленные причины, ведущие к разрывам, отпадают, если разрывы матки имеют место при беременности или в начале родовой деятельности при целом плодном пузыре, когда еще нет места механическим препятствиям с пространственными несоответствиями, а родовая деятельность отсутствует или слабо выражена. К данным случаям теория Бандля совершенно неприменима.

В литературе описан ряд случаев разрыва матки при беременности. Из 262 разобранных нами случаев 24 имели место при беременности (К. Ф. Богуш, Н. В. Антелава, В. Малявинский, Н. И. Кушталов, Е. А. Майзель и др.). Один из этих случаев наблюдался в клинике Казанского государственного института для усовершенствования врачей и один — в клинике Казанского медицинского института.

В изученных нами случаях бурная родовая деятельность матки — это по Бандлю непременное условие — имела место лишь в 30 случаях, в 142 родовой деятельностью была нормальной, в 67 — слабой и вялой, а в 23 совершенно отсутствовала. Следовательно, в большинстве слу-

чаев не было одного из условий, необходимых для развития бандлевского механизма при разрыве матки.

В подтверждение приводим отдельные случаи.

Случай 1 (собственное наблюдение). Многорожавшая с вялой родовой деятельностью. Таз нормален. Положение плода I черепное. Воды отошли, головка находится малым сегментом во входе в таз. Врач при осмотре предполагал применить ряд мероприятий для усиления родовой деятельности, но не успел он отойти от кровати женщины, как произошел разрыв матки при очередной, очень слабой схватке.

Случай 2 (собственное наблюдение). Повторнобеременная поступила в клинику с явлениями начавшегося выкидыша на IV^м месяце беременности. Через сутки при незначительных схваткообразных болях и закрытом наружном зеве произошел разрыв задней стенки матки над внутренним зевом.

Случай 3 (из клиники Казанского медицинского института). Многорожавшая (шестая беременность) поступила с начавшейся родовой деятельностью. Таз нормален. Положение плода I черепное. Отмечается полное открытие зева, головка стоит плотно во входе в таз. Схватки редкие и слабые. Применен дробными дозами питуитрин; схватки несколько усилились, но все же были слабы и редки. Через 4 часа они прекратились без всякой внезапной боли. Появилась незначительная боль в животе, общая слабость и сильное наружное кровотечение; плод определяется в брюшной полости.

Случай 4 (наблюдение Б. В. Азлецкого). Повторнородящая, 36 лет, с благоприятным акушерским анамнезом. Таз 26—30—31—20. Воды прошли 4 суток назад. Температура во время родов 39°. Роды самопроизвольные мертвым плодом весом 2940 г. После рождения плода состояние роженицы резко ухудшилось, и наступила смерть. На секции: дородовая септицемия, разрыв матки.

Случай 5 (наблюдение В. Е. Емшиановой). Повторнородящая. Первые роды закончены кесаревым сечением. Пуэрперальный период лихорадочный. Поступила в клинику при первых схватках с очень слабой родовой деятельностью. Некоторое время схваток совершенно не было. При дефекации произошел разрыв матки.

Случай 6 (наблюдение Я. В. Вербова). У роженицы с нормальным тазом при правильном положении плода, слабой родовой деятельности и целом плодном пузыре произошел разрыв матки.

Случай 7 (наблюдение К. Ф. Богуша). Разрыв матки произошел на VIII месяце беременности после напряжения брюшного пресса при дефекации.

Случай 8 (наблюдение В. В. Потеенко). Преждевременные роды начались на IX месяце беременности; чрезвычайно слабая родо-вая деятельность сопровождалась разрывом матки.

Случай 9 (наблюдение Б. И. Бакланова). У повторнородящей с нормальным тазом и правильным положением плода при субъективном ощущении схваток (объективно схватки не определялись) произошел разрыв матки.

В подобных случаях причину нужно искать в патологических изменениях маточной стенки, которая в результате этого становится настолько хрупкой и слабой, что

достаточно напряжения брюшного пресса или слабых, еще только наступающих родовых схваток, чтобы произошел разрыв патологически измененной маточной стенки.

Я. В. Вербов (1911) отрицает учение Бандля и полагает, что здоровая ткань матки не разрывается. Причиной разрыва, по его мнению, является не перерастяжение нижнего сегмента и сила маточных сокращений, а чрезмерная хрупкость и слабость маточной стенки (мышцы), которая уже при незначительном механическом воздействии разрывается. По Я. В. Вербову, верхний сегмент функционирует не только не сильно, а наоборот, слишком слабо, нижний же отрезок является не истонченным, а парализованным. Он указывает: «Самопроизвольные разрывы матки происходят единственно от того, что хрупкая ткань органа не выдерживает повышения внутриматочного давления... изменение мышечной ткани, кроме хрупкости органа, обуславливает также функциональную недостаточность мускулатуры матки».

Огромная заслуга Я. В. Вербова заключается в правильном подходе к этиологии и патогенезу разрыва матки. Он усматривал основную причину этого тяжелейшего осложнения в патологических изменениях маточной стенки. Однако, полностью отрицая механическую теорию Бандля, Я. В. Вербов отбросил и симптомы угрожающего разрыва матки, описанные Бандлем; он указывал, что симптомы появляются, когда разрыв уже произошел. В дальнейшем это привело к учению о «бессимптомных» разрывах матки, получившему широкое распространение.

Самым мощным слоем маточной стенки является ее мускулатура, и ее изменение считали причиной разрыва.

Если матка первородящей представляет мощный и выносливый орган, то матка многорожавшей уже пострадала от предыдущих родов, ее мышца перерастянута, местами заменена менее способной к растяжению соединительной тканью, местами рубцово перерождена; поэтому она во много раз чаще рвется, чем у первородящей при тех же условиях.

В этом отношении чрезвычайно интересен случай В. Малявинского. В 1925 г. он наблюдал первобеременную с залущенным поперечным положением плода. Роды закончились самостоятельно сдвоенным плодом. В 1927 г.

при второй беременности у этой женщины было применено ручное отделение последа; в послеродовом периоде отмечалось лихорадочное состояние. В 1929 г. при третьей по счету беременности на VII месяце у нее произошел без всякой видимой причины разрыв матки.

Таким образом, полноценная матка первородящей вынесла роды сдвоенным плодом, однако патологически протекавшие первые двое родов не могли не сказаться на матке; поэтому третья беременность повлекла за собой разрыв матки еще до начала родовой деятельности.

В. Г. Бекман, И. Дубенский, Н. Д. Алексеенко и др. обнаруживали в стенках матки при разрывах развитие соединительной ткани за счет мышечной.

Г. Л. Давыдов видел причину разрыва в изменениях эластической ткани в стенках матки. Однако М. Порошин (1897) отмечал полное отсутствие эластической ткани в матках, подвергшихся разрывам. Иванов, А. А. Поленов и некоторые другие приводят в этом отношении противоречивые результаты.

Иванов обследовал 20 маток после их разрыва и при микроскопическом исследовании нашел во многих препаратах обширные рубцовые изменения стенки на месте разрыва с атрофией мышечных элементов.

Он придает большое значение рубцовому изменению стенок матки на почве некроза вследствие сдавления шейки между подлежащей частью и тазом; этому способствуют экзостозы и выпячивания со стороны промотория. Образовавшиеся участки омертвения, замещаясь в дальнейшем рубцовой тканью, являются *locus minoris resistentiae*. Иногда же такое «перетирание» стенки матки ведет сразу к разрыву.

Рубцы после перфорации при абортах, консервативного удаления фибромиом, кесаревых сечений и предшествовавших разрывов матки, приводя к неполноценности маточной стенки, могут в дальнейшем способствовать наступлению разрыва. Качество рубца матки после кесарева сечения хорошо выявлено в работе В. А. Покровского и Я. С. Рабиновича. Полная мускуляризация рубца, по их данным, наблюдается в 54%, частичная — в 29% и образование фиброзного рубца — в 17%. Наличие рубцовых изменений на месте бывшего разреза при кесаревом сечении и истончения стенок указывает на необходимость тщательно зашивать маточную рану. Многие авторы под-

черкивают отрицательное действие инфекции и неправильного ведения разреза (скашивания) на заживление маточной раны после кесарева сечения. Вполне понятно, что рубцово измененная стенка также представляет собой *locus minoris resistentiae*. С. М. Миронова (до 1913 г.) собрала из литературы за 135 лет 28 случаев повторных разрывов матки, среди которых было 25 двукратных, 2 — троекратных и в одном случае разрыв повторился 4 раза. У В. И. Ледомского на 128 разрывов имеется 6 повторных. Разрывы после кесаревых сечений описаны рядом авторов. Так, В. И. Ледомский из 128 разрывов отмечает 6 после кесарева сечения. В. Я. Илькевич на 743 кесарева сечения приводит 5 разрывов матки. Л. Н. Полонский (1937) указывает на разрывы матки при последующей беременности и родах после кесарева сечения в 2—4% случаев, а В. Я. Покровский и Я. С. Рабинович на основании литературных данных и собственных наблюдений пришли к заключению, что у каждой десятой женщины из числа перенесших кесарево сечение при последующих родах наступает разрыв матки. В общем же процент разрывов матки после кесарева сечения при последующих самостоятельных родах, по данным различных авторов, колеблется от 2 до 25.

Далеко не безразличным в отношении частоты разрывов является вид разреза матки при кесаревом сечении. Так, по сборной лондонской статистике, после корпоральных разрезов разрывы бывают в 25% последующих родов, а после цервикальных кесаревых сечений — только в 4%, т. е. почти в 6 раз реже. По Шредеру, в 71,15% встречаются разрывы при донном разрезе; на втором месте по частоте стоит классический разрез Зенгера и всего в 0,3% имеют место разрывы матки после шеечного кесарева сечения. Веттервальд (Wetterwald) на 3 600 цервикальных кесаревых сечений отмечает разрывы по рубцу всего в 0,28%. Грунхилл и Блюм (Grunhill and Bloom) в 1929 г. собрали в литературе 12 случаев разрывов матки после шеечного кесарева сечения, а к настоящему времени уже описано сравнительно много подобных случаев.

Таким образом, рубцы после всех видов кесарева сечения могут при последующих беременностях и родах способствовать наступлению разрыва матки; однако наименее опасным является ретровезикальное шеечное

кесарево сечение. Интересен случай Байша: женщина дважды перенесла кесарево сечение — первое с донным разрезом, второе — с ретровезикальным. При третьей беременности произошел разрыв по рубцу в дне, цервикальный же рубец остался цел.

Воспалительные процессы матки, ведущие к пролиферации мышечной ткани и замене ею соединительной, также ослабляют стенки матки и предрасполагают к разрывам (септические воспалительные процессы, гонорройные и пр.). Кроме пролиферативных хронических процессов, придают некоторое значение и острым воспалительным процессам. Так, Иванов впервые указал на значение мелкоклеточной инфильтрации в стенках разорванных маток. Он находил явные скопления лейкоцитов, диффузный лимфоцитоз, тромбоз сосудов, особенно вен, без изменения их стенок и дегенерации миофибрилл. Б. В. Азлецкий сообщает о 3 случаях, когда причиной разрыва матки явился общий сепсис с воспалительными изменениями мышечной стенки матки, возникшими во время родов.

В литературе имеются указания и на то, что общие инфекционные заболевания, понижая сопротивляемость маточной стенки, ведут к разрывам.

Инфантилизм и пороки развития матки, в основе которых лежит слабость маточной стенки, а именно бедность мышечной и относительно большое развитие соединительной ткани, могут предрасполагать к разрыву.

Ряд авторов подчеркивает то обстоятельство, что наличие рубца в матке (после кесарева сечения, перфораций и т. п.), создавая *locus minoris resistentiae*, способствует, кроме того, приращению плаценты в месте рубца с врастанием ворсин хориона в стенку матки, что еще больше ослабляет ее. Александров, В. С. Лисовецкий и др. доказали это микроскопически. В некоторых случаях ворсины могут врастать в брюшной покров и даже разрушать его, приводя к разрыву.

Placenta praevia приводит к истончению стенки матки на месте прикрепления и, кроме того, вследствие сильного кровенаполнения делает тонкостенный нижний сегмент еще менее устойчивым, предрасполагая к разрывам. По Иванову, из 124 случаев разрыва матки в 12 разрыв наступил при предлежании плаценты. Многоплодие и многоводие, повышая внутриматочное давле-

ние и чрезвычайно растягивая стенки матки могут при неполноценности маточной мышцы привести к разрыву матки.

Анализируя причины разрывов матки в наших 262 случаях, мы нашли указания на следующие отклонения, сопутствовавшие разрывам: изменения маточной мышцы в 159 случаях, из них 83 воспалительного характера и 76 — дегенеративного; среди последних — рубцы после кесарева сечения в 29 случаях (в 21 случае донный разрез матки), после разрыва матки — в 4, после аборт — в 12 и после внематочной беременности (при операции иссекали интерстициальные части труб) — в 2 случаях, в 5 случаях имел место общий сепсис с воспалительными изменениями в маточной мышце, возникшими во время родов, в 4 — проедание маточной стенки ворсинками хориона, в 3 — инфантилизм, в 5 — предлежание последа, в 92 — механические препятствия (узкий таз, неправильные положения и предлежания плода и т. п.), в 30 — насильственные разрывы и в 14 случаях отклонения не указаны.

Если же попытаться установить причину разрыва в каждом отдельном случае, то мы получим следующую картину: в 133 случаях, или 50,7%, причиной являются только изменения маточной стенки без других сопутствующих причин (чистые случаи), причем в 74 случаях эти изменения были гистологически проверены и доказаны при разрывах маток, в 5 — общий сепсис с местными изменениями в мышечной ткани матки, в 3 — проедание маточной стенки ворсинами хориона, в 2 — инфантилизм, в 3 — предлежание плаценты, в 44 (16,8%) — механические препятствия, в 30 (11,4%) — насилие, в 29 (11%) — сочетание нескольких причин и в 14 случаях причины или не указаны, или не ясны.

Таким образом, в наибольшем проценте случаев (55,3) причиной разрыва являются изменения маточной стенки.

При гистологических исследованиях стенок матки при разрывах в клиниках Казанского института для усовершенствования врачей и Казанского медицинского института было обнаружено значительное разрыхление мышечных волокон и обильное развитие соединительной ткани при обеднении эластическими волокнами, значи-

гёльное развитие сосудов и их расширение, а также диффузная круглоклеточная инфильтрация.

К. Бронникова наблюдала в толще матки вне разрыва значительное развитие соединительной ткани, местами преобладавшей над мышечными элементами, и бедность эластическими волокнами. Развитие соединительной ткани еще больше выражено в области разрыва при почти полном отсутствии мышечных элементов. В этих же случаях наблюдается дегенерация и местами полный некроз остатков мышечной ткани, утолщение стенок артерий за счет *media* и *intima*, местами с полной облитерацией их просвета, тромбоз вен и переполнение лимфатических сосудов лейкоцитами. В прилежащей к разрыву клетчатке отмечается мелкоклеточная инфильтрация. Н. В. Жилов, В. В. Потеенко, Н. А. Кузьмина, А. Ф. Анисимов, А. П. Николаев и другие отмечают изменения, выражающиеся в сильном развитии соединительной ткани, обеднении мышечными элементами, перерождении миофибрилл, наличии круглоклеточной инфильтрации, изменении стенок сосудов и наличии тромбов в сосудах. В. Н. Власов, А. Я. Блиндер, А. В. Вицкая и Б. В. Азлецкий при гистологических исследованиях обнаружили в области разрыва значительное развитие рубцовой ткани, гиалиновое перерождение мышц, обеднение эластическими волокнами, гнездную воспалительную инфильтрацию и отек миометрия. В. С. Лисовецкий, детально исследовавший матку при разрывах и отметивший довольно однообразную патологогистологическую картину во всех случаях, наряду с уже указанными изменениями в сосудах, констатирует, между прочим, со стороны перимизиа явления отека и реактивного воспаления (в одних случаях — продуктивного, в других — экссудативного), в мышечных элементах мутное набухание протоплазмы и вакуольное перерождение клеток. Он полагает, что отечное состояние тканей матки является следствием тромбоза вен и в качестве явления первичного, основного должно было вызвать альтеративно-атрофические процессы в тканях матки.

После предшествовавших кесаревых сечений (из 29 случаев в 21 имелся донный разрез) разрывы происходили по рубцу; при микроскопических исследованиях в месте разрыва находили фиброзное перерождение стенки матки, а в некоторых случаях (К. Шатерник

и Л. Канторович) — предлежание плаценты к рубцу с глубоким внедрением ворсин и разъеданием рубцовой ткани.

В наблюдавшемся случае Г. А. Майзель у женщины, перенесшей три года назад операцию по поводу внематочной трубной беременности с одновременным вылущением двух миоматозных узлов из передней стенки матки, при последующей беременности произошел разрыв на IV месяце. При исследовании в области разрыва было обнаружено фиброзное перерождение стенки матки с резким истончением ее и глубоким врастанием ворсин хориона, проникших почти до серозного покрова. Толщина рваных краев была 0,5—1 мм.

Ф. В. Абрамович и Г. В. Шор обнаружили истончение маточной стенки на почве старого воспалительного процесса в ней; вместе с тем прорастание ворсин хориона было так ярко выражено, что привело к полному нарушению маточной стенки на VII месяце беременности.

В клинике Казанского института усовершенствования врачей в одном случае разрыва матки ворсины вросли настолько глубоко, что при ручном отделении последа была разорвана стенка матки. Толщина стенки сократившейся матки в месте разрыва была равна 0,6 см.

В общем, согласно нашему материалу, главной причиной разрывов матки являются патологические изменения маточной стенки. В ряде проанализированных нами случаев, за исключением так называемых чистых случаев, где имелась только одна из указанных причин разрыва матки, наблюдалось сочетание этиологических моментов; так, наряду с патологоанатомическими изменениями маточной стенки, в этих случаях имели место и механические препятствия.

Теория Бандля, применимая к тем случаям, в которых имеется несоответствие между тазом и предлежащей частью, а также бурная родовая деятельность, совершенно неприемлема при разрывах во время беременности, в начале родов и при слабой родовой деятельности. Измененная под влиянием тех или других причин маточная стенка не дает возможности развиваться типичным симптомам угрожающего разрыва и рвется раньше, чем по-является описанная Бандлем картина. Если же имеется

одновременно механическое препятствие и изменение маточной стенки, то механическое препятствие нужно рассматривать как фактор выявляющий, а изменение стенки — как фактор предрасполагающий; сочетанное действие их при надлежащих условиях приводит к разрыву. Можно полагать, что при сочетании структурных изменений в маточной мышце и механического препятствия для родоразрешения патологоанатомические изменения маточной стенки имели большое, а часто и решающее значение в происхождении разрыва матки.

Только механическое препятствие для родоразрешения без других сопутствующих причин лишь в небольшом числе случаев приводит к разрыву матки при соответствующих условиях (бурная родовая деятельность, неизменная здоровая стенка матки); так, по нашим данным, на 262 случая механическое препятствие (узкий таз, неправильное положение и предлежание плода и т. п.) привело к разрыву всего в 16,8%.

Глава III

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ МАТКИ

Принято различать разрывы самопроизвольные, происходящие без внешнего воздействия, и насильственные, возникающие в результате постороннего вмешательства во время родов или грубой травмы в период беременности.

Самопроизвольные разрывы матки могут иметь различный характер. Если в результате механического препятствия для родоразрешения здоровые ткани маточной стенки подвергаются чрезмерному растяжению и это приводит к разрыву, то такой самопроизвольный разрыв матки будет механическим и является типичным. Наоборот, возникновение разрыва в результате патологических структурных изменений в маточной мышце протекает атипично. Однако наиболее часто встречается комбинированная (механическо-гистопатическая) форма самопроизвольного разрыва матки; разрыв в этих случаях происходит от совместного действия двух факторов: механического препятствия для родоразрешения и патологического изменения маточной стенки (мышцы). Эти разрывы матки протекают атипично; картина разрыва зависит от того, какой из упомянутых факторов преобладает. При относительно незначительных изменениях маточной мышцы и несоответствии между предлежащей частью и тазом разрыв матки по своему течению будет приближаться к типичным разрывам механического характера, при преобладании же патологических изменений маточной мускулатуры разрыв будет носить характер гистопатического.

Самопроизвольные разрывы матки встречаются чаще, чем насильственные. В. И. Ледомский на 128 всех наблюдавшихся им случаев разрывов имел 99 самопроиз-

вольных; В. Михайлов—из 98 — 60, у нас из 262 случаев разрывов матки в 232 (88,6%) отмечались самопроизвольные разрывы.

Насильственные разрывы матки чаще всего возникают в результате добавочного растяжения нижнего сегмента при постороннем вмешательстве во время родов. Такой разрыв может возникнуть во время акушерской операции, произведенной при отсутствии надлежащих акушерских условий и наличии противопоказаний к ней или же при грубом и неумелом оперировании. Обычно подобные разрывы матки возникают в результате поворота на ножку или попытки поворота при запущенном поперечном положении плода, а также при наложении высоких щипцов, особенно при некотором несоответствии головки размерам таза.

Неумелое применение питуитрина, вызывающего бурную родовую деятельность, может при несоответствии головки и таза или при неполном раскрытии маточного зева также привести к насильственному разрыву матки.

Легче всего возникают насильственные разрывы при угрожающем разрыве матки, если при этом грубо производится влагалищное исследование или применяется акушерская операция без глубокого наркоза.

В царской России акушерская помощь была организована чрезвычайно плохо, и в сельских местностях наблюдались многочисленные насильственные разрывы при вмешательстве бабок во время родов. Этот вид насильственных разрывов при советской системе родовспоможения не может иметь места и теперь уже не встречается.

Насильственный разрыв травматического характера может произойти вследствие грубой травмы (удар в живот, падение на живот и т. п.) и при отсутствии родовой деятельности.

