

*Н. Е. Сидоров
А. А. Верховский*

**РАЗРЫВЫ
МАТКИ
ПО РУБЦУ
ПОСЛЕ
ОПЕРАЦИИ**

Сидоров Н. Е., Верховский А. Л.

С34 Разрывы матки по рубцу после операции кесарева сечения. Казань, Татарское книжное издательство, 1974.

104. с. с ил.

Книга посвящена важной проблеме современного акушерства. В ней подробно разбираются вопросы этиологии и патогенеза разрывов матки по рубцу, клинические особенности, диагностика и терапия угрожающего, начавшегося и совершившегося разрывов матки. Авторы показали наиболее характерные симптомы неполноценности маточного рубца, обнаруживаемые при гистерографии, пневмоперитонеумграфии и двойном контрастировании.

В книге обобщены достижения отечественных и зарубежных врачей, приведены результаты собственных исследований авторов.

Работа рассчитана на специалистов акушеров-гинекологов и рентгенологов.

618 Г

С $\frac{5314-052}{M132(03)-74}$ 277--74

Обложка художника И. Субаева

Печатается по постановлению Ученого совета Казанского института усовершенствования врачей.

ВВЕДЕНИЕ

Операция «кесарево сечение» в акушерской практике распространена довольно широко и превратилась в типичное хирургическое вмешательство. В настоящее время наиболее широко применяют два вида кесарева сечения: корпоральное с разрезом тела матки и с продольным или поперечным разрезом в нижнем сегменте ее (П. А. Белошапко, 1956; К. Н. Жмакин, 1952). Частота применения этих методов в отдельных учреждениях у нас и за рубежом различна.

Классическое кесарево сечение с разрезом тела матки — не отжившая операция. Она часто применяется в областных родовспомогательных учреждениях, а на периферии, в условиях сельской местности, является основным методом абдоминального родоразрешения (А. Б. Гиллерсон и Р. Г. Бакиева, 1956, 1958; А. Л. Верховский, 1965, 1967 и др.).

Среди неблагоприятных отдаленных последствий операции разрывы матки по рубцу представляют наибольшую опасность для матери и плода при последующих беременностях и родах. Большинство исследователей считают, что преимущественную опасность в отношении разрывов матки по рубцу представляет корпоральное кесарево сечение (Л. С. Персианинов, 1952; Н. С. Бакшеев, 1968; Л. С. Панькевич, А. В. Болгова, 1961; К. Н. Жмакин, 1952; А. А. Коган, 1957 и др.). В последние годы в специальной литературе все чаще появляются сообщения о возникающих разрывах после кесарева сечения в нижнем сегменте (А. В. Болгова, 1961; М. С. Соловьева, 1957; С. М. Миронова, 1936; А. И. Бурханов, 1960; И. Т. Беляев, 1938, 1952; М. М. Кушнир, 1960 и др.). Таким образом, можно считать, что все виды операции чревататы на отдаленных

сроках опасностью возникновения разрыва матки по рубцу при последующих беременностях и родах. По литературным данным, материнская смертность при разрывах матки по рубцу колеблется от 0 до 45—96% (М. Ф. Якутина, 1957; В. С. Лисовецкий, 1950), а перинатальная смертность равна 85—100% (Л. С. Панькевич, 1960; Г. А. Гутман, 1957, 1958). Такие исходы для матери и плода выдвигают разрывы матки по рубцу в одну из актуальных проблем советского родовспоможения.

В настоящее время накопилось много материалов о разрывах матки во время беременности и родов, вышла в свет монография Л. С. Персианинова (1952). Во всех работах разрывы матки по рубцу после кесарева сечения рассматриваются совместно с разрывами иной этиологии. Назрела необходимость рассмотреть этот вопрос отдельно, так как он имеет свои специфические особенности, касающиеся этиологии, диагностики, клиники, профилактики и терапии.

Настоящая работа является результатом длительных наблюдений и изучения разрывов матки по рубцу после кесарева сечения в условиях сельской, городской больниц и клиники. Работа основана на анализе 506 случаев разрывов матки по рубцу после различных методик операции, из которых 422 взяты из русской литературы с 1909 (от сборной статистики В. И. Ледомского) по 1967 гг., 84 — из родовспомогательных учреждений города Кирова и нескольких районов Кировской области за 20 лет (1948—1967 гг.). Авторы использовали данные современной науки и личный опыт.

Знание причин, способствующих наступлению разрыва по рубцу, их предупреждение и заблаговременная оценка состоятельности рубца после кесарева сечения, своевременное распознавание признаков угрозы разрыва по рубцу и соответствующая акушерская помощь — вот пути, обеспечивающие предупреждение разрывов и снижение материнской и перинатальной смертности.

Труд авторов будет оправдан, если практический врач в настоящей работе найдет полезные сведения, обеспечивающие профилактику тяжелой травмы после операции и сумеет уменьшить опасность, угрожающую жизни матери и новорожденного.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА РАЗРЫВОВ МАТКИ

Разрывы матки по рубцу после операции кесарева сечения чаще наблюдались в молодом возрасте. На нашем материале на возраст 20—25 лет пришлось 30 больных, 65 разрывов наблюдалось в возрасте 26—30 лет, 46 — от 31 до 35 лет, 20 — от 36 до 40 лет и 8 — от 41 года и старше. В остальных работах возраст не был указан. Таким образом, наиболее часто, по нашим наблюдениям, разрывы матки по рубцу наступали у женщин в возрасте от 20 до 40 лет. Из 169 случаев 141 падает (81,9%) на этот возраст, 111 случаев (64,1%) падает на возраст 26—35 лет. Такие же данные приводят М. С. Соловьева (1963) и Л. С. Панькевич (1960). Частота разрывов матки по рубцу в молодом возрасте объясняется тем, что кесарево сечение при первой беременности производится в основном по поводу узкого таза. А разрывы матки по рубцу наблюдаются именно после первого кесарева сечения и при последующей беременности после перенесенной операции.

Разрывы матки во время беременности наступают значительно реже, чем во время родов (В. Малявицкий, 1933; Н. И. Кушталов, 1913).

Г. А. Гутман (1958) на своем обширном материале (102 случая) имел 62 разрыва во время беременности, что составило 61,8% и 31 — во время родов (31,4%). Л. С. Панькевич (1958) наблюдал 42% разрывов во время беременности и 57,5% во время родов. М. С. Соловьева (1964) наблюдала 16 разрывов матки во время беременности и 20 — во время родов. Т. А. Попова, В. А. Кузнецов во время беременности отметили большее количество разрывов по рубцу, чем во время родов. По их данным, было 32 разрыва во время беременности и 26 во время родов. По материалам А. Л. Верховского, имеем 39 разрывов во время беременности и 45 во вре-

мя родов. На нашем сборном материале было всего 202 разрыва во время беременности, 246 — во время родов, что составляет в процентах соответственно 45,1% и 54,9% (из общего количества известных 506).

Во время беременности в большинстве случаев имеют место полные разрывы матки по рубцу. На нашем сборном материале было 72 полных разрыва и 11 — неполных. Другие авторы в своих сообщениях не приводят цифры дифференцированно при разрывах во время беременности, поэтому этот показатель основан на небольшом числе наблюдений и не может отражать истинный удельный вес неполных разрывов во время беременности. По данным большинства авторов, во время беременности преобладают полные разрывы матки по рубцу (Л. С. Панькевич, 1958; А. Б. Гиллерсон и Р. Г. Бакиева, 1956). По данным А. Л. Верховского (1968), во время беременности было 10 неполных разрывов и 29 — полных, у остальных же авторов во время беременности имели место только полные разрывы по рубцу.

Структура разрывов матки по рубцу во время родов иная. По А. Л. Верховскому (1965), во время родов было 27 неполных и 18 полных разрывов. По данным К. Ф. Батюк (1966), А. И. Бурханова (1960), М. С. Соловьевой (1963) — соответственно 6 неполных и 2 полных, 4 неполных и 7 полных, 5 неполных и 15 полных разрывов матки. Остальные авторы приводят цифры полных разрывов матки в родах. Всего в родах по нашей статистике было 42 неполных и 80 полных разрывов матки по рубцу. Остальные авторы сообщают о разрывах матки в родах, не дифференцируя их на полные и неполные. М. С. Соловьева (1963) указывает о 2 разрывах во время беременности и 11 во время родов, из которых большинство было неполных. Таким образом, во время беременности разрывы матки по рубцу после перенесенного ранее кесарева сечения, как правило, бывают полными. Во время родов наблюдается реже — неполные разрывы и несколько чаще — полные. Надо полагать, что часть неполных разрывов матки во время родов остается нераспознанной и протекает под видом иных осложнений в послеродовой период.

Разрыв матки по рубцу, как уже было отмечено,

чаще наступает во время первой беременности или первых родов, последовавших после перенесенной операции (А. Е. Емшанова, 1939; С. М. Миронова, 1936; И. Т. Беляев и Б. О. Липкина, 1957). По данным Г. А. Гутмана (1957), разрыв матки по рубцу при первой беременности после кесарева сечения совершился в 32 %; А. В. Болговой (1961) — у 7 из 8; М. М. Кушнира (1960) — у 2 из 4 больных. Однако наблюдаются случаи, когда разрывы наступают при второй, третьей, четвертой и т. д. беременностях. Мы наблюдали случай разрыва матки по рубцу после спонтанных родов через естественные пути после третьего кесарева сечения.

Приводим наше наблюдение.

Большая С-ва Л. Ф., 40 лет, доставлена в родильный дом 30/VII 1965 г. с разрывом матки по рубцу в тяжелом состоянии.

Наследственность не отягощена. В детстве развивалась порочно и ничем не болела. Взрослая перенесла грипп и ангину. Менструации с 20 лет, по 3—4 дня, через месяц, болезненные, регулярные. Начало половой жизни с 20 лет. Гинекологических заболеваний не имела. Первая беременность наступила на первом году брачной жизни.

Первые роды в 1946 г. закончились рождением доношенного плода, вторые — в 1947 г. также прошли благополучно. Третьи роды в 1949 г. были осложнены поперечным положением плода, производился внутренний поворот на ножку с последующим его извлечением. Четвертые роды закончились в 1950 г. операцией кесарева сечения по поводу клинически узкого таза, пятые — в 1951 г. — повторным кесаревым сечением в связи с угрозой разрыва по рубцу. Шестые — в 1953 г., восьмые — в 1958 г. и девятые роды в 1959 г. закончились самостоятельно. В 1956 г. во время седьмых родов производился внутренний поворот и извлечение плода. В 1960 г. во время десятых родов сделана третья операция кесарева сечения по поводу клинически узкого таза. В 1962 г. одиннадцатая и двенадцатая в 1963 г. беременности закончились самостоятельными родами через естественные пути.

Во время настоящей беременности жалоб не предъявляла, посетила консультацию всего два раза. Последняя менструация была 24 октября 1964 г., первое шевеление плода — в середине февраля 1965 г. В последнюю неделю появились небольшие отеки на голенях. 30-го июня в 4 часа ночи проснулась от резких болей в низу живота, появилась слабость, головокружение, была неоднократная рвота, стонала от нарастающих болей. Вызванная на дом акушерка доставила ее в родильный дом.

Большая среднего роста, правильно сложена, средней упитанности. Кожные покровы и слизистые бледны. Пульс слабый, нитевидный, временами не сосчитывается. АД—115/80 мм. Тоны сердца приглушены. В легких без патологии. Живот вздут, резко болезненный при пальпации во всех отделах, напряжен. Положительный симптом Щеткина по всему животу. Контуры матки определить не удается, сердцебиение плода не выслушивается. Предлежащей

части нет. При влагалитном исследовании обнаружено: открытие шейки в 2 поперечных пальца, плодный пузырь цел: расположен высоко, предлежащей части нет.

После исследования состояние ухудшилось. АД — 60/0 мм.

Диагноз: Разрыв матки по рубцу при беременности 40 недель.

Чревосечение. К операционной ране предлежал плодный пузырь. Извлечен после разрыва пузыря мертвый плод весом 3000 г и послед. На передней поверхности матки полный разрыв стенки по рубцу. Края разрыва иссечены, стенка ушита.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии на 18-е сутки.

Наше наблюдение показывает, что возможность разрыва, несмотря на многократные роды через естественные пути после предшествующих операций, не исключается и нарастает с возрастом беременной и увеличением количества беременностей и родов.

Причиной разрыва матки, как правило, бывает рубец после однократной операции кесарева сечения. В редких случаях наблюдаются разрывы после второй и третьей операции, что объясняется тем, что при повторных кесаревых сечениях производится порой попутная стерилизация. На нашем материале у двух женщин разрыв наступил после второго кесарева сечения и одной — после третьего.

У четырех женщин во время операции мы обнаружили признаки начавшегося разрыва матки по рубцу. Две из них отмечали боли в низу живота за несколько минут до операции (одна — во время беременности, другая — при родах. В обоих случаях рубец был в сращениях); две другие — не имели болей и ни на что не жаловались (одна — во время беременности, другая — при родах; у первой рубец в сращениях с ротацией матки, у второй — сращения в области рубца). У женщины с полным разрывом матки, наступившим во время родов, боли появились за несколько минут до операции. Рубец был от сращений свободен. Наступление разрыва матки по рубцу после второго кесарева сечения может протекать без предшествующих симптомов, или ему могут предшествовать кратковременные боли. Врачи не всегда расценивают боли как симптом начавшегося разрыва по рубцу, так как они нередко наблюдаются в случаях с наличием сращений после предшествующей операции без изменений в области маточного рубца. Возникновение кратковременных болей не во всех слу-

чаях соответствует тяжести морфологических изменений в рубце матки. Давность второго кесарева сечения и благополучно протекавшие после него роды через естественные пути все же не исключают возможности разрыва по рубцу при каждой новой беременности и родах. Разрыв матки в этом случае может протекать скрыто, без яркой клинической картины.

Еще реже встречаются случаи разрыва матки по рубцу после предшествующего ушитого разрыва. Мы наблюдали только два подобных случая. Приводим наши наблюдения, учитывая редкость подобной патологии.

1. Больная Д-ва В. Н., 27 лет, перенесла в 1959 г. разрыв матки по рубцу после кесарева сечения.

Наследственность здоровая. В детстве болела корью, паротитом, воспалением легких. Менструация с 15 лет, по 5—6 дней, умеренные, болезненные, через 28 дней. Начало половой жизни с 18 лет, брак первый. Первая беременность в 1958 г. закончилась операцией корпорального кесаревого сечения в связи с отслойкой плаценты. В послеоперационный период было нагноение швов. В 1959 г. при родах во время второй беременности обнаружены симптомы начавшегося разрыва. Чревосечением выявлен неполный разрыв матки по рубцу. Извлечен мертвый доношенный плод. Края разрыва ушиты.

Во время третьей беременности доставлена 26/XI 1965 г., беременность 22—23 недели. Внезапно появились боли в низу живота, которые то усиливались, то стихали вновь. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые окрашены бледнее нормы. Язык влажный, АД—90/60 мм. Пульс—64 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, правильной формы. На брюшной стенке широкий звездчатый рубец, болезненный при пальпации, спящий с подлежащими тканями. Тело матки увеличено соответственно 22—23 неделям беременности, тонус ее обычный, пальпация умеренно болезненна. Положение плода и предлежащая часть не ясны. Сердцебиение плода по срединной линии ниже пупка глуховатое. Выделений нет. При вагинальном исследовании найдено: шейка матки сформирована, наружный зев закрыт, движения шейки болезненны. В 01 час (ночью) 27/XI у больной появились резкие боли в низу живота, головокружение, была однократная рвота. Больная тяжелая. Кожные покровы и слизистые бледны. Пульс 54 в мин., слабого наполнения, артериальное давление не определяется. Живот резко напряжен, по всей брюшной стенке резко выражен симптом Щеткина. Контуры матки не определяются, сердцебиение плода не выслушивается.

Диагноз: Разрыв матки по рубцу при беременности 22—23 недели, шок.

Чревосечение. На передней стенке матки старый рубец на большом протяжении отдельными участками истончен, выпячивается в ра-

пу, местами кровоточит. После извлечения плода встретились серьезные затруднения с отделением плаценты. Оказалось, что она глубоко прорастает рубец и соседние с ним участки стенки матки. Произведена ампутация матки без придатков. В послеоперационный период вторичная анемия. Выписана на 35-е сутки в удовлетворительном состоянии.

2. **Больная Р-на А. А.**, 28 лет, перенесла операцию классического кесарева сечения в 1952 г. по поводу узкого таза. При повторной беременности в 1956 г. наступил разрыв матки по рубцу, произведено ушивание разрыва без стерилизации. Во время третьей беременности через два года на 36-ой неделе появились признаки начавшегося разрыва по старому рубцу. На операции — полный разрыв матки по рубцу с приращением плаценты. Вновь сделано ушивание и стерилизация. Выписана на 12-сутки в удовлетворительном состоянии с живым ребенком.

Представленные наблюдения не дают основания отказываться от применения ушивания разрыва матки по рубцу во всех случаях. Этот метод не может быть исключен из арсенала средств борьбы с материнской смертностью при разрывах матки. Однако в случае, если при первом разрыве матки не делается стерилизации, необходимо освежать края разрыва в пределах здоровой ткани и тщательно производить ушивание маточной стенки. По истечении двух месяцев целесообразно произвести контроль заживления рубца путем гистерографии.

ЭТИОЛОГИЯ РАЗРЫВОВ МАТКИ ПО РУБЦУ

Несмотря на огромное количество работ, посвященных разрыву матки, до сих пор вопрос этиологии и патогенеза этого тяжелейшего осложнения во время беременности и родов окончательно не разрешен (Е. К. Исаева, 1957).

Некоторые акушеры разделяют теорию немецкого акушера Бандля. В основе этой теории лежат чисто механические причины. Они сводятся исключительно к пространственному несоответствию между родовыми путями матери и подлежащей частью плода, перерастяжению нижнего «пассивного» сегмента матки при энергичных сокращениях полого мускула до титанического состояния. Разрыву предшествует ясно выраженное кольцо сокращения, перемещающееся постоянно кверху. Раз-

рыв (по Бандлю) происходит, как правило, в нижнем сегменте матки.

Появление теории Бандля имело значительный успех. Заслуга Бандля заключалась в том, что он впервые изложил теорию, объясняющую механизм изменений, обуславливающих наступление разрыва, и тем самым дал возможность предвидеть приближающуюся катастрофу. Следовательно, стало практически возможным предупреждение разрыва. После первых успехов этой теории появилось некоторое разочарование. В 1895 г. в Вене на съезде гинекологов была дана оценка теории Бандля и установлено, что самопроизвольные разрывы происходят не только в результате несоответствия, но и потому, что сама стенка матки может иметь патологические изменения, предрасполагающие к разрыву.

В 1911 г. Я. Ф. Вербов выступил с теорией, противоположной точке зрения Бандля. Он считал, что в основе разрыва лежат исключительно патологические изменения в тканях самой матки и симптомы разрыва клинически не всегда соответствуют картине Бандля, даже если имеется препятствие для продвижения плода и разрыв локализуется в нижнем сегменте. Разрыв происходит благодаря слабости мышцы матки, вызванной чрезмерной работой при предшествующих родах и сильной хрупкостью маточной мышцы, которая разрывается даже при незначительном воздействии. Он доказывал, что вся матка активна, пассивного сегмента не существует и вся мускулатура матки сокращается перистальтически. Перед тем, как обнаружится самый разрыв, появляются судорожные боли — грозный признак начавшегося расползания тканей. Судорожные схватки являются ответом матки на раздражение, исходящее из возникшей раны. Вербов утверждал, что здоровая матка может развить в родах колоссальную энергию и это не поведет к разрыву. При средних степенях сужения таза здоровая матка, то работая, то отдыхая, в течение двух-трех суток обязательно освободится от плода. При последующих родах такая матка может стать с самого начала родов неполноценной и дать разрыв. Если микроскопически не находили патологических изменений в матке при ее разрыве, то это говорит (по мнению Вербова) о неполноценности и недостаточной тонкости методов исследования; конт-

рационное кольцо Бандля является границей переутомленной, находящейся в паралитическом состоянии мышцы (нижний отдел матки) и мышцы тоже переутомленной, но пребывающей в состоянии остаточного укорочения (верхний сегмент матки). Контракционное кольцо Бандля не имеет диагностического значения, и форма матки изменяется под влиянием общей судороги. Частоту разрывов в нижнем сегменте он объяснял меньшим количеством мышечной ткани в этой части матки. Клиника разрывов, по Вербову, зависит от различных комбинаций функциональной недостаточности и хрупкости мышцы матки. Он отвергал профилактику разрыва, так как симптомы его появляются только с началом нарушения ткани.

Теория Вербова сыграла большую положительную роль в объяснении патогенеза разрыва. Она восполнила существующий пробел и объяснила случаи разрыва матки, которые не могли быть поняты при руководстве одной только теорией Бандля. Но и в теории этиопатогенеза Вербова есть отрицательные стороны. Не признавая симптомов, предшествующих разрыву, он тем самым преграждал путь к профилактике разрывов, обрекая врача на выжидание симптомов начинающегося и совершившегося разрыва. Допуская длительные роды в двое-трое суток при так называемой «здоровой матке», он как бы гарантировал практическому врачу невозможность разрыва, особенно у первобеременной, отвлекая его внимание от роженицы. Это тем более опасно, что понятие «здоровая матка» очень относительно, так как установить четкие границы между здоровыми тканями матки и патологически измененными практически почти невозможно. Причем суть этих изменений была неизвестна и самому Вербову.

Отрицая целиком теорию Бандля, он не использовал и ту рациональную часть ее, которая отражала реальную действительность. Теории разрыва матки Бандля и Вербова, взаимно исключавшие друг друга, не могли удовлетворить акушеров. Каждый из авторов рассматривал лишь одну из сторон патологического процесса, оставляя в стороне другие его стороны.

Таким образом, одни акушеры основным этиологическим фактором разрыва считают пространственные несоответствия между подлежащей частью плода и ро-

довыми путями матери. Сюда в первую очередь относятся анатомически и клинически узкие тазы, неправильные положения плода и неправильные вставления головки, гидроцефалия, опухоли и костные разрастания, крупные плоды.

Другие акушеры главным фактором разрыва считают патологические изменения в тканях матки. К последним относят воспаления, дистрофические и септические процессы, приращения плаценты (особенно в нижнем сегменте) и перфорации матки, предлежаия и низкое прикрепление детского места, чрезмерную активность ворсин хориона, оперативные вмешательства, неполноценность заживления раны после кесарева сечения и других хирургических операций на матке.

Третьи считают возможным примирить эти взгляды и признать, что оба фактора создают возможность разрыва матки в одинаковой степени. Между тем отсутствие достаточной ясности в вопросах этиологии и патогенеза не дает возможности правильно и целенаправленно бороться за предупреждение этой грозной патологии.

С точки зрения угрожающего разрыва матки при последующей за кесаревым сечением беременностью и родах женщина является «инвалидом», нуждающимся, по мнению Г. А. Бакшта (1934), в тщательном наблюдении и особых условиях родоразрешения (все должно быть готово к родосечению!).

Разрывы матки при родах стали чаще наступать в результате патологических изменений в мускулатуре матки, а не из-за механических препятствий (Н. В. Жилов, 1931; В. И. Бодяжина, 1959; Я. Ф. Вербов, 1924; Л. С. Персианинов, 1952; А. Б. Гиллерсон и соавторы, 1961).

Матка после кесарева сечения анатомически и функционально неполноценный орган, которому при последующих беременностях и родах угрожает разрыв (Л. М. Назарова, 1958; А. Б. Гиллерсон, 1965; Е. К. Исаева, 1961).

Разрывам подвергаются болезненно измененные места, а также рубцы на месте кесарева сечения (Н. В. Жилов, 1931). В последнее время одной из ведущих причин разрывов являются структурные изменения стенки матки (М. С. Соловьева, 1963): плохое

заживление раны матки на почве лихорадочного течения послеоперационного периода или остаточных явлений воспалительных процессов, врастание в рубец плаценты, соединительнотканное перерождение мышечных волокон в области рубца (В. М. Уткин, 1955).

Высокий процент оперативных родов и разрывов матки объясняется нередко неполноценным формированием рубца, нарушением обменных процессов, отсутствием полной регенерации мышечной ткани в области рубца.

Полное восстановление маточной стенки после кесарева сечения, по данным В. А. Покровского и Я. С. Рабиновича (1930), имеет место только в 54%, в половине случаев образуется соединительнотканый рубец.

Полной регенерации мышечной стенки не нашли при исследованиях рубцов И. В. Ильин (1958), Н. И. Тюрина (1968), Н. С. Бакшеев (1957), С. М. Якутина (1957), Л. Г. Ефремова (1958), И. Т. Беляев (1957), Е. М. Сперанская (1958), М. А. Петровская и И. В. Калантарова (1963).

При регенерации мышечной ткани стенки матки, как указывают А. С. Слепых и А. С. Горделадзе (1963), происходит нарушение обменных процессов и прогрессирующий склероз, которые и приводят к атрофии и гибели мышечных волокон. При исследовании 15 рубцов ими установлен местный процесс дезорганизации в соединительной ткани и сосудах. Все эти изменения делают маточный рубец потенциально неполноценным даже при гладком течении послеоперационного периода.

Рана матки заживает путем образования соединительнотканного рубца (М. Ф. Якутина, 1957; Н. И. Тюрина, 1963). Степень развития соединительной ткани зависит от воспалительных осложнений в послеоперационный период.

Полная регенерация мышечной ткани найдена Е. М. Сперанской (1958) в отдельных случаях спустя 6 месяцев после операции. При осложнениях заживление операционной раны может задерживаться на стадии развития грануляционной ткани до 3 лет. Причинами разрывов матки в первые 2—3 года являются воспаление и незавершенное заживление операционной раны с наличием грануляционной ткани. В более поздние сроки к разрывам матки ведут диффузное развитие

миофиброза, эндометриоз и аномалии прикрепления плаценты.

М. С. Соловьева (1964) при гистологическом исследовании в области рубца обнаружила разрастание соединительной ткани, воспалительную инфильтрацию и отек, в ряде случаев — миолиз и истончение маточной стенки. Причина разрыва, по ее мнению, кроется не только в неполноценности рубца, но и всей мускулатуры матки.

Фиброзные поля между мышечными элементами, отек, геморрагические инфильтраты, набухание и разволокнение мышечных элементов — таковы результаты гистологических исследований, выявленные А. Б. Гиллерсоном и Р. Г. Бакиевой (1956).

В 25 рубцах обнаружила отсутствие полной регенерации и развитие соединительной ткани с частым гиалинозом Л. Г. Ефремова (1958). При угрожающем и наступившем разрыве в области рубца выявлены некроз мышечной ткани и кровоизлияния. Н. С. Бакшеев (1957) и М. С. Лященко (1955) обнаружили значительные морфологические изменения в области рубца — отек, разволокнение рубцовой ткани, дистрофические изменения мышечных клеток, чрезмерное развитие соединительной ткани, очаги воспаления, кровоизлияния.

Заживление раны на матке после корпорального кесарева сечения в большинстве случаев (43 из 50) происходит с образованием фиброзного рубца. Случаи полной регенерации мышечной ткани — явление редкое. Через 3—4 года образуется рубец, представленный грубой волокнистой соединительной тканью. При прогрессировании фиброза ранее регенерированные участки мышечной ткани подвергаются атрофическим изменениям (демускуляризация). В процессе формирования рубца наблюдаются явления патологической дезорганизации соединительной ткани, глубокие нарушения обменных процессов, ведущие в конечном счете к миофиброзу. Из изложенного видно, после корпорального кесарева сечения в стенке матки возникают такие структурные изменения, которые предрасполагают к возможности ряда осложнений при последующих беременностях и родах (Б. Л. Басин, 1966).

Причины формирования неполноценного рубца многообразны. Он возникает при заживлении его вторичным натяжением, при инфицировании раны матки,

лихорадочном течении послеоперационного периода, эндометрите, нагноении послеоперационной раны (А. А. Блиндер, 1940; Я. Н. Полонский, 1956; Л. С. Персианинов, 1952; Г. А. Бакшт, 1934; В. А. Покровский и Я. С. Рабинович, 1930; Е. К. Исаева 1961; И. Т. Беляев и Б. О. Липкина, 1952; А. Б. Гиллерсон и Р. Г. Бакиева, 1956).

Характер течения послеоперационного периода стал известным лишь у 116 больных, перенесших ранее операцию кесарева сечения. Из этого числа нагноение шва было у 37 женщин (31,9%), параметрит — у 1 (0,9%), длительная лихорадка — у 25 (21,5%), прочие осложнения — у 7 (6,3%). Осложнений не было у 37 женщин (31,9%).

Таким образом, разрывы матки по рубцу далеко не во всех случаях наступают у женщин, послеоперационный период которых был осложнен. Он может совершиться у беременных и рожениц, не имевших осложнений после операции.

По мнению М. И. Теверовского (1950), неустойчивость маточной стенки после кесарева сечения способствует ее сращению с кишечником, сальником и пристеночной брюшиной.

В патогенезе разрывов матки по рубцу известную роль играет прорастание рубца плацентой, истончение и частичное расхождение мускулатуры матки вокруг него (Р. М. Осповат, 1940; С. М. Клейн, 1947; И. Т. Беляев, 1957; И. В. Ильин, 1958; А. Б. Гиллерсон, Р. Г. Бакиева и Д. А. Бурматов, 1958; Л. С. Панькевич, 1960; А. М. Туганова, 1956; С. М. Миронова, 1936; Л. С. Персианинов, 1952).

А. Е. Емшанова (1939) привела три случая разрыва матки после классического кесарева сечения с разрезом по Фритчу, произведенным по поводу эклампсии. Заживление раны матки здесь идет в неблагоприятных условиях. При последующей беременности после кесарева сечения, произведенного по поводу эклампсии, чаще наступают разрывы матки по рубцу.

Причиной наступления разрыва матки по рубцу В. С. Лисовецкий (1950) считает расположение плаценты в области рубца, деструктивный рост ворсин, недостаточное развитие децидуальной ткани, при которых происходит разрушение мускулатуры матки. Прикрепление детского места в области рубца ведет к распла-

лению, разъеданию рубца ворсинами хориона. По мнению С. М. Мироновой (1936), указанные обстоятельства делают рубец на матке менее устойчивым. К этиологическим моментам она относит также плохое заживление раны матки вследствие несовершенства техники наложения швов, пуерперальной инфекции и глубоких воспалительных изменений маточной стенки, быстро наступающие последующие роды (1 год), плохую консолидацию, перерастяжение матки двойнями, гидрамнион, экстрамедиальное проведение разреза и зашивание его.

Прикрепление плаценты в области рубца находят в 50% случаев (Г. А. Бакшт, 1934; А. Б. Гиллерсон, 1945 и др.). А. М. Туганова (1956) встретила прикрепление плаценты в области рубца после корпорального кесарева сечения у 10 женщин из 13 с разрывами матки.

Известно немало случаев возникновения разрывов матки по рубцу и без воспалительных изменений в нем, без наличия послеоперационных спаек и прикрепления плаценты в области рубца. В этих случаях разрывам матки способствуют неправильная и небрежная техника наложения шва, применение неподходящего шовного материала, чрезмерное растяжение матки (Г. Ф. Цомакин, 1930; И. Т. Беляев и Б. О. Липкина, 1957; Л. С. Панькевич, 1960).

Л. С. Панькевич причиной нарушения функций матки и ее разрыва считает глубокие дистрофические изменения мышечных элементов не только в области рубцов, но и на значительном протяжении от линии разреза. Разрыву способствуют быстро следующие за операцией беременность и роды, когда рубец не успел сформироваться и окрепнуть; врожденные дефекты развития (гипоплазия, уродства), при которых растяжимость и эластичность тканей понижены; прикрепление плаценты в области рубца; перерастяжение матки при двойнях; гидромнион.

«Нужно полагать,— пишет Н. С. Бакшеев (1957),— что наличие воспалительных изменений в области рубца повышает ломкость тканей и способствует разрыву матки».

Наблюдения М. С. Соловьевой (1964) показывают, что причиной разрыва матки после операции кесарева сечения может быть неполноценность всей маточ-

ной стенки. На ее материале, у 9 больных из 36 после операции разрыв произошел не по рубцу, а в других участках матки.

А. Б. Гиллерсон (1965) указывает на нарушение целостности матки в результате рассечения ее во время акушерской операции, которая и служит в дальнейшем причиной анатомо-функциональной неполноценности.

На месте соединения краев разреза образуется рубцовая ткань, в которую в виде отдельных участков включены гладкомышечные элементы (А. Б. Гиллерсон, 1965). Сплошной мускуляризации почти не наблюдается. Такой рубец не всегда в состоянии противостоять возрастающему внутриматочному давлению.

Отдельные авторы при гистологическом исследовании рубцов матки после кесарева сечения обнаружили в области рубца эндометриойдные разрастания, которые способствовали наступлению разрыва (М. Г. Сердюков, 1930; Gauscke, 1963).

Опасность разрыва матки усугубляется еще и последующими абортами из-за опасения повторных осложнений при родах. Выскабливание, да еще повторное, не может не отразиться отрицательно на состоянии мышечной стенки с наличием рубца.

Мнения акушеров о значении места и направления разреза матки в возникновении разрывов по рубцу серьезно расходятся.

Особенно важное значение при этом имеет перенесение разреза с тела матки на истмическую часть. Разрез производится при этом на истонченной, бедной мышечными элементами стенке, менее снабженной сосудами. Перешеек матки в послеродовой период не подвержен тем сокращениям, которые имеют место в теле матки и, несомненно, затрудняют заживление. Инволюция здесь протекает более покойно и быстро, лохии в значительно меньшем количестве. Регенерация совершенна, сверх того, этот разрез создает наиболее благоприятные условия для совершенной перитонизации, которая может быть усилена прикрытием раны мочевым пузырем и полнейшей изоляцией ее от брюшной полости.

Отдаленные последствия корпорального кесарева сечения в отношении угрозы разрыва по рубцу при последующих беременностях и родах менее благоприят-

ны, чем при операции в нижнем сегменте с продольным или поперечным ее вскрытием (Т. М. Гуровская, 1960).

По мнению большинства авторов, разрывы матки по рубцу чаще всего наступают после классического кесарева сечения с разрезом по Фритчу в дне и передней стенки по Зенгеру. Разрывы матки после операции в нижнем сегменте, особенно с поперечным разрезом его, встречаются значительно реже (Л. С. Персианинов, 1952; К. Н. Жмакин, 1952; М. С. Малиновский, 1955; А. В. Ланковиц, 1958; А. С. Слепых, 1965; Л. С. Панькевич, 1960 и др.). На нашем материале из 84 разрывов матки 2 наступили после кесарева сечения с разрезом в дне и 82 — после корпорального кесарева сечения. По нашей сборной статистике, разрывов после кесарева сечения по Фритчу был 31 случай; после корпорального кесарева сечения — 273; после операции в нижнем сегменте — 14. Метод операции в остальных 188 случаях остался неизвестным. Таким образом, наш материал также подтверждает, что наибольшую опасность в отношении разрывов матки представляет корпоральное кесарево сечение, которое еще и до сих пор имеет значительное распространение в акушерской практике. Из 13 разрывов по рубцу, приведенных М. С. Соловьевой (1957), значительное число было после классического кесарева сечения.

Большинство врачей считают наиболее стойким рубец после поперечного разреза матки в нижнем сегменте (Л. С. Персианинов, 1952; М. Ф. Леви, 1930; Г. А. Бакшт, 1934; С. Н. Давыдов, 1955; А. В. Болгова, 1961; Б. К. Квашенко, 1966; А. С. Слепых, 1965; М. Н. Волох-Исаева, 1947; В. М. Уткин, 1955; И. В. Ильин, 1958; А. И. Петченко, 1953; К. Н. Жмакин, 1952; Л. А. Гусakov, 1939; Ю. И. Стальский, 1962). По данным В. М. Уткина, при повторных операциях после поперечного разреза в нижнем сегменте рубец на матке неоднократно отсутствовал. В иссеченных кусочках при гистологическом исследовании обнаружена хорошая регенерация всех элементов, составляющих анатомическую основу нижнего сегмента. Другие авторы утверждают, что разрывы матки после поперечного разреза нельзя считать единичными (А. В. Ланковиц, 1963).

Действительно, в отечественной литературе все чаще появляются сообщения о подобного рода разрывах, что

может быть связано с более широким внедрением в практику операции с поперечным разрезом нижнего сегмента (А. В. Болгова, 1961; А. И. Бурханова, 1960; Л. П. Вахтина, 1964; И. Т. Беляев и Б. О. Липкина, 1957; М. С. Соловьева, 1963; Л. С. Персианинов, 1952; Е. К. Исаева, 1957; Л. Г. Ефремова, 1958; Л. Г. Назарова, 1958; Е. Д. Ворожцова, 1958). В зарубежной литературе также имеются многочисленные сообщения о разрывах матки после операции в нижнем сегменте: Netter, 1959; Wilken, 1959; Herre, 1962; Lacomme, 1962; Gewine, 1962; Hall, 1965 и др.

Вместе с тем после классического кесарева сечения некоторые акушеры не встречали при последующих беременностях и родах разрывов матки по рубцу (З. А. Капустина, 1957) или имели в своей практике их в единичных случаях (Л. Е. Гуртовой и В. И. Сизова, 1954).

А. А. Коган (1957) считает, что не столько способ разреза, сколько техника зашивания его способствует наступлению разрыва. Зашивание стенки матки в три этажа препятствует нормальному заживлению стенки матки. На этом основании он предлагает зашивать матку в два этажа. Целесообразность такого способа подтверждают Л. Е. Гуртовой и В. И. Сизова (1954).

Одной из причин истончения стенки матки и разрыва ее, по мнению М. А. Петровской (1963), является недостаточно глубокое захватывание швами стенки матки.

Промежуток времени между операцией кесарева сечения и разрывом матки колеблется, по данным Е. К. Исаевой (1957), от 11 месяцев до 17 лет. Г. А. Гутман (1958, 1960) нашел, что разрывы матки после бывшего кесарева сечения происходят в 73,7% случаев в первые 4 года. Именно по истечении этого срока можно предполагать наличие полноценного рубца, а следовательно, и благоприятный исход ожидаемых родов. Такого же мнения придерживается большинство акушеров (А. В. Ланковиц, 1958, 1963; Л. С. Персианинов, 1952; М. С. Соловьева, 1964; М. Ф. Якутина, 1957; Е. М. Сперанская, 1963; М. И. Донигевич, Ю. Е. Чернявская, 1961).

Однако Е. К. Исаева (1957) и И. Т. Беляев (1958) в продолжительности времени после операции не видят решающего значения. Разрыв матки может наступить

и в более поздние сроки. М. И. Теверовский (1950) допускает возможность образования полноценного рубца через 1 год после операции; И. И. Грищенко (1958) промежуток в 1—1,5 года находит достаточным, чтобы разрешить женщине рожать.

Мнение о наибольшей частоте разрывов матки по рубцу в первые 2—3 года после перенесенного кесарева сечения разделяют не все исследователи. И. Т. Беляев (1958) считает, что время с момента операции до наступления разрыва матки по рубцу не играет существенной роли в возникновении разрыва. В то же время Г. А. Гутман (1958, 1960) наблюдал у 84 больных из 114 (73,7%) разрывы матки по рубцу после кесарева сечения в первые четыре года после абдоминального родоразрешения. В эти сроки, по его мнению, не может полностью завершиться формирование маточного рубца, и разрыв матки наступает в первые 4 года чаще. Формирование рубца, по мнению большинства исследователей, завершается в первые 3 года после операции. (Л. С. Персианинов, 1952; А. И. Бурханов, 1960; И. В. Ильин, 1958 и др.). На нашем сборном материале разрыв по рубцу наступил у 8 женщин в первый год после перенесенного кесарева сечения, у 60—спустя 1—2 года, у 66 — спустя 2—3 года, у 83 — спустя 3—5 лет, у 46 — спустя 5—10 лет и у 4 — позже 10 лет, у остальных 239 срок наступления разрыва остался неизвестным. Самый большой интервал от перенесенного кесарева сечения до наступления разрыва был 19 лет (Е. К. Исаева, 1961). Из 267 случаев, где срок после перенесенного кесарева сечения до разрыва матки по рубцу был известен, 29% падает на разрывы в первый год после операции, 22,47% — в первые 1—2 года, 24,7% — в первые 2—3 года, 31,08% — на сроках от 3 до 5 лет, 17,2% — на сроках от 5 до 10 лет и только 1,5% приходится на сроки позже 10 лет. Следовательно, 50% всех разрывов наступили в первые 3 года после операции, разрывы по рубцу в первые 4 года составили 81%. Эти данные позволяют утверждать, что первые 4 года после перенесенного кесарева сечения представляют наибольшую опасность.

Но не только срок после предшествующего кесарева сечения имеет значение в наступлении разрыва по рубцу. Надо полагать, перенесенные после кесарева сече-

ния беременности, закончившиеся абортами и родами, не могут не отразиться на прочности рубца и маточной стенки с рубцом вообще. Сведения о сроках последней беременности приводятся далеко не всеми авторами. Они известны по сборному материалу лишь у 84 больных. От момента последней беременности до наступившего разрыва матки прошло: у 24 больных 1 год, у 29 — от 1 до 2 лет, у 12—2—3 года, у 12—3—5 лет, у 7—5—10 лет. Как видно, наибольшее количество разрывов матки приходится на малые сроки после последней беременности — до 1 года и от 2 лет (53 случая из 84). Видимо, срок после предшествующей беременности до наступления разрыва все же имеет немаловажное значение. Поэтому при осуществлении профилактических мероприятий, направленных на предупреждение разрыва матки по рубцу, необходимо этот факт принимать во внимание.

Л. С. Персианинов (1952) пишет, что разрывы матки по рубцу во время беременности наблюдаются в редких случаях. Другие авторы, напротив, сообщают о большой частоте разрывов во время беременности. По Г. А. Гутману (1958, 1960), они наступают в 61,8%, при первых схватках — в 22,6% и в течение родов — в 8,8%. По данным Л. С. Панькевича (1960), разрыв во время беременности после кесарева сечения наступил у 42,5% из 200 женщин, по Г. К. Василевскому (1958), — у 17 женщин из 60, по А. В. Волговой (1961), — у 4 из 7, по М. С. Соловьевой (1957, 1964), — у 16 из 36, по И. В. Ильину (1960), — у 7 из 20, по Е. К. Исаевой (1957), — у 17 из 36.

Разрывы матки, по Л. С. Панькевичу (1960), могут возникать с 24 недель беременности, количество их нарастает с 31—32 недели и особенно велико перед родами (25,2%). На разрыв матки с 31 недели до 2-х последних недель перед родами приходится 21%. Г. К. Василевский (1958) сообщает о возможности наступления разрыва матки в 16—20 недель беременности, В. С. Лисовецкий (1950) — на 7 лунном месяце. Как видно из литературных источников, разрывы матки во время беременности занимают значительное место и составляют почти половину всех разрывов матки по рубцу. Остальная часть их приходится на начальный период родов и совсем небольшая — возникает в течение родового акта. Имеется сообщение о редком случае

разрыва матки после родов (Ciaravino, Coyle, 1963).

В подавляющем большинстве случаев разрывы во время беременности происходят после корпорального кесарева сечения. Так, Г. К. Василевский (1958) сообщил о 52 разрывах после корпорального метода и 5 — после кесарева сечения в нижнем сегменте.

Заслуживает внимания высказывание А. В. Ланковица о том, что мнение о редкости разрывов матки после поперечного разреза в нижнем сегменте ошибочно. В подтверждение этому он приводит сообщение Pedowitz и Schwartz (1957) о 48 разрывах после кесарева сечения, из которых 22 произошли после поперечного разреза матки в ее нижнем сегменте.

Не случайно среди акушеров в течение нескольких лет проходила дискуссия, вызванная статьей Л. Е. Гуртового и В. И. Сизовой (1954), в которой были поставлены под сомнение преимущества шеечного кесарева сечения перед классическим. Авторы подчеркнули, что вопрос о частоте разрывов матки после различных методов кесарева сечения нельзя считать окончательно решенным. Нужны дальнейшие наблюдения в связи с тем, что литературные данные о разрывах по рубцу относятся, в основном, к корпоральному кесареву сечению — преобладающему типу операции в прошлом.

Не отрицая возможности разрывов матки после операции в нижнем сегменте, большинство авторов считают, что таковые наступают значительно реже, чем после классического кесарева сечения. А. В. Болгова (1961) указывает, что они возникают в 4—5 раз реже, Н. С. Бакшеев (1968) — в 10 раз, Л. С. Персианинов (1952) — в 6 раз, Л. А. Гусаков (1930) — в 5 раз, Ю. И. Стальский — в 6 раз.

Dörfler (1936) из 700 случаев кесарева сечения по своей методике не наблюдал ни одного разрыва матки по рубцу при последующих родах. На материале Ц. Г. Мазур и Л. Ф. Шинкаревой (1958), составляющем 427 случаев кесарева сечения, не наблюдалось ни одного разрыва матки по рубцу. З. Е. Варавко (1960), А. А. Василькова (1940) также не наблюдали разрывов матки по рубцу после операции в нижнем сегменте.

За последние 20 лет большое количество работ посвящено вопросу о разрывах матки по рубцу после

операции кесарева сечения: А. А. Коган (1957), Л. С. Персианинов (1947, 1952, 1956, 1959, 1962, 1964), А. В. Ланковиц (1958, 1963), И. Т. Беляев и Б. О. Липкина (1958), В. М. Уткин (1955) и др. И все же вопрос о частоте разрывов матки при различных методах операции считать окончательно выясненным нельзя, нужны дальнейшие наблюдения (Л. Е. Гуртовой и В. И. Сизова, 1954).

Большинство авторов считают, что разрывы по рубцу наблюдаются чаще после классического кесарева сечения. Реже он имеет место при разрезе в нижнем сегменте. Ряд авторов (Л. С. Персианинов — 1947, 1952, 1956, 1959; А. В. Ланковиц — 1958, 1963; И. Т. Беляев и Б. О. Липкина — 1958; В. М. Уткин — 1955) считают, что рубцы после всех способов кесарева сечения могут способствовать разрыву матки. Таким образом, вопрос о частоте разрывов матки при различных способах операции нельзя считать решенным. Нужны дальнейшие наблюдения.

Зарубежные авторы приводят преимущественно цифры после кесарева сечения в нижнем сегменте. По данным Morley (1961), разрывы в нижнем сегменте составили 25% всех разрывов матки по рубцу. Wagn сообщает, что частота разрывов матки по рубцу после классического кесарева сечения составляет 1—4%, а после истмического — 0,2—0,5%. Удельный вес разрывов по рубцу среди других видов составляет 61%.

ПРОГНОЗ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ ПО РУБЦУ

Предсказание для матери и плода при разрывах матки по рубцу после операции кесарева сечения лучше, чем при разрывах матки другой этиологии (А. Б. Гиллерсон и Р. Г. Бакиева, 1956). Материнская смертность колеблется в широких пределах — от 0 до 96% (М. Ф. Якутина, 1957; В. С. Лисовецкий, 1950). Такое разнообразие материнской летальности зависит от многих причин: локализации и характера разрыва, мероприятий по борьбе с кровопотерей и шоком, своевременности оперативного вмешательства, способа операции и т. д.

Смерть матери наступает при разрывах по рубцу от шока и кровопотери, реже — от сепсиса и перитонита (М. С. Соловьева, 1957; Л. С. Панькевич, 1960; И. Т. Беляев, 1957). По материалам Л. С. Панькевича (1960), на 200 случаев разрывов матки по рубцу материнская смертность была равна 28,5%; по Г. А. Гутману (1958) на 102 случая — 40,1%; по Г. К. Василевскому (1958) — на 60 случаев — 45%; по И. Т. Беляеву (1957) — на 27 случаев — 19%; по И. В. Ильину (1958) — на 20 случаев — 4 летальных исхода; по А. Л. Верховскому (1967) — на 84 случая — 2 летальных исхода. На нашем сборном материале видно, что из 394 больных с разрывами матки по рубцу после перенесенной ранее операции кесарева сечения выздоровело 308 (78,6%), умерло — 86 (21,8%). Некоторые авторы не наблюдали смертельных исходов при разрывах матки по рубцу (А. Б. Гиллерсон и Р. Г. Бакиева, 1956; Т. М. Гуровская, 1960; И. М. Кушнир, 1960; М. Ф. Якутина, 1957; А. Е. Емшанова, 1939 и др.).

Примерно такой же диапазон летальных исходов при разрывах матки по рубцу и по данным зарубежных авторов: Cavanagh, Membery, Meleod (1975) — 0%; Chiaia, Fanciuli (1965) — 2 летальных исхода на 9 случаев разрывов; Ardillo (1963) — 3 летальных исхода на 6 случаев разрывов матки по рубцу.

Кроме смертельных исходов при разрывах матки по рубцу встречается ряд сопутствующих осложнений: шок различной степени тяжести, кровопотеря от 200 до 2000 и более мл, массивные сращения в области рубца, подбрюшинные гематомы, повреждение широких связок с отслойкой брюшины, разрыв маточных сосудов, повреждение стенок кишечника, мочевого пузыря, тяжелые септические осложнения в послеоперационный период, непроходимость кишечника, вторичная анемия. Кроме всего перечисленного следует добавить лишение женщин возможности выполнять в последующем детородную функцию из-за частой стерилизации во время операции и производства в некоторых случаях радикальных операций (ампутация и экстирпация матки).

Прогноз для плода при разрывах матки по рубцу еще хуже. Перинатальная смертность при них достигает 84,5—100% (Л. С. Панькевич, 1960; А. И. Бурханов, 1969). По данным Г. К. Василевского (1958), при

операциях по поводу разрывов извлечено 12 живых и 36 мертвых плодов; по М. С. Соловьевой (1957) — 14 живых и 22 мертвых; по А. В. Болговой (1961) — 2 живых и 6 мертвых, по И. Т. Беляеву (1957) — 14 живых и 13 мертвых, по А. Б. Гиллерсону и Р. Г. Бакиевой (1958) — 4 живых и 11 мертвых. Общеизвестно, что при неполных разрывах перинатальная смертность значительно ниже, чем при полных разрывах по рубцу. А. И. Бурханов (1969) из 4 неполных разрывов сообщает об 1 мертворожденном, при полных разрывах извлечены мертвыми все новорожденные. Мертворождаемость, по сообщениям ряда других авторов (А. И. Емшанова, 1936; С. М. Миронова, 1936; А. Я. Блиндлер, 1940; Т. М. Гуровская, 1960), достигает 100%. По данным А. Л. Верховского (1967), при 37 неполных разрывах по рубцу не было мертворождаемости, умерло после операции 2 новорожденных (асфиксия и аспирационная пневмония). Перинатальная смертность при полных разрывах на его материале составила 82,9% (из 47 извлеченных новорожденных было 37 мертвых и 2 умерли в первые часы после операции). По нашей сборной статистике, из 242 новорожденных живых было 100 (41,3%), мертвых — 142 (58,7%). Причиной гибели их являются асфиксия, главным образом, вследствие отслойки плаценты при неродившемся плоде, асфиксия в сочетании с кровоизлияниями в мозг, его оболочки, надпочечники (Л. С. Персианинов, 1952; А. Л. Верховский, 1965).

Потеря детей при разрывах матки высокая и по материалам зарубежных авторов. По данным Chiaia, Fanciulli (1965), при разрывах по рубцу потеряно 4 из 9 новорожденных.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ МАТКИ ПО РУБЦУ

Назрела необходимость выделить разрывы матки по рубцу из разрывов иной этиологии.

Принято различать разрывы самопроизвольные, наступающие без какого-либо внешнего воздействия, и насильственные, возникающие в результате постороннего вмешательства во время беременности и родового

акта. Целесообразно такое же деление сохранить и для разрывов матки по рубцу. Среди самопроизвольных различают механический разрыв матки (препятствие для продвигающейся части плода). При наличии рубца после кесарева сечения он наблюдается чрезвычайно редко, но полностью исключить его нельзя. При наличии рубца возникновение разрыва чаще всего наступает вследствие имеющихся структурных изменений в маточной стенке — рубец, воспаление, эндометриоз, проедание ворсинами хориона и пр. При разрывах по рубцу указанные причины чаще всего сочетаются друг с другом.