Таким образом, насильственные разрывы матки можно разделить на разрывы, происходящие от постороннего вмешательства при перерастяжении нижнего сегмента, и разрывы, возникающие от воздействия грубой травмы.

На нашем материале из 30 насильственных разрывов в 8 случаях причиной явился поворот при запущенном поперечном положении; в одном — поворот по Бракстон-Гиксу, в одном — наложение щипцов, в одном — выжимание плода по Кристеллеру, в одном — ручное отделение последа, в 9 случаях — вмешательство бабок, из них

в 5 случаях при поперечных положениях плода, в 4 — травма, в 5 — применение питуитрина.

Анализируя цифры, приводимые различными авторами, и данные своего материала, мы отметили значительное снижение количества насильственных разрывов на протяжении последних 60 лет.

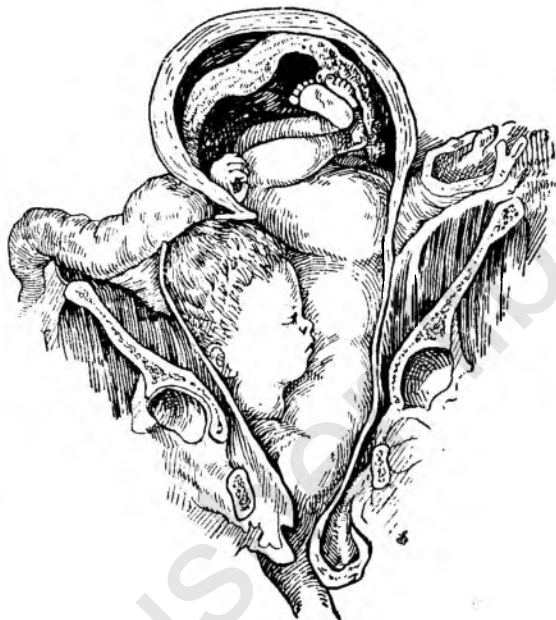


Рис. 1. Полный разрыв матки в нижнем сегменте.

Резкое снижение количества насильственных разрывов—с 55,6% (Иванов), до 5,6% (Л. С. Персианинов)—можно объяснить улучшением организации родовспоможения, повышением квалификации врачей и акушерок, уменьшением рискованных операций (высокие щипцы, поворот при запущенных поперечных положениях и т. п.). И здесь ярко отразились преимущества системы советского родовспоможения. Различают полные (сквозные) разрывы, проникающие через все слои маточной стенки (рис. 1 и 2), и неполные, непроникающие.

При неполных разрывах обычно разрывается слизистая и мышечная оболочка, а брюшинный покров остается

ненарушенным (рис. 3). Неполный разрыв может захватывать слои маточной стенки на небольшую глубину, а иногда имеется лишь трещина (надрыв) маточной стенки. У нас из 262 разрывов было 24 неполных.

По клиническому течению разрывы матки разделяются на угрожающие, начавшиеся и совершившиеся. Поня-

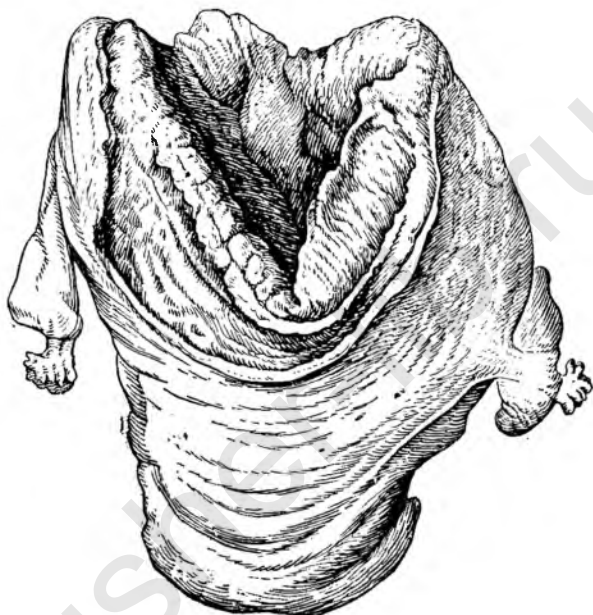


Рис. 2. Полный разрыв матки в области дна.

тие, угрожающий разрыв матки, означает состояние, когда ни разрыва матки, ни надрывов (трещин) в ее стенке еще не произошло. Начавшийся разрыв характеризуется наличием надрыва тканей маточной стенки, захватывающего поверхностные ее слои и не проникающего через всю толщу мышечного слоя.

Совершившийся разрыв матки бывает двух видов: или разрыв захватывает все слои маточной стенки и проникает в брюшную полость (встречается чаще), или при разрыве слизистой и мышечной оболочки матки разрыв проникает в межсвязочное пространство — между листками широких связок.

Разрывы матки наблюдались главным образом в нижнем сегменте. У В. И. Ледомского из 128 разрывов 97 были в нижнем сегменте, у нас из 262 в нижнем сегменте было 199, в дне — 25, в теле матки — 16, в теле и шейке — 9, в 6 случаях имелся отрыв сводов влагалища и в 7 случаях локализация осталась невыясненной.

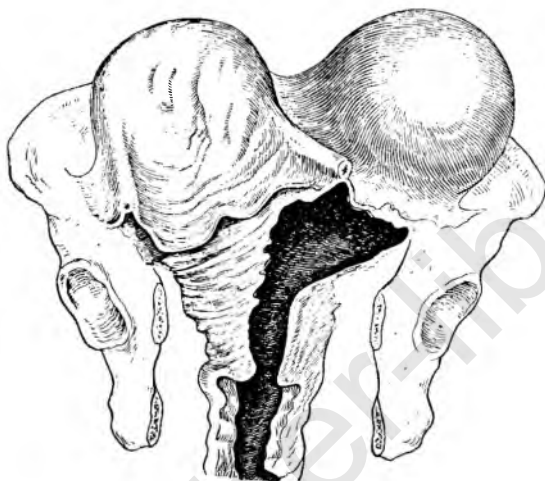


Рис. 3. Неполный разрыв матки с кровотечением из влагалища и большой левосторонней внутрисвязочной гематомой (де Ли).

Разрывы происходят в продольном, поперечном и зигзагообразном направлении. В. Иванов указывает, что насильственные разрывы в большинстве случаев бывают продольными, а спонтанные — зигзагообразными или поперечными. Из 262 наших случаев в 162 были продольные разрывы, в 72 — поперечные, в 9 — косые, в 8 — зигзагообразные, сложный ход установлен в 4 случаях и направление не выяснено в 7 случаях. При этом из 30 насильственных разрывов было 19 продольных, 9 поперечных, сложный ход имел место в одном случае, и направление не было указано тоже в одном случае.

Большинство разрывов располагается по передней стенке или сбоку, притом чаще слева. У В. И. Ледомского из 97 разрывов нижнего сегмента было 43 боковых

(чаще слева), 30 — по передней стенке, 4 — сзади, 9 — комбинированных со сложным ходом и в 11 случаях наблюдался солporoghexis. В наших 262 случаях разрывы располагались так: на передней стенке—84, на задней—14, сбоку — 122 (из них 71 слева), в дне — 25, комбинированных со сложным ходом 4; в 6 случаях имелся отрыв сводов влагалища и в 7 случаях направление разрывов не указано.

Мы рекомендуем следующую классификацию разрывов матки:

I. По патогенетическому признаку

1. Самопроизвольные разрывы матки:

- | | |
|---|-------------|
| 1) механические (при механическом препятствии для родоразрешения и здоровой маточной стенке); | } типичные |
| 2) гистопатические (при патологических изменениях маточной стенки); | |
| 3) механическо-гистопатические (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки). | } атипичные |

2. Насильственные разрывы матки:

- 1) травматические (от грубого вмешательства во время родов при отсутствии перерастяжения нижнего сегмента или во время беременности и родов от случайной травмы);
- 2) смешанные (от внешнего воздействия при наличии перерастяжения нижнего сегмента матки).

II. По клиническому течению

1. Угрожающий разрыв.
2. Начавшийся разрыв.
3. Совершившийся разрыв.

III. По характеру повреждения

1. Трещина (надрыв).
2. Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость).
3. Полный разрыв (проникающий в брюшную полость).

IV. По локализации

1. Разрыв в дне матки.
2. Разрыв в теле матки.
3. Разрыв в нижнем сегменте.
4. Отрыв матки от сводов влагалища.

Глава IV

ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ

При разрывах матки, как полных, так и неполных, встречается ряд сопутствующих осложнений. В. И. Ледомский, например, из 128 случаев разрывов отмечает в 41 повреждение широких связок с отслойкой брюшины (иногда до почечной области), разрыв маточной артерии — в 6, круглой связки — в 3, разрыв мочевого пузыря — в 6 и выпадение внутренностей — в 8, из них в 5 — выпадение кишок. Мы на 262 случая имели: повреждение широких связок с отслойкой брюшины в 48 (из них в 9 до почечной области), разрыв маточной артерии — в 4, круглой связки — в 2, слепой кишки — в одном, мочевого пузыря — в 9, выпадение внутренностей — в 3.

Разрывы, представляя грозное осложнение родов, дают высокую летальность матерей и особенно детей. Матери гибнут от кровотечения и шока или же от последующей инфекции; плоды погибают от асфиксии главным образом вследствие отслойки последа при неродившемся плоде.

Глава V

ДИАГНОСТИКА УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ

В руководствах по акушерству картины угрожающего разрыва матки обычно описывают так: у роженицы, имеющей пространственные несоответствия таза и предлежащей части, при затянувшихся родах и бурной родовой деятельности после отхождения вод, развиваются явления перерастяжения нижнего сегмента. Матка вытянута в длину, дно ее отклонено вправо. Контракционное (ретракционное) кольцо на уровне пупка или выше, матка принимает форму песочных часов (рис. 4). Верхняя часть матки, сильно сократившаяся, плотная, четко контурируется и располагается в области одного из подреберьев, обычно правого; нижний отдел матки имеет более широкую и несколько расплывчатую форму. Круглые связки, особенно левая, напряжены и болезненны. При пальпации живота в области нижнего сегмента матки определяется напряжение и резкая болезненность. Вследствие болезненности не удается определить части плода, тело которого почти целиком располагается в перерастянтом нижнем сегменте матки. При влагалищном исследовании обнаруживается отсутствие плодного пузыря, полное открытие зева, а высоко над входом или во входе в таз — предлежащая часть. В части случаев, несмотря на высокое стояние головки, все влагалище бывает занято большой головной опухолью. При поперечных положениях плода влагалище заполнено вколотившимся плечиком. При ущемлении губы маточного зева между стенкой таза и вколоченной головкой отмечается выраженный отек губы зева, которая в виде мягкой, багрово синей лопасти свешивается в просвет влагалища.

Бурные схватки, следуя одна за другой, принимают наконец, судорожный характер; матка не расслабляется

и вне схваток. Роженица чрезвычайно беспокойна, чувствует в животе распирающую боль, хватается руками за живот, просит вынуть ребенка, кричит на все отделение не только при схватках, но и в паузы, не поддается никаким увещаниям. Лицо у нее покрасневшее, язык и губы сухие, в глазах страх, пульс учащен, температура повышена. Из влагалища появляются кровянистые выделения. Ухудшается или исчезает сердцебиение плода.



Рис. 4. Угрожающий разрыв матки (Брауде).

Это — классическая картина угрожающего разрыва матки. При отсутствии своевременной помощи в таких случаях наступает разрыв. Проф. В. С. Груздев говорит: «Если узнаем из анамнеза, что роды у данной женщины длятся долго, а при объективном исследовании находим причину, мешающую изгнанию плода (узкий таз, поперечное положение и т. п.), если, далее, маточные схватки носят отчетливо выраженный судорожный характер, матка имеет форму песочных часов, кольцо сокращения выражено резко и стоит высоко, нижний сегмент сильно

растянут и болезнен, то близость разрыва стоит вне сомнения» (рис. 5).

Такая картина угрожающего разрыва, приводимая в руководствах по акушерству, соответствует механизму разрыва матки, описанному Бандлем; подобные разрывы и получили название бандлевских.

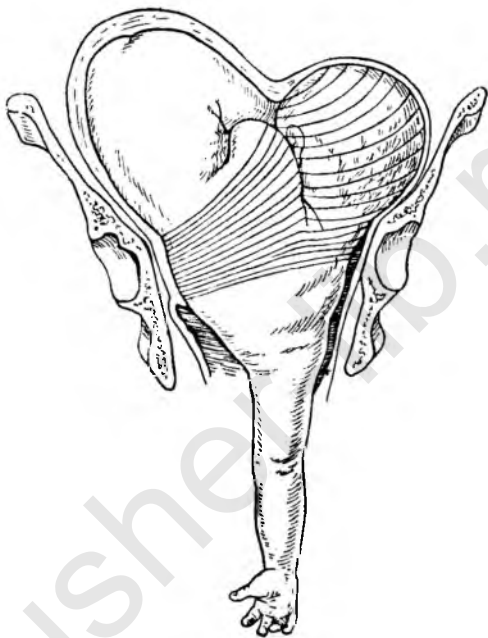


Рис. 5. Чрезмерное растяжение нижнего сегмента при запущенном поперечном положении (Бумм).

Классическая картина угрожающего разрыва матки настолько типична и ясна, что ее нельзя не заметить, и происшедшие разрывы в этих случаях объясняются лишь отсутствием наблюдения за течением родов или акушерской неграмотностью врачей и среднего медицинского персонала, ведущих роды.

В сообщениях различных отечественных авторов о разрывах матки угрожающий разрыв с типичной картиной, описанной Бандлем, за последнюю четверть века

встречается все реже и реже. Несомненно, что уменьшение количества бандлевских разрывов зависит от системы советского родовспоможения и связано с развитием сети женских консультаций, увеличением числа родильных коек, медицинской помощью при родах, своевременной диагностикой и квалифицированной акушерской помощью при несоответствиях между величиной плода и тазом матери или при неправильных положениях и предлежаниях плода.

В результате проводимых мероприятий акушеры предотвращают разрыв матки.

При просмотре историй родов акушерской клиники Казанского института для усовершенствования врачей за период с 1937 по 1941 г. оказалось, что на 18 950 родов угрожающий разрыв матки был диагностирован в 11 случаях, причем в 9 из них своевременно принятыми мерами (кесарево сечение, плодоразрушающие операции) разрыв матки был предупрежден; две же роженицы поступили с бурной картиной угрожающего разрыва, уже перешедшего в момент приема в клинику в совершившийся.

Среди наших 262 случаев угрожающий разрыв матки был диагностирован в 15 случаях, неясные признаки угрожающего разрыва имели место в 16 случаях. Можно думать, что часть случаев была просмотрена из-за плохого наблюдения.

В большинстве же случаев, надо полагать, врачи и акушерки, проводившие роды, даже, опасаясь разрыва, ожидали увидеть типичную картину бандлевского угрожающего разрыва, а эта картина встречается далеко не во всех случаях. Более того, при современной организации родовспоможения в нашей стране, как уже указывалось, бандлевские разрывы должны и будут встречаться все реже и реже. К сожалению, наши авторы основных руководств по акушерству, излагая диагностику угрожающего разрыва матки, основное внимание уделяют бандлевским разрывам, не акцентируя внимание на другой симптоматологии. Они не учитывают, что количество бандлевских разрывов резко уменьшилось, и забывают учение Я. В. Вербова, усматривавшего основную причину разрывов в патологических изменениях матки.

В руководствах по акушерству имеются указания на атипичные разрывы матки, но они рассматриваются как

исключение, что далеко не верно. Кроме того, относительно данных разрывов в учебниках обычно указывают, что они протекают незаметно или наступают без предвестников, так внезапно, что симптомы появляются уже после того, как произошел разрыв. В учебнике акушерства К. К. Скробанского, по которому учатся ряд лет студенты и врачи, после симптомов типичного (бандлевского) угрожающего разрыва (стр. 259, изд. 1946 г.) указано: «Наблюдаются разрывы матки, при которых приведенная картина и симптомы, предшествующие разрыву, могут почти совершенно отсутствовать», а дальше следует симптоматика происшедшего разрыва. И. Л. Брауде в своей монографии «Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии» (стр. 64—65) пишет: «Типичный разрыв матки встречается довольно редко...», и далее: «Таким образом, угрожающий разрыв только в некоторых случаях сопровождается ясными симптомами, в значительной же части случаев подготавливающийся разрыв вовсе не дает симптомов или они так неясны, что угроза разрыва может быть и не замечена врачом». По Б. В. Азлецкому, «бессимптомный» разрыв имеет место в 53,8% случаев.

В результате широкие массы врачей в соответствующих подозрительных случаях ожидают при родах бандлевских разрывов, а все происходящие разрывы, помимо этого, являются для них неожиданными и попадают в рубрику «бессимптомных».

По поводу так называемых бессимптомных разрывов матки на 3-м пленуме Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и РСФСР (апрель 1950 г.) ведущие акушеры Советского Союза ясно и четко указали, что бессимптомно протекающих разрывов матки не существует. Учение о «бессимптомных» разрывах путает широкие массы врачей и акушерок. Многие руководители акушерских школ, воспитывающие студентов и врачей, оказавшись в плену у бандлевской догмы, совершенно незаслуженно обходили учение нашего соотечественника Я. В. Вербова о причине разрывов матки, не разрабатывали творчески далее это учение, не учитывали изменившихся условий в системе родовспоможения и продолжали десятками лет пересказывать Бандля. В известной степени это объясняется относительной редкостью разрывов матки при

родах. Все вместе взятое мешало вполне возможной ликвидации такой тяжелой формы травматизма женщины в родах, как разрывы матки.

Причину редкого диагностирования типичного угрожающего разрыва матки в тех случаях, когда разрыв перешел уже в совершившийся, нужно искать в этиологических моментах, приводящих к разрыву.

По данным нашего материала, на 262 случая причинами разрыва матки явились: несостоятельность (изменения) маточной стенки в 55,4%, механические препятствия для родоразрешения (узкий таз, неправильные положения и предлежания плода и т. п.) — в 16,8%, насилие — в 11,4%, сочетание нескольких причин (изменения маточной стенки и механические препятствия) — в 11%, в 5,4% случаев причины были не ясны и не указаны.

Картина угрожающего разрыва будет ярко выражена при механическом препятствии, бурной родовой деятельности и здоровой, неизменной маточной стенке (бандлевские разрывы).

При патологических изменениях маточной стенки симптомы угрожающего разрыва будут вариировать в зависимости от характера и силы этих изменений. В одних случаях будет наблюдаться большинство симптомов, но слабее выраженных, чем при бандлевских разрывах, в других — будут налицо лишь отдельные признаки, и, наконец, только при резко выраженных изменениях стенки матки, когда ткани «расползаются», разрыв наступает внезапно.

Наличием среди нашего материала (в большинстве случаев) патологических изменений маточной стенки вполне объясняется то положение, что бандлевский разрыв диагностирован всего в 15 случаях из 262; в остальных случаях общеизвестная картина угрожающего разрыва не имела места или же наблюдались только ее отдельные симптомы (16 случаев).

Можно, однако, думать, что во многих случаях угрожающий разрыв не был диагностирован, хотя отдельные симптомы и наблюдались, так как врач или акушерка, проводившие роды, не видя выраженной картины бандлевского разрыва, не учли появления отдельных симптомов и просмотрели угрозу разрыва, а затем совершившийся разрыв матки был отнесен к бессимптомным.

Я. В. Вербов (1911), усматривая причину разрыва матки в хрупкости патологически измененной мышцы, считал, что разрыв не имеет предвестников и судорожные боли указывают уже на начавшийся разрыв, являясь ответом матки на раздражение, идущее из возникающей раны надрыва патологически измененных тканей. Есть все основания считать, что судорожные боли появляются при начавшемся разрыве матки. Еще Груздев писал: «Судорожные боли есть указание на то, что ткани не выдержали и начали расползаться». В нашем материале в 6 случаях при кесаревом сечении, предпринятом для предупреждения разрыва, находили уже совершившийся разрыв (Я. В. Вербов, С. М. Миронова, В. Н. Власов, Л. С. Персианинов). Е. А. Майзель (1939) сообщает о случае, когда при ягодичном предлежании имелась полная картина типичного угрожающего разрыва; во время лапаротомии обнаружен разрыв матки, причем от передней стенки нижнего сегмента осталась лишь истонченная брюшина, и матка держалась только на своей задней стенке.

В 3 случаях при запущенном поперечном положении и полной типичной картине угрожающего разрыва, по Бандлю, автор также обнаружил совершившийся разрыв. Для иллюстрации приводим краткие выдержки из истории болезни двух наблюдавшихся нами больных.

Случай 1. Многорожавшая. Роды двойней. Первый плод родился дома. Доставлена в больницу после того, как выпала ручка второго плода. Роженица беспокойна, схватки частые, матка не расслабляется и во время паузы, контракционное кольцо на один поперечный палец выше пупка. Нижний сегмент напряжен и болезнен. Из влагалища свисает отечная ручка плода и вытекает кровянистая жидкость. Под глубоким наркозом произведена очень осторожно эмбриотомия (удаление внутренностей, рассечение позвоночника). При внутреннем исследовании обнаружен отрыв переднего свода влагалища.

Случай 2. Многорожавшая. Запущенное поперечное положение плода. Выраженная картина типичного угрожающего разрыва матки. Дан глубокий наркоз. Произведена с большой осторожностью эмбриотомия. При внутриматочном обследовании обнаружен полный разрыв матки с одновременным отрывом влагалищного свода.

За последнее время появилось стремление разграничивать симптомы угрожающего, начавшегося (И. Ф. Жорданиа, 1950) и совершающегося разрыва матки (А. П. Николаев, 1950). Начавшийся разрыв характеризуется кар-

тиной наиболее выраженного угрожающего разрыва матки с наложением новых симптомов, зависящих от надрыва тканей маточной стенки.