Но и при наличии рубца, надо полагать, нередко могут комбинироваться механо-гистопатические причины разрыва матки. При относительно незначительных изменениях маточной стенки в области рубца и несоответствии между подлежащей частью и тазом разрыв матки по своему характеру будет приближаться к типичным разрывам механического характера. При наличии явно несостоятельного рубца и патологических изменений в окружности его в маточной мускулатуре разрыв будет носить характер гистопатического.

Насильственные разрывы матки чаще всего возникают в результате добавочного растяжения нижнего сегмента во время постороннего вмешательства при родоразрешении: во время акушерской операции, произведенной при отсутствии условий и наличии противопоказаний к ней, при грубом и неумелом оперировании. Обычно подобные разрывы матки по рубцу возникают при повороте плода на ножку, при попытке повернуть плод при запущенном поперечном положении, при наложении высоких щипцов, при производстве плодоразрушающей операции.

Насильственные разрывы легко наступают при наличии неполноценного рубца и угрозе его разрыва, если грубо производится влагалищное исследование или применяется акушерская операция без глубокого наркоза. Неумелое применение питуитрина и окситоцина, вызывающие бурную родовую деятельность, может при неполном раскрытии маточного зева привести к насильственному разрыву матки по рубцу. Наконец, подобный разрыв может наступить вследствие грубой травмы

во время беременности (удар в живот, падение на живот).

Анализируя цифры, приводимые различными авторами, и данные своего материала, Л. С. Персианинов (1952) пришел к заключению, что в последние 60 лет отмечается снижение насильственных разрывов матки. По степени распространения принято различать полные разрывы (сквозные), проникающие все слои маточной стенки и неполные (непроникающие), когда остается сохраненной часть маточной стенки, чаще всего серозный покров. На материале А. Л. Верховского (1967) было 37 неполных и 47 полных разрывов по рубцу; у Л. С. Панькевича (1960) — 10 неполных и 190 полных; у М. С. Соловьевой (1957) — 5 неполных и 31 полных; у И. В. Ильина (1958) — 2 неполных и 18 полных. Неполный разрыв матки может иногда захватывать слой маточной стенки на небольшую глубину, иногда же может быть только трещина (надрыв) маточной стенки в области рубца или по соседству с ним.

На операциях при неполных разрывах матки в большинстве случаев обнаруживается дефект маточной стенки в области рубца с сохраненной серозной оболочкой или закрытый сращениями с париетальной брюшиной или органами брюшной полости. Из 37 наших неполных разрывов стенка матки было истончена до брюшины в 6 случаях; истончена до брюшины и закрыта сращениями — в 12, истончена до брюшины, закрыта сращениями и имелись гематомы под брюшинным покровом — в 4. Неполный разрыв стенки у 12 больных не достиг серозного покрова, толщина маточной стенки была 3 мм. У 2 больных в области рубца обнаружено выбухание в виде «грыжи рубца» и в 1 случае — местами до серозного покрова вросли ворсины плаценты. При 1 неполном разрыве в нижнем сегменте, наблюдаемом А. В. Болговой (1961), разрыв стенки был под переходной складкой брюшины мочевого пузыря и распространялся в левый передний свод.

При неполных разрывах матки по рубцу на операциях в большей части случаев имелся линейный разрыв в области рубца с истонченными или омолодевшими рубцовыми краями по всей длине в 10—13 см. Плод, а иногда и все плодное яйцо, уже родилось в брюшную

полость. А на нашем сборном материале полный разрыв по всему рубцу был в 119 случаях; кроме этого, в области рубца обнаружен деструктивный рост плаценты — в 23 случаях; полный разрыв по всему рубцу закрыт сращениями — в 15; края полного разрыва толще остальной маточной стенки, не кровоточат — в 2; при полном разрыве имелись гематомы под брюшиной — в 4; при разрыве, закрытом сращениями, была гематома широкой связки — в 1 разрыв сбоку от старого рубца — в 10; разрыв, проникший до шейки, — в 1; разрыв, распространившийся до рубца матки, — в 1, 2 разрыва (один по задней стенке) — в 1 случае. Следовательно, из 177 историй болезни, в которых было описано состояние рубца, локализация разрыва была типичной в области рубца у 165 больных (93,2%); нетипичной — у 12 (6,7%). Причиной полных разрывов явился деструктивный рост плаценты в области рубца в 23 случаях, что составляет 13,0%.

По клиническому течению принято разделять разрывы угрожающие, начавшиеся и совершившиеся. При разрывах матки по рубцу Г. А. Гутман (1960) считает нецелесообразным выделять угрожающий разрыв матки, так как наблюдающиеся симптомы уже указывают на начало или на уже совершившийся разрыв матки. Большинство же авторов разрывы матки по рубцу разделяют на угрожающий, начавшийся и совершившийся. Определение «угрожающий разрыв» означает состояние, когда еще нет нарушения целостности маточной стенки в области рубца, но уже имеются признаки, указывающие на возможность его возникновения, если причина, приведшая рубец к данному состоянию, не будет сейчас же устранена. Начавшийся разрыв характеризуется наличием надрыва тканей маточной стенки, захватывающего поверхностные слои и не проникающего через всю толщу мышечного слоя или рубца. Нам думается, есть необходимость выделять понятие угрожающего разрыва по рубцу, включив в него и распознанный заранее или в настоящий момент неполноценный рубец матки после операции кесарева сечения на основании клинических и рентгенологических данных.

Свершившийся разрыв матки по рубцу может быть двух видов: разрыв захватывает все слои маточной стенки и проникает в брюшную полость, или проникает

в межсвязочное пространство между листками широких связок. Последний вид разрыва встречается реже.

По локализации следует различать разрывы матки в дне (после операции кесарева сечения с разрезом по Фритчу), в теле (после корпорального кесарева сечения) и в нижнем сегменте (после кесарева сечения по Гусакову или с продольным разрезом). Целесообразно выделять среди разрывов матки по рубцу случаи, когда нарушена целостность ее только в пределах рубца, случаи с распространением разрыва за его пределы и случаи с нарушением целостности матки вне рубца. По данным А. Л. Верховского (1967), разрывы в 3 случаях из 84 распространялись за пределы рубца до шейки, до ребра и дальше до сводов. М. С. Соловьева (1957) наблюдала нарушение целостности стенки матки вне рубца у 9 больных из 36. Указания о таких разрывах имеются в работах А. В. Болговой (переход в левый передний свод), М. И. Теверовского (1949) (разрыв с боку от рубца).

В итоге, мы предлагаем следующую классификацию разрывов матки по рубцу после операции кесарева сечения:

По времени возникновения:

1. Во время беременности.
2. Во время родов.
3. После родов.

По этиопатогенезу:

1. Спонтанные:  типичные (механические),
атипичные (гистопатические),
комбинированные.
2. Насильственные.
3. Смешанные.

По локализации:

1. В дне матки.
2. В теле матки.
3. В нижнем сегменте матки.

По степени повреждения стенки матки:

1. Трещина, узура.
2. Неполный разрыв.
3. Полный разрыв.

По отношению к маточному рубцу:

1. В пределах рубца.
2. С распространением за его пределы.
3. Разрыв вне послеоперационного рубца.

По направлению линии разрыва:

1. Продольные.
2. Поперечные.
3. Смешанные.

По клиническому течению:

1. Угрожающий и потенциально угрожающий.
2. Начавшийся.
3. Свершившийся.

КЛИНИКА РАЗРЫВОВ МАТКИ ПО РУБЦУ

Клиника разрывов матки по рубцу, несмотря на солидное число работ, не может считаться окончательно установленной. Несомненно, своевременная диагностика угрожающего и начавшегося разрыва — дело не всегда легкое.

Своевременный диагноз затрудняется тем, что признаки его могут быть стертыми и атипичными. Б. В. Азлецкий (1939) считает, что разрывы матки по рубцу иногда протекают с крайне неясными и неопределенными симптомами, а иногда и совсем бессимптомно. В его практике один случай разрыва матки по рубцу протекал по типу «расползания тканей» без ясных клинических симптомов. Эту же мысль подтверждают Я. Н. Полонский (1939), Л. С. Панькевич (1960), Г. А. Гутман (1958, 1960), Е. К. Исаева (1957), Н. Е. Сидоров (1953), М. С. Лященко (1955), М. С. Соловьева (1957, 1964), П. В. Маненков и Н. И. Фролова (1957), А. А. Козбагаров (1958), Т. А. Попова, В. А. Кузнецов, А. Б. Сигалов и З. Г. Ткаченко (1964), М. Ф. Якутина (1957). Однако во всех случаях разрывов матки по рубцу, по-видимому, клинические симптомы все же имеются, просто мы их не всегда замечаем, либо они скоротечны.

И. Ф. Жорданиа (1950), А. Б. Гиллерсон и Р. Г. Бакиева (1957, 1958, 1961), Л. С. Персианинов (1952), В. И. Бодяжина (1958), Н. С. Бакшеев (1954, 1957), М. И. Теверовский (1950), А. Я. Блиндлер (1940) и др. отрицают «бессимптомные» разрывы, как дезориентирующие и демобилизующие врача. По их мнению, при угрожающем разрыве есть хотя бы неясные и быстро исчезающие симптомы, которые недооцениваются врачами, ведущими беременность и роды у женщин с рубцом на матке.

Симптомы, свидетельствующие о возникшей угрозе разрыва, по мнению Е. К. Исаевой (1961), следующие: боли во второй половине беременности в нижней части живота, реже — в области послеоперационного рубца. У части женщин боли беспокоят одновременно и в низу живота и в области рубца, у некоторых болевые ощущения возникают периодически. Предлежащая часть плода обычно расположена высоко над входом в таз. Родовая деятельность вялая или совершенно отсутствует. Отхождение вод не всегда является способствующим моментом для разрыва — угроза его возникает и при целом плодном пузыре. Наступлению разрыва предшествует или нарастающая по интенсивности родовая деятельность, болезненные схватки или, наоборот, первичная и вторичная слабость. У некоторых больных симптомом угрозы могут быть потуги при высоко стоящей головке. Сердцебиение плода обычно остается ясным, в отдельных случаях намечается угрожающая асфиксия.

По мнению И. Т. Беляева (1958), наиболее частыми симптомами угрожающего разрыва матки по рубцу являются боли в животе и мажущие кровянистые выделения из влагалища.

Серьезное значение болевому симптому при возникновении угрожающего разрыва матки по рубцу придают и многие другие авторы (Г. А. Бакшт, 1934; Я. Н. Полонский, 1956; Л. М. Назарова, 1958; И. Т. Беляев, 1957; М. С. Соловьева, 1957, 1964; Г. К. Василевский, 1958; Г. А. Гутман, 1958, 1960; Л. С. Панькевич, 1960).

Г. К. Василевский (1958) предвестником угрожающего разрыва считает слабые и нерегулярные схватки. А. Ю. Лурье и М. С. Лященко (1955) считают патоло-

гическую инертность матки при родах не менее опасной для разрыва, чем механические препятствия.

Г. А. Бакшт (1934) указывает, что боли во время беременности, кровянистые выделения из половых путей и головокружение во второй половине беременности должны сразу же наводить врача на мысль о возможности начинающегося разрыва матки. А при отсутствии этих симптомов следует обратить внимание на подозрительное исчезновение сердцебиения плода.

Симптомы начавшегося разрыва матки проявляются ярче. Истончение и болезненность рубца, болезненное напряжение нижнего сегмента, бледность, вялость, инертность или эйфория — таковы, по Г. К. Василевскому (1958), признаки начавшегося разрыва. При начавшемся разрыве может быть рвота, головокружение или обморок. Слабость родовой деятельности может быть следствием уже наступающего разрыва матки по рубцу (Н. С. Бакшеев, 1957).

Диагноз начавшегося разрыва, по Е. К. Исаевой (1961), можно установить при появлении болей в области нижнего сегмента, в послеоперационном рубце, в дне матки или в низу живота, слева.

В некоторых случаях появляется грыжеподобное выпячивание в области рубца и болезненная опухоль, которая может увеличиваться по мере расхождения шва (А. Я. Блиндлер, 1940). Кровянистые выделения из половых путей, угрожающая или начавшаяся асфиксия плода при высоко расположенной предлежащей части — несомненные признаки начавшегося разрыва матки.

Многие авторы считают, что разрывы по рубцу протекают легче и дают лучшие исходы для матери и плода.

Это обстоятельство, по их мнению, объясняется редкостью массивных кровопотерь при разрывах матки по рубцу. Наблюдалась кровопотеря до 200 мл у 3 больных (М. М. Кушнир, 1960), 400—500 мл, — у 67, 500—1000 мл — у 5, 1000—2000 мл — у 2, количество крови во время операции определено понятием «много» — у 9, крови в брюшной полости при разрыве по рубцу не имелось у 33 больных, кровотечение не учтено у 28 больных. По данным Г. К. Василевского, у 39 женщин была кровопотеря около 500 мл и у 21 больше 500 мл. После корпорального кесарева сечения кровопотеря, по

данным А. В. Болговой, составила от 700 до 1500 мл при 7 разрывах, а после неполного разрыва в нижнем сегменте была забрюшинная гематома. Следовательно, из 147 больных не имелось крови в брюшной полости только у 33 (22,4%); кровопотеря в 500 мл была у 45,5 и более — у 44 больных (29,9%). Такая частота и степень кровопотери не может не отразиться на состоянии больных и исходах разрывов по рубцу для матери и плода.

Полные разрывы матки нередко сопровождаются шоковым состоянием. При неполных разрывах шок наблюдается значительно реже. На нашем материале он имел место при одном неполном разрыве по рубцу и его не было при 37 остальных неполных разрывах. При полных совершившихся разрывах шок различных степеней наблюдался у 51 больной, не было его у 8 женщин.

Г. А. Гутман (1958, 1960) относит к начавшемуся или совершившемуся разрыву симптомы раздражения брюшины. Он предложил свой метод пальпации рубца матки, истончение которого при начавшемся разрыве назвал симптомом «ниши».

Симптомокомплекс совершившегося разрыва матки во время беременности и в родах почти тождественный: боли в области разрыва, болезненность и напряжение при исследовании брюшной стенки; нередко боли при разрывах во время беременности появляются среди полного благополучия (Г. К. Василевский, 1958); метеоризм и притупление в отлогих местах; кровянистые выделения из влагалища; анемия, шок и другие симптомы внутреннего кровотечения (падение АД, учащение пульса, побледнение кожных покровов и слизистых); беспокойство, тошнота, икота, рвота, холодный пот, цианоз, затруднение дыхания; как правило, одновременно с разрывом исчезает сердцебиение плода, прекращается родовая деятельность; подлежащая часть перестает определяться.

Предшествует разрыву чаще слабая родовая деятельность, реже — умеренная с развитием в последующем вторичной слабости. Редко родовая деятельность может сохраняться ослабленной в течение нескольких минут после свершившегося разрыва. При наличии препятствия к продвижению плода у части женщин наблюдается

бурная родовая деятельность. Как результат травмы нередко отслаивается детское место (Е. К. Исаева, 1957; А. Б. Гиллерсон с соавторами, 1961).

Атипические разрывы наблюдаются при глубоком вращении ворсинок хориона. До прободения клиника разрыва бывает неясной. При прободении — картина напоминает таковую при нарушенной внематочной беременности (внутреннее кровотечение): острые боли в животе, обморок, френикус-симптом, падение АД, изменение пульса, жидкость в брюшной полости. Матка обычной формы, сердцебиение при умеренном кровотечении сохраняется (Л. С. Персианинов, 1952). По М. С. Клейну (1947), при перфорации матки ворсинками хориона клиническая картина разрыва по рубцу сходна с целым рядом других заболеваний (внематочная беременность, кишечная непроходимость, прободной перитонит). М. С. Соловьева (1964) считает, что в клинике разрыва матки, обусловленного прорастанием ворсинками хориона, основную роль играют медленно нарастающий болевой синдром и явления раздражения брюшины. Хотя многие акушеры отрицают «бессимптомные» разрывы, нередко разрыв матки обнаруживается при отделении плаценты или обследовании стенок матки после родов (Р. М. Осповат, 1940; А. Л. Верховский, 1966). Поэтому не случайно В. С. Груздев (1922) указывал, что разрыв матки важно заранее предусмотреть.

Разрывы матки по рубцу в нижнем сегменте чаще наступают при родах и редко бывают полными (А. В. Болгова, 1961). Клиника разрывов по рубцу в нижнем сегменте изучена недостаточно. Разрывы в этих случаях протекают с менее бурной клинической картиной (Г. К. Василевский, 1958; Н. И. Тюрина, 1966). Salzmann (1964) наблюдал 19 разрывов после операции кесарева сечения в нижнем сегменте, при которых симптомы разрыва отсутствовали. Разрыв был обнаружен во время повторной операции. У 13 пациенток симптомы были налицо. По мнению Н. И. Тюриной, ведущим симптомом в клинике разрыва матки по рубцу в нижнем сегменте являются боли при пальпации рубца. Разрыв матки по рубцу в нижнем сегменте в подавляющем большинстве, по данным Л. С. Панькевича (1960), протекает со стертой клинической картиной, если разрыв не распространился на боковую поверхность (сосудистый нучок).

ДИАГНОСТИКА УГРОЖАЮЩЕГО И НАЧАВШЕГОСЯ РАЗРЫВОВ МАТКИ ПО РУБЦУ

Угрожающий разрыв матки—состояние предшествующее разрыву, когда целостность матки в области рубца еще не нарушена (нет ни надрыва, ни разрыва).

При патологических изменениях маточной стенки (рубцы, воспалительные процессы) типичной картины бандлевского разрыва не наблюдается. Симптомы угрожающего разрыва будут варьировать в зависимости от характера и степени изменений в маточной стенке: в одних случаях будут налицо многие симптомы, но слабее выраженные, чем при неизменной стенке матки, в других случаях будут выражены лишь отдельные признаки.

Клиническая картина разрыва матки по рубцу, как правило, стерта, а поэтому опасность его усугубляется, и акушеры прибегают чаще при повторных родах к повторным операциям кесарева сечения (Л. Ф. Александров, 1960).

Диагностика атипично протекающих разрывов матки несомненно сложнее. В таких случаях принимаются во внимание данные анамнеза и тщательного наблюдения за особенностями течения данной беременности и родового акта. Необходимо в каждом случае продумать и оценить полноценность матки с рубцом, взять такую беременную или роженицу под особый контроль. Во время беременности или родов путем тщательного наблюдения постараться уловить факты и симптомы, указывающие на возможность наступления разрыва матки (Л. С. Персианинов, 1952). По его мнению, измененная маточная стенка не дает возможности развиваться симптомам угрожающего разрыва и рвется раньше. Диагноз угрожающего разрыва в большинстве случаев труден и даже невозможен.

Ciasca G., Rochira G. (1968) отметили при анализе 20 разрывов матки по рубцу после кесарева сечения малую выраженность симптоматики (1968). Salzmann (1964) наблюдал 13 разрывов матки после перенесенного ранее кесарева сечения в нижнем сегменте с ясной клинической картиной и 19 — с разрывами по рубцу, при которых симптомов не было, а разрывы обнаруже-

ны случайно при повторном кесаревом сечении. Wash, Martin (1962) наблюдал 29 случаев разрывов матки, из них 12 — как результат неполноценности мышцы матки. Из общего количества клинические симптомы разрыва отсутствовали у 4 женщин, симптомы угрожающего разрыва не были выражены у 12 больных.

Труднее предупредить разрыв матки при глубоких и обширных структурных изменениях в мускулатуре матки, возникших после перенесенных операций. Разрыв матки в подобных случаях может наступить в самом начале родовой деятельности, а в редких случаях — во время беременности. Наступает разрыв обычно незаметно, патологически измененная маточная стенка не разрывается, а как бы «расползается». Подобные разрывы наблюдаются при родах после кесарева сечения с плохим заживлением раны матки в области разреза (Л. С. Персианинов, 1952).

Даже при отсутствии обычных симптомов угрожающего разрыва называть такой разрыв «бессимптомным», по его мнению, не совсем правильно. На угрозу разрыва указывает явная неполноценность маточной стенки.

Правильная диагностика состояния рубца позволяет предохранить как мать, так и плод от тяжелых осложнений во время беременности и родов (М. А. Петровская, 1963).

Симптомы неполноценности маточного рубца и угрозы разрыва не всегда удается определить своевременно. В таких случаях нужно суметь предвидеть, предугадать разрыв и своевременно его предупредить, не дожидаясь симптомов угрожающего разрыва, которых может и не быть.

По мнению И. Д. Ариста (1960), к признакам угрозы разрыва следует отнести боли и истончение рубца, болезненность при пальпации, в особенности в области рубца (А. Б. Гиллерсон и Р. Г. Бакиева, 1956), симптом «ниши» (А. А. Коган, 1957), слабость и спастический характер схваток, изменение сердечных тонов плода.

По мнению А. Б. Гиллерсона, появление и усиление хотя бы и кратковременных болей во время беременности, особенно в поздние ее сроки, в области рубца, определяемых путем осторожной пальпации, неравномерность рубца, наличие втяжений и выпячиваний, имеют большое диагностическое значение, указывают

на несостоятельность рубца, а, следовательно, на возможный разрыв матки по рубцу.

Боли в области рубца после кесарева сечения, особенно при задержке продвижения плода при полном открытии зева, отошедших водах и удовлетворительной или хорошей родовой деятельности, должны рассматриваться как признак угрожающего разрыва матки.

К симптомам угрожающего разрыва относят боли в области рубца, истончение рубца во время беременности и при родах. Иногда, особенно после классического кесарева сечения, рубец удаётся пальпировать через брюшную стенку. Сместив рубец брюшной стенки, необходимо определить путем пальпации, нет ли в области рубца матки вдавлений. Если рубец неполноценный, то стенка матки в его области может быть более тонкой, чем соседние участки, и части плода легко определяются. Нередко между растянутым рубцом и неизменной стенкой матки определяется граница в виде валика или гребешка, а в области рубца — вдавление большей или меньшей величины. Этот признак более заметен при сокращениях матки, что легко вызвать осторожным поглаживанием ее.

Г. А. Гутман (1960), М. С. Лященко (1955), Е. И. Беляев (1957), Л. С. Персианинов (1952) считают слабость родовой деятельности симптомом угрозы разрыва по рубцу. По мнению Fels (1959), важен учет психики и поведения женщины перед разрывом. Особенно характерно ощущение смертельной тоски, совершенно отличающейся от обычного страха беременных перед родами, а также вегетативные симптомы: холодный пот, озноб, малый пульс и т. д.

Заметное и увеличивающееся истончение рубца на матке — второй признак угрожающего разрыва по рубцу. В дальнейшем по мере растяжения рубцовой ткани матки начинается надрыв, затем разрыв, неминуемо прогрессирующий. Быстрота перехода от угрозы разрыва до наступления его будет различной и находится в прямой зависимости от степени и обширности патологических изменений маточной стенки и силы сокращений матки.

В некоторых случаях полному разрыву матки предшествует симптом, который в руководствах по акушер-

ству и монографиях не описывается. Поэтому мы и решили обратить на него внимание. Этот симптом мы назвали «грыжей рубца». Он возникает, как правило, в области рубца матки, сохраняется недолго и при опоздании с операцией исчезает. Сразу же после его исчезновения развивается картина полного разрыва матки. На наличие описываемого симптома указывают сами больные, он легко определяется медицинским персоналом путем осмотра и пальпации. Этот симптом наблюдался нами у 6 больных из 84, оперированных по поводу разрывов матки по рубцу (37 — неполных и 47 — полных). У всех 6 женщин разрывы наступили на различных сроках беременности до наступления родов. На операции оказалось 2 разрыва неполных и 4 полных. Все 6 женщин перенесли корпоральное кесарево сечение. Показаниями для операции у 4 женщин был узкий таз, у 1 — ригидность наружного зева и у 1 — предлежание плаценты.

Беременность до самого дня наступления разрыва у 5 женщин протекала без осложнений, у одной — периодически наблюдались боли в низу живота на протяжении всей беременности. После операции кесарево сечение у 2 больных прошло 2 года, у 2—3, у одной больной — более 5 лет. Неполные разрывы наступили на 38 и 41 неделе, полные — на 21, 33, 35 и 40 неделях. Все разрывы наступили и были распознаны в стационаре. Это позволило врачам наблюдать описываемый симптом перед установлением диагноза и операцией и сопоставить с изменениями в области рубца, обнаруженными во время чревосечения.

Приводим два из наших наблюдений.

Больная Л-ва В. Д., 24 лет, перенесла корпоральное кесарево сечение в 1962 г. по поводу узкого таза. Госпитализирована 21/IX 1965 г. по поводу переносимой беременности в 41—42 недели и отягощенного акушерского анамнеза. На протяжении всей беременности чувствовала себя хорошо. В ночь на 22 сентября внезапно появились боли в низу живота типа ложных схваток.

Состояние больной при поступлении удовлетворительное. На брюшной стенке широкий звездчатый рубец после предыдущей операции. Живот овальной формы с выпячиванием в области рубца над поверхностью величиной 10×6 см (рис. 1). Брюшная стенка мягкая, болезненная по краям и в области выбухания. Образование над лоном эластической консистенции легко продавливается. Через него не совсем ясно определяется плотная наощупь часть плода. Матка в обычном тонусе. Положение плода продольное,

предлежит прижатая ко входу в таз головка. Сердцебиение плода ясное. Воды не отходили. При влагалищном исследовании: шейка матки сформирована, предлежит головка, плодный пузырь цел, выделений нет.

По поводу начавшегося разрыва матки по рубцу сделано чревосечение. К ране предлежала размягченная, выпячивающаяся спереди, имбибированная кровью и имеющая темно-багровый цвет по длине всего старого рубца стенка матки. Окружность рубца замурована в массивных сращениях. Извлечен живой плод без асфиксии весом 3200 г. Произведено иссечение и ушивание краев разрыва. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выписана с живым ребенком в удовлетворительном состоянии на 15-е сутки.



Рис 1. Грыжа корпорального рубца матки, возникшая с началом родовой деятельности.