В огромном большинстве случаев промежуток времени от появления симптомов начавшегося разрыва до момента разрыва матки исчисляется минутами и даже секундами.

Я. В. Вербов, как показывают многочисленные данные наблюдений различных авторов, в том числе и наши собственные, совершенно не прав, отрицая симптоматику угрожающего разрыва матки при наличии механического препятствия для родоразрешения. Но симптомы угрозы разрыва будут, как нами и указывалось, видоизменяться в зависимости от состояния маточной мышцы, ее полноценности или наличия патологических ее изменений. Картина угрожающего разрыва матки будет ярко выражена при наличии механического препятствия для родоразрешения, бурной родовой деятельности и неизменной маточной стенки (бандлевские разрывы). Иное положение наблюдается при патологических процессах в маточной мышце. Измененная маточная стенка под влиянием тех или иных причин не даст возможности развиваться всем симптомам угрожающего разрыва. В подобных случаях и нельзя ожидать появления полной, выраженной картины типичного угрожающего разрыва матки.

Совокупность патологических изменений маточной стенки и механического препятствия для родоразрешения, хотя бы и незначительного, особенно предрасполагает к разрыву матки. В этих случаях механическое препятствие будет фактором выявляющим, а изменение маточной стенки — фактором, предрасполагающим к разрыву.

Диагностика атипично протекающего угрожающего разрыва матки требует внимательного изучения анамнеза и постоянного, тщательного наблюдения за течением родового процесса. Если в анамнезе имеются указания на разрывы матки, операции на матке (кесарево сечение, энуклеация фиброматозных узлов и т. п.), перфорации при абортах, воспалительные заболевания, патологические роды (оперативное родоразрешение, ручное отделение последа) или длительные «трудные» роды, то от врача требуется особое внимание. Необходимо продумать вопрос о полноценности матки в каждом отдельном случае, взять такую беременную или роженицу под особый,

строгий контроль, во время родов путем тщательного наблюдения постараться улавливать факты и симптомы, которые заставляют думать о возможности угрожающего разрыва матки.

Часто в подобных случаях имеет место не бурная, а слабая родовая деятельность, зависящая от патологически измененной маточной стенки. «Не сила, а слабость есть источник разрыва», — писал А. В. Вербов. Затяжные, вяло протекающие роды у повторнородящей после отхождения вод всегда должны вызывать настороженность у врача, особенно при появлении несоответствия между головкой и тазом. Жордания (1950), располагая большим материалом, указывает, что средняя продолжительность безводного промежутка в случаях разрывов матки исчислялась в 35 часов, причем в 45% случаев он продолжался свыше суток. Период изгнания продолжительностью свыше 5 часов имел место в 47%, а свыше 12 часов (до 48 часов) — в 19%. По данным Жордания, разрыв чаще всего наблюдался при родах крупным плодом после отхождения вод у многорожавших женщин.

Практика показывает, что врачи недоучитывают опасность родов у многорожавших женщин, узнав из анамнеза о благополучно протекавших предыдущих родах. Нередко при тщательном расспросе об имевшихся благополучно закончившихся родах выясняется, что роды были длительными, «трудными», хотя и закончились самопроизвольно рождением живого плода. В таких случаях можно думать об известной неполноценности матки, пострадавшей при предыдущих родах. К этому присоединяется второй отягощающий момент у повторнородящих, а именно наличие более крупных плодов при последующих беременностях.

Поэтому у повторнородящих, благополучно рожавших ранее, не исключена возможность несоответствия между головкой и тазом. Эти два момента — известную неполноценность матки у многорожавших и увеличение плода при каждой беременности — всегда необходимо помнить. В тех же случаях, когда имеется хотя бы незначительное уменьшение анатомических размеров таза возможность угрозы разрыва резко возрастает.

Болезненные схватки, вызывающие беспокойство роженицы при объективно слабых сокращениях матки, яв-

ляются одним из симптомов угрожающего разрыва. Непроизвольная и безрезультатная потужная деятельность при высоко стоящей головке является важным и довольно часто встречающимся признаком угрожающего разрыва матки. Этот симптом отмечен нами при изучении нашего материала и при наблюдениях над роженицами: на него указывает ряд авторов (Беляев, В. Н. Власов, Б. В. Азлецкий, И. Ф. Жордания, А. П. Николаев). Появление выпячивания или припухлости над лоном, отмеченное А. Я. Блиндером и неоднократно наблюдавшееся нами, указывает на угрозу разрыва матки. Оно является следствием отека клетчатки вокруг мочевого пузыря. Нередко врачи принимают эту выпячивающуюся припухлость над лоном за переполненный мочевой пузырь и безрезультатно производят катетеризацию мочевого пузыря.

При угрожающем разрыве матки имеет место перерастяжение мочевого пузыря, распластанного на перерастянутом нижнем сегменте матки, затрудненное мочеиспускание. За контракционное кольцо может быть принята верхняя граница перерастянутого мочевого пузыря.

В сомнительных случаях катетеризация мочевого пузыря быстро разрешает вопрос; кроме того, следует учитывать, что переполненный мочевой пузырь вытянут в длину и имеет небольшую ширину, а контракционное кольцо вытянуто в ширину и имеет косое направление.

Болезненность внизу живота, напряжение нижнего сегмента, наличие контракционного (вернее — ретракционного) кольца облегчают диагноз угрожающего разрыва матки.

К признакам начавшегося разрыва матки обычно относятся, помимо указанных выше симптомов, резко болезненные схватки судорожного характера, появление кровянистых выделений из родовых путей, примесь крови в моче. Плод, если он не погиб ранее, начинает обнаруживать признаки нарастающей асфиксии, производит очень активные движения.

Жордания, по нашему мнению, удачно систематизировал симптомы угрожающего и начавшегося разрыва матки. Привожу его схемы.

«1. Симптомы угрожающего разрыва матки, т. е. состояния, когда ни разрыва матки, ни

надрывов в ее стенке еще не произошло. К ним мы относим:

- 1) частые и болезненные, но не судорожные схватки;
- 2) наличие контракционного кольца, сопровождающегося болезненностью нижнего сегмента;
- 3) перерастяжение мочевого пузыря, затрудненное мочеиспускание;
- 4) отек шейки матки, постепенно распространяющийся на влагалище и наружные половые органы при фиксированной в малом тазу подлежащей части;
- 5) произвольную и непродуктивную потужную деятельность при подвижной над входом головке.

II. Симптомы начавшегося, но не завершившегося разрыва матки. К ним мы относим:

- 1) перечисленные выше симптомы (в различных их сочетаниях);
- 2) резко болезненные схватки с выраженным судорожным характером;
- 3) наличие сильной болезненности живота вне схваток или потуг, общее возбужденное состояние роженицы, громкий крик, испытываемое ею чувство сильного страха, нередко сопровождающегося расширением зрачков и т. п. (эректильная фаза рефлекторной формы шока, вызванного раздражениями со стороны поврежденной матки);
- 4) кровянистые выделения из матки (через влагалище) в небольшом количестве;
- 5) примесь крови в моче;
- 6) выпячивающаяся припухлость над лоном;
- 7) ухудшение состояния плода: замедление (или, наоборот, ускорение) и приглушение сердечных тонов, очень активные его движения и др.».

Данная симптоматика может быть основой для диагностики угрожающего и начавшегося разрыва матки, но всегда следует иметь в виду, что одновременно все симптомы наблюдаются редко, может быть лишь часть их в различных сочетаниях. Симптомы будут выражены тем слабее, чем больше изменена маточная стенка (мышца); картина угрожающего разрыва матки в подобных случаях менее отчетлива, без бурного течения. При неизменной маточной стенке, механическом препятствии для родоразрешения и бурной родовой деятельности после отхождения вод разовьется типичная картина угрожаю-

шего разрыва матки, которую диагностировать просто и легко (бандлевские разрывы).

Изучение наших данных, разбор случаев разрыва матки на комиссии родовспоможения, на городских и межрайонных конференциях акушеров-гинекологов в Татарской автономной республике показывают, что в огромном большинстве случаев имелись те или иные признаки атипичного разрыва матки, но они не были учтены (ожидали бандлевского разрыва), и разрыв совершился.

Труднее предупредить разрыв матки при резких и обширных структурных изменениях в мускулатуре матки, возникших после перенесенных операций или тяжелых травм и воспалений. Разрыв матки в подобных случаях может произойти в первом периоде родов, в самом начале родовой деятельности, а в редких случаях — и при беременности. Наступает разрыв матки в указанных случаях незаметно; патологически измененная маточная стенка не разрывается, а как бы «расползается» и симптомы появляются, когда разрыв уже произошел. Такие разрывы матки можно наблюдать при родах после бывшего кесарева сечения с плохим заживлением разреза матки, при родах после бывшего разрыва матки или обширных перфораций при абортах и т. п. В этих случаях симптомов в обычном понятии слова нет, и разрыв часто называют бессимптомным.

Однако это не совсем правильно. Разве явная неполноценность маточной стенки не является указанием на угрозу разрыва? В этом случае нужно суметь предвидеть, предугадать разрыв матки и своевременно его предупредить, не выжидая появления симптомов, которых может и не быть.

Личные наши наблюдения и изучение большого числа историй родов с разрывами матки показывают, что бессимптомные разрывы по рубцу после кесарева сечения, обычно происходят при плохом заживлении рубца на матке. О неполноценности рубца на матке можно судить, исходя из данных о длительном лихорадочном послеоперационном течении, о наличии послеоперационных воспалительных процессов в малом тазу и обширных нагноениях брюшной раны. Разрыв наступает чаще всего при первых схватках или в последние дни беременности в результате повышения внутриматочного давления.

В тех случаях, когда рубец на матке не дает больших оснований сомневаться в его прочности, мы обычно и не наблюдали разрыва матки до родов. Разрыв матки при родах в подобных случаях наступает при наличии механического препятствия для родоразрешения. Преодолевая это препятствие, матка развивает усиленную деятельность и может разорваться в области рубца скорее, чем матка с неизменной мускулатурой. Симптомы подобных разрывов по рубцу почти совершенно не изучены. Н. Н. Письменный и Я. Н. Полонский отмечают, что появление при родах болей в области рубца после кесарева сечения следует считать признаком угрожающего разрыва. Фукс на 5 случаев повторного кесарева сечения, предпринятого при наличии болей в области рубца, обнаружил в одном случае растяжение рубца угрожающего характера, а в другом — грыжеподобное выпячивание.

Врач, ведущий роды, часто стоит перед задачей, как предупредить разрыв матки, если ее стенки патологически изменены. Симптомокомплекса Бандля здесь ожидать не приходится и следует учитывать другие данные и прежде всего состояние маточной стенки.

Что делать врачу, если он видит перед собой роженицу, перенесшую в прошлом кесарево сечение? Течение родов после ранее перенесенного кесарева сечения, по данным В. А. Покровского и Я. С. Рабиновича, в 10% случаев сопряжено с опасностью разрыва матки, причем выраженных симптомов угрожающего разрыва обычно не наблюдается.

Г. Г. Гентер считает допустимым консервативное ведение родов после бывшего кесарева сечения, если оно было предпринято по поводу эклампсии, предлежания последа или выпадения пуповины; если же операция была произведена из-за узкого таза или угрожающего разрыва матки, то показано повторное кесарево сечение.

В русских статистиках и особенно в иностранных приводятся многочисленные данные о повторных кесаревых сечениях. По сообщениям Я. Н. Полонского (1946) только в 51,4% случаев беременность после кесарева сечения заканчивается самопроизвольными родами, а в 33,3% применяется повторное кесарево сечение и в 15,3% — влагалищные операции. Я. Н. Полонский и другие авторы указывают, что роды *per vias naturales* после перене-

сенного кесарева сечения ведут к увеличению числа родоразрешающих операций, обычно применяемых при появлении болезненности в области рубца или его растяжении.

И. Л. Брауде полагает, что при наличии рубца после кесарева сечения можно предвидеть возможность разрыва матки, если прочность рубца в матке возбуждает сомнение (длительный лихорадочный послеоперационный период, воспалительные процессы в клетчатке или брюшине и т. п.).

Неполноценность маточной стенки в результате патологических родов с последующими воспалительными заболеваниями, многочисленных аборт, особенно сопровождавшихся повторными выскабливаниями или воспалительными процессами, операций на матке и т. п. должна строго учитываться и рассматриваться как фактор, предрасполагающий к разрыву матки. В наших данных на 262 случая разрывов матки по анамнестическим сведениям у 106 женщин в прошлом были патологические роды (из них у 29 было произведено кесарево сечение и у 4 — зашивание разрыва матки), у 68 — аборт (у 51 — искусственные и у 17 — самопроизвольные), чаще всего многократные, 6 женщинам были произведены операции на матке (удаление фиброматозных узлов и др.) и у 34 женщин, кроме того, имели место длительные воспалительные заболевания матки и придатков. Таким образом, в 214 случаях из 262 имелся отягощенный анамнез.

Особенно важно учитывать несостоятельность маточной стенки при механическом препятствии к родоразрешению, хотя бы и нерезко выраженном. В подобных случаях наличие неполноценной матки и задержка по тем или другим причинам (узкий таз, крупный плод и др.) продвижения плода при полном открытии зева и отошедших водах, являясь моментами, указывающими на угрозу разрыва матки, должны, по нашему мнению, заставить врача решиться на оперативное родоразрешение, чтобы устранить опасность надвигающейся катастрофы, не дожидаясь появления картины угрожающего разрыва по Бандлю, которая обычно в этих случаях и не возникает.

Ведение родов после предшествовавшего кесарева сечения необходимо строго индивидуализировать. Если кесарево сечение было произведено не в результате выявив-

шегося несоответствия таза и предлежащей части (узкий таз, крупный плод, угрожающий разрыв матки), а по поводу эклампсии, предлежания плаценты, выпадения пуповины и т. п. и послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, роды можно вести консервативно, тщательно наблюдая за роженицей и своевременно принимая соответствующие меры при выявившихся признаках несоответствия предлежащей части и таза или при затянувшемся периоде изгнания. Необходимо при этом помнить, что нужно также учитывать вид разреза матки при кесаревом сечении. Чаще всего разрывы происходят при донном разрезе, второе место по частоте разрывов по рубцу занимает продольный разрез тела матки и менее всего разрывов бывает по рубцу после кесарева сечения в нижнем сегменте матки. Повидимому, имеет значение и срок наступления беременности после произведенного кесарева сечения. При интервалах не менее 2—3 лет рубец более прочный.

В тех случаях, когда рубец после кесарева сечения не вызывает сомнений, но имеется выраженное несоответствие предлежащей части и таза, следует, по нашему мнению, произвести повторное кесарево сечение при первых схватках.

Особое внимание должно быть обращено при явно неполноценном рубце на матке. Это обычно имеет место при плохом заживлении рубца после кесарева сечения, осложнившегося воспалительными процессами в тазу, с длительным лихорадочным течением после бывших разрывов матки, излеченных консервативными методами или ушитых при обширном размождении ткани. Такие беременные должны быть, по нашему мнению, госпитализированы за 2—3 недели до срока родов. Повторное кесарево сечение в подобных случаях следует производить, не дожидаясь родовой деятельности, за 7—10 дней до срока родов. К этому заключению мы пришли при изучении наших материалов и анализе случаев разрывов матки по рубцу после кесарева сечения. Иллюстрацией к данному положению могут служить 3 случая разрыва матки по рубцу после кесарева сечения, наблюдавшиеся в 1950 г. в Казани.

Во всех трех случаях после классического кесарева сечения с разрезом по передней стенке матки имел место длительный лихорадочный послеоперационный период

(местные воспалительные процессы в малом тазу, обширное нагноение брюшной раны). Разрывы матки произошли в 2 случаях в последние дни беременности до начала схваток и в одном случае при первых схватках.

Атипичные разрывы матки, возникающие при глубоком врастании ворсинок хориона, до момента полного прорастания ворсинками мышечного и серозного покрова не имеют симптомов или они нам еще не известны. Поэтому угрозу разрыва диагностировать не удастся, но при внимательном наблюдении за состоянием беременной или роженицы можно установить начавшийся разрыв (узуру) матки и спасти мать и ребенка.

При прободении маточной стенки ворсинами хориона клиническая картина напоминает таковую при нарушенной внематочной беременности. Возникают острые боли в животе, иррадиирующие в подложечную область или в плечо (френикус-симптом), пульс учащается, появляется бледность кожных покровов, тошнота, рвота, а в части случаев — обморочное состояние. В дальнейшем продолжает нарастать картина внутреннего кровотечения: прогрессирующее учащение пульса, падение кровяного давления, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Пальпация живота вызывает болезненность. Матка сохраняет обычную форму и консистенцию. Сердцебиение плода при умеренном кровотечении остается в пределах нормы.

С. М. Клейн (1947), сообщая о 3 случаях перфорации матки ворсинами хориона, указывает, что ему в одном из этих случаев удалось при своевременно поставленном диагнозе спасти мать и ребенка путем чревосечения. Он подчеркивает важность, помимо клинической картины, данных анамнеза, свидетельствующих о возможности глубокого врастания ворсин хориона. В этом отношении имеют значение послеродовые и послеабортные септические процессы, рубцы на матке после кесарева сечения, многократные аборты.

Заканчивая раздел диагностики угрожающего разрыва матки, можно сделать следующие выводы:

1. Бандлевские разрывы вообще не должны иметь места; причина их заключается только в плохой организации акушерской помощи.

2. В огромном большинстве случаев угроза атипичного разрыва матки может и должна быть установлена

при условии хорошо собранного анамнеза, учета его особенностей, обуславливающих течение родов, и внимательного наблюдения за процессом родов.

«Термин „бессимптомный разрыв матки в родах” должен быть исключен из акушерской терминологии как дезориентирующий и демобилизующий врача», — пишет Жордания на основании изучения большого количества историй родов женщин, у которых был установлен разрыв матки.

—

акusher-lib.ru

Глава VI

ДИАГНОСТИКА СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ

Угрожающий разрыв, если своевременно не будет оказана помощь, переходит в совершившийся. В момент разрыва роженицы нередко ощущают сильную режущую боль; некоторые из них указывают, что в животе что-то «лопнуло» или «разорвалось». Обычно на высоте одной из схваток роженица вскрикивает, хватается руками за низ живота, поведение ее резко изменяется.

«Симптомы разрыва матки зловещи. Буря сменяется жуткой тишиной, и кто хоть раз видел это поразительное превращение, тот никогда его не забудет», — говорит Г. Г. Гентер.

Роженица больше не кричит, а лишь иногда стонет, лицо бледное, апатичное. Схваток нет; они прекращаются сразу или постепенно замирая. Живот неопределенной формы, болезненный. Сердцебиение плода не выслушивается. Части плода при выходе его в брюшную полость прощупываются прямо над брюшной стенкой. Сократившаяся, плотная матка оттеснена в сторону или же покрывает вялым мешком плод, ставший подвижным. Предлежащая часть при внутреннем исследовании стоит высоко и едва достигается. При внутриматочном исследовании можно определить края разрыва. Наружное кровотечение обычно незначительно; преобладают явления внутреннего кровотечения — острая анемия и коллапс. Сильно выраженный шок нередко сопровождается обморочным состоянием.

Анализируя наш материал, мы видим, что в 135 случаях (51,5%) диагноз был поставлен в момент разрыва — так ясна была клиническая картина. В этих слу-

чаях установить диагноз помогли следующие признаки: прекращение родовой деятельности, в той или другой степени выраженный шок, изменение формы живота, смерть плода и выхождение его в брюшную полость, наличие сократившейся матки, отклоненной в сторону, отхождение предлежащей части, кровотечение из половых путей и определение самого разрыва при внутреннем исследовании.

В 29 случаях (11%) разрыв был диагностирован во время очередного обхода врачом родильного отделения, повидимому, потому, что акушерки, обычно ведущие роды, не обратили своевременно внимания на те или иные признаки происшедшей катастрофы. В 53 случаях (20,2%) разрыв распознан после вхождения рукой в полость матки или для удаления задержавшегося последа (36 случаев), или для обследования при подозрении на разрыв (17). В этих случаях плоды рождались самопроизвольно (25) или были извлечены после поворота, перфорации головки или эмбриотомии, предпринятых по поводу неправильных положений плода или узкого таза.

В 18 случаях разрыв распознан во время операции в послеродовом периоде по поводу предполагаемой непроходимости, перитонита и т. п.; в 13 случаях — на секции при неясной причине смерти; в 7 случаях разрыв распознан через 3—5 дней при неясных симптомах; в 5 случаях — через несколько месяцев при оперативных вмешательствах и в 2 случаях не указано, когда был распознан разрыв.

Таким образом, из 262 случаев в 164 (62,6%), относящихся к двум первым из указанных групп, определение совершившегося разрыва не представляло затруднений.

В отдельных случаях разрыв матки происходит незаметно для роженицы и врача (П. В. Днепров, И. Л. Брауде, Б. В. Азлецкий и др.).

В случаях, описанных В. С. Лисовецким, роженицы чувствовали себя после разрыва настолько хорошо, что одна из них сама поднялась на третий этаж клиники, другая сама пришла в операционную, а третья после разрыва «почувствовала полное облегчение, лежит спокойно».

Подобные случаи приходилось неоднократно наблюдать и нам.

Диагностировать совершившийся разрыв матки в большинстве случаев легко; только в отдельных случаях клиническая картина бывает запутанной.

Для иллюстрации приводим несколько подобных случаев разрывов матки.

Случай 1 (собственное наблюдение, 1932). Повторнородящая. Предыдущие роды осложнились эклампсией и были закончены кесаревым сечением с донным разрезом по Фричу. Беременность на IX месяце. Таз без отклонений от нормы. Положение плода I черепное. Родовая деятельность нормальная. Через несколько часов произошли роды живым плодом. Состояние роженицы хорошее. Послед долго не выходил. Предпринято ручное отделение послета и при этом обнаружен разрыв матки в области рубца после кесарева сечения.

Случай 2 (наблюдение В. В. Потеенко). Многорожавшая (четвертая беременность) с небольшими болями в животе и умеренными кровянистыми выделениями из половых путей поступила 31/VII 1928 г. в акушерское отделение. Беременность на IX месяце; положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода неясное. Таз равномерно сужен. Схватки слабые. 1/VIII дно матки на 4 пальца выше пупка, схватки слабые. При внутреннем исследовании: шейка сглаживается, зев пропускает один палец; предлежащая часть не определена. Живот болезнен и напряжен; незначительные кровянистые выделения. Температура 37,5°, пульс 100 ударов в минуту. 2/VIII температура 37,5°, пульс 100 ударов в минуту; изредка рвота. При пальпации боли в животе усиливаются. После клизмы отошли газы. При консультации с хирургом предположена начинающаяся непроходимость кишечника. Хирург рекомендовал оперировать, если рвота не прекратится и газы не будут отходить. 3/VIII живот очень болезнен и вздут. Схватки редкие и болезненные, выделений почти нет. Температура 37,5—37,8°, пульс нормальный. Рвоты нет, газы отходят с клизмой. Дно матки на 4 пальца выше пупка. 4/VIII болезненность и вздутие живота увеличились. Температура 36,5°, пульс 85 ударов в минуту. Рвота. Дно матки на уровне пупка, тело матки плотно и отклонено влево.

При внутреннем исследовании: шейка не вполне сглажена, зев открыт на 2—2½ пальца. Исследующий палец проникает за внутренний зев и сразу попадает вправо в довольно большую полость; влево же за зевом определяется какое-то тело, довольно мягкое, не похожее на предлежащую часть плода или послед. Предположен разрыв матки.

На операционном столе найден разрыв и целое плодное яйцо в брюшной полости.

Случай 3 (наблюдение В. Малявинского). Многорожавшая (восьмые роды) поступила 19/II со слабыми родовыми схватками при доношенной беременности. Воды отошли сутки назад. Таз нормальный. Положение плода I черепное, сердцебиение ясное. Шейка не сглажена, зев открыт на 1½ пальца. Пузырь отсутствует. Роды протекают очень вяло. Через сутки повторно вводили под кожу по 1,0 Sol. Chinini bismuriatici 50%. После третьей инъекции родовая деятельность стала развиваться, и 21/II родился мертвый

плод (сердцебиение исчезло при последней инъекции). Во время родов состояние роженицы было обычное. Послед вышел самостоятельно через 15 минут. После выхождения послода наступил шок. При внутреннем исследовании обнаружен разрыв матки и сводов влагалища.

Случай 4 (наблюдение В. Н. Власова). Повторнобеременная, 40 лет, поступила 17/IX 1927 г. при начавшихся родах. Пятая беременность, вторые роды. Первые роды были 5 лет назад, самопроизвольные, мертвым плодом. Два самопроизвольных и один искусственный аборт. Последняя менструация была 15/XII. Таз: 24, 27, 32, 19. Головка расположена над входом в таз. Воды отошли 6 часов назад. Схваток нет. 21/IX начались схватки; внезапно среди хорошего самочувствия появились сильные боли с давлением на прямую кишку, озноб, рвота, цианоз конечностей. После инъекции камфоры состояние улучшилось, и через 30 минут произошли роды живым плодом весом в 3 260 г. Через 15 минут состояние роженицы резко ухудшилось: одышка, цианоз. Пульс 107 ударов в минуту, плохого наполнения. Умеренное кровотечение из половых путей. Ввиду резкого ухудшения состояния роженицы произведено ручное отделение послода. Послед отделен легко с передней стенки матки. Матка не сокращается (массаж, сокращающие). Смерть через 2 часа 5 минут после родов. На секции: разрыв матки в области нижнего сегмента слева. Кровоизлияние в широкую связку и брюшную полость.

Случай 5 (наблюдение Б. В. Азлецкого). Повторнородящая 26 лет; первые роды нормальны. Таз 25, 28, 30, 18. Воды отошли 3 суток назад. Температура при поступлении 38,4°. Через 30 минут после поступления самопроизвольные роды живым плодом весом в 3 480 г. Сразу после рождения ребенка общее состояние ухудшилось. Погибла во время приготовления к операции. На секции: дородовая септицемия, в стенке матки картина флегмоны. Разрыв матки.

В 2 случаях, также сообщенных Б. В. Азлецким, роды закончились самопроизвольным рождением мертвого плода, и только вслед за этим появились данные, указывающие на происшедшую катастрофу. Во всех этих случаях роды протекали слабо и вяло, а на секции обнаружены были резкие изменения маточной стенки и картина дородовой септицемии.

Однако приведенные случаи разрывов матки, относящиеся к категории сложных и трудно диагностируемых, являются единичными и нехарактерными. Симптомы совершившегося разрыва матки в огромном большинстве случаев ярко выражены, и диагноз не представляет затруднений. Особенно легко диагностируется полный совершившийся разрыв матки в тех случаях, когда до этого имелась бурная, типичная картина угрожающего разрыва.

Родовая деятельность прекращается, роженица становится апатичной, перестает кричать. Одновременно с угнетенным состоянием у роженицы появляется бледность кожных покровов, нарастающее учащение пульса и па-

дение его наполнения, холодный пот, тошнота, рвота, икота. При пальпации и перкуссии определяется болезненность всего живота, особенно нижней его половины, симптом Щеткина. После разрыва матки мы неоднократно наблюдали быстрое появление и нарастание метеоризма. Умеренное кровотечение из влагалища, которое усиливается при отодвигании вверх подлежащей части. Последнее не рекомендуется делать ввиду опасности увеличить разрыв. Плод, если он еще был жив, погибает; сердцебиение его не выслушивается.

При выхождении плода в брюшную полость установить диагноз чрезвычайно просто, так как при этом живот приобретает неправильную бугристую форму и через брюшные покровы легко прощупываются мелкие части плода. Одного этого симптома достаточно для диагностирования совершившегося разрыва матки. Однако отсутствие этого симптома не может при нераспознанных происшедших разрывах матки являться ссылкой на отсутствие признаков, достаточных для диагноза разрыва, на бессимптомные разрывы; и при отсутствии выхождения плода в брюшную полость имеется много симптомов для постановки диагноза совершившегося разрыва матки. Если плод лишь частично вышел в брюшную полость через разрыв и спинка плода обращена кпереди, то некоторые врачи принимают ее за тело матки.

В этих случаях при внимательном осмотре можно обнаружить как бы двурогость матки, возникшую за счет смещенного в сторону, сократившегося тела матки и крупной части плода, выступающей из разрыва. Резкая болезненность в нижних отделах живота при пальпации матки и живота наводит на мысль о разрыве; это подозрение подтверждается рядом указанных симптомов.

В тех случаях, когда плод целиком остается в матке, родовая деятельность может прекращаться не сразу, а постепенно замирая. Симптомы развиваются не так бурно, но в огромном большинстве случаев они всегда имеются и поставить диагноз вполне возможно.

Явления нарастающего внутреннего кровотечения и шока, симптомы, указывающие на раздражение брюшины, гибель плода, кровотечение из влагалища до рождения плода обычно имеют место и при подобных совершившихся разрывах матки. При влагалищном исследова-

нии предлежащая часть, которая стояла плотно во входе в таз или была прижата к нему, стоит высоко и стала подвижной. В моче часто определяется примесь крови вследствие венозного полнокровия слизистой мочевого пузыря или в результате повреждений его стенки (надрыв, разрыв).

При полных разрывах матки нередко при перкуссии живота в брюшной полости определяется свободная жидкость (кровь!).

Внезапное появление наружного кровотечения после родоразрешения и выделения последа при хорошо сократившейся матке также должно навести врача на мысль о возможности происшедшего разрыва.

Подозрение на происшедший разрыв может вызвать задержка последа и безуспешность выжимания его по Креде при наличии других неясных признаков.

В неясных случаях, подозрительных на разрыв матки, а также после трудных плодоразрушающих операций, после поворота на ножку, который долго не удавался и вдруг легко был совершен, а также при влагалищном родоразрешении по поводу угрожающего разрыва необходимо произвести внутриматочное обследование. При наличии разрыва его удастся определить рукой. Если предлежащая часть плода находится в полости таза и нет ясных симптомов чаще всего неполного разрыва матки, то необходимо произвести возможно бережнее плодоразрушающую операцию, извлечь плод и затем рукой обследовать полость матки. Шейку и влагалищные своды необходимо осмотреть при помощи зеркал.

Поздние симптомы происшедшего разрыва матки (через сутки и более) характеризуются признаками нарастающего перитонита. Состояние роженицы или родильницы тяжелое, кожные покровы бледны, черты лица заостряются, глаза западают. Язык сухой, обложен. Пульс частый, слабого наполнения. Боли в животе, напряжение и резкая болезненность брюшной стенки, симптом Щеткина, тошнота, икота, рвота, парез кишечника.

При неполных разрывах матки родовая деятельность может и не прекращаться, а в части случаев даже наступают самопроизвольные роды. При неполных разрывах плод целиком или частично остается в полости матки. Вышедшая через разрыв часть плода вместе с кровью, излившейся в клетчатку, отслаивает брюшину

и остается в межсвязочном пространстве. В отдельных случаях мы наблюдали, что под отслоившейся и растянутой брюшиной лежал весь плод, а сильно сократившееся тело матки находилось сбоку у подреберья. Характерна для неполных разрывов нарастающая забрюшинная гематома, которая возникает рядом с маткой, оттесняя ее в противоположную сторону, и определяется в виде мягкой опухоли. Забрюшинная гематома увеличивается по направлению к стенке таза и вверх до почечной области.

Явления шока и внутреннего кровотечения при неполных разрывах могут быть слабо выражены, а иногда даже отсутствовать. Наружное кровотечение, отхождение вверх предлежащей части, которая становится подвижной, помогают распознавать разрыв. В отдельных случаях, согласно данным нашего материала, наблюдалось внезапное кровотечение из влагалища при отодвигании вверх предлежащей части. После рождения плода нередко извергается наружу скопившаяся кровь (Г. Г. Генгер), что наблюдал и автор в 3 случаях. И. Л. Брауде указывает на появление резких болей в области крестца, отдающих в ногу, соответствующую местоположению подбрюшинной гематомы. И. Л. Брауде, Г. Г. Генгер и др. указывают на ощущение «хруста снега» во время пальпации живота при неполных разрывах (эмфизема клетчатки). В отдельных случаях неполные разрывы матки проявляются лишь в первые дни послеродового периода, а до этого симптомы отсутствуют, и благополучно закончившиеся роды не вызывают сомнений. Медленно нарастающая гематома будет вызывать учащение пульса и увеличивающуюся с каждым днем картину малокровия (бледность кожных покровов и т. п.) при отсутствии значительного наружного кровотечения. Могут появиться и нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины (запоры, икота, тошнота, рвота). Внимательный врач сумеет их заметить. Отсутствие строгого наблюдения может в подобных случаях привести к слишком запоздалому диагнозу или же диагноз устанавливается уже на секции.

Во всех неясных случаях, подозрительных на неполный разрыв матки, необходимо произвести рукой внутриматочное обследование и осмотр шейки и влагалищных сводов с помощью зеркал.

Наибольшие затруднения диагноз представляет при разрывах матки во время беременности, которые из 262 случаев имелись в 24 (9,1%), из них 5 в первую половину беременности (В. Малявинский, Н. Е. Чистяков, Е. А. Майзель, Л. С. Персианинов, Н. В. Антелав). Обычно правильный диагноз разрыва матки во время беременности устанавливают редко; в большинстве случаев ставят диагноз внематочной беременности, преждевременной отслойки плаценты, кишечной непроходимости или же обнаруживают разрыв при пробной лапаротомии по поводу внутреннего кровотечения с неясной этиологией.

Привожу для иллюстрации два случая.

Случай 1 (наблюдение А. И. Галактионова). Беременная 24 лет поступила 10/IX 1938 г. с жалобами на боли внизу живота, появившиеся у нее с вечера. Температура при поступлении 36,8°. Беременность на IX месяце. Родовая деятельность отсутствует. Положение плода продольное. Головка стоит во входе в таз. Сердцебиение плода ясное. Больная жалуется на одышку. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. В ночь с 10/IX на 11/IX была рвота. С 6 часов утра 11/IX снова появилась одышка и боли неопределенного характера по всему животу. Живот несколько напряжен, болезнен при пальпации. Назначенная высокая слабительная клизма стула не вызвала. Газы не отходят; под кожу введен атропин (0,001 г), а затем сделана сифонная клизма, тоже безуспешно. В 14 часов температура 36,5°, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения, аритмичен. Больная беспокойна, стонет от болей в животе. Язык влажный, слегка обложенный. Частые срыгивания светлой жидкостью. Стенки живота напряжены. Дно матки у мечевидного отростка, пупок выпячен. Больная лежит на правом боку с приведенными к животу и согнутыми в коленях ногами; при положении на спине боли усиливаются. При перкуссии живота — тимпанит. Стула нет, газы не отходят. Предлежащая часть не определяется. Внутреннее исследование: наружный зев пропускает кончик пальца, плодный пузырь цел, предлежит подвижная головка; своды (боковые и передний) значительно напряжены, задний свод свободен. Родовая деятельность отсутствует. При колебаниях в диагнозе между илеусом и разрывом матки произведена лапаротомия. Обнаружен разрыв матки.

Случай 2 (наблюдение Е. А. Майзеля, 1937). Больная в 1933 г. перенесла операцию по поводу трубной беременности. В 1936 г. на IV месяце беременности поступила в клинику в тяжелом состоянии: коллапс, смертельная бледность, цианоз пальцев, холодный пот, почти без пульса, частая рвота. Заболела внезапно, за 45 минут до поступления, появились сильные боли внизу живота. Задержка менструации 3 месяца. Со времени внематочной беременности в 1933 г. не беременела, женских болезней не отмечает. Живот болезнен ниже пупка, нерезко напряжен, притупление в нижних отделах, особенно слева. На 2 пальца над лоном неясно

прощупывается округлая опухоль, похожая на беременную матку. Выделения слизистые, зев закрыт, шейка коническая, мягкая; матка неясно контурируется в антефлексии, мягко-эластическая, увеличена соответственно 12—14 неделям беременности. Все своды болезненны и опущены, особенно левый. Диагноз: повторная вне-маточная беременность. При лапаротомии обнаружен разрыв стенки матки в области дна.

Из 24 наблюдавшихся нами случаев разрыва матки во время беременности в 10 диагнозов был поставлен при пробной лапаротомии, произведенной по поводу внутреннего кровотечения, в 3 случаях поставлен диагноз острого прерывания вне-маточной беременности, в 3 случаях — кишечной непроходимости, в 3 случаях поставлен через несколько месяцев при удалении плода, находившегося в брюшной полости, и только в 5 случаях из 24 диагнозов поставлен правильно вслед за разрывом матки на основании выхождения плода в брюшную полость, наличия сократившейся матки и признаков внутреннего кровотечения.

Диагноз прост при выхождении плода в брюшную полость и наличии сократившейся матки. Наиболее постоянным и характерным признаком при разрывах матки во время беременности является внутреннее кровотечение. Часто наблюдаются явления раздражения брюшины, сопровождающиеся напряжением брюшной стенки и рвотой. Иванов подчеркивает значение френрикус-симптома в диагностике разрыва матки при беременности, но этот признак не является характерным и, как известно, встречается при вне-маточной беременности и других заболеваниях. А. И. Галактионов, сообщая о 3 случаях разрывов матки при беременности, отмечает внезапное появление болей в животе и вынужденное положение на боку с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами, что зависит от раздражения брюшины. Он же в 2 случаях наблюдал при пальпации живота характерное ощущение «хруста снега» вследствие субперитонеальной эмфиземы.

Глава VII

ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВОВ МАТКИ

Высокие цифры материнской летальности и почти 100% гибель плодов при этом тяжелейшем осложнении беременности и родов заставляют обращать особое внимание на профилактику разрывов матки.

В предупреждении этого грозного осложнения родов огромное значение имеет улучшение родовспоможения и работы женских консультаций.

Система советского родовспоможения создает все условия для правильной организации акушерско-гинекологической помощи и предупреждения тяжелых родовых травм женщины. Объединение родовспомогательных учреждений и женских консультаций обеспечивает преемственность в наблюдении и лечении беременных, рожениц и родильниц. Тесный контакт между стационаром и поликлиническим отделением как нельзя более способствует проведению профилактических и лечебных мероприятий, не выпуская из-под наблюдения взятую на учет женщину.

При первом же посещении каждая беременная должна быть тщательно обследована. Особое внимание следует уделять данным анамнеза: в первую очередь учитывается рахит, костные заболевания и повреждения таза, течение и исходы предшествующих беременностей и родов, вес новорожденных, мертворождения и их причины, перенесенные воспалительные заболевания половых органов, аборт, особенно преступные и сопровождавшиеся повторными выскабливаниями с последующими воспалениями матки или же осложненные ее прободением.

Наряду с наружными методами исследования беременных, необходимо производить при первом осмотре женщины влагалищное исследование для измерения диа-

гональной конъюгаты, выявления опухолей в малом тазу, экзостозов и других костных изменений таза, а также выраженных рубцовых изменений со стороны мягких родовых путей, которые могут стать препятствием для родоразрешения. В неясных случаях беременную направляют для тщательного обследования в родильный дом или родильное отделение больницы.

Широкая санитарно-просветительная работа среди женщин, борьба с абортами, лечение воспалительных заболеваний матки, 100% охват родильной помощью — являются профилактическими мероприятиями, ведущими к уменьшению числа разрывов матки.

Огромное значение имеют также патронаж беременных, учет и своевременная госпитализация беременных и рожениц с патологическими данными (узкий таз, неправильные положения плода, неполноценная матка после бывшего кесарева сечения, перфораций, разрывов и т. д.).

Беременная с указанными патологическими данными должна быть госпитализирована не менее как за две недели до родов, притом в такое учреждение, где ей может быть оказан любой вид оперативной акушерской помощи, если это потребуется. Необходимо контролировать поступление в стационар направленной туда беременной с патологическими данными путем патронажа или проверки сведений о поступивших в родильном доме.

В условиях сельской местности эта задача особенно актуальна ввиду необходимости транспортировки роженицы с патологическими данными в районные центры или крупные участковые больницы, где обычно имеются более квалифицированные врачи. Эффективность диагностики и терапии, как известно, зависит от своевременного поступления в больницу. Акушерки колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов должны обязательно консультировать с врачом участка всех беременных женщин с патологическими данными, выявленными из анамнеза или при объективном исследовании. В тех случаях, когда участковый врач затрудняется установить диагноз и решить вопрос о том, как будут протекать роды и какие возможны осложнения, беременную направляют для обследования в районный центр к акушеру-гинекологу. При направлении беременной на консультацию или в стационар ей выдается на руки обменная карта, в которую заносятся все данные анамнеза, течения

беременности, размеры таза, данные анализов мочи и т. д. Таким путем мы имеем полную возможность предупредить внебольничные разрывы матки, которые всегда указывают на плохую организацию акушерской помощи.

Тяжелейшее впечатление производят случаи внебольничных разрывов матки, в частности, при запущенном поперечном положении, когда роженица поступает в таком тяжелом состоянии, что все меры врачебной помощи не могут уже дать эффекта, а при своевременном поступлении в больницу могли бы быть спасены две жизни — матери и ребенка. Подобные случаи не должны иметь места в нашей стране.

К патронажу беременных в сельской местности нужно привлекать акушеров колхозных родильных домов и акушерских пунктов.

Чрезвычайно важным является тщательное обследование каждой беременной и роженицы при поступлении ее в стационар. Это обеспечивается детальным собиранием анамнеза, наружного осмотра роженицы и влагалищного исследования. Внутреннее (влагалищное) исследование производится не только по общепризнанным показаниям, но и для уточнения некоторых данных, необходимых для составления прогноза родов. Для предупреждения разрывов матки большое значение имеет определение полноценности таза, установление целостности плодного пузыря и соответствия головки тазу. Вагинальное исследование с обязательным измерением диагональной конъюгаты следует производить сразу при поступлении женщины в родильное отделение (родильный дом) при узком тазе (наружная конъюгата 18 и меньше сантиметров), при неясности вопроса о целостности плодного пузыря, о положении плода. Роды «вслепую», без влагалищного исследования, и приводили, как показывают наши данные, в части случаев к «неожиданному» разрыву матки. И. Ф. Жордания указывает, что в изученных им случаях разрывов матки влагалищное исследование в 28% вовсе не было произведено, а в 50,5% было произведено плохо (с опозданием, неполностью, с неправильной оценкой полученных данных и т. п.) и лишь в 21,5% случаев оно было произведено своевременно при более или менее правильной оценке полученных результатов. Измерение диагональной конъюгаты при наблюдавшихся разрывах матки, по данным И. Ф. Жордания, было про-

изведено в 11,7%, определение «симптома Вастена» — лишь в 6% случаев. Вполне понятно, что во всех случаях, закончившихся разрывами матки, было показано влагалищное исследование. Преувеличенная боязнь занести инфекцию, наличие в руководствах по акушерству указаний о строгих и определенных показаниях к влагалищному исследованию привели к отказу от этого основного метода акушерской диагностики или к очень редкому его применению. Результатом явилось ведение родов «вслепую» или запоздалое применение влагалищного исследования и неумение оценить за отсутствием опыта полученные данные.