2. **Большая К-ва В. А.**, 31 года, перенесла корпоральное кесарево сечение в 1958 г. по поводу предлежания плаценты. После этого было 2 медицинских аборта. Госпитализирована 22/VI 1963 г. по поводу водянки беременных и отягощенного акушерского анамнеза в 39 недель.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Живот оvoidной формы, безболезненный. Рубец на матке безболезненный. Положение плода продольное, предлежание головное. 9 июля в 01 час утра появилось схваткообразные боли в низу живота и пояснице. При пальпации живот мягкий, несколько болезненный в области рубца. В средней части его появилось небольшое выпячивание, затем оно увеличилось до размеров мужского кулака. Стенка матки в области выпячивания истончена. При влагалищном исследовании: шейка сформирована, ее канал пропускает палец, предлежит головка, расположенная высоко над входом в таз.

Через 40 мин. после второго приступа резких болей выпячивание над лоном вдруг исчезло. Легко пальпируется расхождение стенки матки в области бывшего выпячивания размером 4×5 см. Появилась болезненность по всему животу. Боли нарастали. Сердцебиение плода стало приглушенным, редким и аритмичным. Больная на глазах стала тяжелой. Пульс 66 ударов в мин., артериальное давление — 140/100 мм. Бледна. Живот болезненный, слегка напряжен, нерезко выражен симптом Щеткина. По средней линии ниже пупка сразу же прощупываются мелкие части плода. Сердцебиение плода глухое.

На операции. Обширные сращения между передней стенкой матки и париетальной брюшиной. После разделения сращений на теле матки обнаружен разрыв 9×11 см, закрытый мелкими частями плода. В брюшной полости имелось около 500 мл крови. Извлечен плод весом 3550 г, мертвый. Иссечены края стенки матки, разрыв ушит.

Послеоперационный период протекал гладко. Выписана на 11 сутки.

Во всех шести наших случаях рубец матки оказался в сращениях. Можно предполагать, что они препятствуют наступлению мгновенного полного разрыва, отчего и удается некоторое время фиксировать «грыжу рубца» матки. В одном случае описанный симптом отметила у себя сама больная и уловила момент его исчезновения, совпавший с появлением резких болей в этой области. В случаях, когда этот симптом ошибочно расценивается как наполненный мочевой пузырь, рекомендуется пузырь опорожнить. «Грыжа рубца» над лоном после опорожнения мочевого пузыря не исчезает, что нами проверено в двух случаях. Клиническая картина разрыва матки после появления «грыжи рубца» нарастает быстро, поэтому необходимо немедленно снять родовую деятельность и возбудимость матки, провести лечебную триаду по Николаеву и приступить к экстренному абдоминальному родоразрешению.

Г. А. Бакшт (1934) к симптомам начинающегося разрыва матки по рубцу отнес боли в животе, кровянистые выделения, головокружение во второй половине беременности, а при отсутствии этих симптомов — подозрительное исчезновение сердцебиения плода. А. А. Коган (1957) описывает при начавшемся разрыве симптом «ниши». При угрожающем разрыве — болезненность при пальпации стенки матки по ходу расположения рубца, и особенно резкая в одном определенном пункте, истонченность и податливость стенки матки в этом месте.

М. Ф. Якутина (1957) наблюдала разрывы по рубцу на фоне бурной родовой деятельности. Все разрывы были без выраженных патологических симптомов, без острых болей. Автор видела женщин, которые сами приходили в роддом с начавшимся и даже с совершившимся разрывом матки.

При начавшемся надрыве тканей в области рубца у беременной или роженицы кроме болей в области рубца и его истончения появляются (не всегда) и другие симптомы: общая слабость, головокружение или обморочное состояние, боли в подложечной области, тошнота, рвота. Все эти явления вначале могут носить кратковременный характер. При их исчезновении врач не думает о приближающемся разрыве, объясняя все это сердечной слабостью или диспептическими расстройствами.

В связи с прогрессированием расхождения рубца указанные выше симптомы вновь нарастают, иногда появляются кровянистые выделения из матки. Нередко проявляются признаки ухудшения состояния плода: замедление или ускорение сердечных тонов, приглушение или исчезновение сердцебиения плода, активные его движения, отхождение мекония. В дальнейшем наступает полный разрыв со своеобразной клинической картиной.

Симптомокомплекс угрожающего бандлевского разрыва при наличии рубца на матке, как правило, не бывает. Следует обращать особое внимание на выяснение вопроса о состоянии рубца на матке. Неполноценный рубец возможен при плохом заживлении раны матки после кесарева сечения, осложнившегося воспалительными процессами в малом тазу, длительным лихорадочным течением, обширным нагноением брюшной стенки, а также после бывших разрывов матки, излеченных консервативными методами или ушитых при обширном размождении ткани (Л. С. Персианинов, 1952; А. Б. Гиллерсон, 1965; И. Т. Беляев, 1957).

Атипичные разрывы матки наблюдаются при глубоком врастании ворсин хориона в маточную стенку. До момента полного прорастания серозного покрова симптомы не наблюдаются или они нам пока неизвестны. Угроза разрыва диагностируется весьма трудно, а иногда и не распознается. Необходимо в подобных

случаях внимательно следить за состоянием больной или роженицы, что нередко позволяет установить начавшийся разрыв (узуру) матки и спасти мать и ребенка.

ДИАГНОСТИКА СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ ПО РУБЦУ

Угрожающий разрыв матки, если своевременно не будет оказана помощь, переходит неизбежно в совершившийся.

Диагностика совершившегося разрыва в подавляющем большинстве не представляла особых трудностей.

По наблюдениям Л. С. Панькевича (1960), клиническая картина разрыва матки по рубцу в 71% случаев была ярко выражена: она выражалась острой болью в животе, прекращением родовой деятельности, быстрым нарастанием симптомов шока и внутреннего кровотечения. Наблюдались обширные разрывы матки, захватывающие ткани за пределами бывшего разреза. В 17,5% случаев клиническая картина разрыва матки была недостаточно ясно выраженной и при этом обнаруживались данные, говорящие о наступившем разрыве: учащение пульса, изменение формы живота, прекращение сердцебиения плода. Разрыв матки при этом происходил в пределах послеоперационного рубца, и внутреннее кровотечение не было обильным. В 6,5% наблюдений, несмотря на происшедший разрыв матки, субъективные и объективные симптомы отсутствовали, и разрыв был обнаружен при ручном обследовании полости матки или при повторной операции кесарева сечения. При этом разрыв матки оказывался неполным или только в пределах послеоперационного рубца. Внутреннее кровотечение было незначительным.

Совершившийся разрыв матки по рубцу сопровождается ясно выраженной клинической картиной. «Симптомы разрыва матки зловещи. Буря сменяется жуткой тишиной» (Г. Г. Генгер). Хотя это полностью нельзя отнести к разрывам матки по рубцу, в ряде случаев и для них описание это справедливо. В момент разрыва роженица ощущает сильную режущую боль, некоторые указывают, что в животе что-то «лопнуло» или «разорвалось». Вместе с прекращением родовой деятельности появля-

ются симптомы внутреннего кровотечения. Явления внутреннего кровотечения нарастают иногда очень быстро, присоединяются шок, перитонеальные явления — метеоризм, тошнота, рвота, плод погибает, иногда появляются кровянистые выделения из половых путей, кровь в моче.

При полных разрывах плод быстро выходит в брюшную полость, живот приобретает неправильную форму, через брюшную стенку легко прощупываются мелкие части плода, матка сокращается и смещается в одну сторону. При перкуссии в брюшной полости определяется свободная жидкость (кровь).

После разрыва матки наблюдается быстрое появление и нарастание метеоризма (атония кишечника), умеренное кровотечение из влагалища, сердцебиение исчезает, плод погибает.

В неясных случаях следует произвести влагалищное исследование. Если предлежащая часть высоко, то открытие шейки нередко отсутствует или невелико. Исследование болезненно, могут быть кровянистые выделения из половых путей. При выхождении плода в брюшную полость легко определяется сокращенная матка и отсутствует предлежащая часть. В случаях, подозрительных на разрыв по рубцу, необходимо произвести обследование стенок матки. Разрыв по рубцу легко определяется рукой. После родоразрешения через влагалище у женщины с рубцом на матке показано ручное обследование стенок матки.

Поздние симптомы происшедшего разрыва матки (через сутки и более) характеризуются признаками нарастающего перитонита: тошнота, рвота, парез кишечника, симптом Щеткина-Блюмберга, напряжение брюшных мышц, резкая болезненность передней брюшной стенки, боли в животе. Состояние роженицы тяжелое, кожные покровы бледны или с землянистым оттенком, черты лица заострены, глаза запали, пульс частый, слабого наполнения.

Диагностика неполных разрывов сложнее. При них родовая деятельность может не прекращаться, нередко уже при наличии разрыва роды заканчиваются самостоятельно, явления шока и внутреннего кровотечения часто отсутствуют или слабо выражены. Редко при образовании забрюшинных гематом появляются боли в области крестца (И. Л. Брауде, 1940), подвздошной области

с иррадиацией в ногу. И. Л. Брауде, Г. Г. Гентер (1938) указывают на ощущение «хруста снега» при пальпации живота (эмфизема клетчатки).

Иногда неполные разрывы матки проявляются лишь в первые дни послеродового периода, до этого симптомы или отсутствуют, или слабо выражены. Роды до этого могли быть закончены благополучно и сомнений в целостности матки не возникало. В отдельных случаях могут появиться нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины — тошнота, икота, рвота, задержка стула. Медленно нарастающая гематома сопровождается учащением пульса, нарастанием малокровия, бледности кожных покровов, падением гемоглобина при отсутствии значительного наружного кровотечения. При подозрении на неполный разрыв матки по рубцу показано ручное обследование стенок матки.

Наибольшие затруднения в диагностике, в особенности при неполных разрывах матки, встречаются при разрывах матки по рубцу во время беременности. Здесь на помощь приходит анамнез (операция в анамнезе, характер течения послеоперационного периода, приступы болей во время беременности, симптомы нарастающего внутреннего кровотечения). Диагноз облегчается в случаях полного разрыва с выхождением плода в брюшную полость, в наличии сбоку от плода сократившейся матки.

При разрывах матки по рубцу с наличием обширных структурных изменений в стенке сразу наступает полный разрыв матки и без появления предшествующих симптомов начавшегося разрыва. Из общего количества (506) разрывы матки по рубцу после кесарева сечения наступили дома и по дороге в лечебное учреждение у 140 женщин (43,6%) (из них дома — у 138, по дороге — у 2); разрывы матки по рубцу совершились в стационаре у 181 больной (56,3%), место наступления разрывов осталось неизвестным у 185 женщин.

По нашему материалу 27 неполных разрывов из 37 наступили в стационаре, 3 — на дому, место наступления 7 разрывов осталось неизвестным.

Из 47 полных разрывов 24 совершились дома, 2 — по дороге, 20 — в стационаре и место наступления одного полного разрыва осталось неизвестным. Таким

образом, неполные разрывы чаще совершаются в стационаре, полные же — начинаются и нередко завершаются на дому и во время транспортировки в стационар.

ТЕРАПИЯ УГРОЖАЮЩЕГО И НАЧАВШЕГОСЯ РАЗРЫВОВ МАТКИ ПО РУБЦУ

Распознавание неполноценного рубца после перенесенной операции кесарева сечения не всегда возможно. Часть разрывов матки по рубцу наступает при наличии состоятельного рубца (И. Т. Беляев, Т. А. Попова, В. А. Кузнецов, А. Б. Сигалов, З. Г. Ткаченко). Отсюда своевременное распознавание и рациональная терапия угрожающего разрыва матки по рубцу — одно из звеньев профилактики разрывов матки. При установлении угрозы разрыва по рубцу необходимо возможно быстрее и бережнее закончить беременность или роды влагалищным или брюшностеночным родоразрешением под глубоким наркозом. Применение наркоза в таком случае направлено не только на достижение обезболивания, но прежде всего на расслабление сокращенной матки, снижение ее тонуса и выключение потужной деятельности (Л. С. Персианинов).

Беременная и роженица с угрожающим разрывом матки по рубцу считается нетранспортабельной. Весь комплекс терапии угрожающего разрыва должен быть оказан на месте, где установлен диагноз. При отсутствии условий для родоразрешения на месте в виде редчайшего исключения допускается бережная транспортировка больной в больницу в сопровождении врача или акушерки. Непременным условием в таких случаях является выключение родовой деятельности и снятие тонуса матки путем дачи кратковременного наркоза, инъекции морфина и пр. Фактически же транспортировка больных допускается в более широких пределах. На материале Л. С. Панькевича (1960), разрыв матки у 78 женщин совершился на дому, у 16 — по дороге в больницу и у 106 женщин — в стационаре. В условиях города следует транспортировать больную на машине станции скорой помощи под наркозом закисью азота.

Применение морфина, пантопона и других наркотиков с целью снятия родовой деятельности или ослабле-

ние се, как правило, не достигает цели и затушевывает картину перехода угрозы разрыва в совершившийся разрыв. Это в свою очередь затрудняет диагностику и приводит к отсрочке оперативного вмешательства при наступлении разрыва по рубцу. Разрыв матки по рубцу может сравнительно быстро наступить после установления угрозы (А. Л. Верховский, 1969). Поэтому при установлении диагноза угрожающего разрыва не следует терять время, назначая наркотические препараты, а сразу же начинать наркоз и подготовку к операции.

Предупредить переход угрожающего разрыва матки в совершившийся можно лишь исключением родовой деятельности и немедленным родоразрешением. Такой тактики при угрозе разрыва по рубцу после операции кесарева сечения придерживается большинство акушеров. Часть акушеров приступают к чревосечению без предварительного родоразрешения через естественные пути (Н. Е. Сидоров, 1953; Т. А. Попова с соавторами, 1964).

Т. А. Попова, В. А. Кузнецов, А. Б. Сигалов и З. Г. Ткаченко при истончении рубца на матке после кесарева сечения, а также при симптомах угрожающего разрыва матки считают необходимым сразу же производить чревосечение. При наличии живого плода при угрожающем или начавшемся разрыве матки по рубцу производится операция кесарева сечения с иссечением старого рубца. Если же плод при наличии угрожающего разрыва уже мертвый, то применяются плодоразрушающие операции. Несомненно, при угрожающем разрыве матки по рубцу может быть такая ситуация, при которой целесообразнее сделать плодоразрушающую операцию на живом плоде (при отсутствии, например, условий для производства кесарева сечения) и, наоборот, прибегнуть к чревосечению при наличии мертвого плода при отсутствии условий для поворота и наложения щипцов, а также при условии, когда их производство может привести к наступлению совершившегося разрыва матки по рубцу.

При головных предлежаниях плода и угрожающем разрыве матки по рубцу обычно применяется перфорация головки с последующим бережным ее извлечением краниокластом. При тазовых предлежаниях, угрожающем разрыве матки и мертвом плоде бережное извлече-

ние за тазовый конец с перфорацией головки. При поперечных положениях плода и угрожающем разрыве матки по рубцу целесообразнее сделать операцию кесарева сечения, даже если плод уже мертвый, ибо попытки к внутреннему повороту легко могут привести к наступлению полного разрыва.

При запущенном поперечном положении плода ряд авторов при наличии признаков угрожающего разрыва допускают возможность применения эмбриотомии в виде декапитации или рассечения позвоночника после предварительного удаления внутренностей, в зависимости от условий.

При наличии несостоятельного рубца, обнаруженного во время операции в теле матки, разрез производится по старому рубцу, извлекается плод, перед зашиванием раны матки иссекается старый рубец в пределах здоровой ткани. После плодоразрушающих операций необходимо произвести ручное отделение последа и обследовать стенки матки, чтобы не пропустить совершившийся разрыв по рубцу с атипически протекающей клинической картиной.

ТЕРАПИЯ СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ ПО РУБЦУ

До конца XIX века разрывы матки лечились консервативно. С началом хирургической эры акушеры-гинекологи ограничивались простым зашиванием разрывов. В начале XX века конкурировало два метода хирургического лечения разрыва матки: простое ушивание и удаление матки. Ушивание матки, в частности, рекомендовал И. Александров (1900).

С развитием оперативной гинекологии методом выбора стала операция удаления матки — надвлагалищная ампутация или экстирпация (М. С. Соловьева, 1966).

В России до 1903 г. вопрос о рациональных методах лечения находился в стадии накопления материала. Многие акушеры на I съезде оставались на позиции консервативного лечения разрывов матки (П. И. Стоянов, 1903), не соглашаясь с выводами Н. Иванова о преимуществе хирургического метода лечения.

Если при угрожающем разрыве матки по рубцу мнение ученых относительно методов лечения подчас разноречивы, то при совершившемся разрыве в настоящее время хирургический метод лечения является общепризнанным.

Еще в 1903 г. В. В. Строганов высказался о методах лечения разрыва матки следующим образом: «Дальнейшие действия с разрывом матки будут находиться в зависимости от наличия кровотечения и от свойства характера разрыва матки. Лапаротомия с последующим зашиванием разрыва является наиболее сохраняющей операцией». Он сообщил 2 случая благополучных родов после разрыва матки с зашиванием его. Но он не отвергал и возможности удаления матки при разрыве ее. Тампонация матки с разрывом стенки со стороны влагалища, затем — зашивание тем же путем, удаление матки, — представляют менее частые формы пособий, которые в некоторых случаях имеют полное право на применение. Позже, уже в 1910 г. Н. С. Каннегисер указал, что каких-нибудь общих правил для терапии разрывов установить точно нельзя, так как терапия всецело будет зависеть от формы и величины разрыва и общего состояния роженицы. Высказанное им положение не утратило своего значения и в наше время. При полном разрыве обычно приходится вскрыть брюшную полость и, если разрыв не достигает особенно большой величины, т. е. питание не нарушено, то рану можно зашить. Но и Н. С. Каннегисер считал, что не во всех случаях следует ограничиться зашиванием разрыва матки. Даже при небольших разрывах бывает необходимо удалять всю матку, если разрыв произошел при уже развившемся септическом процессе. В этих случаях операцию можно произвести через влагалище. «Удаление матки через влагалище сейчас же после родов гораздо легче», — пишет Н. С. Каннегисер, — «чем в обычное время, так как вся клетчатка таза отечна, связки растянуты и матка чрезвычайно легко низводится». В пользу влагалищного пути удаления разорванной матки на I съезде Общества Российских акушеров и гинекологов высказался И. А. Иванов. Г. Г. Гентер (1924) был сторонником зашивания разрывов матки в «свежих» случаях. Он писал, что в случаях разрыва матки, при уверенности в асептичности их и отсутствии поврежде-

ний крупных сосудов матки экстирпация и ампутация могут быть с успехом заменены даже при большом протяжении разрыва. Экстирпация матки или ампутация ее необходима лишь при обширных разрушениях или заведомо инфицированных случаях.

По мнению ряда авторов (Д. О. Отт, 1903; В. В. Строганов, 1914, И. Д. Брауде 1947; Г. Г. Гентер, 1924; К. К. Скробанский, 1935 и др.), операция надвлагалищной ампутации или экстирпации матки имеет то преимущество, что удаление травмированной, инфицированной матки позволяет лучше произвести гемостаз, исключает возможность внедрения инфекции из пуэрперальной матки и создает наилучшее условие для дренирования обширных подбрюшных пространств.

В литературе последних лет все чаще и чаще встречаются описания случаев ушивания разрывов матки с более благоприятным исходом, чем при радикальных операциях. Сторонники ушивания разрыва матки (В. А. Покровский, 1947; Л. С. Персианинов, 1947; А. А. Терехова, 1949; И. И. Яковлев, 1949; И. Ф. Жордания, 1950; Н. Е. Сидоров, 1953; М. П. Капустин, 1955; А. Б. Гиллерсон и Р. Г. Бакиева, 1957; Е. И. Беляева, 1960; В. Г. Хренова, 1963 и др.) считают эту операцию менее травматичной. К тому же у женщин сохраняется матка как орган и бывает возможным наступление беременности (Н. Е. Сидоров, П. В. Маненков, 1957).

Показания к ушиванию матки разными авторами определяются по-разному. А. А. Терехова ушивание разрыва матки считает показанным в тех случаях, где разрыв произошел при целых водах, где он был своевременно распознан, в случаях неполного разрыва, при разрывах по старому рубцу после кесарева сечения отсутствии инфекции. И. И. Яковлев ушивание матки допускает в исключительных случаях, там, где имеется неполный разрыв матки при целом брюшинном покрове или разрыв по краю старого рубца после кесарева сечения в неинфицированных случаях. По И. Ф. Жордания, ушивание разрыва матки следует производить в тех случаях, когда от момента разрыва прошло не более 18—24 часов, когда нет больших размозжений тканей с обширным кровоизлиянием и когда разрыву не предшествовало длительное лихорадочное состояние.

В последние годы хирургическое лечение является единственным средством для спасения матери, реже — для спасения плода. При совершившемся разрыве матки рекомендуется только хирургическое лечение (Г. Л. Нищинский, 1959). Придерживаясь строгой индивидуализации, по его мнению, лучше всего производить ушивание, которое по сравнению с ампутацией и экстирпацией матки, дает лучшие результаты.

По мнению Г. Л. Нищинского, откладывание срока операции при разрыве матки уменьшает шансы на спасение жизни роженицы. Ссылаясь на других авторов, он утверждает, что при проведении операции в первые 2 часа смертность составляет 29%, тогда как по истечении 2 часов смертельный исход составляет уже 42%.

По мнению Г. А. Владимирович (1958), методы оперативного вмешательства по поводу разрыва матки (экстирпация, ампутация или ушивание) должны быть методом выбора с учетом характера разрыва, его локализации, состояние больной, ее возраста и т. д. Там, где это только возможно, особенно у женщин цветущего детородного возраста, при разрывах матки как орган следует сохранить, ограничиваясь ушиванием разрыва. За целесообразность методики ушивания разрыва матки имеются высказывания и зарубежных авторов, которые, применяя указанную методику, получили прекрасные результаты (Gans, Goldmann, 1960). Так, по данным Astedt (1967), у 56 рожениц произведено удаление матки и у 27 — ушивание разрыва. Автор указывает, что частота осложнений при обеих разновидностях одинакова, хотя опасность инфекции более высока при использовании методики ушивания разрыва матки.

По мнению большинства отечественных авторов, при установлении разрыва матки следует сделать немедленное чревосечение без предварительного родоразрешения в том же учреждении, где обнаружен разрыв матки. Это же в полной мере относится и к разрывам матки по рубцу. В случае отсутствия врача, который бы мог произвести операцию удаления матки или ушивание ее, следует районному акушеру-гинекологу обеспечить выезд врача, владеющего операцией удаления матки, операционной сестры с необходимым инструментарием и стерильным материалом. Во всех случаях вместе

с бригадой по борьбе с разрывом матки необходимо направлять кровь (в том числе и резус-отрицательную) в количестве 500—1000 мл, противошоковые жидкости, сухую и нативную плазму. При разрывах матки по рубцу в редких случаях можно бережно транспортировать больную (самолетом, автомобилем без пересадки) в соответствующее лечебное заведение в сопровождении врача или акушерки.

Перед транспортировкой с целью ограничения подвижности плода надо плотно затампонировать влагалище и забинтовать живот, впрыснуть под кожу морфин. По мнению Л. С. Персианинова (1952), нецелесообразно производить перед транспортировкой родоразрешение через естественные родовые пути, если плод находится в полости матки. Несомненно, исходы для матери и плода особенно неблагоприятны в случаях поздней диагностики разрыва матки, промедления с оперативным вмешательством. Особенно же неблагоприятны исходы операции по поводу разрыва матки, если больные подвергались транспортировке, так как при этом не только теряется дорогое время, но и наносится добавочная травма больной, и без того находящейся в тяжелом состоянии.

Предварительное родоразрешение при совершившемся разрыве матки не должно применяться как в случаях с головным, так и с запущенным поперечным положением плода. В этих случаях предварительное родоразрешение влечет за собою увеличение разрыва матки, ухудшение состояния больной и снижает шансы на спасение жизни матери и плода. Кроме этого, в некоторых случаях плод, оставаясь в полости матки, оказывает тампонирующее действие на разорванные ткани матки и, сдавливая кровеносные сосуды, уменьшает, а иногда и полностью останавливает кровотечение. Родоразрешение через влагалище в подобных случаях может привести к сильнейшему кровотечению, для остановки которого не будет надлежащих условий, что может привести к смертельному исходу от острой кровопотери, прежде чем будет произведено чревосечение.

В тех редких случаях, когда головка плода находится в полости или выходе малого таза, возможно произвести, как исключение, родоразрешение через влагалище путем перфорации головки и извлечения краниокластом.

Подобная операция должна производиться непосредственно перед чревосечением.

Прибегать к удалению матки через влагалище при разрывах по рубцу нецелесообразно. Подобный путь таит опасности ранения органов брюшной полости, оказывающихся часто в сращениях с рубцом матки, уменьшает возможности для ревизии соседних органов. На современном уровне развития хирургической техники и анестезиологии чревосечение — наиболее рациональный путь для оперативного вмешательства при разрывах матки по рубцу.

Обычно разрыв матки сопровождается кровотечением и шоком, поэтому до операции следует приступить к переливанию крови, кровозаменителей и противошоковых растворов. По мнению большинства авторов, кровопотеря при разрывах матки по рубцу бывает относительно небольшой — от 150 до 500 мл (М. Ф. Якутина, 1957), от 200 до 500 мл (А. Б. Гиллерсон и Р. Г. Бакиева, 1956; Г. К. Василевский, 1958), от 700 до 1500 мл (А. В. Болгова, 1961).

Во время операции по поводу разрывов по рубцу нередко возникают значительные затруднения. На нашем сборном материале сращения в области рубца и в малом тазу имели место в 23 случаях, приращение плаценты в области рубца — в 24, сращения и гематомы — в 3, продолжающееся кровотечение при наличии в ране рубца — в 5, спайки и гематома широкой связки — в 3, в момент операции рождение в рану плодного яйца — в 10, при наличии большой кровопотери гематомы под брюшиной — в 2, плод находится в брюшной полости — в 24, проникновение разрыва до шейки — в 1, потребовалось применение щипцов для извлечения плода из матки — у 1 больной, обнаружен пиосальпинкс с одной стороны — у 1, тяжелый шок во время операции — у 3, из них у 2 потребовались меры реанимации и внутриартериальное нагнетание крови. Осложнений не встретилось только во время 22 операций. Потребовалось произвести зашивание дополнительного разрыва матки у 4 больных. Таким образом, из 126 разрывов, где имелось описание состояния рубца во время операции, только в 17,3% ход операции не был осложнен. Обращает на себя внимание частота приращения

плаценты в области рубца — 24 больных или 19,0% всех операций.