Тщательно собранный анамнез, измерения таза, соответствие предлежащей части тазу, положение и предлежание плода должны быть занесены в историю родов и там же, при возможности патологического течения родов, составляется план ведения родов, причем обращается внимание, за какими симптомами, указывающими на приближающуюся опасность, необходимо особенно наблюдать. Короче говоря, врач, осматривая беременную или роженицу, должен составить примерный прогноз родов и учитывать, какие осложнения могут возникнуть, как их предупредить и оказать в случае надобности соответствующую помощь при родах, вплоть до любой акушерской операции. Это спасает от «неожиданностей» и обеспечивает своевременное и правильное применение того или другого вида акушерской помощи как самим врачом, так, если в этом будет необходимость, и более квалифицированным специалистом, вызванным из другого учреждения. В советских условиях при наличии санитарной авиации и возможности вызвать акушера-гинеколога из областного или республиканского центра всегда в случае необходимости может быть обеспечена своевременная высококвалифицированная акушерская помощь.

Кесарево сечение, приводящее в определенном проценте случаев при последующей беременности к разрыву матки, следует применять только по строгим показаниям. Сокращение количества кесаревых сечений и тщательное зашивание разреза матки являются условиями, уменьшающими число разрывов матки по рубцу. «Наиболее совершенным методом абдоминального кесарева сечения во всех случаях и особенно при отошедших водах следу-

ет считать метод поперечного рассечения матки в нижнем сегменте по методу Гусакова» (из методического письма Министерства здравоохранения СССР «О предупреждении травматизма при родах»). Количество кесаревых сечений должно уменьшаться в первую очередь за счет правильного ведения родов, при котором осуществляется рациональное управление родовым актом, регуляция родовой деятельности.

Внимательное и постоянное наблюдение врача, а не только акушерки, за течением родов вообще и в особенности за течением родов при отягощенном акушерском анамнезе или неполноценной матке — необходимое звено в цепи профилактических мероприятий при разрывах матки.

Особенно большое внимание необходимо:

1) при неполноценной матке в результате тяжелых воспалений или перенесенных ранее операций (кесарево сечение, энуклеация фиброматозных узлов, зашивание разрыва матки или перфорационного отверстия и т. п.);

2) у многорожавших, особенно с дряблыми брюшными стенками; у беременных, при исследовании которых в конце беременности легко прощупываются через живот мелкие части плода (И. Ф. Жордания);

3) при отягощенном акушерском анамнезе (трудные длительные роды, мертворождения, акушерские операции при несоответствии предлежащей части и таза);

4) при узком тазе (наружная конъюгата 18 и менее сантиметров или истинная — 8,5 и менее сантиметров);

5) с перенесенной беременностью;

6) с неправильными предлежаниями и положениями плода или с наличием признаков функционально узкого таза при отошедших водах.

Большое значение имеет и повышение квалификации медицинского персонала родовспомогательных учреждений. Для этого целесообразно в первую очередь командировывать врачей и акушеров для специализации их к крупным родильным домам, ставить вопросы о профилактике, диагностике и терапии разрывов матки на межрайонных, районных и областных конференциях медицинских работников, планировать направление врачей и акушеров, имеющих практический стаж по акушерству, на курсы усовершенствования. Каждый случай разрыва матки необходимо тщательно разбирать и обсуждать на

районных или городских конференциях врачей и акушеров, оттеняя имевшиеся недочеты в ведении родов, допущенные ошибки и указывая, как нужно было провести данные роды.

В СССР правительство уделяет огромное внимание матери и ребенку. Долг медицинских работников, повседневно добиваясь улучшения постановки родовспоможения и высокого качества работы женских консультаций, бороться за сохранение жизни и здоровья как матерей, так и детей.

Одним из условий профилактики разрывов матки является своевременное принятие мер к устранению угрозы разрыва.

Глава VIII

ТЕРАПИЯ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ

Если установлено, что роженице угрожает разрыв матки, необходимо, как известно, возможно скорее и бережнее закончить роды под глубоким наркозом роженицы, применяя одну из подходящих для данного случая операций. Роженица с угрожающим разрывом матки является нетранспортабельной; помощь должна быть оказана незамедлительно и на месте, где поставлен диагноз.

В литературе описан ряд наблюдений, когда после установления угрожающего разрыва последний в период подготовки операции переходил в совершившийся. Поэтому, как только поставлен диагноз надвигающейся катастрофы, немедленно следует начинать наркоз до перевода роженицы в операционную и укладывания ее на операционный стол или поперечную кровать. Наркоз в данном случае является не только способом обезболивания, но и средством, ведущим к расслаблению тетанически сокращенной матки, понижению ее тонуса и выключению потужной деятельности. Обычно для наркоза применяют эфир; измученная роженица быстро засыпает от небольших доз и очень хорошо переносит данный вид наркоза.

Применение морфина с целью ослабления бурной родовой деятельности мало действенно. Наши наблюдения, а также сообщения В. Н. Власова, Е. И. Беляева и Б. В. Азлецкого показывают, что применение морфина не предотвращает разрыва матки, а лишь затемняет картину совершившегося разрыва, что затрудняет распознавание наступившей катастрофы и приводит к отсрочке оперативного вмешательства при совершившемся разрыве. «Ослабление угрожающих симптомов под влиянием морфина не является поводом для отсрочки операции», — го-

ворит И. Л. Брауде и рекомендует морфин при обнаружении симптомов угрожающего разрыва лишь как предварительное мероприятие перед наружным и влагалищным исследованием; если же обследование подтвердит намечающийся разрыв, он советует немедленно переходить на общий наркоз.

При угрожающем разрыве матки условия для поворота уже упущены, а для наложения щипцов их еще нет, поэтому обычно применяют кесарево сечение или плодоразрушающие операции. Плод при угрожающем разрыве матки часто бывает мертвым или отмирающим вследствие асфиксии при тетанусе матки, ведущем к стойкому и сильному сужению сосудов; поэтому в большинстве случаев приходится решаться на плодоразрушающие операции, особенно в условиях участковой работы, чтобы предотвратить смертельную опасность, грозящую матери.

Кесарево сечение при угрожающем разрыве матки за последние годы стали применять значительно чаще. Это объясняется более ранним диагностированием угрожающего разрыва матки, когда еще плод не так сильно пострадал в результате затяжных и трудных родов, а у роженицы отсутствуют выраженные признаки инфекции. Помимо того, наличие сульфаниламидных препаратов, особенно пенициллина, позволило расширить применение кесарева сечения через много часов после отхождения вод, что раньше считалось противопоказанным и крайне рискованным.

В настоящее время при наличии живого плода и угрожающего или начавшегося разрыва матки производится кесарево сечение преимущественно с рассечением нижнего сегмента. В подозрительных на инфекцию и инфицированных случаях опасность кесарева сечения уменьшается при применении разреза матки в нижнем сегменте. Классическое кесарево сечение с разрезом по передней стенке матки применяется значительно реже и, судя по литературным данным, дает менее благоприятные результаты, чем перешеечно-шеечное кесарево сечение. Особенно много недочетов имеет донный разрез матки, который в свое время довольно широко применялся при кесаревом сечении. Помимо того, что донный разрез трудно зашить вследствие тугоподвижности брюшины в этом месте и он часто приводит к послеоперационным сращениям, он больше всех других разрезов предраспола-

гает к разрывам матки при последующей беременности. По нашим данным, из 29 разрывов матки по рубцу после кесарева сечения 21 произошел при донном разрезе. Эти недочеты фундального разреза привели к тому, что он при кесаревом сечении вообще и при кесаревом сечении по поводу угрожающего разрыва матки в частности в настоящее время всеми оставлен и применяется исключительно редко.

За последние годы в печати появляются сообщения об успешном применении кесарева сечения при угрожающем разрыве матки и явном наличии инфекции. И. Н. Грамматикати еще в 1911 г. рекомендовал и с успехом применил в 3 случаях классическое кесарево сечение при запущенном поперечном положении и грозящем разрыве матки, несмотря на наличие инфекции и мертвого плода. В одном из этих случаев при последующей беременности имели место нормальные роды. Он считает, что эмбриотомия в данных случаях была невозможна из-за угрозы разрыва матки. Кюстнер, В. Штеккель, Кернер и др. вслед за И. Н. Грамматикати также с успехом применяли в подобных случаях абдоминальное шеечное кесарево сечение, иногда исключительно в интересах плода. В отечественной литературе имеется ряд сообщений о применении кесарева сечения при запущенных поперечных положениях и угрожающем разрыве с целью как предупреждения разрыва матки, так и спасения плода (Б. В. Дмитриев и Е. Е. Клюков, Е. Я. Ставская). Опасность кесарева сечения в инфицированных случаях уменьшается при применении шеечного сечения (И. Л. Брауде и др.).

Е. Я. Ставская (1939) приводит 3 случая кесарева сечения при запущенном поперечном положении и живом плоде. Во всех 3 случаях шеечное или шеечно-корпоральное кесарево сечение, произведенное из-за боязни совершить разрыв при эмбриотомии и в интересах плода, закончилось благоприятно для матери и ребенка. Для иллюстрации привожу краткие выдержки из историй болезни, сообщенных Е. Я. Ставской.

Случай 1. Запущенное поперечное положение плода без выпадения ручки. Воды отошли 5 дней назад. Температура 36,8°, пульс 80 ударов в минуту. Плод живой. Угрожающий разрыв матки. Произведено истмико-корпоральное кесарево сечение, без отслойки пузыря. В брюшной полости обнаружен экссудат, давший

при посеве рост стрептококка, ввиду этого в передний дугласов карман был введен тампон. В послеоперационном периоде: субфебрильная температура до 37,8°. На 19-й день после операции больная с ребенком выписаны.

Случай 2. Косое положение плода. Воды отошли сутки назад. Температура и пульс в пределах нормы. Из влагалища гнойные выделения. Плод живой. Угрожающий разрыв матки. Спасти-ческое сокращение матки в области внутреннего зева не исчезло даже под наркозом. Произведено шеечное кесарево сечение, введен тампон в передний дугласов карман. На 6-й день тампон удален и заменен турундой. Двукратное повышение температуры до 38,9°; в течение 4 дней температура субфебрильная. На 22-й день больная выписана.

Однако, как нам кажется, несмотря на приведенные случаи успешного применения кесарева сечения при запущенных поперечных положениях и угрожающем разрыве матки, опасность такой операции при наличии явной инфекции все же очень велика, и это необходимо учитывать, на что указывают также И. Л. Брауде, К. К. Скробанский и др. В отдельных случаях, когда матка спастически охватывает плод, не расслабляясь даже под наркозом, как это было в случае, описанном Е. Я. Ставской, абдоминальное родоразрешение, повидимому, является неизбежным. Кроме того, при запущенном поперечном положении и наличии живого ребенка, когда мать, несмотря на предупреждение об опасности для ее жизни, все же настаивает на применении кесарева сечения, может быть применено абдоминальное перешеечно-шеечное кесарево сечение, если инфекция не тяжела. В случаях тяжелой инфекции более уместным будет вслед за кесаревым сечением удалить матку путем ампутации или экстирпации.

В тех случаях, когда матери угрожает разрыв матки, а плод мертвый или его жизнеспособность находится под большим сомнением вследствие травмы при патологическом течении родов, применяется плодоразрушающая операция. Могут быть и такие случаи, когда акушерские условия и живой плод позволяют применить кесарево сечение, но в данном учреждении нет никакой возможности его произвести; тогда, учитывая смертельную опасность, грозящую матери, приходится производить плодоразрушающую операцию на живом плоде. Этого следует избегать прежде всего путем улучшения организации акушерской помощи.

При запущенном поперечном положении плода показана эмбриотомия. Об этом иногда забывают некоторые

участковые врачи, применяя недопустимый в данных случаях акушерский поворот. «Акушерский поворот и настоящее запущенное поперечное положение столь же несовместимые понятия, как лед и огонь», — говорит Г. Г. Гентер. Кто забывает это золотое правило, тот увеличивает число насильственных разрывов, что мы и видим при анализе нашего материала: из 30 насильственных разрывов 8 произошли во время поворота при запущенных поперечных положениях.

Эмбриотомия применяется чаще всего в виде декапитации (Г. Г. Гентер), неизменным условием которой является доступность шейки плода для пальцев руки, введенной в родовой канал. Учитывая, однако, перерастяжение нижнего сегмента и то обстоятельство, что декапитация является грубой операцией, могущей привести к разрыву перерастянутой матки, некоторые авторы (А. В. Марковский, В. Штеккель и др.) считают более целесообразным применение эмбриотомии в полном смысле слова (удаление внутренностей, рассечение позвоночника). Кроме того, в части случаев при запущенном поперечном положении плода декапитация не может быть произведена вследствие недоступности высоко расположенной шейки плода, что также вынуждает применять другие виды эмбриотомии.

Наши наблюдения показывают, что в большинстве случаев при запущенном поперечном положении и угрожающем разрыве матки уместнее производить не декапитацию, а рассечение позвоночника после предварительного удаления внутренностей. Применяя такой метод операции, нам не пришлось наблюдать перехода угрожающего разрыва матки в совершившийся; после же декапитации в 3 случаях мы диагностировали разрыв матки, не наблюдая до операции признаков совершившегося разрыва. Вполне возможно, что декапитация явилась последним толчком, приведшим к катастрофе.

При вылетах в отдаленные районы Татарии для оказания экстренной акушерской помощи мне многократно пришлось наблюдать случаи запущенного поперечного положения при наличии очень сильного вколачивания в таз плечика и бурной картины угрожающего разрыва матки. Во всех таких случаях удаление внутренностей, иногда через отверстие, произведенное в подмышечной впадине, а затем спондилотомия или полное рассечение

плода на две части, произведенные под контролем пальцев левой руки, происходили без особых затруднений и неизменно заканчивались благоприятно для матери.

При головных предлежаниях из плодоразрушающих операций обычно применяется перфорация головки плода с последующим бережным извлечением ее краниокластом. При тазовых предлежаниях, угрожающем разрыве матки и мертвом плоде производится бережное извлечение за тазовый конец с перфорацией последующей головки.

Таким образом, в случаях угрожающего или начавшегося разрыва матки первым терапевтическим мероприятием является немедленное выключение родовой деятельности. С этой целью применяется глубокий ингаляционный наркоз, чаще всего эфир. Инъекции морфина или пантопона, а также и неглубокий ингаляционный наркоз не предотвращают разрыва матки.

Под глубоким наркозом производится, в зависимости от условий и жизнеспособности плода, кесарево сечение с разрезом в нижнем сегменте или одна из плодоразрушающих операций. Наложение щипцов, поворот плода на ножку противопоказаны. И. Ф. Жордания пишет: «Наложение щипцов, поворот плода на ножку, даже при кажущейся его подвижности, равно как и трудные выполнимые плодоразрушающие операции, категорически противопоказаны».

При угрожающем разрыве матки в результате чрезмерного растяжения ее стенок, изменений в соседних органах и начальных повреждений маточной стенки поток импульсов устремляется с интерорецепторов в центральную нервную систему. Ответной реакцией на импульсы, исходящие из матки и других органов таза, являются те разнообразные изменения в различных системах организма, о которых говорилось выше. Оказывая помощь при угрожающем разрыве матки, мы своей бережной щадящей терапией должны не только предупредить наступление разрыва, но и сберечь организм женщины от добавочных вредных влияний, могущих иметь роковые последствия.

Глава IX

ТЕРАПИЯ СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ

Вопрос о терапии совершившегося разрыва матки в настоящее время не вызывает особых разногласий: общепринятым является хирургический метод лечения. Цифры, приводимые различными авторами, говорят за несомненные преимущества хирургического метода лечения перед консервативным. Так, по В. И. Ледомскому (1909) на 128 случаев разрывов матки летальность при консервативном лечении составила 52,6%, а при хирургическом — 28,2%; по Л. С. Персианинову (1935) на 120 случаев летальность при хирургическом лечении составила 33,7%, при консервативном — 77,4%.

Смертельные исходы при консервативном методе лечения, который заключается в бережном родоразрешении *per vias naturales*, тампонаде матки с тугим бинтованием живота и назначении льда, опия и т. п., наблюдают в 2 раза чаще, чем при оперативном лечении.

Огромный процент летальности при консервативном методе лечения говорит за то, что этот способ терапии разрывов матки совершенно не должен применяться. Единственно правильной тактикой врача при установлении разрыва матки будет немедленное чревосечение без предварительного родоразрешения. Лучше всего для больной произвести операцию в том же учреждении, где обнаружен разрыв матки. В крайнем случае больная бережно (самолетом, автомобилем) транспортируется в другое учреждение в сопровождении медицинского работника.

Консервативный метод лечения разрывов матки может быть лишь вынужденным как редчайшее исключение при полном отсутствии условий для лапаротомии, невоз-

возможности транспортировки больной (самолетом, автотранспортом) в другое, более оборудованное больничное учреждение, где возможно чревосечение, а также при состоянии роженицы, не позволяющем произвести операцию чревосечения.

Родоразрешение, первое условие при консервативном лечении разрыва матки, производится путем плодоразрушающих операций: перфорации и краниоклазии — при головном предлежании, эмбриотомии — при поперечных положениях, извлечения и перфорации последующей головки при тазовых предлежаниях (И. Л. Брауде и др.). Г. Г. Гентер рекомендует поворот с извлечением и перфорацией последующей головки плода. Послед выжимают по Креде (Г. Г. Гентер) или удаляют рукой (И. Л. Брауде, К. К. Скробанский).

При выхождении плода в брюшную полость его приходится извлекать через разрыв путем влечения за ножку (И. Л. Брауде, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский), что может повести к увеличению разрыва и усилению кровотечения. Послед также может находиться в брюшной полости, нередко в верхних ее отделах, и тогда путеводной нитью к нему является пуповина.

Вслед за извлечением плода и удалением последа производится тампонада полости матки и места разрыва, тугое бинтование живота и проводятся мероприятия, направленные на борьбу с кровопотерей и инфекцией. При тампонаде полости матки пользуются широкой и длинной стерильной полосой марли. И. Л. Брауде подчеркивает необходимость тщательного проведения тампонады матки и рекомендует, чтобы не усилить шок, производить эту операцию под наркозом (эфир, хлорэтил, закись азота). Технику тампонации матки И. Л. Брауде описывает следующим образом.

«Подготовка к операции обычная: бритье волос и дезинфекция наружных половых органов. Спринцевание влагалища категорически запрещается. При помощи ручного обследования полости матки устанавливается местоположение разрыва. Большими дуэновскими зеркалами раскрывают влагалище, сухими тупферами очищают его от скопившихся в нем сгустков крови; губы маточного зева захватывают пулевыми щипцами, которыми низводят шейку матки в *introitus vaginae*. Конец марлевой полосы, предназначенной для тампонации, захваты-

вают длинным пинцетом или корнцангом и вводят в полость матки до самого дна. Постепенно заполняют марлей один, затем другой угол матки и весь ее купол. Прежде чем заполнить марлей полость матки, 1—2 раза по ходу тампонации мы вводим в нее два пальца и под контролем наружной руки, охватывающей дно матки, как бы „утрамбовываем” введенную марлю. Этим мы добиваемся равномерной и плотной тампонации всей маточной полости.

Если разрыв неполный, то, достигнув тампоном места разрыва, мы начинаем вводить марлю и в отверстие разрыва, которое заполняется рыхло. Ту же полосу марли можно рыхло ввести в подбрюшинное пространство, куда ведет разрыв из матки. После этого продолжают тампонацию оставшейся части матки и влагалища; влагалище тампонируется особенно плотно.

При полных разрывах тампонирующая полоса марли должна быть сначала продвинута через разрыв в брюшную полость, тогда она служит одновременно дренажем и препятствует выпадению кишечных петель или сальника в матку через разрыв. Тампонада полости матки и особенно влагалища должна быть плотной. Тампон оставляют обычно на сутки. Немедленно по окончании тампонации на живот накладывают давящую повязку. Для этой цели пользуются туго скатанной простыней, скатертью, полотенцем. Для противодействия можно положить на живот мешок с песком, а со стороны наружных половых органов — толстый кусок ваты. Давящая повязка укрепляется при помощи Т-образно наложенного полотняного бинта или полотенец».

Вслед за этими мероприятиями проводится борьба с коллапсом и шоком путем введения физиологического раствора, раствора глюкозы, сердечных средств, переливания крови.

Огромное значение имеют и мероприятия, направленные на борьбу с инфекцией. Необходимо немедленно начинать применение сульфаниламидных препаратов (0,8% раствор белого стрептоцида по 500 мл под кожу ежедневно) или, еще лучше, антибиотиков (пенициллин внутримышечно по 50 000—100 000 единиц через 3 часа в течение 3—4 дней).

Если возникает необходимость больную, у которой плод находится в матке, транспортировать для оператив-

ного лечения в больницу, И. Л. Брауде, М. С. Малиновский и др. рекомендуют предварительно произвести родоразрешение, так как при перевозке плод может проскользнуть через разрыв в брюшную полость, что приводит к увеличению разрыва и усилению кровотечения. Извлекать плод, вышедший в брюшную полость, перед транспортировкой больной нецелесообразно. В подобных случаях для ограничения подвижности плода, находящегося в брюшной полости, следует произвести плотную тампонаду влажными и бинтование живота.

При наличии условий для чревосечения больная с разрывом матки должна быть немедленно оперирована.

Из хирургических методов лечения методом выбора до сих пор считается ампутация или экстирпация разорванной матки (И. Л. Брауде, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский и многие другие).

Пфорт (Pfort) указывает, что смерть при разрыве матки наступает в 40% от острой анемии и в 60% от перитонита и сепсиса. По мнению Зигварта (Sigwart), угроза смерти от инфекции еще больше, так как часть больных, погибших от анемии вскоре за разрывом, вероятно, погибла бы в дальнейшем от инфекции. И. Л. Брауде считает, что удаление тяжело травмированной, инфицированной матки способствует надежной остановке кровотечения, предохраняет от последующих повторных поступлений инфекции из пуэрперальной матки и создает наилучшие условия для дренирования обширных подбрюшинных пространств.

И. Л. Брауде в своих работах о разрывах матки говорит о возможности зашивания разрыва в «легких», явно неинфицированных случаях, а именно по рубцу после кесарева сечения, при небольших разрывах в области дна и тела матки при расположении на передней и задней стенке. Р. А. Черток, Б. В. Азлецкий и др. сообщают о хороших результатах наложения шва на разрыв матки после кесарева сечения.

В материале, собранном В. И. Ледомским (1909), при наложении шва на разрыв матки из 22 леченных больных выздоровело 17 (77,3%) и умерло 5 (22,7%).

В наших случаях при хирургических методах лечения наименьшая летальность наблюдалась при зашивании разрывов матки, затем при ампутации матки и на последнем месте стоит экстирпация матки.

При оценке того или иного вида лечения, помимо летальности, учитывается длительность периода выздоровления и последующие осложнения в послеоперационном течении (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Метод хирургического лечения	Длительность периода выздоровления				
	до 14 дней	15—20 дней	21—25 дней	26—30 дней	свыше 30 дней
Зашивание разрыва	9	19	1	8	6
Ампутация матки	3	14	6	5	7
Экстирпация матки	1	8	9	4	9
Всего	13	41	16	17	22

В 18 случаях период выздоровления не указан.

Таблица 2

Осложнения при лечении в период выздоровления

Метод хирургического лечения	Всего больных	Гладкое течение	Осложнения				
			всего	перитонит	местные воспалительные процессы	нагноение брюшной полости	прочие
Зашивание разрыва	46	35	11	2	5	1	3
Ампутация матки	41	25	16	—	9	3	4
Экстирпация матки	40	25	15	—	8	2	5
Всего	127	85	42	2	22	6	12

Из приведенных таблиц мы видим, что зашивание разрыва, произведенное обычно после освежения краев разрыва, дает не только наименьшую летальность из всех хирургических методов лечения, но и количество осложнений в послеоперационном периоде не превышает таковых при ампутациях и экстирпациях матки, а длительность периода выздоровления дает даже лучшие показатели.

В 60% случаев после зашивания разрыва отмечалось гладкое послеоперационное течение и больные выписались через 14—20 дней после операции.

Анализируя наш материал, мы видим, что 58 случаев, в которых было применено зашивание разрыва матки, в 21 оно произведено при разрывах по рубцу после кесарева сечения. Все больные выздоровели и лишь у 3 наблюдались осложнения (перитонит, нагноение брюшной раны и пневмония). В остальных 37 случаях разрыв только в 7 случаях располагался в дне или теле матки, а в 30 случаях — в нижнем сегменте, из них в 16 случаях имелся поперечный разрыв и в 14—продольный, вдоль ребра матки.

В 5 случаях с локализацией в нижнем сегменте разрывы не только были явно инфицированы, но и сопровождались обширным разможением тканей маточной стенки, состояние больных было настолько тяжелым, что зашивание разрыва было произведено из-за боязни, что больные не перенесут ампутацию или экстирпацию матки. Все 5 случаев закончились выздоровлением.

Для иллюстрации привожу краткие выдержки из истории болезни этих случаев (4 из них наблюдал лично в районах Татарии и в гинекологической клинике Института для усовершенствования врачей и один взят из опубликованных в литературе).

Случай 1 (собственное наблюдение). Многорожавшая, 32 лет, 15/VIII 1939 г. поступила в больницу через 8 часов после родов. Роды происходили на дому и закончились рождением живого плода. При родах помогала бабка, которая «тащила ребенка и убирала послед». При поступлении состояние тяжелое, больная резко анемична, пульс нитевидный, 120 ударов в минуту, температура 36,3°, сильное наружное кровотечение, в брюшной полости определяется свободная жидкость. При бимануальном исследовании обнаружен разрыв матки. Срочная лапаротомия. Обширный разрыв нижнего сегмента, слева по ребру, с одновременным отрывом левого влагалищного свода. В брюшной полости около литра крови. Ввиду тяжелого состояния больной произведено зашивание разрыва после иссечения разможенных краев. Брюшная полость осушена от крови и зашита послойно наглухо. Переливание крови, вливание физиологического раствора, сердечные. Послеоперационный период протекал гладко. Выписалась на 15-й день после операции.

Случай 2 (собственное наблюдение). Многорожавшая. Доставлена в больницу 3/VI 1940 г. с подозрением на разрыв матки. При внутриматочном обследовании врач больницы обнаружил разрыв матки и извлек плод и послед, находившиеся в брюшной полости. Состояние больной тяжелое. Внутреннее кровотечение

нарастает. Чревосечение. Справа, вдоль ребра матки имеется обширный разрыв, захватывающий нижний сегмент и часть тела матки. Ввиду угрожающего состояния больной произведено иссечение разрозненных краев разрыва, гемостаз и зашивание раны узловатыми швами с последующей перитонизацией. Брюшная полость зашита наглухо. Послеоперационный период осложнился пневмонией и нагноением швов брюшной стенки с одновременной субинволюцией матки. Выписалась в хорошем состоянии на 30-й день после операции.

Случай 3 (собственное наблюдение). Многорожавшая, 37 лет, поступила в больницу в тяжелом состоянии. Пульс частый, слабого наполнения. Общий вид тяжело больного человека. Запущенное поперечное положение. Родовая деятельность отсутствует. Небольшое наружное кровотечение. Предположен разрыв матки. Произведена декапитация и извлечение плода с удалением последа. Лапаротомия. Разрыв матки в нижнем сегменте, справа, продольный, с одновременным отрывом свода влагалища. Брюшина тусклая, края разрыва и близлежащие кишечные петли покрыты зеленоватым фибринозно-гнойным налетом. Ввиду тяжелого состояния больной наложены швы на разрыв и брюшная полость зашита наглухо. В послеоперационном периоде — гнойный перитонит с частичным расхождением брюшной раны (вытекал гной). Выздоровление.

Случай 4 (собственное наблюдение; клиника Института для усовершенствования врачей). 31/I 1946 г. доставлена повторно-родящая в тяжелом состоянии с запущенным поперечным положением. Пульс нитевидный, 120 ударов в минуту. Живот напряжен и болезнен. Кольцо Бандля резко выражено и стоит на один поперечный палец ниже пупка. Под эфирным наркозом произведена декапитация и извлечение плода и последа, а затем диагносцирован разрыв матки и произведена лапаротомия (эфир 25,0+внутримышечно 10,0 10%гексенала). Обнаружен разрыв матки длиной в 15 см, идущий слева по ребру матки. Края разрыва освежены, на рану матки наложен двухэтажный шов, в брюшную полость засыпан сульфидин, и она зашита послойно с выведением в нижний угол раны марлевой полоски длиной в 30 см. Лечение: переливание крови, стрептоцид под кожу, а затем внутримышечно 400 000 единиц пенициллина.

В первые сутки после операции тяжелейшее состояние с нитевидным пульсом и затемненным сознанием. Только с 4-го дня состояние больной стало быстро улучшаться; в дальнейшем в послеоперационном периоде имелся незначительный местный воспалительный процесс на стороне разрыва. Больная выписана на 30-й день в хорошем состоянии.

Случай 5 (наблюдение К. Ф. Щелгачева). Многорожавшая доставлена в больницу 23/VI 1938 г. в тяжелом состоянии. 17/VI отошли воды, 21/VI появилась родовая деятельность. При поступлении: рвота, икота; пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот равномерно вздут и очень болезнен. Из влагалища кровянистые выделения. При бимануальном исследовании обнаружено полное открытие и баллотирующее плечико. Произведен поворот на ножку и извлечение плода и плаценты, находившихся среди кишок; обнаружен разрыв матки. Больная взята

в операционную, произведено переливание 500 мл крови, а затем под местной анестезией — лапаротомия. В брюшной полости немного крови с выпотом. Обнаружен зияющий разрыв матки, идущий от правого угла до внутреннего зева. Разорвана широкая связка и оторвана частично висцеральная брюшина около брыжейки слепой кишки. На разрыв матки наложен двухэтажный шов из кетгута; брюшина восстановлена пришиванием к месту отрывов. Брюшная полость зашита послойно наглухо. На 14-й день больная выписана в хорошем состоянии.

Из всех 58 больных, которым, по нашим данным, произведено зашивание разрыва матки, погибло 12, из них от анемии и шока в первые часы после операции — 6, 4 — от перитонита, одна — от гнойного периметрита и одна — от уремии при обширном разрыве мочевого пузыря, осложнившим разрыв матки.

Чрезмерный радикализм в лечении разрывов матки, являясь общепринятой установкой, не удовлетворяет по своим результатам. Смерть при ампутации или экстирпации матки наступает чаще всего или в конце операции, или в первые часы после нее. Весьма вероятно, что для женщины, находившейся в тяжелом состоянии, такая большая добавочная травма, как ампутация или экстирпация матки, может предрешить летальный исход. В то же время приведенные данные сборного материала и наши случаи показывают, что зашивание разрыва переносится гораздо лучше роженицами, находящимися в тяжелейшем состоянии, и заканчивается в большинстве случаев выздоровлением.

Приведенные данные нашего материала о результатах наложения шва на разрыв заставляют думать, что следует шире ставить показания к применению этой более щадящей операции.

Акушерская клиника Казанского института усовершенствования врачей 25 лет придерживалась общепринятой установки при лечении разрывов матки и применяла радикальную операцию — удаление травмированной матки. Эта установка казалась тем более целесообразной, что лечению подвергались женщины с разрывами матки, происшедшими главным образом вне клиники, и доставляемые с явными признаками инфекции. Полученные результаты не могли нас удовлетворять, так как давали очень высокую смертность матерей. С 1945 г. мы отказались от общепринятого метода. Опыт Великой Отечественной войны заставил пересмотреть прежние

установки. На фронте при повреждениях различных органов наилучшие результаты давали щадящие, бережные операции, а не удаление поврежденных органов. Величина послеродовой матки при зашивании разрыва дает довольно широкие возможности для иссечения разможенных тканей по принципу хирургической обработки ран.

Проф. Н. Е. Сидоров, возглавляющий в настоящее время упомянутую клинику, считает, что зашивание разорванной матки должно быть правилом, а удаление матки при разрыве ее—исключением. За последние годы в клинике было оперировано 29 больных с разрывами матки, причем в 28 случаях разрыв располагался в нижнем сегменте¹. Большинство женщин было доставлено в клинику из различных районов Татарской республики в конце первых суток и позднее после совершившегося разрыва матки.

Из 29 случаев в 27 было применено зашивание разрыва матки. Только в 2 случаях, в которых имелся почти циркулярный разрыв нижнего сегмента и тело матки соединялось с шейкой лишь узким мостиком ткани, матка была удалена. Из 27 женщин, у которых разрыв матки был зашит, умерло 5. Эти результаты были значительно лучше, чем исходы при ранее применявшихся радикальных операциях.

По нашему примеру в Казани, Татарской и Чувашской республиках врачи применяют зашивание разрывов матки, получая лучшие результаты, чем во многих клиниках учреждений, считающих правилом удаление разорванной матки.

Ушивание разрыва матки больные, находящиеся обычно в тяжелом шоковом состоянии, переносят гораздо лучше, чем радикальные операции.

За последние годы в акушерской клинике Казанского института усовершенствования врачей мы не наблюдали смертельных исходов во время операции или в первые часы после нее.

Некоторые склонны полагать, что более благоприятные результаты дает не метод операции (зашивание разрыва), а применение пенициллина. Пенициллин — безусловно ценное средство при лечении разрывов матки и

¹ Указанные случаи не вошли в число 262 разрывов матки, разобранных нами, и будут опубликованы отдельно.

при его применении в явно инфицированных случаях зашитых разрывов матки мы наблюдаем довольно благоприятное течение послеоперационного периода и отсутствие в большинстве случаев серьезных осложнений. Но не один пенициллин помогает спасти от гибели женщины при тяжелейших формах разрывов матки. Это следует из того, что, во-первых, причиной смерти большинства больных с разрывами матки является не инфекция, а шок и кровопотеря и, во-вторых, во многих родильных домах при наличии пенициллина смертность при разрывах матки, оперированных радикально, не дает значительного снижения.

В 1950 г. на 3-м пленуме Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР ряд профессоров выступал с предложением расширить показания к зашиванию разрыва матки (И. Ф. Жордания, В. Михайлов, В. А. Покровский и др.).

А. А. Терехова в своей работе о разрывах матки (1949) делает такой вывод: «В целях снижения смертности при операциях по поводу разрыва матки во время родов и беременности следует чаще применять зашивание разрыва матки, особенно при отсутствии инфекции».

И. Ф. Жордания (1950) считает, что следует производить зашивание, если от момента разрыва матки прошло не более 18—24 часов, нет больших размозжений тканей с обширными кровоизлияниями и разрыву не предшествовало длительное лихорадочное состояние.

Таким образом, мы видим, что наше предложение (1947) шире применять зашивание разрыва матки встречает поддержку со стороны многих видных акушеров-гинекологов.

По нашему мнению, зашивание разрывов матки безусловно следует применять при разрывах по рубцу после кесарева сечения, при расположении разрыва в дне и теле матки. Кроме того, следует шире ставить показания к зашиванию разрыва и при локализации его в нижнем сегменте, применяя указанный метод операции в первые 24 часа после происшедшего разрыва. Зашивание разрыва независимо от его характера и расположения приемлемо и в тех случаях, когда больная находится в очень тяжелом состоянии и не может перенести ампутацию или экстирпацию матки,

В акушерской клинике Казанского института усовершенствования врачей мы зашиваем и обширные разрывы матки, расположенные в нижнем сегменте. Удаление матки при разрыве стало у нас редчайшим исключением.

Для иллюстрации привожу один из случаев, в котором имел место обширный разрыв матки и лечение было проведено по принятому в нашей клинике методу.

Роженица 41 года доставлена в акушерскую клинику Казанского института для усовершенствования врачей в 6 часов 45 минут 9/X 1949 г. Настоящая беременность пятая. Четыре предыдущие беременности закончились срочными родами. Роды происходили дома, протекали нормально и дети родились живыми. Считает, что настоящая беременность доношенная. Консультация не посещала. Роды начались дома 8/X в 17 часов, в 20 часов отошли воды и появились сильные потуги. В 24 часа 8/X схватки и потуги прекратились, появились боли внизу живота, больше слева, которые все усиливались и заставили ее поехать в клинику.

При поступлении жалуется на боли внизу живота, которые при перемене положения усиливаются. Температура 37°, пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, кровяное давление 110/90. Язык обложен, влажный. Родовой деятельности нет, движений плода роженица не ощущает. Таз: 23, 26, 29, 29½. Живот вздут, при пальпации разлитая болезненность внизу живота. Контуры матки неясны, пальпация живота болезненна. Под брюшной стенкой определяются спинка плода и неясно мелкие части. Предлежащая часть — головка — расположена малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода не выслушивается. Слева от матки пальпируется мягковатая опухоль, идущая к стенке таза и вверх к почечной области. При вагинальном исследовании: кровотечения нет, открытие полное, плодный пузырь отсутствует, головка малым сегментом во входе в таз, большая родовая опухоль. Поставлен диагноз совершившегося разрыва матки с наличием забрюшинной гематомы.

Под эфирным наркозом (100,0) произведено чревосечение. Из брюшной полости извлечен мертвый плод (вес 4 000 г, длина 52 см) и послед. На передней стенке матки в области нижнего сегмента имеется поперечный разрыв, который продолжается вверх по левому ребру. Длина разрыва 16—18 см. Передний листок левой широкой связки и круглая связка разорваны. Мочевой пузырь отслоился, цел. Слева имеется забрюшинная гематома до почечной области. Гематома удалена, кровоточащие сосуды лигированы. Местами края разрыва освежены. В полость матки засыпано 5,0 сульфидина. Разрыв зашит двухэтажными узловатыми кетгутowymi швами. В параметрий засыпано 3,0 сульфидина. Брюшина переднего дугласова кармана подшита к матке над зашитым разрывом. Произведена стерилизация путем резекции труб. В брюшную полость влито 300 000 единиц пенициллина; брюшная рана зашита послойно наглухо. Произведено переливание 500 мл консервированной крови. После операции применялся пенициллин по 50 000 через 3 часа в течение 6 дней. Послеоперационный период протекал с повышением температуры до 37,8° в первые три дня и наличием

незначительного параметрального инфильтрата слева. На 20-й день после операции больная выписана в хорошем состоянии с незначительными остатками левого параметрального инфильтрата в виде тяжа.

Зашивание разрыва матки и в этом случае, который сопровождался обширным размождением тканей и забрюшинной гематомой до почечной области, дало благоприятные результаты.

При лечении разрывов матки чрезвычайно важно правильно выбрать метод операции, но это лишь одно из звеньев в цепи мероприятий, имеющих целью спасение жизни женщины, у которой совершился разрыв матки.

Исход случая при разрыве матки зависит от многих причин и в первую очередь от срока распознавания разрыва и хирургического вмешательства. Чем раньше распознан разрыв и произведена операция, тем лучше будут результаты; наоборот, поздний диагноз и запоздалая операция приводят к печальным результатам. Этим и объясняется огромная летальность в тех случаях, когда роженицу доставляют в родильное учреждение с совершившимся разрывом. В нашем материале из 48 больных, доставленных в родильные учреждения с совершившимся разрывом матки, умерло 35 (73%). В то же время разрывы матки, происшедшие в родильном отделении, своевременно диагностированные и тут же оперированные, дают наиболее благоприятные результаты.

При позднем распознавании разрыва матки, через 1—2 суток, если нет угрожающей анемии, отсутствуют перитонеальные симптомы и имеется лишь небольшая, а главное, не нарастающая гематома, И. Л. Брауде считает возможным применение консервативного лечения (покой, давящая повязка, холод на живот, опий, спорынья). Наличие перитонеальных явлений (метеоризм, болезненность живота, учащенный пульс, рвота и пр.) или нарастающая гематома с признаками внутреннего кровотечения заставляют и в поздно распознанных случаях немедленно производить чревосечение.

Характер самого разрыва, сила кровотечения, наличие инфекции и качество лечебной помощи также имеют большое значение в прогнозе исхода разрыва матки.

При разборе нашего материала пришлось неоднократно встречаться с такими случаями, когда тяжелейшая больная с разрывом матки подвергалась вначале, особен-

но при запущенных поперечных положениях, родоразрешающей операции *per vias naturales* (эмбриотомия, перфорация и др.), а затем, нередко со значительным перерывом между операциями, производилось чревосечение. Во многих случаях в результате двух операций и длительного наркоза смертельный исход наступал на операционном столе. Предварительное родоразрешение *per vias naturales* до чревосечения может быть показано лишь в случаях разрыва матки, когда головка находится в полости таза, так как иначе при лапаротомии будет трудно или даже совершенно невозможно извлечь плод из матки. В этих случаях, которые встречаются редко, плод извлекают после перфорации при помощи кранио-класа. Операция должна производиться очень бережно и непосредственно перед чревосечением.

В отдельных случаях при наличии живого плода, причем головка стоит в выходе таза, что бывает чрезвычайно редко при разрывах матки, могут быть применены выходные щипцы (И. И. Яковлев).

Подобные случаи в разобранным нами материале не встречались, и две отдельные операции — родоразрешающая и чревосечение — часто применялись без всякой к тому необходимости при ясной картине совершившегося разрыва. Кроме того, следует учитывать, что предварительное родоразрешение через влагалище обычно сопровождается увеличением разрыва и ухудшает состояние больной. В части случаев предлежащая часть оказывает тампонирующее действие на разорванные ткани и, сдавливая поврежденные сосуды, уменьшает, а иногда почти останавливает кровотечение. После влагалищной родоразрешающей операции в подобных случаях может начаться сильнейшее кровотечение нередко со смертельным исходом от острой кровопотери, прежде чем будет произведено чревосечение.

Мы считаем, что при совершившихся разрывах матки и наличии запущенного поперечного положения, как и при головных предлежаниях, следует идти прямо на чревосечение без предварительного влагалищного родоразрешения. После вскрытия брюшной полости сразу же удаляют плод и послед, находящиеся в большинстве случаев между кишечных петель. В конце операции, независимо от примененного метода хирургического вмешательства, из брюшной полости удаляют жидкую кровь,

сгустки, околоплодные воды и осматривают соседние органы, которые могут быть повреждены, в особенности при насильственных разрывах (мочевой пузырь, кишечник).

Огромное большинство авторов считает наиболее правильным при операции по поводу разрыва матки абдоминальный путь. Влагалищный путь для операций по поводу разрыва матки даже для специалистов, опытных в производстве влагалищных чревосечений, совершенно недопустим, так как при этом трудно проследить характер повреждений и надежно остановить кровотечение.

Для обезболивания при операциях по поводу разрыва матки обычно применяется общий наркоз. В клинике Казанского института для усовершенствования врачей мы пользуемся местной инфильтрационной анестезией с одновременным внутримышечным введением 10 мл 10% гексенала или эфирным наркозом. Являясь убежденными сторонниками местной инфильтрационной анестезии при всех гинекологических операциях и кесаревом сечении, мы полагаем, что при разрывах матки местную анестезию нельзя считать единственным методом обезболивания и, если при проведении данной анестезии больная начинает ощущать боли, целесообразнее дать эфирный наркоз, чтобы не усилить шокового состояния.

А. А. Терехова считает, что необходимо применять местную инфильтрационную анестезию по Вишневскому как метод обезболивания, снижающий и предупреждающий шок при разрыве матки и последующем оперативном вмешательстве.

Это положение является вполне правильным и обоснованным, но при условии, если удастся достичь полного обезболивания в области оперативного вмешательства.