Летальность среди женщин, оперированных по поводу разрывов матки, в большей степени зависит от характера мероприятий по борьбе с кровопотерей и шоком (Е. Е. Матвеева, 1961). Большинство авторов рекомендует начинать переливание крови и противошоковых жидкостей до начала операции. Г. Л. Нищинский (1959) считает, что переливание следует начинать до операции или во время ее. При разрывах матки, сопровождающихся тяжелым шоком или сильнейшей острой кровопотерей, когда больная находится в предагональном или агональном состоянии, обычное внутривенное переливание крови не оказывает эффекта. Более того, переполнение правого сердца может создать непосильную нагрузку и ухудшить его работу. У таких больных необходимо производить внутриартериальное пульсаторное нагнетание крови или ее заменителей под давлением. Одновременно с ним необходимо производить мероприятия по остановке кровопотери, иначе артериальное нагнетание окажется бесполезным. В целях борьбы с шоком целесообразно использовать гормоны надпочечников (преднизолон, дезоксикортикостерон-ацетат, гидрокортизон, кортизон, а также АКТГ) — мощные противошоковые средства, мобилизующие нервную систему и защитные силы организма больной (Г. Л. Нищинский, 1959; Е. И. Беляев, 1960).

Боязнь усиления кровотечения при проведении этих мероприятий обычно преувеличивается (Л. С. Персианов, 1952). Промедление с восполнением потерянной крови может привести к летальному исходу даже в случаях, когда будет своевременно произведена операция и остановлено кровотечение. Переливание крови до 500 мл следует производить струйным методом, переходя в дальнейшем на введение жидкости капельным способом. Если при разрыве матки продолжается внутреннее или наружное кровотечение, то переливание крови начинают капельным способом из расчета 60—80 капель в минуту. Как только будет остановлено кровотечение, трансфузию крови продолжают струйным методом.

Помимо крови целесообразно переливать внутривенно противошоковые жидкости, особенно во время операции

и в ближайшие часы после нее. Л. С. Персианинов с успехом применял комплексный раствор лекарственных веществ следующего состава: 10% бромистого натрия — 10 мл, 33% спирта — 20 мл, 40% глюкозы — 30 мл, 10% аскорбиновой кислоты — 5 мл, 6% витамина В₁ — 1 мл, 10% хлористого кальция — 10 мл. Применение этого состава способствует нормализации соотношений между возбуждательными и тормозными процессами в центральной нервной системе и оказывает благотворное воздействие на состояние больной, улучшается деятельность сердечно-сосудистой системы и дыхания.

При наличии шока и геморрагического коллапса, когда введение 250—500 мл крови не дает заметного положительного эффекта или состояние больной при этом ухудшается, несмотря на трансфузию, необходимо срочно переходить на внутриартериальное переливание крови.

В качестве метода обезболивания при разрывах матки большинством авторов рекомендуется, учитывая наличие шокового состояния и обескровливания, местная анестезия (В. А. Покровский, 1930; А. А. Терехова, 1949, Г. Л. Нишинский, 1958, Л. С. Персианинов, 1959) или комбинация ее с эфирно-кислородным наркозом (Г. Л. Нишинский). В последние годы наибольшее признание среди клиницистов получил интубационный наркоз с применением релаксантов короткого действия.

Н. Е. Сидоров (1958) в борьбе с шоком применяет также внутривенное введение морфина, поясничную блокаду, а оперативное вмешательство производит под эфирным наркозом с предварительным введением гексенала или пентотала.

Если местную анестезию не удастся полностью осуществить, добавляется ингаляционный эфирно-кислородный или эфирный наркоз и продолжают инфильтрацию раствором новокаина, чтобы полностью прервать импульсацию из операционной раны в области разрыва в центральную нервную систему. Как известно, общий наркоз, в частности, эфирный, не дает угасания всех рефлексов, не устраняет полностью импульсацию из центральной нервной системы.

Чревосечение производится срединным разрезом с иссечением старого кожного рубца. После вскрытия брюшной полости сразу же удаляют плод и послед, находящиеся в большинстве случаев между петлями

кишечника, и останавливают кровотечение. Марлевыми салфетками из брюшной полости удаляют жидкую кровь, сгустки, меконий, околоплодные воды и производят тщательный осмотр матки, соседних органов (мочевого пузыря, кишечника), которые могут быть повреждены, особенно при насильственных разрывах матки. При разрывах матки по рубцу могут быть также повреждения связок матки, сосудистых пучков с образованием гематомы между листками широких связок и под брюшиной.

Вопрос о выборе того или иного метода хирургического вмешательства при разрыве матки по рубцу должен решаться индивидуально, с учетом времени наступления разрыва, характера его, признаков инфекции, локализации, обширности, распространения и пр. Большинство авторов при разрывах матки по рубцу после кесарева сечения рекомендует операцию зашивания разрыва матки, особенно при разрыве в теле и дне матки. Подобная операция применима далеко не во всех случаях. Тяжело травмированная, инфицированная матка, обширный разрыв, распространяющийся за пределы бывшего рубца в область сосудистых пучков, глубоко под брюшину связок, на шейку — показание для более радикальных операций — надвлагалищной ампутации и экстирпации матки (И. Л. Брауде, 1947; Г. Г. Гентер, 1939; К. К. Скробанский, 1935 и др.).

М. С. Соловьева (1966) считает, что тактика врача при операции разрыва матки в каждом отдельном случае должна быть строго индивидуальной в зависимости от времени и характера разрыва, с учетом анамнеза, особенностей родов. В основном показания к различным оперативным вмешательствам сводятся к следующему.

Экстирпация матки должна производиться при множественных разрывах матки и шейки, при отрыве матки от сводов (М. С. Соловьева, 1966).

По литературным данным, смерть матери при разрывах матки по рубцу наступает чаще всего от шока и кровопотери, а не от перитонита и сепсиса.

По мнению И. Л. Брауде (1940), смерть при разрывах матки наступает в 40% случаев от анемии и в 60% — от перитонита и сепсиса.

Так, по сборной статистике РСФСР за 1939—1958 гг. (Г. А. Гутман, 1960), материнская смертность при раз-

рыве матки по рубцу была равна 40,1%, по данным Г. К. Василевского (1958), — 45%.

По И. Т. Беляеву (1958), летальные исходы имели место в 19% случаев, причем, от шока и острой анемии погибли 2 женщины, от септической инфекции — также 2. Мертворождаемость, по его данным, имела место в 13 из 27 разрывов, то есть близка к половине. Из числа умерших, по сборной статистике Г. К. Василевского (1958 г., Вологодская область), погибло 27 из 60, из них 11 от шока и кровотечения, 14 — от обескровливания, 1 — от эмболии и 1 — от сепсиса. Материнская смертность на 200 разрывах матки по рубцу, по материалам Л. С. Панькевича (1960), составила 28,5%. Смертность при хирургическом лечении разрыва матки равнялась 14,5%.

Исход в каждом отдельном случае хирургического лечения разрывов матки зависел, по Л. С. Панькевичу, от своевременности оперативного вмешательства, мероприятий по борьбе с шоком и анемией, профилактики инфекции и соответствующего ухода в послеоперационный период.

Детская смертность при разрыве матки по рубцу равнялась 84,5%. На материале Л. С. Панькевича (1960), при разрывах матки было произведено чревосечение у 172 рожениц. Оперативная помощь не была оказана 28 женщинам. Смертельный исход наступил у всех неоперированных. Исходя из того, что при разрывах матки по рубцу смерть матери наступает чаще всего во время операции или в первые часы после нее, вероятно, для женщин операционная травма является главным моментом, преддрешающим летальный исход. Отсюда становится понятным стремление некоторых акушеров-гинекологов (Н. Е. Сидоров, 1958; Л. С. Персианинов, 1952; А. А. Терехова, 1949; А. Л. Верховский, 1947 и др.) ограничиваться при операции зашиванием разорванной матки не только при локализации в дне и теле, но и при разрывах в нижнем сегменте.

Ушивание разрыва матки больные, нередко находящиеся в тяжелом шоковом состоянии и особенно после транспортировки из дома, переносят гораздо лучше, чем радикальные операции.

Применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов позволяет уменьшить опасность развития

инфекции при зашивании разрыва матки. При более тяжелых радикальных операциях применение антибиотиков не предотвращает наступление летального исхода, так как причиной их чаще всего является не инфекция, а шок и кровопотеря.

По мнению Л. С. Персианипова, зашивание разрыва безусловно следует применять при разрывах по рубцу после кесарева сечения при расположении разрыва в дне и теле матки. Он же рекомендует шире ставить показания к зашиванию разрыва и при локализации его в нижнем сегменте, применяя указанный метод в первые 24 часа после происшедшего разрыва. Зашива



Рис. 2. Освежение краев разрыва и иссечение старого рубца.

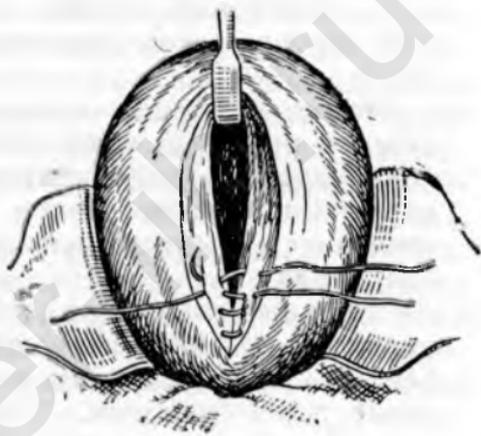


Рис. 3. Зашивание раны матки. Первый этап швов.



Рис. 4. Зашивание раны матки. Второй этап швов.

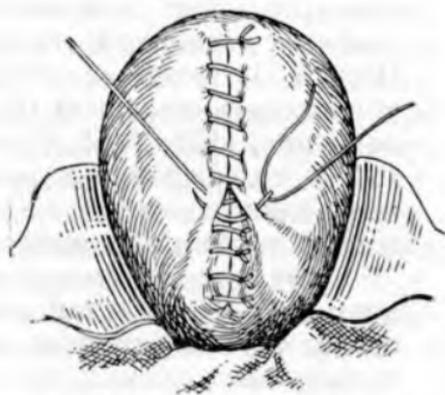


Рис. 5. Перитонизация зашитой раны матки.

ние разрыва независимо от его характера и расположения приемливо и в тех случаях, когда больная находится в очень тяжелом состоянии и не может перенести ампутацию или экстирпацию матки.

Техника операции по поводу разрыва при его зашивании должна заключаться в лапаротомии, остановке кровотечения и наложения швов на разрыв. Разможенные края разрыва по возможности сглаживают и освежают острыми ножницами или скальпелем, иссекают старый рубец в пределах здоровых тканей, накладывают кетгутовые швы в два этажа на мышцу и брюшинный покров матки (рис. 2, 3, 4).

По мнению Н. Е. Сидорова (1958), освежение краев разрыва перед зашиванием не является обязательным. Перитонизацию производят непрерывным кетгутовым швом, захватывающим брюшину и поверхностный слой стенки матки (рис. 5). Зашитые разрывы матки, располагающиеся в области нижнего сегмента, хорошо перитонизировать брюшиной пузырьно-маточного углубления и передним листком прилегающей к разрыву широкой связки.

Зашивание разрыва матки по рубцу—менее травматический метод хирургического вмешательства для больной, нередко находящейся в тяжелом состоянии. Эта операция проста по технике и при хорошем соединении краев раны в маточной стенке во всю ее толщину позволяет сохранить в будущем нормальную функцию матки.

Метод операции, на нашем сборном материале, известен у 250 больных. Ушивание разрыва матки по рубцу после операции кесарева сечения было доминирующим методом терапии, оно применялось у 164 больных. Надвлагалищная ампутация матки была применена у 79 больных, экстирпация матки — у 3, операция кесарева сечения в нижнем сегменте по Гусакову — у 3 и не было операции — у 1 (А. М. Туганова, 1956).

Указания о течении послеоперационного периода имелись только у 118 больных. Осложнений не было у 98 больных, у 3 был параметрит, у 1—непроходимость кишечника, у 1—инфильтрат в брюшной полости, у 3—вторичная анемия, у 3—перитонизм, у 1—эндометрит, у 2—нагноение шва, у 1—воспаление придатков, у 2—тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей и у 3—дихорадящие осложнения.

Период выздоровления, по нашему материалу, у 5 больных был до 10 дней, у 45 — от 10 до 14 дней, у 15—15—21 день, у 11 — более 3 недель и у остальных женщин остался неизвестным. По М. С. Соловьевой (1963), среднее пребывание больных на койке после ушивания разрыва по рубцу составило 18,8 дня, после суправагинальной ампутации — 17,7 дня. Из 4 больных, описанных М. М. Кушниром (1960), 3 оставались после операции на койке менее 2 недель и 1 — более 3 недель.

Вопрос о стерилизации при ушивании разрыва следует решать индивидуально. Если разрыв оказался только в пределах рубца, старый рубец иссечен в пределах здоровых тканей, можно при отсутствии детей у матери стерилизацию не производить.

Экстирпацию матки большинство акушеров производят при разрыве нижнего сегмента с образованием большой гематомы в клетчатке, а также у больных, когда разрыв в заведомо инфицированных случаях переходит на шейку или своды влагалища. В остальных случаях применяют надвлагалищную ампутацию матки. На материале Л. С. Панькевича наиболее частым видом оперативного вмешательства было ушивание матки после иссечения краев — 55,2%, надвлагалищная ампутация матки произведена в 41,3% случаев, экстирпация матки — только в 3,5% всех разрывов по рубцу после операции кесарева сечения.

Иногда при операциях по поводу разрывов матки по рубцу возникают затруднения во время остановки кровотечения (отрыв маточной артерии, большие гематомы в широкой связке и под брюшиной малого таза). С. С. Шах-Паренян (1939) предлагает начинать экстирпацию матки при разрывах с предварительной перевязки обеих подчревных артерий, производимой через разрез заднего листка широкой связки при оттянутой кпереди матке. Преимущество данной методики при наличии гематом в широкой связке он видит в том, что их легче отыскать, чем маточную артерию, а также в том, что бескровно идет дальнейшая операция. После перевязки подчревных артерий уменьшается кровопотеря при операции и возможно сразу же переливание крови и кровозаменителей. И. Л. Брауде (1947) считает излишней двухстороннюю перевязку подчревных артерий. В случае возникновения затруднений при остановке крово-

течения он рекомендует производить разрез брюшины над гематомой, удалять сгустки крови и, раздвигая листки широкой связки, как при операции по поводу рака шейки матки, отыскивать подчревную или маточную артерию у места отхождения от подчревной и перевязывать. У отдельных больных он советует, пожертвовав придатками с одной стороны, перевязывать и рассекать воронко-тазовую связку на стороне разрыва, затем брюшину широкой связки выше культи до места деления общей подвздошной артерии на наружную и подчревную артерий и проследить ход последней до места отхождения маточной ветви.

Л. С. Персианинов (1952) считает, что перевязку подчревных артерий следует производить лишь в тех случаях, когда имеется разрыв маточной артерии, но в гематоме широкой связки не удастся отыскать кровоточащий сосуд. Для перевязки подвздошных артерий он пользовался разведением листков широкой связки с помощью зеркал. После удаления излившейся крови отыскивались общая подвздошная, а затем подчревная артерии. Последняя перевязывалась шелковой лигатурой, подведенной под сосуд иглой Дешампа.

В случаях с наличием одновременного разрыва мочевого пузыря, что при разрывах матки по рубцу наблюдается редко, ушивание его производят при чревосечении со стороны брюшной полости. На стенку мочевого пузыря в области разрыва накладывают тонкие кетгутовые швы в два этажа. При наложении швов тщательно соединяются края разрыва, при этом не следует захватывать слизистой оболочки. В последние годы в подобных случаях не прибегают к постоянному катетеру, который ранее в обязательном порядке вводился на 5—7 дней (Д. Н. Атабеков, 1953). А. М. Мажбиц и Л. С. Персианинов (1954) считают необходимым введение постоянного катетера после зашивания мочевого пузыря на 5—7 дней с ежедневным промыванием его малыми порциями (50—70 мл) раствора фурацилина 1:5000 или 2% борной кислоты.

Во всех случаях при разрывах матки, когда имеется сомнение в целостности мочевого пузыря, необходимо исключить повреждение его путем катетеризации. Отсутствие мочи или наличие крови в ней указывают на наличие раневого отверстия. Можно через введенный катетер

налить в мочевой пузырь стерильный физиологический раствор. Вытекание жидкости из мочевого пузыря с большой точностью укажет на место разрыва.

Принципы лечения неполных разрывов не отличаются от терапии полных разрывов матки по рубцу. При неполных разрывах, когда повреждена только мышечная оболочка, а брюшина, под которой обычно имеется гематома, цела, во время операции необходимо прежде всего остановить продолжающееся кровотечение, для чего брюшина над гематомой надсекается, удаляется жидкая кровь и сгустки, перевязываются поврежденные сосуды или ушиваются диффузно кровоточащие ткани. После устранения источника кровотечения производится осмотр разрыва. Его либо зашивают, либо удаляют матку, как и при полных разрывах. В редких случаях, когда не удается остановить кровотечение и отыскать кровоточащий сосуд, при неполном разрыве для остановки кровотечения перевязывают подчревную артерию или маточную артерию у места ее отхождения от подчревной.

В забрюшинное пространство целесообразно засыпать 1—2 г сульфаниламидных препаратов (сульфатиазол, белый стрептоцид и др.). В брюшную полость перед ее закрытием вливают 500000 единиц пенициллина и 250000 единиц стрептомицина, которые назначаются больной в послеоперационный период.

Разрывы матки по рубцу обычно сопровождаются кровопотерей и шоком, поэтому целесообразно и в послеоперационный период продолжать переливания крови и противошоковых жидкостей. Необходимо также и после операции вести борьбу с инфекцией путем назначения антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Возмещение кровопотери необходимо производить из расчета «капля за каплю». В тех же случаях, когда возмещение кровопотери приходится начинать с опозданием, следует переливать кровь в количествах, превышающих величину кровопотери на 15—20%. В последующие дни желательны повторные трансфузии крови по 250 мл через 2—3 дня и назначение антианемических средств. С целью поднятия защитных сил организма показано назначение комплекса витаминов, переливание плазмы, плазмозаменяющих жидкостей и т. п.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВОВ МАТКИ ПО РУБЦУ

При правильной организации акушерской помощи и повышении квалификации акушерского персонала травматизм матери во время беременности и родов может быть сведен к минимуму. В предупреждении разрывов матки по рубцу существенное значение приобретает улучшение постановки службы родовспоможения и работы женских консультаций.

Широкая санитарно-просветительная работа среди женщин, уменьшение числа аборт, лечение воспалительных заболеваний матки, 100% охват медицинской помощью при родах — профилактические мероприятия, ведущие к уменьшению числа разрывов матки.

Сокращение количества кесаревых сечений за счет применения этой операции только по строгим показаниям и тщательное зашивание раны матки являются условиями, уменьшающими число разрывов по рубцу. С целью уменьшения угрозы разрыва матки при последующих родах следует производить операцию преимущественно с рассечением нижнего сегмента, которое имеет ряд преимуществ по сравнению с классическим кесаревым сечением.

Чтобы предупредить разрыв матки после кесарева сечения при наличии узкого таза, следует произвести повторную операцию при первых схватках, а при явно неполноценном рубце — за 12—14 дней до ожидаемого срока родов. Определение неполноценного рубца обычным клиническим методом не всегда возможно. Каждая беременная при первом же посещении должна быть тщательно обследована. Особое внимание следует уделить женщинам, перенесшим ранее корпоральное кесарево сечение.

В женской консультации следует уделить внимание выявлению узкого таза, неправильным положениям плода, анамнезу о перенесенных операциях на матке и ее заболеваниях, о течении предшествующих родов и их исходах (мертворождения, операции и т. п.). При первом осмотре беременной производится влагалищное исследование для измерения диагональной конъюгаты, выявления опухолей в малом тазу, экзостозов, а также рубцовых изменений со стороны мягких тканей родовых путей.

Важное значение имеет учет и патронаж беременных с рубцом на матке на протяжении всей беременности, своевременная госпитализация их.

Беременная с рубцом на матке должна быть госпитализирована в стационар за 2—3 недели до родов, притом в такое учреждение, в котором ей может быть оказан любой вид оперативной помощи.

При поступлении в стационар беременной или роженицы с рубцом на матке необходимо произвести тщательное обследование. Это обеспечивается детальным сбором анамнеза, наружным осмотром роженицы и влагалищным исследованием. Внутреннее исследование с обязательным измерением диагональной конъюгаты следует производить сразу же при поступлении женщины в родильное отделение при узком тазе при неясности вопроса о целостности плодного пузыря, о положении плода, для определения емкости таза и исключения рубцовых сужений родовых путей.

Помимо этого следует путем наружного обследования оценить состоятельность рубца на матке (локализация, истончения, болезненность, неровности, ниши и пр.).

При осмотре каждой беременной или роженицы врач должен составить примерный прогноз родов и учитывать, какие осложнения могут возникнуть, как их предупредить и оказать в случае надобности соответствующую помощь.

Применение питуитрина и окситоцина для стимуляции родовой деятельности следует считать противопоказанным. Роды у женщин с рубцом на матке может производить только врач. Постоянное наблюдение в родах позволит следить за состоянием матки, растяжением, истончением и болезненностью области рубца и за продвижением подлежащей части. При затянувшихся родах необходимо сделать повторное влагалищное исследование для определения степени открытия маточного зева, оценки механизма родов, продвижения подлежащей части и т. д.

После того, как наступило полное раскрытие маточного зева следует выключить период изгнания, применив те или иные акушерские операции в зависимости от конкретных условий (наложение щипцов, извлечение плода за тазовый конец).

С целью предупреждения насильственного разрыва каждый акушер должен помнить о недопустимости поворота при поперечном положении, наложения высоких щипцов и извлечения плода после поворота по Брэкстон-Гиксу, а также об опасностях травмирования оперированной матки при таких операциях, как краниотомия при высоко стоящей головке, декапитация, спондилотомия. Эти плодоразрушающие операции могут применяться при затянувшихся родах, но они требуют от акушера точного знания методики и бережного манипулирования.

Предупреждение насильственных разрывов матки должно заключаться в бережном проведении всех манипуляций в родах, в применении операций лишь при наличии соответствующих условий. Врач должен помнить о недопустимости применения в родах приема Кристеллера, выжимания последа по Креде.

Одним из условий профилактики разрывов матки является своевременное принятие мер к устранению угрозы разрыва матки. В осуществлении профилактики разрывов матки имеет большое значение повышение квалификации всего медицинского персонала женских консультаций и других родовспомогательных учреждений. В связи с тем, что обычными клиническими методами исследования не всегда возможно определить состоятельность рубца на матке, целесообразно заблаговременно еще до наступления повторной беременности определить характер заживления и полноценность рубца путем применения рентгенологических методов исследования.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА НЕПОЛНОЦЕННОГО РУБЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Задача предупреждения разрывов матки по рубцу после кесарева сечения может быть решена только на основе изучения состояния рубца после операции с применением объективных и достоверных методов исследования. В последние годы в этих целях за рубежом и в нашей стране применяются рентгенологические методы исследования — гистерография, пельвеография и двойное контрастирование.

Впервые гистерографию как метод исследования в акушерстве и гинекологии предложил М. И. Немцов

(1909). Большой вклад в развитие гистерографии (метросальпингографии) как метода исследования в клинической практике внесли отечественные рентгенологи и акушеры. М. И. Неменов предложил и делал попытки представить на рентгенограмме полость матки при помощи впрыскивания в нее раствора Люголя. Он же указал, когда нужно прибегать к помощи этого метода: выявление аномалий развития половых органов, определение проходимости труб, обнаружение полипов матки, подслизистых миом. Развитие учения о метросальпингографии в дальнейшем оказалось в прямой зависимости от появления новых контрастных веществ. В Советском Союзе для определения проходимости труб гистеросальпингографию одним из первых применил А. Л. Рабинович. Вслед за ним этим методом стали пользоваться А. Э. Мандельштам (1924), М. Н. Побединский, С. А. Рейнберг и О. А. Арнштам (1925), Д. Е. Гольдштейн и С. В. Лейбов (1931), Гольдштейн и Н. Е. Сидоров (1935), О. И. Арнштам и С. А. Рейнберг (1926), Агаронов А. М. и В. А. Фанарджев (1930), Б. А. Архангельский (1928), С. Б. Бесман, Н. В. Петровская и В. А. Инжечек (1932), И. Л. Брауде и Я. Г. Диллон (1929), А. Л. Каплан (1940) и др.

В первые годы развития гистеросальпингографии показанием для нее служило, главным образом, бесплодие. В дальнейшем ее стали с успехом применять для диагностики тазовых опухолей (Д. Е. Гольдштейн и С. В. Лейбов, 1931), аномалий и пророков развития внутренних половых органов, инородных тел, как контроль результатов хирургического лечения трубного бесплодия, консервативно-пластических операций по поводу миом матки, для диагностики подслизистых миом, полипов матки, туберкулезного эндометрита, эндометриоза, опухолей внутренних половых органов, ранних форм рака тела матки и др.

С появлением масляных контрастных растворов гистеросальпингография стала широко применяться в гинекологии. Богатый опыт советских рентгенологов и гинекологов позволил ряду авторов обобщить опыт применения этого метода для диагностики гинекологических заболеваний в виде специальных монографий и атласов (И. Я. Русин, 1959; М. М. Абрамова, 1963; М. Н. Побединский, 1940), а также отдельных глав в капитальных

руководствах по акушерству и гинекологии (А. Е. Мандельштам, 1959). Интерес к указанному методу в связи с применением биконтрастирования в последние годы все больше возрастает и у нас (Н. Д. Селезнева и Н. Е. Моисеева, 1960; Л. С. Персианинов, Л. П. Бакулева, И. М. Грязнова и Е. М. Волин, 1960), за рубежом (Ю. Рушковски и Д. Славинска, 1962).