Местоположение разрыва и его характер решают вопрос о том, какой вид хирургического вмешательства должен быть применен в каждом отдельном случае. Экстирпацию матки большинство акушеров производит при разрыве нижнего сегмента с образованием большой гематомы в клетчатке, а также в тех случаях, когда разрыв в заведомо инфицированных случаях переходит на шейку матки или влагалищные своды; в остальных случаях чаще всего применяется надвлагалищная ампутация матки. При разрывах, расположенных выше перешейка или в области дна, может быть применена высокая ампутация

или дефундация матки (И. Л. Брауде). Техника экстирпации или ампутации матки при ее разрыве обычная. Брюшную полость по белой линии вскрывают продольным разрезом от лона до пупка и лишь в отдельных случаях приходится продолжить разрез за пупок. После вскрытия брюшной полости извлекают плод и послед, если они не

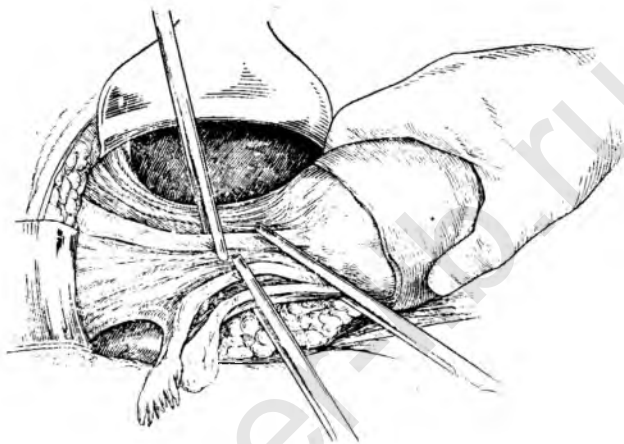


Рис. 6. Надвлагалищная ампутация матки. Матка отведена в сторону. Наложение зажимов на круглую связку и собственную связку яичника вместе с трубой (Браудэ).

были удалены до чревосечения, выводят матку в брюшную рану и осматривают величину и характер разрыва. Брюшную полость отгораживают марлевыми салфетками и полотенцем во избежание затекания крови.

Если решено удалить разорванную матку путем ампутации, ее захватывают двумя клеммами или зажимами Кохера, наложенными вдоль ребра на верхний отдел широкой связки у места отхождения круглой связки, фаллопиевой трубы и собственной связки яичника. И. Л. Брауде рекомендует захватывать матку рукой, обернув руку предварительно полотенцем или марлевой салфеткой. Затем матку отводят в сторону и накладывают один зажим Кохера на собственную связку яичника и трубу, а второй — на круглую связку (рис. 6). Между на-

Ложенными зажимами ножницами рассекают верхний отдел широкой связки вместе с трубой и собственной связкой яичника, перерезают круглую связку, а затем, приподнимая пинцетом и продолжая разрез кпереди, рассекают пузырно-маточную складку брюшины у места ее плотного прикрепления к матке. Разрез брюшины при

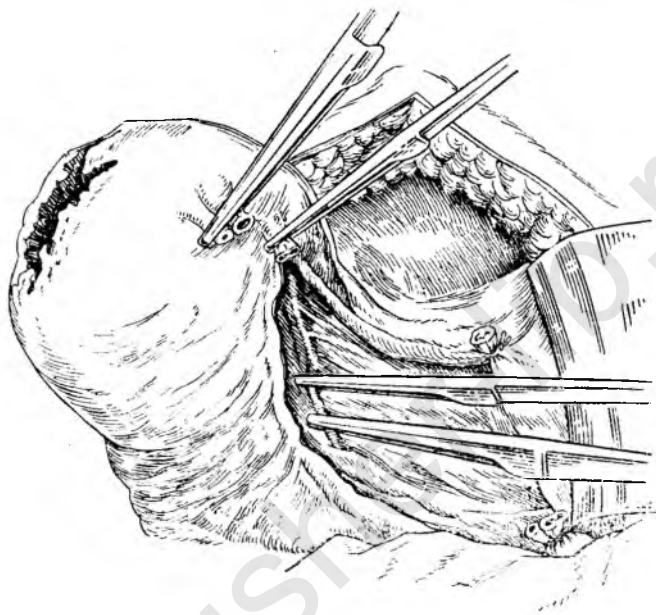


Рис. 7. Надвлагалищная ампутация матки. Наложение зажимов на маточные сосуды (Брауде).

этом идет по направлению от одной круглой связки к другой.

После этого матку отводят в противоположную сторону и снова рассекают между наложенными зажимами трубу, собственную связку яичника и круглую связку, заканчивая при этом разрез пузырно-маточной складки брюшины. Тупым путем при помощи тупфера отодвигают мочевой пузырь вниз, отделяя его от шейки матки на небольшом расстоянии. Зажимы Кохера заменяют кетгутowymi лигатурами. Если необходимо вместе с маткой удалить и придатки, зажимы Кохера накладывают не на собственную связку яичника и трубу, а на *lig. infundibu-*

lo-pelvicum. После отделения придатков и отслойки мочевого пузыря от шейки матку снова отводят в сторону и перпендикулярно к ее ребру накладывают клеммы или зажимы Кохера на маточные сосуды (рис. 7), причем концы зажима должны доходить непосредственно до ребра шейки, так как иначе можно и не захватить в зажим

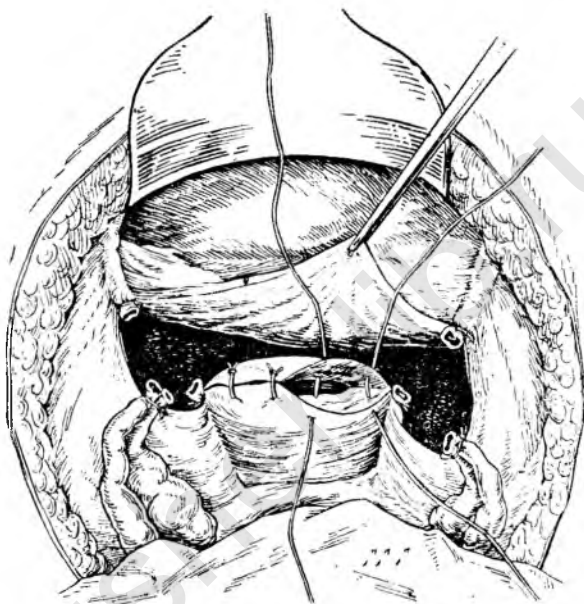


Рис. 8. Надвлагалищная ампутация матки. Зашивание культи шейки узловатыми кетгутowymi швами (Брауде).

маточных сосудов, которые не всегда хорошо видны в клетчатке, или поранить их острыми концами зажима, что неизбежно вызовет кровотечение. Чтобы не получить обратного венозного кровотечения из матки, накладывают параллельно зажимам, наложенным на маточные сосуды, контржимы ближе к ребру и перерезают сосуды.

То же самое проделывают и на противоположной стороне. Несколько выше места перерезки маточных сосудов, приблизительно на уровне внутреннего маточного зева, матку отсекают от шейки и удаляют. Шейку лучше всего рассечь клиновидно, так, чтобы верхушка клина бы-

ла направлена к просвету цервикального канала. Это способствует лучшему соединению краев разреза и закрытию канала шейки. Культю шейки смазывают иодной настойкой и зашивают 4—5 кетгутовыми швами, соединяющими переднюю и заднюю стенки шейки матки без прокалывания слизистой цервикального канала (рис. 8). Маточные сосуды лигируют следующим образом: кетгутовый шов проводят через толщу стенки шейки у ребра и в этот шов захватывают сосуды. Следующим моментом операции является перитонизация. Кетгутовым швом край брюшины пузырно-маточной складки подшивают к задней стенке шейки матки. Концы лигатур, наложенные на культю шейки, отсекают и непрерывным кетгутовым швом продолжают перитонизацию, соединяя край брюшины пузырно-маточной складки с задней стенкой шейки, с листком широкой связки, покрывая при этом культю собственной связки яичника, трубы и круглой связки (рис. 9). В клинике Казанского института для усовершенствования врачей мы при перитонизации культей придатков пользуемся следующим приемом. Один конец лигатуры, наложенный на трубу и собственную связку яичника, берут на иглу, несколькими стежками захватывают «гармошкой» задний листок широкой связки и производят вкол в край стенки шейки, после чего шов завязывают. Придатки оказываются притороченными к культю маточной шейки. Одним кетгутовым швом подшивают брюшину пузырно-маточной складки к задней стенке шейки и затем заканчивают перитонизацию непрерывным швом. Подобный метод перитонизации способствует фиксации культю шейки матки в тазу и физиологическому положению придатков.

При расположении большого разрыва в дне матки может быть применена дефундация матки (И. Л. Брауде). При этом от матки отделяют только собственную связку яичника, трубу и круглую связку и циркулярно иссекают дно, наложив предварительно зажимы на маточные сосуды у места предполагаемого разреза. Такой метод операции ведет к полному сохранению менструальной функции.

Полная экстирпация матки начинается так же, как и ампутация. После рассечения собственной связки яичника, трубы и круглой связки рассекают пузырно-маточную складку брюшины. Мочевой пузырь полностью отделяют

от шейки матки и немного от влагалища. Маточные сосуды захватывают зажимами Кохера (лучше клеммами), накладывая один из них на расстоянии 1—1,5 см от ребра матки, другой — у самого ребра. Между зажимами сосуды рассекают. Матку оттягивают к симфизу, надсекают задний листок широкой связки и брюшину между

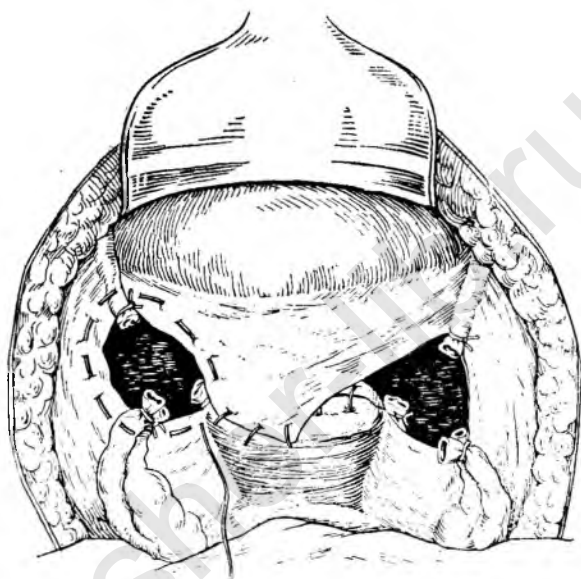


Рис. 9. Надвлагалищная ампутация матки. Перitonизация культи шейки матки (Брауде).

крестцово-маточными связками. Тупым путем брюшину заднего дугласова кармана и прямую кишку отслаивают от шейки матки и верхней трети влагалища, захватывают в зажимы крестцово-маточные связки и рассекают их. Затем накладывают зажимы на параметральную клетчатку у самого ребра матки, чтобы не захватить мочеточника, и перерезают клетчатку. После этого матка остается соединенной только с влагалищной трубкой. Мочевой пузырь при помощи зеркала отодвигают вниз и ножницами вскрывают влагалище по передней стенке или сбоку (И. Л. Брауде), у места его прикрепления к шейке. В отверстие, сделанное в стенке влагалища, вводят пинцетом сначала сухой марлевый шарик и, протерев верх-

нюю часть вагины, проталкивают его по направлению к входу влагалища. Затем то же проделывают с двумя шариками, смоченными спиртом, и, наконец, вводят последний, четвертый, снова сухой шарик; шарики удаляют из вагины через 6—12 часов после операции.

Вслед за протиранием влагалища матку отсекают от вагины и удаляют. Края влагалища по мере отсечения захватывают клеммами. После этого производят гемостаз, заменяя зажимы лигатурами, влагалище зашивают наглухо или применяют один из видов дренажа.

И. Л. Брауде при экстирпации разорванной матки, обеспечивающей, по его мнению, хороший отток через влагалище оставшейся в подбрюшинном пространстве крови или образующегося экссудата, высказывается за бестампонное дренирование. При этом способе переднюю и заднюю стенку влагалища подшивают двумя-тремя швами к брюшине соответствующего дугласова кармана (рис. 10), с боков же влагалище остается незашитым, что обеспечивает сток оставшейся крови или воспалительного экссудата из параметральных пространств. Над незашитым влагалищем производится перитонизация (рис. 11) двухэтажным швом, что, по мнению И. Л. Брауде, а также Окинчица, Бумма и Зигварта, создает надежную защиту против проникновения инфекции из подбрюшинной клетчатки в брюшную полость.

Иногда при операции по поводу разрыва матки возникает затруднение во время остановки кровотечения (отрыв маточной артерии, большая гематома в клетчатке). Известны случаи (И. Л. Брауде и др.), когда смерть после своевременно произведенной операции была вызвана кровотечением из маточной артерии или ее ветвей, оставшихся ненайденными и неперевязанными во время операции. С. С. Шах-Паронян предлагает экстирпацию матки при ее разрывах начинать с предварительной перевязки обеих подчревных артерий, производимой через разрез заднего листка широкой связки при оттянутой впереди матке. Целесообразность такого мероприятия он видит в уменьшении кровопотери при операции и возможности немедленно после перевязки артерий применить переливание крови, вливание физиологического раствора и введение сердечных средств. С. С. Шах-Паронян приводит 4 случая разрыва матки, оперированных по этому способу и закончившихся выздоровлением. И. Л. Брауде счи-

тает излишним двустороннюю перевязку подчревных артерий; в случаях возникновения затруднений при остановке кровотечения он рекомендует производить разрез брюшины над гематомой, удалить сгустки крови и, раздвигая листки широкой связки, как при операции по поводу рака

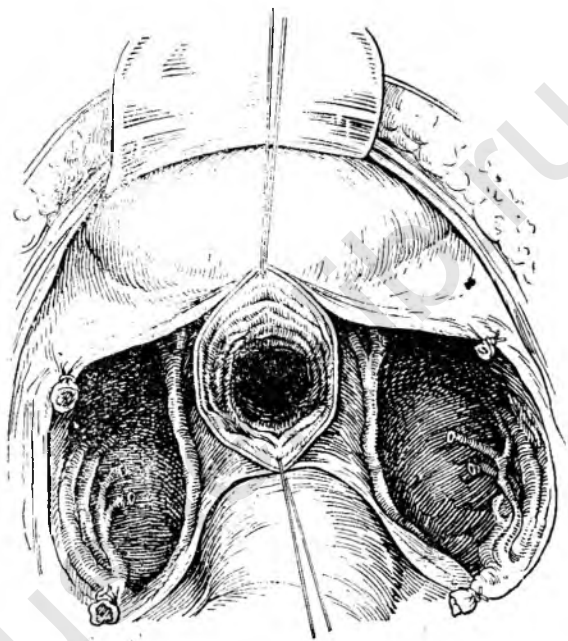


Рис. 10. Бестампонное дренирование после экстирпации матки. Одним швом соединяют переднюю стенку влагалища с брюшиной мочевого пузыря, вторым—заднюю стенку влагалища с брюшиной прямой кишки (первый момент) (Брауде).

шейки матки, отыскать подчревную или маточную артерию у места отхождения от подчревной и перевязать ее. В отдельных случаях он советует, пожертвовав придатками одной стороны, перевязать и перерезать *lig. infundibulo-pelvicum* на стороне разрыва, затем рассечь брюшину широкой связки до места деления общей подвздошной артерии на *a. iliaca externa* и *a. hypogastrica* и просле-

дуть ход последней до отхождения от нее маточной артерии.

На основании нашего опыта мы считаем, что производить перевязку подчревных артерий следует лишь в тех случаях, когда имеется разрыв маточной артерии и в гематоме широкой связки не удается отыскать разорванный

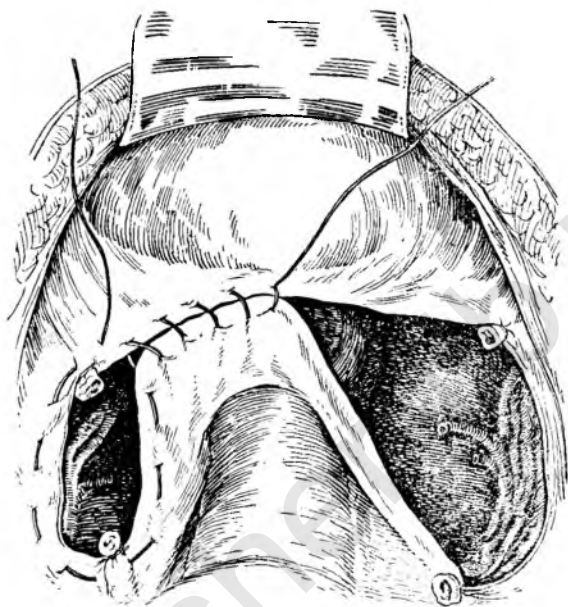


Рис. 11. Бестампонное дренирование после экстирпации матки над незашитым влагалищем; передний и задний листки брюшины соединяются непрерывным кетгуттовым швом, заканчивающимся кистом (Брауде).

сосуд. В трех подобных случаях нам удалось остановить кровотечение перевязкой подчревных артерий на стороне разрыва. При этом мы широко раздвигали с помощью зеркал листки широкой связки, удаляли излившуюся кровь, отыскивали общую подвздошную, а затем и подчревную артерию, которую и перевязывали шелковой лигатурой, подведенной под сосуд тупой иглой Дешана.

При поперечном разрыве нижнего сегмента с отрывом передней стенки шейки матки от тела И. Л. Брауде ре-

комендует удалять этот оторванный лоскут, отсепаровав его предварительно от мочевого пузыря и отсекая от влагалищного свода.

Техника операции при зашивании разрыва матки должна заключаться в лапаротомии, остановке кровотечения и наложении швов на разрыв. Размозженные края разрыва по возможности сглаживают острыми ножницами или скальпелем, иссекают старый рубец, если он имеется, и накладывают кетгутовые швы в два этажа на мышцу и брюшинный покров матки. Перитонизация производится непрерывным кетгутовым швом, захватывающим брюшину и поверхностный слой мышечной ткани. Разрывы матки чаще всего располагаются в области нижнего сегмента; после зашивания разрыва удается производить перитонизацию брюшиной переднего дугласова кармана и передним листком широкой связки. В результате зашитый разрыв полностью покрывается брюшиной.

Данный метод операции разрыва матки наименее травматичен для больной, обычно находящейся в тяжелом состоянии, он прост по технике и при хорошем соединении краев раны в маточной стенке во всю ее толщину дает возможность сохранить в будущем нормальную функцию матки.

Если имеет место неполный разрыв матки, повреждена только мышечная стенка, а брюшина, под которой образовалась гематома, цела, то необходимо сначала рассечь брюшину над гематомой, удалить жидкую кровь и сгустки. Кровотечение останавливают путем перевязки поврежденных сосудов, особенно брызжущих артерий, или путем обкалывания диффузно кровоточащих участков ткани. Когда произведен гемостаз, соединяют края раны и зашивают брюшину.

В отдельных случаях, если не удастся отыскать кровоточащий сосуд, для остановки кровотечения перевязывают, как указано выше, подчревную артерию или маточную артерию у места ее отхождения от подчревной.

В большинстве случаев при зашивании разрыва матки приходится с согласия женщины производить стерилизацию при помощи одного из принятых методов. Мы обычно применяем резекцию труб на протяжении. Простая перевязка труб после их раздавливания крепким зажимом, произведенная с целью сокращения длительности операции, во многих случаях не препятствовала на-

ступлению беременности. В части случаев, несмотря на обширные проникающие разрывы матки и их зашивание, мы не применяли стерилизации, учитывая желание женщины иметь в дальнейшем ребенка. При наступившей беременности эти женщины находились под строгим наблюдением и в последние дни беременности им производили кесарево сечение.

При разрывах матки весьма неприятным и тяжелым осложнением являются повреждения мочевого пузыря, который в части случаев вовлекается в разрыв при локализации в области нижнего сегмента. По нашим данным, на 262 разрыва матки одновременный разрыв мочевого пузыря встретился 9 раз, но, благодаря своевременно произведенной операции, погибли только 3 больные.

Разрыв мочевого пузыря, происшедший одновременно с разрывом матки, зашивают при чревосечении со стороны брюшной раны. Предварительно производят операцию на разорванной матке (зашивание разрыва, ампутацию или экстирпацию), а затем накладывают швы на разрыв мочевого пузыря.

Рану мочевого пузыря зашивают тонким кетгутом в два этажа. При наложении первого ряда узловатых швов тщательно соединяют края разрыва, не захватывая при этом слизистой. После операции вводят на 5—7 дней постоянный катетер и ежедневно промывают мочевой пузырь маленькими порциями (50—70 мл) 2% раствора борной кислоты.

В нашей клинике мы обычно в тяжелых случаях начинаем переливание крови во время операции и повторно производим переливание крови, применяя дозы в 500 мл сразу после операции и при дальнейшем лечении. Наши наблюдения заставляют горячо рекомендовать при лечении разрывов матки повторные переливания крови. И. Л. Брауде и Парменов также сообщают о хороших результатах повторных переливаний крови при лечении разрывов матки.

В борьбе с инфекцией раньше придавали большое значение выведению тампонов через брюшную рану и во влагалище. Но как тампон Микулича или Фора, так и влагалищные, не оправдывающие возлагаемых на них надежд, находят все меньше сторонников.