Новое контрастное вещество впервые применил для гистерографии Hauser (цитировано по А. Э. Мандельштаму, 1959). В последние годы в широкой практике здравоохранения как у нас, так и за рубежом стали широко применять водорастворимые контрастные вещества (диодон, кардиотраст и др.) По мнению Ю. Рушковски и Д. Славинска, при применении водных растворов получаемые рентгеновские картины являются более точными и ясными. Главное достоинство водных растворов — быстрая резорбция и быстрое удаление с мочой, а гистеросальпингография, проведенная с водными растворами, является абсолютно безопасной и может оказать неоценимую услугу при диагностике гинекологических заболеваний.

В обширной литературе, относящейся к рентгенодиагностике заболеваний женской половой сферы, совершенно отсутствуют вопросы диагностики неполноценного рубца после операции кесарева сечения. До последнего времени его диагностика базировалась на клинических данных. Многие клиницисты и сейчас не считают необходимым производить рентгенологические исследования матки после операций кесарева сечения.

В многочисленных работах по рентгенодиагностике заболеваний женских половых органов определение состоятельности рубца после родосечения либо обойдено, либо о нем упомянуто вскользь. Этот пробел имеет место и в руководствах. Специальных же сводных работ или монографий, посвященных рентгенологической картине неполноценного рубца после абдоминального родоразрешения, в отечественной литературе не имеется. Что касается журнальных статей, имеющих в иностранной литературе, то большинство из них освещает рентгенодиагностику только неполноценного рубца после кесарева сечения в нижнем сегменте.

Ввиду отсутствия объективных методов определения полноценности маточного рубца борьба по предупреж-

дению разрывов матки при последующих беременностях и родах затруднена.

Невозможность предвидеть прогноз последующих беременностей и родов после операции кесарева сечения на основании анамнеза и полученных объективных данных приводит к необходимости изыскания новых методов объективной оценки состоятельности рубца на матке. В этих целях за рубежом применяются рентгенологический метод исследования (гистерография). Немногочисленные исследования зарубежных авторов относятся преимущественно к выявлению неполноценного рубца у женщин, перенесших операцию кесарева сечения в нижнем сегменте.

Впервые гистерографию после кесарева сечения применил в 1955 г. Вакег на 24 женщинах и предложил ее как средство обнаружения слабости рубца. Он сделал заключение, что гистерография — серьезный метод оценки качества рубца перед первыми родами, следующими за операцией. По его мнению, отсутствие достаточных клинических критериев не позволяет полностью оценить значение рубца после кесарева сечения и предвидеть опасность разрыва матки по рубцу во время беременности и дальнейших родов. Решение о повторном кесаревом сечении или родоразрешении естественным путем, если исчезла прежняя причина — показание для абдоминального родоразрешения, основывается либо на весьма неясных впечатлениях, либо является результатом личного умозаключения. В этой связи использование объективного метода оценки самостоятельности маточного рубца имеет особенно важное значение.

В отечественной литературе имеются лишь единичные статьи, касающиеся вопросов рентгенодиагностики неполноценного рубца после операции кесарева сечения (П. Н. Демидкин, 1963, 1965, 1966; А. Л. Верховский, 1965, 1966, 1967, 1968; П. Н. Демидкин и А. К. Соколов, 1965; А. Б. Гиллерсон и Б. Л. Басин, 1966). На основании полученных данных авторы пришли к выводу, что гистерографический метод исследования матки после кесарева сечения является простым, доступным и объективным.

П. Н. Демидкин (1963) опубликовал статью «Рентгенологические исследования рубца на матке после кесарева сечения». Гистерография произведена им 20

женщинам, из них 7 после повторной операции, и 2—после третьей. У 18 было корпоральное кесарево сечение, у 2 ретроэпикальное. У 12 женщин обнаружено смещение матки вверх, у 5 — в стороны. У большей части женщин со смещенной маткой оказался удлиненным шеечный канал. Автор объясняет эти изменения наличием значительно выраженных послеоперационных сращений. У 14 женщин обнаружены изменения рубца со стороны полости матки — зазубренность контуров, дефекты наполнения, нишеподобные выпячивания. Наиболее выраженные изменения наблюдались у женщин после повторного кесарева сечения.

Значительные изменения в половых органах женщин, перенесших операцию классического кесарева сечения, обнаружил А. Л. Верховский (1965); после повторного хирургического родоразрешения — П. Н. Демидкин и А. К. Соколов (1965).

На 20—21 день после операции И. А. Шилко и Р. П. Люлька (1966) произвели утерографию 6 женщинам. Утерография, по их мнению, не дала возможности показать у них преимущества поперечного разреза в нижнем сегменте по сравнению с корпоральным методом. Безусловно, на таком материале (2 женщины после корпорального и 4 — после кесарева сечения в нижнем сегменте) авторы не имели достаточных оснований, чтобы делать какие-либо выводы.

А. Б. Гиллерсон и Б. Л. Басин (1965) изучили результаты контрастной гистеросальпингографии у 50 женщин, перенесших ранее операцию абдоминального кесарева сечения. На снимках в боковых проекциях они заметили фиксацию передней поверхности, истончение и образование нишеподобных дефектов в области рубца. Изменения после операции были оценены как анатомическая неполноценность матки. Функциональная несостоятельность матки, ограниченная смещаемость, гипотоническое состояние тела, перешейка, маточных сфинктеров, нарушение нормальной возбудимости матки и труб, по их мнению, могут быть использованы для прогноза течения последующих беременностей и родов.

П. Н. Демидкин в 1966 г. опубликовал статью о значении гистерографии при определении полноценности рубца на матке после кесарева сечения. С целью

выяснения полноценности рубца проведено гистерографическое исследование 85 женщин, из них 22 — после первого, 52 — после повторного, 10 — после третьего и 1 — после четвертого кесарева сечения. Обследованные больные преимущественно перенесли корпоральное кесарево сечение (73). При изучении гистерограмм обнаружено смещение матки в стороны и вверх, удлинение шейки в результате послеоперационных сращений. Изменения в рубце с внутренней поверхности матки были обнаружены у 78 из 85 обследованных типа зазубренности контуров, нишеподобных углублений и дефектов наполнения. Автор пришел к заключению, что при выявлении заранее неполноценного рубца врач может дать соответствующие рекомендации о поведении во время беременности, своевременно ее госпитализировать и в отдельных случаях произвести повторное кесарево сечение в плановом порядке с целью предупреждения разрывов матки, могущих привести к гибели матери и плода.

Poidevin, Vockner (1962) произвели гистерографию 43 женщинам в ближайшие 6 месяцев после операции кесарева сечения. У 27 женщин им удалось выявить незначительные, а у 11 значительные рубцовые изменения на снимках в боковой проекции. В случаях обнаружения значительных рубцовых изменений в стенке матки авторы рекомендуют при последующих беременностях повторное кесарево сечение.

Foukas (1962) производил гистерографию спустя 6 месяцев после каждого кесарева сечения с целью установления состояния рубца матки. По его мнению, на несостоятельность рубца указывает проникновение контрастного вещества (массы) в брюшную полость. В этих случаях несостоятельный рубец может привести к разрыву при последующей беременности. Поэтому при повторной операции рекомендуется произвести иссечение рубца или удаление матки.

Owlinsky, Zürcher (1963) считают рентгенографию объективным методом оценки рубца после кесарева сечения. Гистерография была ими произведена у 60 женщин спустя не более 6 месяцев после операции. У 24 женщин обнаружены рубцы без деформации цервикального канала, у 22 — мешотчатые расширения с широким основанием, у 8 — с широким основанием глубиной

более 6 мм и у 6 — с узким основанием и червеобразными ходами. Авторы утверждают, что только последняя группа имеет патологические заживления операционной раны и представляет наибольшую опасность для последующих родов. Обследование у женщин с патологическим течением послеоперационного периода, по мнению авторов, необходимо производить через 6 месяцев.

После кесарева сечения в нижнем сегменте (вертикальный разрез) 45 женщин гистерографически обследовали Polishuk W., Sharf M., Rolan G. (1963). Интервал после операции был от 6 месяцев до 2 лет. Изменения обнаружены у 23 женщин — клиновидные, мешковидные дефекты наполнения и дефекты наполнения неправильного типа. Гистерография, по их мнению, позволяет ставить прогноз последующих родов. Lepage F., Noël B., Lemerre L., Schramm B. (1959) в клинике Пинара обследовали методом гистерографии 26 женщин, из них 3 — после нормальных родов и 1 — после перфорации во время выкидыша. 20 женщин перенесли в прошлом кесарево сечение в нижнем сегменте с поперечным разрезом и 2 — с продольным. У половины женщин после первого кесарева сечения обнаружены деформации над уровнем анатомического внутреннего зева (маленькие грыжи, желобок, игольчатые выступы). Изменения подобного же характера выявлены у 7 из 8 обследованных после повторного кесарева сечения. Все изменения хорошо передают дефекты рубцевания и говорят о слабости маточной стенки. Значительные деформации в области рубца свидетельствуют об особой хрупкости его и служат объективным аргументом в пользу повторного кесарева сечения. Гистерография, по мнению авторов, — более надежный способ для оценки качества рубца, чем обычный его осмотр.

Рентгенологические исследования рубца матки после кесарева сечения в нижнем сегменте у 25 женщин произведены Pasetto, D'Anna, Niccoli, De Camillis (1962). Только у 7 обследованных не отмечено изменений в области рубца. У 13 женщин авторы обнаружили удлинение и растяжение шейки и перешейка, у 6 — неправильные контуры с игольчатыми образованиями, у 3 — выпячивание стенок шейки и перешейка и у 1 —

спайки в полости матки. По мнению исследователей, рентгенологический метод может быть полезным при решении вопроса о возможности и прогнозе следующих родов у женщин, перенесших кесарево сечение.

При гистерографии рубца после кесарева сечения (классического у 19, в нижнем сегменте у 6). Benzi G., Uggeri B. (1962), пришли к выводу, что прогноз последующих родов лучше у тех, кто перенес операцию в нижнем сегменте.

Для изучения состояния рубца матки после кесарева сечения у 115 женщин в 1964 г. применил гистерографию Durkan. Выявлены на гистерограммах выпячивание в области рубца у 24 женщин, инвагинация у 8. Автор считает, что гистерография способствует выявлению несостоятельности рубца на матке и имеет большое значение для предотвращения разрывов ее.

Гистерографический контроль через 6 месяцев после предшествующей операции кесарева сечения может при выявлении дефектов шейки и полости свидетельствовать, по мнению Ruiz-Velasco V., Guerrero R., Morales A., Gamiz R. (1964), о неправильности заживления рубца и опасности прободения или разрыва матки. Исследования указанных авторов основаны на материале 150 женщин. Гистеросальпингография производилась под флюороскопическим контролем. В качестве контрастного вещества использовался 40% липиодол.

Рентгенологические исследования канала шейки матки после операции кесарева сечения в нижнем сегменте произвели у 57 женщин Le Cannelier, Bourgoin, Ballon, Breton, Benat (1963). На 16 снимках он оказался расширенным, на 4 — имел неправильную форму (дивертикулы и мешковидные расширения), причем на 12 снимках отмечены разрывы контуров.

Waniogek (1966) привел анализ гистерограмм 205 женщин после кесарева сечения в нижнем сегменте с поперечным разрезом. Только у 21% обследованных обнаружены нормальные контуры стенки матки, у остальных женщин выявлены деформации различной степени. У 15 обнаружены вздутия на рубце с сильно выраженной деформацией, что указывает на истончение рубца и слабость.

Рентгеноконтрастные исследования после операционного кесарева сечения стали шире применяться за

рубежом и в последующие годы (Thoulon, 1966; Waniorek, 1966, 1967; Schreiber, Köhler 1967). Waniorek в 1967 г. подверг исследованию 260 женщин после кесарева сечения с поперечным разрезом и выявил у части из них удлинение цервико-истмического отдела и расширение внутреннего зева, различный процент четких контуров истмико-цервикальной части в зависимости от техники наложения швов на миометрий.

С целью определения состояния послеоперационного рубца 55 женщинам произвели гистерографию Schreiber, Köhler (1967). В 73% выявлены небольшие или средней величины деформации в области рубца; в 15,4%—большие в форме мешкообразных выпячиваний с широким основанием глубиной более 6 мм и только в 11,5% обнаружена нормальная картина в области рубца. Гистерография объективно определяет состояние рубца. При значительных его изменениях, по их мнению, рекомендуется последующую беременность заканчивать повторной операцией. Очень важно для последующего родоразрешения каждую женщину после кесарева сечения подвергнуть гистерографическому исследованию.

Waniorek (1966) сообщил о результатах повторной гистерографии и состоянии рубца после последующих родов у 25 женщин. Выяснено, что имеющиеся дефекты в области рубца сохраняются и после перенесенных родов.

Таким образом, все зарубежные авторы считают гистерографию достоверным, объективным и надежным способом определения прочности рубца после операции кесарева сечения.

В последние годы рентгенологические методы исследования приобретают все большее значение. Они являются объективными и достоверными методами в комплексе клинического исследования больных (И. М. Грязнова, 1964). Потенциальные возможности этих методов неизмеримо возросли в связи с внедрением в практику искусственного контрастирования — пневмопельвеографии и метросальпингографии (М. С. Поляк, 1964; М. Х. Бабян, А. В. Моренникова, 1964). В отечественной и зарубежной литературе появилось много работ, указывающих на ценность рентгенологических методов исследования в распознавании патологических

состояний матки и придатков в условиях пневмоперитонеума (Я. И. Русин, 1959; А. Цецулеску, 1958; 1960; Л. А. Новикова и С. Я. Мarmorштейн, 1959; Л. С. Персианинов с соавторами, 1960; Н. Д. Селезнева и Е. И. Моисеева, 1961; С. Е. Карпова, 1965; Н. В. Мартынова и А. Цецулеску, 1959; А. Л. Верховский, 1968).

Большинство авторов дает высокую оценку значению контрастных методов исследования в гинекологии. С помощью их удается точно установить исходную локализацию опухоли, отличить опухоль матки от опухолей придатков. В отношении распознавания тазовых новообразований пельвеография получила всеобщее признание (Л. Д. Линденбрaтен). Пневмопельвеография в сочетании с гистерографией может оказать помощь в дифференциальной диагностике между опухолью яичника и межсвязочной миомой (Ж. Л. Елинсон и В. Ф. Савинова, 1964). Пневмоперитонеум может быть полезным при распознавании внематочной беременности, пороков развития, поликистоза яичников, злокачественного перерождения кист яичников, воспалительных опухолей, туберкулеза труб, перехода раковой опухоли на тазовую клетчатку и соседние органы (Л. Д. Линденбрaтен, 1963).

Рентгенодиагностика позволяет с большой точностью ответить на вопрос, откуда исходит опухоль (М. С. Поляк, 1964) — из матки или придатков. Только в случаях интралигаментарного расположения опухолей возникают трудности распознавания (А. Цецулеску, 1959; М. Х. Бабаян, А. В. Моренникова, 1963).

Менее убедительные данные получаются, когда газовую пельвеографию применяют у женщин, неоднократно перенесших чревосечение с обширным спаечным процессом в малом тазу.

Рентгенологическое исследование тазовых органов на фоне пневмоперитонеума является относительно новым методом. Сопоставляя клинико-рентгенологические и хирургические диагнозы у оперативных больных, И. М. Грязнова (1965) убедилась, что газовая рентгенопельвеография является ценным, объективным и достоверным методом в комплексе клинического исследования гинекологических больных. Газовая пельвеография значительно расширяет диагностические возможности при затруднениях в установлении гинекологических

заболеваний и поэтому должна найти широкое применение в практике.

К аналогичным выводам пришли и многие другие авторы (О. Е. Карпова, Л. С. Персианинов и др.). Однако этот метод все еще недостаточно применяется в практической работе лечебных учреждений.

В гинекологии пневмоперитонеум впервые применил в 1918 г. Goetze. Этим способом удавалось получить наружные контуры матки и труб. Внутренние контуры данных органов получить указанным способом невозможно. В применении этого метода Goetze принадлежат особые заслуги. Он выработал рентгенологическую диагностику важнейших заболеваний органов живота.

С 1926 по 1951 гг. вопросы применения пневмоперитонеума в гинекологии в течение ряда лет почти не освещались в литературе. Только Stein оставался активным пропагандистом этого метода (1926—1950), продолжал настойчиво и умело отстаивать его диагностическую ценность. Начиная с 1951 г., стало постепенно возрастать число публикаций, посвященных пневмопельвеографии в зарубежной и отечественной литературе (Л. Д. Линденбратен, 1963).

В зарубежной литературе работ о применении пневмоперитонеумграфии для оценки состоятельности маточного рубца после операции кесарева сечения не встретилось. Впервые для этой цели методом воспользовался А. Л. Верховский (1965). Он пришел к заключению, что как гистеро-, так и пневмоперитонеумграфия могут быть полезными при решении вопроса о возможности и прогнозе следующих беременностей и родов.

На снимках с двойным контрастированием возможно обнаружить смещение матки, сращение с передней брюшной стенкой и мочевым пузырем, установить толщину передней стенки в области рубца, проходимость и направление труб и т. д.

Бесспорно, что врач-акушер должен быть, прежде всего, клиницистом и от дополнительных методов исследования ожидать лишь подтверждения или отрицания клинической оценки состоятельности рубца.

Некоторые авторы утверждают, что внимательное влагалищное исследование и умело собранный анамнез позволяют заподозрить неполноценный рубец. Такое мнение является самонадеянным и даже опасным. Кли-



Рис. 6. Дефект наполнения.

нические признаки неполноценного рубца нередко субъективны. Когда же неполноценный рубец становится клинически очевидным (начало разрыва), прогноз для матери и плода бывает тяжелым, а терапия — запоздавшей.

Занимаясь рентгенологическими исследованиями изменений матки после классического кесарева сечения с 1960 г., А. Л. Верловский обследовал 325 женщин, перенесших ранее в подавляющем большинстве корпоральные кесаревы сечения. 250 больных обследовано с помощью гистерографии и 75 — пневмопельвеографии. Большая часть последних обследована с двойным контрастированием.

Несостоятельность рубца на гистерограммах, по его данным, характеризуют следующие рентгенологические признаки: дефекты наполнения, ниши и нишеподобные углубления, зубчатость и уплощение передней поверхности полости матки. Резко выраженные смещения матки в сторону, выраженные элевации, удлинение шейного



Рис. 7. Гистерограмма той же больной в боковой проекции.
Рис 8. Дефект наполнения после второго кесарева сечения.



канала косвенно указывают на осложнение заживления области разреза инфекцией с образованием сращений. Поэтому указанные признаки при оценке состоятельности рубца после классического кесарева сечения должны быть приняты во внимание.

Ниже для иллюстрации приведены гистерограммы с наиболее характерными признаками, указывающими на неполноценность маточного рубца после операции кесарева сечения (рис. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Рис. 6. **Больная Ш-на А. Д.**, 52 лет, перенесла корпоральное кесарево сечение по поводу узкого таза в 1948 г. Послеоперационный период протекал без осложнений. До обследования болела воспалением придатков матки.

Обследована через 13 лет после операции. Жалуется на боли при движении в области послеоперационного рубца. На брюшной стенке линейный рубец. Тело матки смещено влево, в антефлексии, ограниченно подвижно. Придатки слева в сращениях.

Гистерограмма. Справа в дне неровный дефект наполнения. Дно выпуклое в средней части, в области трубных углов — умеренный спазм. Форма полости треугольная с небольшими втяжениями боковых контуров. Перешеек в состоянии спазма. Шейка удлинена. Справа неотчетливо, местами прослеживается тень трубы.

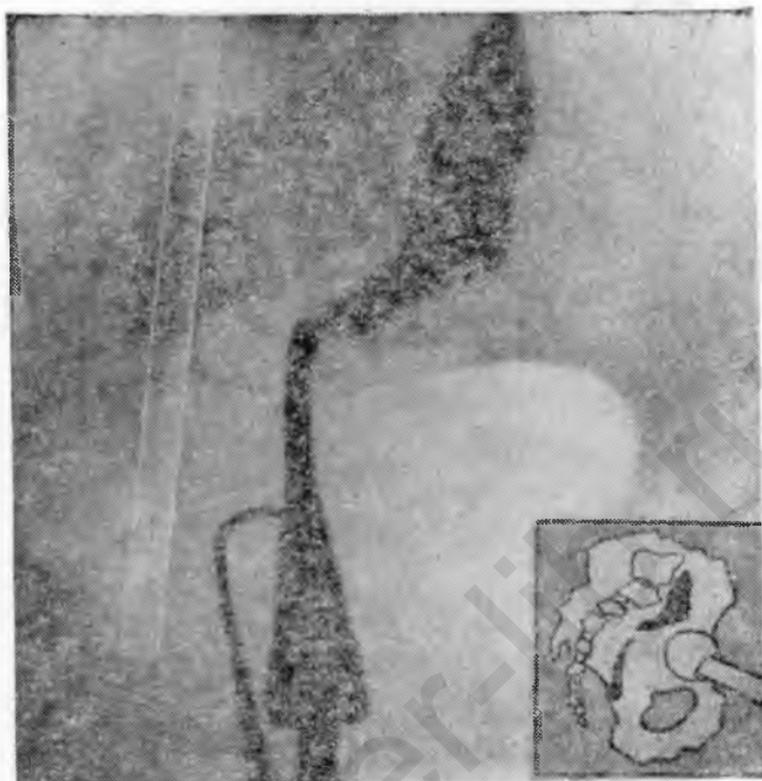
На рис. 7 представлена гистерограмма той же больной в боковой проекции. Как видно, дефект наполнения на боковом снимке располагается в верхней части полости матки и имеет неровные очертания. Матка в антефлексии. Слабая тень трубы видна выше полости матки. Обращает на себя внимание, что дефект на боковом снимке увеличился, занимает почти всю верхнюю половину полости.

Приведенные гистерограммы одной и той же больной свидетельствуют, что заживление рубца матки протекало неблагоприятно. На его месте разрастание избыточной ткани, которая и заполняет верхний сегмент полости матки. На боковом снимке удается заметить, что дефект распространяется до задней стенки матки и частично облитерирует полость. Удлинение шейки матки связано с наличием сращений передней поверхности матки с брюшной стенкой. Это согласуется с резкой антефлексией и данными бимануального исследования.

Рис. 8. **Больная Ш-ва Л. П.** 41 года, перенесла две операции классического кесарева сечения. Первое было произведено в 1963 г. по поводу узкого таза, второе — в 1964 г. по тому же показанию. Послеоперационный период после второй операции был осложнен нагноением швов.

Обследована через 2,5 года. Жалобы на боли в пояснице. Рубец на брюшной стенке звездчатый. Имеется послеоперационная грыжа. Бимануально: на передней поверхности тела матки пальпируется выступающий над поверхностью гребень.

Гистерограмма. Полость матки треугольной формы смещена влево. От дна левой боковой стенки распространяется дефект наполнения $0,5 \times 0,2$ см с неровными границами,



Р и с. 9. Ниша над перешейком.

Образование дефекта наполнения следует связать с избыточным разрастанием грануляционной ткани на месте корпорального рубца.

Рис. 9. Больная Л-ва Г. А., 35 лет, перенесла классическое кесарево сечение в 1964 г. по поводу узкого таза. В послеоперационный период было осложнение — мастит.

Обследована через 8 месяцев. Жалобы на боли в низу живота и пояснице. При влажалищном исследовании тело матки фиксировано, в ретрофлексии, болезненно при смещении. Передняя его поверхность неровная.

Гистерограмма в боковой проекции. Тело матки в небольшой ретрофлексии, подтянуто к позвоночнику. Дно матки на уровне 5-го поясничного позвонка. Над перешейком на передней поверхности выступает нишеподобное выпячивание, контуры его зазубрены. Перешеек широкий, шейка удлинена.

Асимметрия контуров полости матки, возникшая за счет ниши над перешейком, указывает на истончение и неполное срастание стенки матки. Резкое смещение матки к мысу и вверх связано с образованием вокруг тела массивных послеоперационных сращений.



Р и с. 10. Ниша после второго кесарева сечения.

Рис. 10. Больная Б-ва М. Д., 36 лет, перенесла две операции классического кесарева сечения. Первая операция произведена в 1962 г. по поводу предлежания плаценты. Послеоперационный период гладкий. Вторая операция — в 1964 г. по поводу угрожающего разрыва по рубцу. В послеоперационный период нагноение шва.

Обследована через 6 месяцев после второго кесарева сечения. Жалобы на боли в низу живота. При влагалищном исследовании тело матки в неглубокой ретрофлексии, фиксировано. Левые придатки в сращениях.

Гистерограмма в боковой проекции. Тело матки грушевидной формы. Дно его расположено на уровне первого крестцового позвонка. В нижней части полости на передней поверхности на значительном протяжении ниша с неровным дном. В области нижнего сегмента контраст распределен неравномерно. Перешеек широкий, шейка удлинена.



Р и с. 11. Зазубренность контура на передней поверхности.

Высокое расположение дна и удлинение шейки, надо полагать, связано с наличием сращений. Ниша в нижней части передней поверхности полости матки свидетельствует о неполном срастании передней стенки матки в области корпорального рубца.

Больная Д-ва Ф. С., 18 лет, перенесла две операции кесарева сечения с корпоральным разрезом. Первая операция была в 1960 г. по поводу узкого таза, вторая — в 1963 г. по поводу угрожающего разрыва по рубцу. Осложнений в послеоперационный период не было.

Обследована через 2,5 года. Жалоб нет. На брюшной стенке широкий послеоперационный рубец. Влагалищное исследование; тело матки нормальной величины, в антефлексии, болезненно при смещении; придатки с обеих сторон не определяются.

Гистерограмма в боковой проекции. Небольшая полость матки смещена вверх. Задняя поверхность ее выпуклая, передняя — уплощена и зазубрена. Шейка удлинена. Передняя поверхность на большом протяжении уплощена и имеет пилообразные углубления.

Расценивать неровность на передней поверхности как избыточное разрастание эндометрия нельзя, ибо подобные изменения, по нашему мнению, наблюдались бы и на задней поверхности. Следует полагать, что



Рис. 12. Уплотнение и зазубренность на передней поверхности.

уплотнение и зазубренность передней поверхности — результат неблагоприятного срастания маточного рубца после повторной травмы матки.

Больная А-ва Г. С., 27 лет, перенесла классическое кесарево сечение в 1962 г. по поводу угрожающего разрыва матки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Обследована через 7 месяцев. Жалуется на боли в области рубца при выполнении тяжелой работы. При влагалищном исследовании половые органы без патологии.

Гистерограмма. Тело матки в антефлексии, задняя поверхность выпуклая, передняя зазубрена. Уменьшен передне-задний размер полости матки. Перешеек от контрастного вещества свободен. Шейка умеренно удлинена. Тени труб не обозначены.

На представленной гистерограмме в средней и нижней трети передней поверхности полости матки имеется втянутость и неровность контуров. Вряд ли можно

сомневаться, что эти признаки связаны с плохим заживлением рубца. Уменьшение передне-заднего размера полости, следует полагать, произошло вследствие избыточного разрастания на передней стенке грануляционной ткани. Подобный рентгенологический признак — нередкая находка после однократного и повторного кесарева сечения. Мы обращали внимание на уплощение передней поверхности на боковых снимках в верхнем и нижнем сегментах матки.

Больная В-ко С. М., 30 лет, перенесла классическое кесарево сечение в августе 1962 г. Показанием к операции было поперечное положение плода. Послеоперационный период протекал гладко.



Р и с. 13. Уплощение на передней поверхности.

Обследована через 1 год и 2 месяца. Жалуется на боли в низу живота при движении и подъеме тяжести. Менструации стали более продолжительными и обильными. Рубец на брюшной стенке линейный. При влагалищном исследовании на передней поверхности матки определяется неровность и небольшое выпячивание.

Гистерограмма в боковой проекции. Передняя поверхность матки в верхнем сегменте выпуклая, в среднем и нижнем — уплощена. Дно матки расположено на уровне крестцово-подвздошного сочленения.

Подобные изменения в области расположения маточного рубца возникли при заживлении его с образованием на месте грануляционной ткани, неподатливой соединительной. Она снижает сократительные свойства маточной мускулатуры, что и документируется на снимке в виде уплощения. Жалобы больной на боли, удлинение месячных также можно увязать с рубцовыми изменениями передней стенки матки.

В литературе сообщений об использовании пневмопельвеографии и биконтрастирования, т. е. сочетания пневмопельвеографии и гистерографии, для оценки рубца после операции кесарева сечения не встретилось. С этой целью А. Л. Верховским (1968) обследовано 75 женщин, перенесших ранее различные виды операции кесарева сечения. В 1-ой группе было 32 женщины, из которых 22 обследованы только с помощью пневмопельвеографии, 10 — с применением двойного контрастирования. Во 2-ой группе было 43 женщины, все обследованы с применением двойного контрастирования со снимками в боковой проекции.

Анализ рентгенограмм при пневмопельвеографии, сопоставление их с данными влагалищного исследования и гистерографии показали, что при решении вопроса о полноценности рубца после классического кесарева сечения этот метод исследования может быть полезным. Пневмопельвеография информирует нас о топографии органов малого таза после операции, о величине матки и органов малого таза и наличии сращений в области маточного рубца. Наибольшую ценность при диагностике неполноценного рубца представляет двойное контрастирование с применением укладок в боковой проекции. При нем удается получить представление о толщине маточной стенки в области расположения маточного рубца и дефектах заживления самого рубца (ниши, дефекты наполнения, деформации передней стенки).

Пневмопельвеографию в оценке состояния рубца в теле матки А. Л. Верховский рассматривает как косвенный вспомогательный метод. Целесообразность применения его может возникнуть в случаях, когда данные гистерографии не совпадают с клинической оценкой состояния рубца после операции. Двойное контрастирование в оценке рубца может иметь решающее значение, если при этом применяются укладки в боковой проекции или с поворотом на 30 градусов (рис 14, 15). Используя рентгенологические методы диагностики неполноценного рубца после операции кесарева сечения на протяжении 8 лет, сопоставляя данные клинического и рентгенологического исследований, а в части случаев — клинико-рентгенологического заключения с сос-



Рис. 14. Пневмограмма в прямой проекции

тоянием половых органов во время чревосечений, он убедился в их достоверности.

Больная Д-ва В. Н., 25 лет, оперирована в 1958 г. по поводу отслойки нормально расположенной плаценты. Через год вторая операция по поводу угрожающего разрыва по рубцу.

Обследована через 4 года после второй операции. Жалобы на боли в низу живота и беспорядочные кровянистые выделения и кровотечения. Рубец на брюшной стенке зажил вторичным натяжением. При влагалищном исследовании обнаружено: тело матки меньше нормы, в антефлексии, умеренно болезненное при движении; придатки без особенностей, пальпация в их области болезненна.

Пневмограмма — сочетание пневмоперитонеума с метрографией. Полость матки небольшая, задняя стенка выпуклая, передняя с небольшим выступом. Тени труб наслаиваются на тени яичников, свободны от контрастного вещества. Двусторонние сактосальпинксы. Слева придатки завуалированы.

Обнаруженные изменения в придатках могли возникнуть и после второго кесарева сечения. Указаний в анамнезе на воспалительные заболевания в половых органах не имеется. Больная жалуется на периодические боли в низу живота, нерегулярность и длительность месячных после второй операции. Нельзя исключить, что изменения в половых органах появились в результате двукратной травмы матки.

Изменение толщины передней стенки матки по сравнению с задней легче выявляется на пневмограммах в боковых проекциях.

Больная X-на Н. М., 35 лет, перенесла две операции классического кесарева сечения и малое кесарево сечение. Первая операция была произведена по поводу узкого таза в 1959 г., вторая — по поводу угрожающего разрыва матки по рубцу в 1965 г., а третья — малое кесарево сечение со стерилизацией — в 1967 г. в связи с неполноценностью рубца.

Обследована через 6 месяцев после третьей операции. Жалобы на боли в низу живота и в области рубца. Бимануально: тело матки фиксировано высоко к передней брюшной стенке, передняя его поверхность неровная.

Пневмограмма (боковая проекция). Полость матки грушевидной формы, контуры ее симметричны. Перешеек и шейка контрастным веществом не заполнены. В области верхнего сегмента матки толщина передней стенки резко уменьшена до 2—3 мм, о области нижнего сегмента толщина ее равна толщине задней стенки матки.

Гистерография показана во всех случаях у женщин, перенесших в прошлом классическое кесарево сечение, так как неполноценный рубец на матке после этой модификации не всегда сопровождается определенными



Рис. 15. Уменьшена толщина передней стенки матки.

клиническими симптомами. Рекомендуется применять гистерографию в целях распознавания состоятельности рубца также и после операций кесарева сечения, произведенных в нижнем сегменте матки с продольным или поперечным разрезом. При этих методах операций показания для гистерографии возникают реже — при подозрении на неполноценность рубца, выявленную на основании анамнеза и данных клинического обследования и наблюдения. Дефекты наполнения указывают на избы-

точное разрастание в области разреза рубцовой ткани, ниши — на истончение рубца, неровности и уплощение передней поверхности — на наличие в области разреза неподатливой соединительной ткани.

Обследование женщин с помощью пневмопельвеографии и двойного контрастирования рекомендуется производить в таких случаях, когда больная тщательно обследована обычными методами с применением гистерографии, но дать заключение о характере заживления рубца затруднительно. Показаниями для этих методов, следовательно, будут: сложные случаи диагностики на основании клиники и гистерографии, если неполноценность рубца не подтверждается на гистерограммах (налицо обширный спаечный процесс, неровности на передней поверхности матки, выраженная элевация и резкие смещения матки, но на гистерограммах не обнаружено прямых признаков неполноценности рубца).

С помощью пневмопельвеографии у оперированных женщин можно обнаружить изменения, связанные с травмой матки во время родосечения. Нередко встречаются смещения матки в сторону от средней линии, по сагитальной плоскости, ротация, сращения в области рубца, по задней поверхности и в области придатков и изменение толщины передней стенки в области рубца по сравнению с задней. При двойном контрастировании, в особенности с использованием пневмопельвеографии в боковой проекции и с поворотом $1/3$ и $3/4$, можно обнаружить истончение или утолщение в области маточного рубца, выявить деформации в области передней поверхности матки типа дефектов наполнения, ниш, уплощений, зазубренности со стороны полости. Наличие газа в малом тазу помогает обнаружить углубления, выпячивание наружных контуров передней поверхности матки.

Поскольку рентгенологические исследования являются объективными и достоверными, они должны быть признаны наиболее важными при оценке характера заживления рубца, составлении прогноза течения последующих беременностей, родов и тактики их ведения.

Рентгенологические исследования в целях определения состоятельности рубца после кесарева сечения целесообразно производить в первые 6 месяцев после операции, то есть заблаговременно до наступления повторной беременности. Выявление дефектов рубцевания

возможно и в более поздние сроки. Поэтому рентгенологический контроль после корпорального кесарева сечения необходим у всех женщин, изъявивших желание иметь детей в последующие годы.

При определении полноценности маточного рубца следует принимать во внимание показания к предыдущей операции, течение послеоперационного периода, характер заживления рубца брюшной стенки, наличие воспалительных заболеваний половых органов, аборт и т.д.

Несмотря на диагностическую ценность, рентгенологические методы являются достоянием некоторых городских лечебных учреждений и не нашли широкого применения в практике сельских районных больниц и поликлиник. Одним из существенных моментов, препятствующих широкому внедрению этого метода исследования в практику лечебных учреждений, является отсутствие специального пособия по применению гистеро- и пневмопельвеографии в диагностике состоятельности маточного рубца. Мы считаем, что гистерография и пневмопельвеография при оценке полноценности маточного рубца играют исключительно важную роль в небольших участковых и районных больницах, где отсутствуют возможности консультаций с другими специалистами, а корпоральное кесарево сечение является основным видом хирургического родоразрешения женщин. Не полноценность маточного рубца после классического кесарева сечения, выявленная рентгенологически, должна служить основанием для прерывания беременности на сроках до 12 недель, при поздних же сроках — показанием для заблаговременной повторной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на отдаленных сроках, при последующей беременности и родах кесарево сечение, особенно классическое, может быть причиной тяжелейших осложнений — разрывов матки по рубцу, неизбежно ведущих к смерти плода и большой опасности для матери, вплоть до смертельных исходов.

Родоразрешение с помощью кесарева сечения серьезным образом нарушает структуру и функцию матки. При наступившей вслед за операцией беременности трудно установить прогноз, трудно обещать возможность самостоятельного родоразрешения. В обычной практике беременность либо прерывается на ранних сроках, либо мать подвергается повторному кесареву сечению. И здесь мать всегда подвержена известному риску и за себя и за будущего ребенка. Основная задача акушера — обеспечить ей благополучное завершение наступившей беременности и родов.

Разрывы матки по рубцу следует отнести к атипическим, гистопатическим явлениям. Они имеют особенности, отличаются от других разрывов матки своей этиологией, механизмом, клиникой. Они не всегда легко диагностируются, требуют особых организационно-профилактических мероприятий при беременности, особой тактики при их лечении. В структуре разрывов матки по своей частоте они занимают ведущее место (от 81 до 61%).

Практика выдвигает на первое место вопрос о возможном сроке наступления последующей беременности. Не подлежит сомнению, что лишать женщину материнства после подобной операции нет никаких оснований. Время (срок) наступления последующей беременности решается состоянием рубца на матке, его полноценностью. Определение состоятельности рубца должно

решаться клиническими и аппаратными методами исследований. Без объективной оценки рубца на матке мы не вправе разрешать последующую беременность и роды.

Несостоятельность рубца зависит от места разреза на матке, технического выполнения его, техники зашивания разреза, точного сближения тканей разреза, соблюдения послойности зашивания, равномерного наложения швов в этажах зашивания, предупреждения инфекции, соблюдения надлежащих условий для производства операции, времени отхождения вод.

Достаточно объективным способом оценки полноценности рубца являются контрастная рентгенография, двойное контрастирование, дополняющие обычные клинические способы оценки. Двойное контрастирование, определяя качество рубца, решает вопрос о возможности последующей беременности. Каждая женщина, перенесшая операцию кесарева сечения, в обязательном порядке должна пройти рентгенографическое обследование.

При несостоятельности рубца рекомендуется использование противозачаточных средств. При наступлении беременности в этих случаях неизбежно искусственное прерывание на сроках до 12 недель с должной осторожностью во избежание перфорации матки. При сохранении беременности обязательна заблаговременная госпитализация. Она необходима и тогда, когда женщина не прошла рентгенографию. В стационаре перед врачом встает ответственная задача — предупредить разрыв, избежать катастрофы, обеспечить благополучное завершение беременности для матери и плода.

Следует учитывать стертость клинических симптомов, их атипизм. Важно уловить признаки угрожающего разрыва. Показателем могут быть боли, расстройство, дискоординация родовой деятельности, намечающаяся асфиксия плода и ряд других признаков. При этой ситуации повторное кесарево сечение неизбежно.

Просмотр симптомов угрожающего разрыва ведет к развертыванию симптомов начавшегося разрыва с более ясными признаками местного и общего расстройства — боль, истончение рубца, иногда грыжа рубца, бледность, головокружение, обморок, кровянистые выделения, асфиксия плода.

Начавшийся разрыв чаще переходит в полный и реже — в неполный с типичным тяжелым симптомо-комплексом со стороны матери и обычно со смертью плода. При полном комплексе симптомов полного разрыва матки степень выраженности их не всегда одинакова. Возможно превалирование каких-либо одних симптомов. Все зависит от того, на каком сроке от момента наступления разрыва обследуется больная.

После родов при малейшем подозрении на разрыв обязательно ручное обследование полости матки немедленно после рождения последа. Просмотр разрыва отягощает прогноз для матери.

Диагноз неполных разрывов не всегда легок. Здесь есть опасность просмотреть его сразу после родов. Распознавание полного разрыва не представляет больших затруднений.

Возможны самопроизвольные роды при самопроизвольных разрывах, особенно при родах на дому. При рубце на матке здесь также обязательна ручная ревизия полости матки.

Мы считаем, что наиболее результативным, менее травматичным лечением является хирургическое вмешательство с ушиванием разрыва, с иссечением старого рубца. Оно доступно большинству акушеров, снижает количество смертельных исходов, при них более спокойно послеоперационное течение, сохраняется менструальная и детородная функция, особенно у первородящих.

Наркоз, если возможно, интубационный. Необходимо быть готовым к интенсивной терапии, реанимации, к борьбе с шоком и анемией. Стерилизация в каждом отдельном случае решается индивидуально. Следует резко ограничить попутную стерилизацию при разрывах в первые роды, независимо от числа беременности. Не исключается возможность иметь ребенка при последующих беременностях.

В предупреждении разрывов матки по рубцу немалая роль принадлежит основному звену родовспоможения — женской консультации.

Мы уверены, что широкий круг акушеров-гинекологов с пользой для себя прочтут о разрывах матки по рубцу. А это — залог снижения частоты разрывов, обеспечения надлежащей, своевременной помощи женщинам, рожаящим после операции кесарева сечения.

ЛИТЕРАТУРА

Абрамова М. М. Атлас гистеросальпингографии. М., Медгиз, 1963.

Агаронов А. М., Фанарджиев В. А. Рентгенодиагностика в акушерстве и гинекологии с помощью контрастных веществ В кн.: «Тр. I закавказ. конф. акушеров и гинекологов.» Тифлис, 1931, с. 506—514.

Агаронов А. М., Фанарджиев В. А. Техника гистеросальпингографии. Горьк. мед. журнал, 1935, 4—5, 12—15.

Азлецкий Б. В. Клиническая картина разрыва матки в зависимости от этиологических факторов; пути предупреждения разрыва матки. Акуш. и гинек., 1939, 12, 50—58.

Арист И. Д. Об операции кесарского сечения. В кн.: «Материалы трудов XI съезда акушеров-гинекологов». Челябинск, 1952, 119—123.

Арист И. Д. Брюшностеночное кесарево сечение. Челябинск, 1960.

Александров Л. Ф. Ближайшие и отдаленные результаты абдоминальных кесарских сечений, произведенных в Новгородском родильном доме за 10 лет. В кн.: «Сб. науч. работ врачей Новгородской области». 1960, 2, 126—132.

Ариштам О. И., Рейнберг С. А. Клиническое значение метросальпингографии. Вестн. рентгенолог., 1926, IV, 4, 189—196.

Атабеков Д. Н. Очерки по урогинекологии. М., Медгиз, 1950.

Бабаян М. Х., Маренникова А. В. Газовая пельвеография и ее сочетание с гистеросальпингографией. Акуш. и гинек., 1963, 4, 6—9.

Бакулева Л. П. К вопросу об определении функционального состояния матки и маточных труб методами метросальпингографии и метросальпингокимографии. Тр. X съезда акушеров-гинекологов, М., Медгиз, 1957, 193—194.

Бакшеев Н. С. Ведение родов после перенесенного кесарева сечения. Пед., акуш. и гинек. Госмедиздат УССР, 1954, 24—28.

Бакшеев Н. С. К вопросу о повторном кесаревом сечении. В сб. рефератов науч. работ мед. фак-та Ужгородского гос. ун-та, Львов, 1957, 1, 75—77.

Бакшеев Н. С. Место кесарева сечения в современном акушерстве. Акуш. и гинек., 1968, 4, 54—56.

Бакшт Г. А. Абдоминальное кесарское сечение по материалам акушерской клиники Гос. Акуш. гинек. Ин-та НКЗ. В «Тр. VIII съезда акуш. и гинек.», Киев, 1930, 613.

Бакшт Г. А. Абдоминальное родосечение (кесарево сечение) в современном акушерстве. Воронеж, 1934.

Басин Б. Л. Разрывы матки. В кн.: «Вопр. теор. и практ. акуш. и гинек.» Минздрав. РСФСР, Тр. Омского мед. ин-та, 1965, 39—44.

Басин Б. Л. К вопросу о разрывах матки после операции кесарева сечения. Тр. Омского мед. ин-та, 1965, 45—51.

Басин Б. Л., Безнощенко Г. Б. Роды после операции кесарева сечения. Тр. Омского мед. ин-та, 1965, 23—29.

Басин Б. Л. Морфологические и гистохимические исследования рубцов стенки матки после операции кесарева сечения. В кн.: «Теория и практика акуш. и гинек.», Омск, Западно-сибирское изд-во, 1966, 202—219.

Басин Б. Л. К клинике и диагностике спонтанных разрывов матки при самопроизвольных родах. В кн.: «Теория и практика акуш. и гинек.», Омск, Западносибирское изд-во, 1966, 189—195.

Батюк Т. К. Роды после кесарева сечения. Вторая межобл. практическая конференция акушеров-гинеков западн. областей Украины. Львов, 1966, 64—65.

Белашапко П. А. Об абдоминальном кесаревом сечении. Акуш. и гинек., 1956, 6, 51—53.

Беляев Е. И. К вопросу об этиологии разрывов матки во время родов. Акуш. и гинек., 1938, 6, 107—113.

Беляев И. Т. О родовом травматизме. В кн.: «Материалы трудов II съезда акушеров-гинекологов». Челябинск, 1952, 127—130.

Беляев И. Т. Течение беременности и родов после операции кесарева сечения. В кн.: «Материалы трудов III съезда акушеров-гинекологов». Челябинск, 1954, 97—105.

Беляев И. Т., Липкина Б. О. Разрыв матки по рубцу бывшего кесарева сечения с поперечным разрезом нижнего сегмента. Акуш. и гинек., 1957, 2, 57—59.

Беляев И. Т. Вопросы этиопатогенеза родового травматизма после операции кесарского сечения. В кн.: «Материалы трудов IV съезда акушеров-гинекологов». Челябинск, 1957, 96—103.

Беляев И. Т. Беременность и роды после операции кесарского сечения. Автореф. дисс. канд. Горький, 1958.

Блиндлер А. А. К вопросу о бессимптомных разрывах матки. Акуш. и гинек., 1940, 6, 50—57.

Бодяжина В. И. Разрыв матки. Сов. мед., 1959, 1, 42—45.

Болгова А. В. Отдаленные последствия кесарева сечения в нижнем маточном сегменте (в частности, о частоте и клинике разрывов по рубцу). Сов. мед., 1961, 5, 12—16.

Брауде И. Л. Лечение разрывов матки. Акуш. и гинек., 1940, 11, 70—76.

Брауде И. Л. Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии. Медгиз, 1947.

Брауде И. Л. Кесарево сечение. В кн.: «Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии», Медгиз, 1962, 148—171.

Бурханов А. И. Повторное кесарево сечение по данным акушерско-гинеколог. клиники Горьковского мед. ин-та за 10 лет. В сб. науч. работ кафедр акушерства и гинек., лечеб. и педиатр. ф-тов Горьковского мед. ин-та им. С. М. Кирова. Горький, 1960, 2, 63—69.

Варавко З. Е. Ближайшие и отдаленные результаты кесарского сечения при преимущественно поперечном истмическом разрезе. В кн.: «Акушерско-гинекологическая практика», Л., 1960, 176—185.

Василевский Г. К. Разрывы матки по рубцу после кесарева сечения. Акуш. и гинеколог., 1958, № 2, 46—51.

Василькова А. А. К вопросу операций кесарского сечения по материалам акушерско-гинекологической клиники за 6 лет. Труды Ижевского мед. ин-та, 1949, VIII, 236—240.

Вахтина Л. П. Отдаленные результаты кесарева сечения для матери и ребенка. Вопр. охр. матер. и дет., 1964, 6, 58—63.

Вербов Я. Ф. Матка женщины, ее работа во время родов. Л., 1924.

Верховский А. Л. Артериальное нагнетание крови в акушерско-гинекологической практике. Сов. мед., 1964, 1, 143—144.

Верховский А. Л. Рентгенография рубца матки после классического кесарева сечения. Каз. мед. журнал, 1965, 1, 50—52.

Верховский А. Л. Сравнительная оценка корпорального кесарева сечения в нижнем сегменте. Акуш. и гинеколог., 1965, 3, 22—26.

Верховский А. Л. О третьем кесаревом сечении. Вопр. охр. матер. и дет., 1965, 4, 63—65.

Верховский А. Л. Классическое кесарево сечение и рентгенография матки в профилактике разрывов по рубцу. Автореф. дисс. канд., Казань, 1965.

Верховский А. Л. Разрывы матки по рубцу после кесарева сечения. Вопр. охр. матер. и дет., 1967, 1, 64—65.

Верховский А. Л. Газовая рентгенопельвография и ошибки в интерпретации снимков. Акуш. и гинеколог., 1968, 2, 53—55.

Верховский А. Л. Повторные разрывы матки по рубцу после кесарева сечения. Казан. мед. журнал, 1969, 5, 77—78.

Верховский А. Л. Предвестники и симптомы неполного разрыва матки по рубцу после кесарева сечения. Казан. мед. журнал, 1970, 3, 74—77.

Владимирович Г. А. О разрывах матки при недопознанной беременности. В сб. трудов мед. ин-та им. Склифасовского. М., 1958, III, IV, 27—32.

Волох-Исаева М. Н. Кесарево сечение по материалам клиники. В сб. трудов акуш.-гинекологической клиники Ташкент. мед. ин-та, 1947, 127—139.

Ворожцова Е. Д. Разрывы матки по материалам родовспомогательных учреждений Свердловской обл. с 1951 по 1957 гг. В сб.: «Материалы I Сибир. межобл. конф. акушеров-гинекологов», Томск, 1958, 17—18.

Гентер Г. Г. Разрывы матки. В кн.: «Акушерский семинарий», Л., 1932, 94—123.

Гентер Г. Г. Кесарское сечение. Учебник акушерства. Медгиз, 1938, 745—753.

Гентер Г. Г. Кесарское сечение за 50 лет. В сб. трудов Ленинград. отд. Всероссийского научн. общ-ва акушеров и гинекологов, 1938, 1, 126—151.

Гетман-Сычева Н. М. К вопросу о разрывах матки. В сб.: «Сибирская межобл. конф. акушеров-гинекологов», Томск, 1958, 20.

Гиллерсон А. Б., Бакиева Р. Г. Разрывы матки после операций кесарева сечения. *Акуш. и гинек.*, 1956, 2, 59—62.

Гиллерсон А. Б., Бакиева Р. Г., Бурматов Д. А. Разрывы матки. В сб.: «1-я Сибирская межобл. конф. акушеров-гинекологов», Томск, 1958, 14—15.

Гиллерсон А. Б., Бакиева Р. Г., Бурматов Д. А. Некоторые вопросы этиологии, клиники и терапии разрывов матки. *Вопр. охр. матер. и дет.*, 1961, 5, 63—67.

Гиллерсон А. Б., Спиров В. Е. Рентгеноцервикостмиография. В сб.: «Труды Омского мед. ин-та им. Калинина и Омского отделения Всероссийского научн. об-ва акушеров-гинекологов». Актуальные вопросы гинекологии, вып. 43. Омск, 1963, 109—112, 116—117.

Гиллерсон А. Б., Спиров В. Е. Клиническое значение рентгеноцервикостмиографии. Тезисы докл. на XI Всесоюзном съезде акушеров-гинеков. М., 1964, 231—232.

Гиллерсон А. Б. О болезни оперированной матки. В кн.: «Вопр. теорет. и практ. акуш. и гинек.», Минздрав РСФСР, Омский мед. ин-т им. Калинина. 1965, 65, 17—22.

Гиллерсон А. Б., Басин Б. Л. Материнская летальность от разрыва матки, пути ее снижения. Минздрав РСФСР, Омский мед. ин-т им. Калинина. *Вопр. теорет. и практ. акуш. и гинек.* 1965, 59—66.

Гиллерсон А. Б., Спиров В. Е. Клиническое значение рентгеноцервикостмиографии. В сб. «Труды XI Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов». М., «Медицина», 1965, 374—376.

Гольдштейн Д. Е., Лейбов С. В. Значение метросальпингографии и гинекологии. *Каз. мед. журн.*, 1931, 6, 616—630.

Грищенко И. И. Течение беременности и родов у женщин, перенесших в прошлом кесарево сечение. В сб. научн. работ по акушерству и гинек. Харьков, 1958, 14, 49—57.

Грязнова И. М. Диагностическая ценность газовой рентгенопельвеографии. *Акуш. и гинек.*, 1963, 4, 9—15.