Наша клиника, долгое время широко применявшая в инфицированных случаях, — а при разрывах матки **все-**

гда,— тампон по Фору или Микуличу, за последние годы отказалась от них и применяет или тампон-выводник во влагалище, или же бестампонное дренирование, горячо рекомендуемое И. Л. Брауде и, по нашим наблюдениям, дающее хорошие результаты. При зашивании разрывов матки мы закрываем брюшную полость наглухо или (в явно инфицированных случаях) вставляем тампон-полоску к месту разрыва и выводим ее через нижний угол брюшной раны. Лишь в отдельных случаях может возникнуть необходимость в применении тампона Микулича, а именно при неуверенности в гемостазе, при перитоните, при опасности некроза стенки мочевого пузыря или же при сочетании паренхиматозного кровотечения и инфекции. Некоторые авторы рекомендуют применять тампон Микулича и при затруднении перитонизации после обширных повреждений тканей при разрывах матки. Мы считаем, что в последнем случае целесообразнее пользоваться куском резецированного сальника, который при подшивании его отдельными кетгутowymi швами над местом повреждения хорошо его прикрывает и оказывает некоторое гемостатическое действие при паренхиматозном кровотечении.

Заслуживает внимания применение в целях борьбы с инфекцией сульфаниламидных препаратов и в особенности пенициллина. Жордания широко применял с благоприятными результатами засыпание сульфаниламидов при операциях по поводу рака шейки матки. Мы также применяем с успехом сульфаниламиды и пенициллин при лапаротомиях, где есть опасность инфекции. Обычно при зашивании разрывов матки мы засыпаем до 10 г сульфидина в полость матки и параметральную клетчатку и после перитонизации вводим в брюшную полость 500 000 единиц пенициллина. По нашим наблюдениям, это мероприятие дает благоприятные результаты, являясь одним из средств в борьбе с инфекцией.

Борьба с инфекцией, начатая на операционном столе, должна настойчиво проводиться и в дальнейшем. Мы сразу же после операции начинаем подкожно вводить по 500 мл 0,8% раствора белого стрептоцида, в первые 3—4 дня ежедневно, а затем назначаем сульфаниламидные препараты внутрь. Одновременно с указанными препаратами следует применять и пенициллин по 50 000—100 000 единиц через 3 часа в течение 5—7 дней.

Применение сердечных средств, питание и хороший уход за этими тяжелейшими больными имеют большое значение и являются необходимыми звеньями в цепи лечебных мероприятий при разрывах матки.

Лечение неполных разрывов матки, которых у нас было 24, в принципе не должно отличаться от терапии полных разрывов, хотя в отдельных случаях, если нет кровотечения и условий для хирургического вмешательства, возможно консервативное лечение (И. Л. Брауде).

В нашем материале из 24 случаев неполных разрывов матки применена лапаротомия в 13 случаях, из них: ампутация матки в 5 случаях, экстирпация — в 3, зашивание разрыва — в 4, и одна больная погибла во время операции. Общая летальность при неполных разрывах матки равна 33,3%. Из 13 оперированных больных выздоровели 11 (84,6%), а из 8 больных, леченных консервативными методами, — 5 (62,5%), и в 3 случаях неполных разрывов смерть наступила до лечения. Приведенные цифры говорят за преимущество хирургического лечения и при неполных разрывах матки.

На 262 случая нашего материала в трех наступило самоизлечение при полных разрывах матки (В. Малявинский, Н. И. Кушталов, А. Е. Емшанова). В этих случаях разрыв закрылся путем рубцевания, а плод, вышедший в брюшную полость, превратился в литопедион (В. Малявинский) или же части плода подверглись разложению и шли в одном случае через брюшную стенку (А. Е. Емшанова), в другом — через влагалище и прямую кишку путем нагноения.

На основании анализа нашего материала и длительных наблюдений при лечении разрывов матки мы пришли к следующим выводам:

1. Как только будет поставлен диагноз наступившего разрыва матки, женщина должна быть немедленно оперирована.

2. Единственно правильной операцией является чревосечение без предварительного влагалищного родоразрешения, которое приводит к увеличению разрыва и сопровождается ухудшением общего состояния роженицы, находящейся и без того в тяжелом состоянии.

3. Если диагноз совершившегося разрыва не поставлен, что чаще всего наблюдается при неполных разрывах, а лишь заподозрен, и производится влагалищное родо-

разрешение, то необходимо, как только подтвердится диагноз разрыва, сразу же переходить на чревосечение, для чего должны быть заранее приготовлены инструменты.

4. Наиболее благоприятные результаты при разрывах матки дает зашивание разрыва; его следует применять в большинстве случаев, если от момента разрыва прошло не более суток или если состояние больной настолько тяжелое, что она не может перенести радикальную операцию (удаление разорванной матки).

5. Повторные переливания крови по 500 мл при лечении разрывов матки, являясь могучим средством в борьбе с шоком и анемией, должны иметь широкое применение.

6. Борьбу с инфекцией необходимо начинать на операционном столе (засыпание сульфаниламидов в параметрии, вливание пенициллина в брюшную полость) и настойчиво проводить в послеоперационном периоде (подкожные вливания раствора белого стрептоцида, пенициллин).

Создание наилучших внешних условий (обстановка, уход, питание), охранительное торможение по И. П. Павлову и другие наши лечебные мероприятия должны способствовать нормализации взаимоотношений между корой головного мозга и нижележащими отделами центральной нервной системы.

Воздействуя на организм через центральную нервную систему, мы можем получить наиболее благоприятное течение послеоперационного периода у женщины, перенесшей разрыв матки.

ЛИТЕРАТУРА¹

Абрамович Ф. В. и Шор Г. В., Случай внутрибрюшного кровотечения из беременной матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1913, № 1.

Азлецкий Б. В., Клиническая картина разрыва матки в зависимости от этиологических факторов, пути предупреждения разрыва матки, Акушерство и гинекология, 1939, № 12.

Он же, Три случая спонтанных разрывов матки во время родов, Акушерство и гинекология, 1935, № 4.

Алексеевко Н. Д., К этиологии произвольных разрывов матки во время родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1890, июнь.

Анисимов А. Ф., Два случая разрыва матки во время родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1911, № 12.

Он же, Три случая разрывов шейки и влагалищных сводов, Журнал акушерства и женских болезней, 1927, № 3.

Антелава Н. В., К вопросу о разрывах матки во время искусственного прерывания беременности, Казанский медицинский журнал, 1931, № 2.

Атабеков Д. Н., Анализ причин образования пузырно-влагалищных свищей при родах, Акушерство и гинекология, 1950, № 4.

Бакланов Б. И., Случай спонтанного разрыва матки *sub partu*, Акушерство и гинекология, 1930, № 4—5.

Бакшт Г. А., Абдоминальное родосечение в современном акушерстве, Воронеж, 1934.

Бекман В. Г., К этиологии разрывов матки. Сборник трудов врачей С.-Петербургских родовспомогательных заведений, в. 1, 1893.

Он же, Журнал акушерства и женских болезней, 1912, № 8 (протокол заседаний Акушерско-гинекологического общества, СПб).

Он же, Журнал акушерства и женских болезней, 1912, № 10 (протокол заседаний Акушерско-гинекологического общества, СПб).

Он же, О консервативно-хирургическом лечении послеродовых подбрюшинных гематом и неполных разрывов матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1916, № 11.

Белоручев Е. А., Случай самопроизвольного разрыва матки во время родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1909, № 9.

¹ Нами приводится литература главным образом за период с 1909 по 1946 г. Литературные источники по вопросу о разрывах матки до 1909 г. указаны в работе Ледомского и учебнике акушерства Груздева.

Власов В. Н., Спонтанные разрывы матки во время беременности и родов по материалам родильного дома имени Грауэрмана, Акушерство и гинекология, 1935, № 4.

Галактионов А. И., 3 случая разрыва матки во время беременности, Акушерство и гинекология, 1940, № 11.

Гонтер Г. Г., Акушерский семинарий, т. II, 1932, Лесмедгиз. Он же, Учебник акушерства, Биомедгиз, 1937.

Геринштейн И. М., Спонтанные разрывы матки во время родов. Педиатр., акуш. и гин., 1940, № 2.

Грамматикати И. Н., Кесарево сечение при запущенном поперечном положении плода, Русский врач, 1911, № 13.

Грудзев В. С., Курс акушерства и женских болезней, т. II, ч. 2, 1922.

Гутман Г. А., Некоторые итоги и дальнейшие пути борьбы за снижение материнской послеродовой смертности в лечебных учреждениях Чувашской АССР, Советская медицина, 1946, № 10.

Давыдов Г. Л., К вопросу об изменении эластической ткани матки при самопроизвольных разрывах ее во время родов и беременности. Дисс., СПб, 1895.

Демьянов А. С., Случай спонтанного разрыва шейки матки и свода во время родов со смертельным кровотечением, Акушерство и гинекология, 1931, № 5.

Дмитриев Б. В. и Ключков Е. С., Четыре случая классического кесарева сечения при поперечном положении, Акушерство и гинекология, 1929, № 1.

Днепров П. В., К вопросу о распознавании начинающегося разрыва матки, Акушерство и гинекология, 1932, № 1.

Добрушин М. А., Случай разрыва матки во время родов с ущемлением брыжейки толстой кишки, Акушерство и гинекология, 1935, № 4.

Дубенский И., Материалы к этиологии произвольных разрывов матки во время беременности и родов. Дисс., СПб, 1884.

Емшанова А. Е., К вопросу о разрывах матки после кесарева сечения по поводу эклампсии, Акушерство и гинекология, 1939, № 12.

Жилов Н. В., Разрывы матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 7.

Жордана И. Ф., Оперативное лечение рака шейки матки. Акушерство и гинекология, 1945, № 3.

Он же, Травматизм женщины в родах и меры его предупреждения, Акушерство и гинекология, 1950, № 4.

Зайцев Н. и Логинов А., Случай разрыва матки, Врачебная газета, 1928, № 18.

Иванов Б. Н., К вопросу о спонтанных разрывах матки во время беременности после бывшего кесарева сечения, Акушерство и гинекология, 1935, № 4.

Иванов Н. З., Об эластической ткани в матке во время беременности, Журнал акушерства и женских болезней, 1901, № 10.

Он же, К вопросу о профилактике и лечении разрывов матки во время родов, Труды Акушерско-гинекологического общества за 1904 г.

Он же, К вопросу о разрывах матки. Труды I съезда российских акушеров, 1904.

Он же, Учебник акушерства, М., 1926.

Илькевич В. Я., Леви М. Ф. и Селицкий С. А., Кесарево сечение в Москве за 7 лет (1921—1928 гг.), Журнал акушерства и женских болезней, 1929, № 2.

Иногда К., Случай насильственного разрыва матки, Врачебная газета, 1928, № 10.

Каганович-Дворкин, Два случая разрыва матки во время родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 6.

Калмыков М. А. и Кейзеров В. Я., Два случая разрыва матки во время родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1909, № 9.

Какушкин Н. М., Журнал акушерства и женских болезней, 1912, № 4 (протоколы заседаний Акушерско-гинекологического общества, СПб).

Киреевский М. Н., К вопросу о разрывах матки во время родов, Кубанский научно-медицинский вестник, 1930, т. XII—XIII.

Кисин С. В., Острый живот в акушерстве, Сталиногорск, 1937.

Китаева, Случай полного разрыва матки во время родов, излеченный консервативным путем, Медицинское обозрение Нижнего Поволжья, 1927, № 1—2.

Китнер О. И., Журнал акушерства и женских болезней, 1913, № 4 (протоколы Акушерско-гинекологического общества СПб).

Клейн С. М., К диагностике атипичных разрывов матки, Акушерство и гинекология, 1947, № 4.

Он же, О кесарском сечении при запущенном поперечном положении, Акушерство и гинекология, 1941, № 9—10.

Кленицкий Я. С., Разрывы вагинальных сводов, Акушерство и гинекология, 1940, № 2.

Колинько Д. В., О влиянии операции кесарского сечения на повторные беременности и роды, Труды Кубанского медицинского института, 1934, в. 2.

Колосов М., Оперативное акушерство, Медгиз, М., 1929.

Колпаков Г. А., Случай разрыва матки и отрыв подвздошной кишки от брыжейки при наложении щипцов, Акушерство и гинекология, 1939, № 4.

Корде, О повреждениях в акушерстве, Врачебная газета, 1910, № 27.

Коротков Н., К вопросу о полных осложненных разрывах матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1915, № 4.

Красовский А., Разрывы матки, Военно-медицинский журнал, июнь 1853.

Кричевская Е. Г., Случай самопроизвольного разрыва беременной матки на VI месяце, Акушерство и гинекология, 1939, № 12.

Кузьмина Н. А., К вопросу о самопроизвольных разрывах матки, Врачебная газета, 1928, № 18.

Кушталов Н. И., О самоизлечении при полных разрывах беременной матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1913, № 12.

Ланковиц А. В., Случай разрыва матки в родах по рубцу после операции внематочной беременности, Гинекология и акушерство, 1935, № 4.

Ледомский В. И. К вопросу о патологии и терапии разрывов матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1909, № 1 и 2.

Линников В. Г., Самопроизвольный разрыв матки на VI месяце беременности, Акушерство и гинекология, 1936, № 10.
Липман В., Акушерский семинарий, 1915.

Лисовецкий В., К вопросу об этиологии самопроизвольных разрывов матки, Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, стр. 576.

Лисовецкий В. С., К вопросу о патогенезе самопроизвольных разрывов матки во время беременности, Акушерство и гинекология, 1950, № 4.

Майзель Е., К вопросу разрыва матки в родах, Акушерство и гинекология, 1939, № 12.

Он же, Самопроизвольный разрыв матки в ранние сроки беременности, Акушерство и гинекология, 1937, № 7.

Малиновский М. С. и Кушнир М. Г., Руководство по оперативному акушерству, Медгиз, 1939.

Малявинский В., К клинике разрывов матки, Акушерство и гинекология, 1933, № 1 и 2.

Марков Н., К вопросу о разрывах матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1910, № 11.

Марковский А. В., К вопросу об эмбриотомии, Журнал акушерства и женских болезней, 1892.

Мельников Н. А., Нижний сегмент, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, № 7.

Мещеров Х. Х., К вопросу об одновременном разрыве матки и мочевого пузыря во время родов, Сборник работ Казанского медицинского института, 1933, № 5—6.

Миринова С. М., К вопросу о повторных разрывах матки во время родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1913, № 3 и 8.

Она же, К вопросу о разрыве матки в родах после малого кесарева сечения, Акушерство и гинекология, 1936, № 4.

Она же, Разрывы матки во время родов по материалу родильного дома имени проф. Снегирева в Ленинграде за 25 лет, Журнал акушерства и женских болезней, 1925, № 1.

Михайлов В., Средние русские акушерские итоги за 50 лет, Дисс., 1895.

Николаев А. П., К вопросу о спонтанных разрывах матки, Гинекология и акушерство, 1932, № 5—6.

Осват Р. М., Разрывы матки, Акушерство и гинекология, 1940, № 11.

Парменов В. И., К вопросу о переливании крови при разрывах матки, Акушерство и гинекология, 1940, № 11.

Персианинов Л. С., О диагностике и терапии разрывов матки, Акушерство и гинекология, 1947, № 4.

Он же, О разрывах матки во время беременности и родов, Труды Казанского института для усовершенствования врачей, т. IV, 1935.

Петропавловский М. Ф., Случай полного самопроизвольного разрыва матки во время родов с выпадением плода в брюшную полость, Врачебная газета, 1913, № 30.

- Письменный Н. Н., Десять случаев спонтанного разрыва матки, *Акушерство и гинекология*, 1935, № 4.
- Плотников Н. В., Разрывы тела матки во время родов. *Гинекология и акушерство*, 1931, № 6.
- Покровский В. А. и Рабинович Я. С., Отдаленные результаты классического кесарева сечения, *Акушерство и гинекология*, 1930, № 1.
- Поленов А. А., К вопросу об этиологии самопроизвольных разрывов матки, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1902, июль — август.
- Полонский Я. Н., Кесарево сечение и воспроизводительная функция, *Акушерство и гинекология*, 1937, № 9—10.
- Он же, Непосредственные и отдаленные результаты кесарева сечения, М., 1939.
- Он же, Непосредственные и отдаленные результаты акушерских операций. Л., 1944.
- Он же, Сравнительная оценка абдоминального и вагинального оперативного родоразрешения, *Советская медицина*, 1946, № 12.
- Пономарев, Кесарево сечение в России. Труды Омского медицинского института, 1925, в. 2, Труды VI съезда акушеров и гинекологов.
- Порошин М., К этиологии самопроизвольных разрывов матки во время беременности, *Врач*, 1897.
- Потеенко В. В., Полный произвольный разрыв беременной матки, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1929, № 6.
- Рабинович Е. З., Случай спонтанного разрыва матки в первой половине беременности, *Акушерство и гинекология*, 1950, № 4.
- Романов М. А., К вопросу о разрывах матки после кесарева сечения. Сборник работ Казанского медицинского института, 1933, № 5—6.
- Сазонов Н., Случай разрыва матки при запущенном поперечном положении, *Врачебная газета*, 1913, № 40.
- Сергиевский С. А., Случай самопроизвольного разрыва матки в родах через 3 месяца после ее ранения, *Акушерство и гинекология*, 1950, № 4.
- Скробанский К., Учебник акушерства, Биомедгиз, 1936.
- Слупский Я. П., Случай разрыва матки во время родов при уродстве плода, *Акушерство и гинекология*, 1932, № 5—6.
- Собестианский Э. М., Случай полного разрыва матки, Реферат, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1909, № 1.
- Соболев Д. Ф., К казуистике разрывов матки после кесарева сечения, *Акушерство и гинекология*, 1928, № 2.
- Соколов В. В., Частичное омертвление матки после родов (разрыва), *Врачебная газета*, 1928, № 18.
- Ставская Е. Я., О кесаревом сечении при запущенном поперечном положении, *Акушерство и гинекология*, 1939, № 1.
- Столыпинский В. А., *Журнал акушерства и женских болезней*, 1913, № 2 (протоколы Акушерско-гинекологического общества).
- Строганов В. В., Важнейшие осложнения беременности и родов, Гиз, 1928.
- Тарло Б. С., К вопросу о разрывах матки, Труды Казанского медицинского института, 1936.

Теверовский М. И., К вопросу о разрывах матки во время беременности и родов, *Акушерство и гинекология*, 1949, № 1.
Он же, Еще к вопросу о разрывах матки во время родов, *Акушерство и гинекология*, 1950, № 4.

Терехова А. А., Операция при разрыве матки в родах под местной анестезией по Вишневному, *Журнал Акушерство и гинекология*, 1949, № 1.

Тимофеев Е. Д., *Врачебная газета*, 1915, № 46 (протоколы Общества акушеров и гинекологов Петрограда).

Тоскин Д. В., Редкий случай «бабушкиной операции», *Врачебная газета*, 1928, № 10.

Утробин, Случай разрыва матки во время родов, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1913, № 4.

Феит И., О разрывах матки, *Современная клиника и терапия*, 1905, № 9.

Феноменов Н. Н., *Оперативное акушерство*, СПб, 1910.

Форштатер В. М., Случай самопроизвольного разрыва матки во время родов, *Акушерство и гинекология*, 1940, № 11.

Хворов В., Случай полного самопроизвольного разрыва матки во время родов, *Сибирский врач*, 1914, № 13.

Черниговский Н. Н., К вопросу о разрывах матки во время родов, *Врачебная газета*, 1928, № 18.

Черток Р. А., Осложнения беременности и родов, Воронеж, 1939.

Чистяков Н. Е., К вопросу о самопроизвольных разрывах матки, *Акушерство и гинекология*, 1924, № 1.

Шейкевич М. С. и Розенберг В. М., Случай комбинированного спонтанного разрыва матки и мочевого пузыря при запущенном поперечном положении, *Акушерство и гинекология*, 1937, № 7.

Шатерник К. и Канторович Л., Два случая спонтанных разрывов матки, *Акушерство и гинекология*, 1932, № 5—6.

Шаута Ф., *Учебник акушерства*, 1909.

Шах-Паронян С. С., Экстирпация матки при родовых разрывах с предварительной перевязкой подчревных артерий с обеих сторон, *Акушерство и гинекология*, 1939, № 12.

Шейнман А. И., К вопросу о разрыве матки во время беременности, *Акушерство и гинекология*, 1950, № 4.

Шредер К., *Учебник акушерства*, 1908.

Штеккель В., *Основы акушерства*, т. 2, Медгиз, 1933.

Штерн С. И., Случай насильственного разрыва матки, *Акушерство и гинекология*, 1931, № 1.

Шелгачев К. Ф., Случай полного разрыва матки при родах, *Акушерство и гинекология*, 1940, № 11.

Шербаков Н. Т., Два случая разрыва матки в родах, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 6.

Он же, Разрыв матки и мочевого пузыря при выкидыше 5¹/₂ календарных месяцев и разрыв матки при запущенном поперечном положении, *Акушерство и гинекология*, 1939, № 12.

Яковлев И. И., Избранные отделы патологического акушерства, Л., 1940, стр. 82—101.

Он же, К этиологии самопроизвольного разрыва матки, *Акушерство и гинекология*, 1930, № 2.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава I. Частота разрывов матки	5
Глава II. Этиология разрывов матки	8
Глава III. Классификация разрывов матки	21
Глава IV. Осложнения и летальность при разрывах матки	27
Глава V. Диагностика угрожающего разрыва матки . .	28
Глава VI. Диагностика совершившегося разрыва матки	45
Глава VII. Профилактика разрывов матки	54
Глава VIII. Терапия угрожающего разрыва матки	60
Глава IX. Терапия совершившегося разрыва	66
Литература	93

Редактор **Н. Н. ГАРВЕЙ**

Техн. редактор **М. Габерланд**

Корректор **Е. И. Плисс**

Обложка художника **Л. С. Эрмана**

T04934. Подписано к печати 13/VI 1952 г. МБ—56. Ф. б. 84×108/32=1,56 бум. л.—5,12 п. л. 5,25 уч.-изд. л. 41 000. зн. в 1 п. л. Тираж 15 000 экз. Цена 2 р. 70 к. По прејскуранту 1952 г. Эак. 302.

Типография Государственного издательства медицинской литературы, Москва, Ногатинское шоссе, д. 1