Грязнова И. М. Рентгенопельвеография, флебография и эндоскопия в гинекологии. Медгиз, 1965.

Гусаков Л. А. О видоизмененной операции Дефлера. *Акуш. и гинек.*, 1939, 11, 64.

Гуровская Т. М. Сравнительная оценка некоторых методов брюшностеночного кесарева сечения. *Акуш. и гинек.*, 1960, 2, 28—37.

Гуровская Т. М. Сравнительная оценка некоторых методов брюшностеночного кесарева сечения. Автореф. дисс. канд. 1961.

Гуртовой Л. Е., Сизова В. И. Непосредственные и отдаленные результаты классического кесарева сечения. *Акуш. и гинек.* 1954, 5, 49—52.

Гуртовой Л. Е. Некоторые дополнительные замечания о классическом кесаревом сечении. *Акуш. и гинек.*, 1956, 6, 48—51.

Гуртовой Л. Е. Еще раз о кесаревом сечении. *Акуш. и гинек.*, 1957, 2, 118.

Гутман Г. А. Некоторые вопросы предупреждения, диагностики и терапии разрывов матки. *Сов. мед.*, 1958, 4, 117—120.

Гутман Г. А. Кесарево сечение и разрывы матки. *Вопр. охр. матер. и дет.*, 1958, 5, 63—65.

Гутман Г. А. Самопроизвольные роды при самопроизвольных разрывах матки. *Казан. мед. журн.*, 1959, 4, 48—51.

Гутман Г. А. Материалы к изучению путей профилактики и клипники разрывов матки при рубцах на ней. Акуш. и гинек., 1960, 5, 45—48.

Гутман Г. А. Слабость родовой деятельности и разрывы матки. Тр. Куйбышевск. мед. ин-та, т. 14 (кафедра акуш. и гинек.), Куйбышев, 1960, 197—200.

Давыдов С. Н. О выборе рациональных разрезов на матке на основе изучения ее сосудистой системы. Акуш. и гинек., 1955, 6, 49—54.

Давыдов С. Н. Газовая гинекография и кульдоскопия (лекция для врачей-курсантов). Л., 1965.

Демидкин П. Н. Гистерографическое исследование полости матки после кесарева сечения. Вопр. акушерско-гинек. помощи, М., 1963, 2, 80—82.

Демидкин П. Н. Влияние диагностических доз рентгеновских лучей на течение беременности и развитие плода. Вопр. акушерско-гинек. помощи, М., 1963, 2, 121—123.

Демидкин П. Н., Соколов А. К. Гистерография после повторного кесарева сечения. Акуш. и гинек., 1965, 2, 106—109.

Демидкин П. Н. О значении гистерографии при определении полноценности рубца на матке после кесарева сечения. Вестн. рентген. и рад., 1966, 4, 69—74.

Диллон Я. Г., Брауде И. Л. Рентгенография женских половых органов. Вестн. рентген. и рад., 1926, IV, 4, 262—264.

Добровольская Л. В. Повторные кесарева сечения. Избранные вопр. акуш. и гинек. Кемерово, 1966, 89—94.

Донигевич М. И., Чернявская Ю. Е. К вопросу о течении родов после операции кесарева сечения. Вопр. охр. матер. и дет., 1961, 4, 67—71.

Езишвили И. Н. Разрывы матки по материалам родильных домов Красноярского края. В кн.: «Сибирск. межобл. конф. акушеров-гинекологов», Томск, 1958, 18—19.

Елинсон Ж. Л., Савинова В. Ф. Рентгенологические методы исследования в диагностике опухолей матки и придатков. Акуш. и гинек., 1964, 4, 77—82.

Емшанова А. Е. К вопросу о разрывах матки после кесарева сечения по поводу эклампсии. Акуш. и гинек., 1939, 12, 60—61.

Ефремова Л. Г. Отдаленные результаты операции кесарева сечения. 1-я Сибирск. межобл. конф. акушеров-гинек., тезисы докл., Томск, 1958, 24—26.

Жордания И. Ф. Травматизм женщины в родах и меры по его предупреждению. Акуш. и гинек., 1950, 4, 2—11.

Жилов Н. В. Разрывы матки. Журн. акуш. и жен. болезней, 1931, XVII 7, 738—750.

Жмакин К. Н. Итоги дискуссии по спорным вопросам акушерства. Акуш. и гинек., 1952, 4, 31—41.

Жмакин К. Н., Сыроватко Ф. А. Разрыв матки по рубцу бывшего кесарева сечения. Надвлагалищная ампутация матки. В кн.: «Акушерский семинар», Медгиз, 1960, 461—474.

Жмакин К. Н. Границы применения абдоминального кесарева сечения. Сб. научн. трудов ин-та акуш. и гинек., М., 1961, 29—31.

Ильин И. В. О ведении беременности и родов после операции кесарева сечения. Акуш. и гинек., 1957, 3, 27—34.

Ильин И. В. Результаты гистологического исследования матки в области бывшего разреза при кесаревом сечении. В сб.: «Материалы научн. сессии Минского гос. мед. ин-та, посвящ. 40-летию БССР». Минск, 1958, 85—87.

Ильин И. В. О ведении беременности и родов у женщин, ранее перенесших кесарево сечение. Автореф. дисс. канд. Минск, 1958.

Исаева Е. К. К экспериментальному анализу этиологии разрывов матки во время беременности и родов. В кн.: «Актуальн. вопр. акуш. и гинек.», М., 1957, 13—28.

Исаева Е. К. Клиника разрыва матки после операции кесарева сечения. В кн.: «Актуальн. вопр. акуш. и гинек.», М., 1957, 29—42.

Исаева Е. К. Этиология и клиника разрывов матки. В сб. научн. трудов науч.-иссл. ин-та акуш. и гинек. Мин. здравоохран. РСФСР. М., 1961, 24—26.

Иоссель Я. В. Анализ течения родов после операции кесарева сечения (1950—1955). В «сб. материалов научн. конф. леч. учрежд. Ярославского горздравотдела», вып. 1. Ярославль, 1959, 189—192.

Каннегисер Н. С. Лекции по оперативному акушерству. С-Пб., 1910, 81—91.

Каплан А. Л. Метросальпингография. В кн.: «Рентгенотерапия фибромиомы матки». Медгиз, 1954, 40—42.

Каплан А. Л., Абрамова М. М., Гудкова М. В. Гистеросальпингография в разные фазы менструального цикла. Акуш. и гинек., 1963, 4, 3—6.

Капустина З. А. Кесарево сечение (по материалам род. отд. г. Коврова). Акуш. и гинек., 1957, 3, 96—98.

Квашенко Б. К. Влияние операции кесарева сечения на генеративную функцию женщин. Вторая межобл. конф. акуш.-гинеколог. западных областей Украины, Львов, 1966, 79—80.

Киресевский М. Н. К вопросу о разрывах матки во время родов. Кубанский научно-мед. вестник, XII—XIII, 35—54.

Клейн С. М. К диагностике атипичных разрывов матки. Акуш. и гинек., 1947, 4, 35—38.

Коган А. А. К вопросу о клинике и профилактике спонтанных разрывов матки после кесарева сечения и прорободения матки (симптом ниши). В кн.: «Актуальн. вопр. акуш. и гинек.», М., 1957, 43—51.

Козбагаров А. А. К этиологии и профилактике атипичных разрывов матки и о методах лечения наступившего разрыва матки. Сибирск. межобл. конф. акушеров-гинекологов, Томск, 1958, 22—23.

Козбагаров А. А. Об этиологии и профилактике атипичных разрывов матки и методах их лечения. Акуш. и гинек., 1960, 2, 68—71.

Кушнер И. М. Полные разрывы матки во время беременности и родов, закончившиеся рождением живых детей и выздоровлением матерей (5 наблюдений). Акуш. и гинек., 1960, 4, 114—117.

Кушталов Н. И. О самоизлечении при полных разрывах беременной матки. Журн. акуш. и жен. болезней, 1913, 12, 1743—1764.

Ланковиц А. В. Абдоминальное кесарево сечение в современном акушерстве. *Вопр. охр. матер. и дет.*, 1958, 5, 52—59.

Ланковиц А. В. Кесарево сечение по Московской области за 1961 г. *Вопр. акушерско-гинекол. помощи*, 1963, 2, 75—77.

Лисовецкий В. С. К вопросу о патогенезе самопроизвольных разрывов матки во время беременности. *Акуш. и гинекол.*, 1950, 4, 53—56.

Линденбратен Л. Д. Искусственный пневмоперитонеум в рентгенодиагностике. М., Медгиз, 1963.

Лященко М. С. К вопросу о разрывах матки. Автореф. дисс. канд. Львов, 1955.

Мазур И. Г., Шинкарева Л. Ф. Непосредственные и отдаленные результаты кесарского сечения в нижнем сегменте матки.

Малиновский М. С. Кесарево сечение. В кн.: «Оперативное акушерство», Медгиз, 1955, 343—364.

Малявинский В. К клинике разрывов матки. *Гинекол. и акуш.*, 1933, 1—2, 46—54.

Мандельштам А. Э. Семiotика и диагностика женских болезней. Медгиз, Л., 1959, 356—358.

Маненков П. В., Фролова Н. И. О течении и ведении срочных родов после перенесенной операции кесарева сечения. *Акуш. и гинекол.*, 1958, 5, 44—49.

Маренникова А. М. Газовая пельвиграфия в дифференциальной диагностике гинекологических заболеваний. *Акуш. и гинекол.*, 1964, 4, 106—110.

Марковский А. В. Сравнительная оценка методов лечения рт. праевia. В сб. трудов по акуш. и гинекол., II, Л., 1911, 136—154.

Марморштейн С. Я. Применение пневмоперитонеума в рентгенодиагностике опухолей матки и придатков. Изд. Госуд. онкологического ин-та им. Герцена, М., 1959.

Мартынова Н. В., Цецулеску А. О рентгенодиагностике внематочной беременности. *Акуш. и гинекол.*, 1959, 4, 75—77. В кн.: «Вопросы физиол. и актологии родового акта». 1958, вып. I, 156—178.

Матвеева Е. Е. Организационные мероприятия в предупреждении разрывов матки. В сб. научн. трудов Научн.-иссл. ин-та акуш. и гинекол. М-ва здравоохр. РСФСР, М., 1961, 21—24.

Миронова С. М. К вопросу о разрыве матки после шеечного кесарева сечения. *Акуш. и гинекол.*, 1936, 4, 405—408.

Назарова Л. М. Течение беременности и родов после операции кесарева сечения. В сб.: 1-я Сибирская межобл. конф. акуш.-гинекол., Томск, 1958, 23—24.

Неменов М. И. Рентгенология. Гос. изд-во М.-Л., 1930, II, 561—576.

Неменов М. И. Рентгенология. Гос. изд-во Л.-М., 1933, I, 183—184.

Нищинский Г. Л. К вопросу об этиологии, патогенезе и о лечении разрывов матки (по материалам Калужской области). В сб. научн. работ врачей Калужской обл., Калуга, 1958, 132—139.

Новикова Л. А., Марморштейн С. Я. Роль пневмоперитонеума в рентгенодиагностике опухолей матки и придатков. *Вопр. онкологии*, 1959, 5—6, 183—191.

Осват Р. М. Разрывы матки. *Акуш. и гинекол.*, 1940, 6, 50—57.

Отт Д. О. К вопросу о разрывах матки с демонстрацией препаратов. В сб.: «Труды 1-го съезда об-ва Российских акуш. и гинеков.», С-Пб., 1903.

Отт Д. О. Кесарское сечение по способу Порро-Рейна с благоприятным исходом для матери и плода. В сб. трудов проф. Отта, 1879—1911, I, 453.

Панькевич Л. С. Разрывы матки у беременных и рожениц, перенесших операцию кесарева сечения. Автореф. дисс. канд. Киев, 1960.

Персианинов Л. С. О диагностике и терапии разрывов матки. Акуш. и гинеков., 1947, 4, 27—35.

Персианинов Л. С. О профилактике разрывов матки у женщин, перенесших кесарево сечение. Сов. мед., 1952, 3, 32—34.

Персианинов Л. С. Разрывы матки. Медгиз, 1952.

Персианинов Л. С. Об отдаленных результатах кесарева сечения. Акуш. и гинеков., 1956, 4, 20—24.

Персианинов Л. С., Баккулева Л. П., Грязнова И. М., Волин Е. М. Газовая гинекография в диагностике гинекологических заболеваний. Акуш. и гинеков. 1960, 6, 62—66.

Петровская М. А. Некоторые клинические данные о состоянии рубца на матке после перенесенного кесарева сечения. Вопр. акуш.-гинеков. помощи, автореф. к научной конф., М., 1963, 2, 77.

Петровская М. А., Калантарова И. В. Патоморфологические данные о состоянии рубца на матке после кесарева сечения. Вопр. акуш.-гинеков. помощи, автореф. к научн. конф., М., 1963, 2, 164—166.

Петченко А. И., Цесельская Ф. С. Разрывы матки по материалам клиники Одесского ин-та усовершенствования врачей за 1934—1950 гг. В кн.: «Акушерско-гинеков. практика», Киев, 1952, 85—88.

Петченко А. И. Разрывы матки. В кн.: «Акушерство». Медгиздат УССР, Киев, 1955, 388—391.

Побединский М. Н. Тысяча случаев гистеросальпингографий. В кн.: «Труды научно-исслед. ин-та Рентгенолог. и радиолог. им. Молотова», М., 1940, III, 178.

Покровский В. А., Рабинович Я. С. Отдаленные результаты классического кесарского сечения. Гинеков. и акуш. 1930, I, 25.

Полонский Я. Н., Ильина Н. В. О сравнительной оценке ретроперитонеального и классического кесарева сечения. Акуш. и гинеков., 1956, 4, 24—28.

Поляк М. С. Рентгенодиагностика мном матки. Акуш. и гинеков., 1964, 4, 103—106.

Попова Т. А., Кузнецов В. А., Сигалов А. Б., Ткаченко З. Г. Разрывы матки и ошибки при их диагностике. Сов. мед., 1964, 5, 53—57.

Порошин М. Н. К этиологии самопроизвольных разрывов матки во время беременности и родов. Врач, 1897, 41, 1175—1178.

Репина М. М. К казуистике разрывов матки при беременности после операции кесарева сечения. Акуш. и гинеков., 1955, 6, 61—62.

Рейнберг С. А., Арнштам О. И. Новые анатомо-физиологические данные рентгеновского исследования матки и труб при помощи липиодола. Вестн. рентгенол., 1926, IV, 4, 179—188.

Русин Я. И. Контрастная рентгенография в гинекологии. М., Медгиз, 1959.

Сабурова О. А., Разживина З. Н. Исходы операции кесарева сечения для матери и ребенка. В кн.: «Труды Пермского мед. ин-та», 1962, XXXV, 273—278.

Селезнева Н. Д., Моисеева Е. Н. Применение пневмоперитонеума с диагностической целью. В сб.: «Труды I съезда акушеров-гинекологов РСФСР», Л. Медгиз, 1960, 331—332.

Селезнева Н. Д. Лапароскопия и кульдоскопия в диагностике гинекологических заболеваний. В кн.: Сб. научн. трудов ин-та акуш. и гинек., М., 1961, 223—225.

Сердюков М. Г. Классическое кесарское сечение и его разновидности в современном акушерстве. Труды 8-го Всесоюзн. съезда акуш. и гинек., Киев, 1930, 198—200.

Серова Т. А. Операция кесарева сечения при предполагаемой или клинически выраженной инфекции организма женщины. Автореф. дисс. канд. Свердловск, 1955.

Сигалов А. Б., Поляк М. С. Рентгенологическая диагностика опухолей придатков матки. Акуш. и гинек., 1962, 6, 95—98.

Сидоров Н. Е. К вопросу о лечении разрывов матки. Акуш. и гинек., 1953, 2, 57—60.

Сидоров Н. Е. О разрывах матки. Казан. мед. журн., 1958, 1, 89—92.

Сидоров Н. Е., Верховский А. Л. Контрастная рентгенография изменений матки после операции кесарева сечения и диагностики неполноценного рубца. Казань, 1970.

Скробанский К. К. Кесарское сечение в современном акушерстве. Журн. акуш., 1929, XXXIX, 4, 402—411.

Скробанский К. К. Борьба с инфекцией в истории развития кесарева сечения. Журн. акуш., 1935, 46, 4, 257—264.

Слепых А. С. Современные показания к абдоминальному родоразрешению. Акуш. и гинек., 1964, 5, 11—17.

Слепых А. С. Сравнительная оценка корпорального и перешеечного кесарева сечения. Казан. мед. журн., 1965, 1, 47—50.

Соловьева М. С. Разрывы матки в родильных домах г. Горького за 5 лет (1951—1955). Акуш. и гинек., 1957, 3, 94—96.

Соловьева М. С. Разрывы матки после кесарева сечения. Вопр. охр. матер. и дет., 1963, 9, 56—59.

Соловьева М. С. К этиологии, клинике и терапии разрыва матки. Сов. мед., 1963, 2, 150—153.

Соловьева М. С. Некоторые вопросы профилактики, клиники и терапии разрыва матки после операции кесарева сечения. Акуш. и гинек., 1964, 2, 80—84.

Сперанская Е. М. Патоморфологические изменения в матке при повторном кесаревом сечении. Рефераты научн. работ. объединен. науч. сессии Свердловского научно-иссл. ин-та охраны матер. и млад. и Московск. научн.-иссл. ин-та акуш. и гинек., Свердловск, 1953, 90—93.

Стальский Ю. И. К вопросу о разрывах матки и мероприятиях по их снижению. В кн.: «Беременность и экстрагенитальные заболевания». Архангельск, 1962, 1, 196—199.

Строганов В. В. Терапия узкого таза. Русск. врач., 1914, 18.

Теверовский М. И. К вопросу о разрывах матки во время беременности и родов. Акуш. и гинек., 1949, 1, 9—14.

Тевѣровскій М. И. Еще раз к вопросу о разрывах матки. Акуш. и гинек., 1950, 4, 51—52.

Терехова А. А. Операция при разрыве матки в родах под местной анестезией по Вишневному. Акуш. и гинек., 1949, 1, 38.

Туганова А. М. Роды после операции корпорального кесарева сечения. Акуш. и гинек., 1956, 4, 28—32.

Тюрина Н. И. Результаты гистологического исследования стенки матки в области рубца и при повторных операциях кесарева сечения. Акуш. и гинек., 1963, 5, 97—102.

Тюрина Н. И. К вопросу о разрывах матки после операции кесарева сечения в нижнем сегменте. Теория и практ. акуш. и гинек.. Омск, Западносибирск. книжн. изд-во, 1966, 181—188.

Уткин В. М. Современные показания к операции «кесарское сечение» и наиболее рациональная ее методика. Дисс. канд., Рязань, 1955.

Хренова В. Г. Разрывы матки. Акуш. и гинек., 1963, 5, 110—112.

Цецулеску А. Пневмоперитонеум и пневморетроперитонеум в диагностике заболеваний малого таза. Тезисы научн. конф. Центрального ин-та усовершенствования врачей, 1958.

Цецулеску А. Опыт применения пневмоперитонеума и томографии в рентгенодиагностике гинекологических заболеваний. Дисс. канд., Ухта, 1959.

Цомакин Г. Ф. Кесарское сечение по данным акушерско-гинекологической клиники Днепропетровского медицинского института. В кн.: «Труды 8-го Всес. съезда акуш-гинек», Киев, 1930, 226—234.

Черниговский Н. Н. К вопросу о разрыве матки во время родов. Врач. газета, 1928, 18, 1277—1279.

Яковлев И. И. Разрывы тела матки. В кн.: «Неотложная помощь при акушерской патологии. М., Медгиз, 1953, 111—147.

Якутина М. Ф. Сосуды и нервы рубца матки (к вопросу о травматизме в родах). В кн.: «Актуальные вопросы акуш. и гинек», М., «Медгиз», 1957, 96—111.

Amon K. Gynäk., 1967, 89, 32, 1169—1177.

Ardillo L. Minerva ginec., 1963, 15, 14, 725—730.

Astedt B. Acta obstet. gynec. scand., 1967, 46, 2, 168—182.

Bach H. G., Martin K. Arch. Gynäk., 1962, 197, 5, 455—485.

Baker K. Surg. Gyn. Obst., 1955, 100, 6, 690—696.

Benzi G., Uggeri B. Gynaecologia (Basel), 1962, 153, 1, 43—57.

Canneller R., Bourgoin P., Ballon C., Breton P., Benoit D. Gynec. et Obstet., 1963, 62, 5, 669—678.

Cavanagh D., Membrey J. H., Meleod A. G. W. Obstet. and Gynec., 1965, 26, 2, 157—164.

Chiaia F. E., Fanciulli S. Clin. ginec. (Catania), 1965, 7, 5, 473—488.

Ciasca G., Rochira G. Riv. Ostet. Ginec. prat., 1968, 50, 1, 20—35.

Ciaravino W., J., Coyle W. R. Obstet. and Gynec., 1963, 21, 2, 187—188.

- Dorr H. *Gynaecologia*, 1960, 150, 3, 174—180. *
- Durkan. J. *Obstet. and Gynec.*, 1964, 24, 6, 836—840.
- Epstein W. A. J. *Mt. Sindi Hosa*, 1963, 30, 5, 401—414.
- Fels H. L. *Gynaecologia*, 1959, 149, 1, 1—20.
- Foukas M. *Zbl. Gynäk.*, 1962, 9, 330—335.
- Gans B., Goldman J. A., Ovidia J. *Z. Gynaecologia*, 1960, 149, 6, 342—351.
- Goetze O. *Münch. med. Wschr.*, 1918, 65, 1275—1280.
- Goldb E. *Zbl. Gynäk.* 1963, 85, 16, 542—546.
- Hall R. H. *Pacific. Med. Surg.*, 1965, 73, 6, 393—394.
- Hauser G. A. *Zbl. Gynäk.*, 1962, 9, 329—330.
- Here. H. D. *Zbl. Gynäk.*, 1962, 52, 2025—2031.
- Lacomme M., Lewin D. *Gyne'c. et Obstet.*, 1962, 61, 4, 437—452.
- Zepage F., Noël B., Zemerre L., Schramm B. *Obst. a. gynec.*, 1959, 14, 6, 773—779.
- Zewine W. *Obstet. and gynec.*, 1962, 19, 1, 42—50.
- Maggiore E. *Gazz. med. Med. Chir.*, 1967, 72, 19, 1710—1724.
- Menon M. K. J. *Obstet. Gynec. Brit. Commonwealth*, 1962, 69, 1, 18—28.
- Morley W. J. *Amer. med. Ass.*, 1961, 178, 12, 1128—1132.
- Netter A. *Rev. Franc. gynec. et obst.*, 1959, 12, 825—840.
- Niccoli V., D'Anna A. *Riv. Obstetr. Ginec. pzat.*, 1961, 43, 3, 213—218.
- Obolensky W., Zürcher W. O. *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, 1963, 3, 225—233.
- Neme B. *Geburtch. Gynek.*, 1967, 168, 1, 84—94.
- Pasetto N., D'Anna A., Niccoli V., De Camillis L. *Minerva ginec.*, 1962, 14, 17, 835—840.
- Pedowitz P., Schwartz R. M. *Amer. j. obst. a gynecol.*, 1957, 74, 5, 1071—1081.
- Poidevin L. O. J., Bockner V. V. *J. obst. a gynaecol. Brit. empire.*, 1958, 65, 2, 278—283.
- Polishuk W. Z., Sharf M., Rotan Z. *Gynaecologia (Basel)*, 1963, 155, 6, 380—384.
- Ruiz—Velasco V., Guerrero R., Morales A., Gamis R. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1964, 90, 2, 222—226.
- Ruszkowski J., Slawinska D. *Atlas radiodiagnostyki gynecologicznej*. Warszawa, 1962.
- Salzmann B. *Obstet. and Gynec.*, 1964, 23, 3, 460—466.
- Schreiber H. *Zbl. Gynäk.*, 1965, 87, 30, 1040—1046.
- Schreiber H., Köhler K. *Zbl. Gynäk.*, 1967, 89, 12, 418—426.
- Tauschke E. *Zbl. gynäk.*, 1963, 85, 26, 905—911.
- Thoulon J. M. *Lion*, 1966, 127.
- Waniorek A. *Gynek. pol.*, 1967, 38, 11, 1247—1261.
- Warm B. *Zbl. Gynäk.*, 1963, 13, 441—447.
- Warm R. *Zbl. Gynäk.*, 1962, 52, 2015—2025.
- Waters E. G. Hall W. M. *Obstet and Gynaec.*, 1962, 20, 5, 585—594.
- Wilken H. *Zbl. Gynäk.*, 1959, 30, 1205—1208.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| Введение | 3 |
| Частота и структура разрывов матки | 5 |
| Этиология разрывов матки по рубцу | 10 |
| Прогноз для матери и плода при разрывах матки по рубцу | 24 |
| Классификация разрывов матки по рубцу | 26 |
| Клиника разрывов матки по рубцу | 31 |
| Диагностика угрожающего и начавшегося разрывов матки по рубцу | 36 |
| Диагностика совершившегося разрыва матки по рубцу | 43 |
| Терапия угрожающего и начавшегося разрывов матки по рубцу | 46 |
| Терапия совершившегося разрыва матки по рубцу | 48 |
| Профилактика разрывов матки по рубцу | 63 |
| Рентгенодиагностика неполноценного рубца после пересеченной операции кесарева сечения | 65 |
| Заключение | 90 |
| Литература | 93 |

*Николай Емельянович Сидоров,
Александр Леонидович Верховский*

РАЗРЫВЫ МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Редактор А. И. Бадюгина
Художественный редактор Э. Е. Сподякова
Технический редактор Э. А. Ибрагимова
Корректоры А. Х. Садыкова, В. П. Лащеннова

Сдано в набор 31/VII-1973 г. Подписано в печать 14/XII-1973 г. Бумага типографская № 1, 84×108¹/₃₂. Учетн.-изд. листов 6,04. Условно-печатных листов 5,46. Заказ Я-393. Тираж 1500. Цена 52 коп.

Татарское книжное издательство, Казань, ул. Баумана, 19

Полиграфический комбинат им. К. Якуба Управления по делам издательства, полиграфии и книжной торговли Совета Министров ТАССР.
Казань, ул. Баумана, 19.