

Диагностика

Диагностика угрозы РМ при несоответствии таза и головки плода при достаточной профессиональной подготовке ведущего родов больших трудностей не вызывает, если руководствоваться описанием клинической картины, представленной в современных учебниках и в Национальном руководстве по акушерству.

Труднее диагностировать РМ гистопатического генеза, особенно когда он происходит с последней потугой при самопроизвольных родах. Ребенок нередко рождается без асфиксии. При этом ручное обследование стенок полости матки не всегда позволяет диагностировать нарушение целостности стенки матки по «ребру». Дополнительными критериями являются маточное кровотечение, пальпаторное определение «припухлости» по «ребру» матки и данные УЗИ, способствующие правильному диагнозу и адекватной терапии — чревосечению.

К симптомам разрыва неоперированной матки относятся следующие: нарушение ритма сердца плода (50%), кровяные выделения из половых путей (45%) и боль в животе (30%). Брадикардия плода и абдоминальная боль встречаются с такой же регулярностью и при РМ по рубцу. Кровотечение в 6 раз чаще можно наблюдать при разрыве неоперированной матки [11].

За последние 10 лет в Москве отмечается снижение частоты механических РМ по отношению к гистопатическим. Так, в 2008 г. механические разрывы составляли 58,3%, в 2012 г. — 33,7%, в 2013 г. — 3%, что приблизило наши данные к зарубежным — 8—10% [2—10, 21].

Следует подчеркнуть, что предположить РМ по гистопатическому типу в конце I и во II периоде родов можно по сочетанию следующих клинических симптомов: нарушения деятельности сердца плода с эпизодами брадикардии, кровяных выделений из родовых путей, слабости родовой деятельности. Ввиду применения эпидуральной анальгезии болевой синдром не всегда четко выражен.

РМ как механические, так и гистопатические, безусловно, неблагоприятны не только для беременной, но и для плода и новорожденного

Лечение

За последние десятилетия кардинальным образом изменился объем оперативного лечения при РМ.

Широко используемая гистерэктомия стала заменяться органосохраняющими операциями: 1) ушиванием разрыва отдельными швами с использованием рассасывающегося шовного материала; 2) при размождении тканей возможно их иссечение с дальнейшим ушиванием дефекта. Если в 2004 г. в родовспомогательных учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы гистерэктомия произведена у 68,7% пациенток с РМ, то в 2018 г. у всех пациенток удалось ушить разрыв. Основной причиной широкого внедрения органосохраняющих операций явилось доказанное снижение величины кровопотери в 2,2 раза при ушивании разрыва по сравнению с удалением органа [10, 13–15]. Из проанализированных 275 пациенток с РМ у 262 (95,3%) произведено ушивание разрыва. Только у 13 выполнена гистерэктомия. Сохранить жизнь женщине при большой кровопотере, иногда достигающей 6000 мл, стало возможно благодаря внедрению в практику аппаратной реинфузии аутоэритроцитарной массы [13]. Реинфузия аутоэритроцитарной массы произведена у 115 (43,9%), аллогемотрансфузия применена у 128 (48,9%) пациенток.

Выполнение органосохраняющих операций имеет целью как снижение осложнений у матери, так и сохранение репродуктивного потенциала женщин, успешную реализацию которого удалось проследить у 5 пациенток. Несмотря на то что количество наблюдаемых с повторными родами после ушивания разрыва невелико, ни одна из них не предъявляла жалобы на бесплодие или нарушение менструального цикла. Ни одна пациентка не была госпитализирована с клинической картиной угрожающих преждевременных родов. Все пациентки родоразрешены при доношенном сроке беременности в плановом порядке путем операции кесарева сечения.

Заключение

Для предотвращения РМ все акушеры-гинекологи амбулаторных клиник и стационаров должны знать патогенез этого опасного осложнения беременности и родов, первые его симптомы в зависимости от характера нарушения целостности мышцы матки и своевременно осуществлять чревосечение. Своевременная диагностика клинически узкого таза, тщательный отбор пациенток для родов при наличии рубца на матке после кесарева сечения важны для снижения травматизма рожениц.

Профилактика РМ заключается в попытках уменьшения количества операций кесарева сечения, особенно при относительных показаниях или вообще при отсутствии таковых.

Для сокращения частоты неполноценных рубцов при миомэктомии узлов типов 2–5 лучше прибегать к чревосечению, так как при таком доступе имеют

место более адекватная сопоставимость краев раны и более контролируемый гемостаз.

Методом выбора объема оперативного вмешательства при РМ являются органосохраняющие операции, и только в крайних ситуациях, когда нет возможности сопоставить края разрыва после иссечения размозженных тканей, возможна гистерэктомия. Экстирпация матки при условии одновременного лечения геморрагического шока допустима в исключительных ситуациях, когда невозможно сопоставить размозженные края раны.

Хирургические вмешательства у пациенток с РМ должны проводиться на фоне аппаратной реинфузии аутоэритроцитарной взвеси, которая приводит к снижению в 2 раза объема переливаемых донорских эритроцитов, потребности в свежзамороженной плазме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Разрыв неоперированной матки во время родов (редакционная статья) Акад. РАН, д.м.н., проф. Г.М. САВЕЛЬЕВА¹, к.м.н. И.Ю. БРЕСЛАВ
2. Акушерство: Национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М: ГЭОТАР-Медиа. 2015. [Akusherstvo: Natsional'noe rukovodstvo. Obstetrics: Natsional guide]. Ed. by G.M. Savel'eva, V.N. Serova, G.T. Sukhikh. Moscow: GEOTAR-Media. 2015. (In Russ.)
3. Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. Разрыв оперированной матки во время беременности и родов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015, 14: 3: 22—27. [Savel'eva G.M., Breslav I.Yu. Rupture of the scarred uterus during pregnancy and delivery. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2015, 14: 3: 22—27. (In Russ.)].
4. Персианинов Л.С. Разрывы матки. М., 1952. Persianinov L.S. Razryvy matki. [Ruptures of the uterus]. Moscow., 1952. (In Russ)
5. Г.М. САВЕЛЬЕВА¹, М.А. КУРЦЕР¹, И.Ю. БРЕСЛАВ², А.Г. КОНОПЛЯННИКОВ¹, О.А. ЛАТЫШКЕВИЧ³ РАЗРЫВЫ МАТКИ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ
6. Разрыв матки : Прошлое, настоящее, будущее. С.А. Князев, А.А. Оразмурадов, Т.П. Голикова, А.И. Сащенко, А.А. Лукаев, Н.В. Болибок, А.Ф. Кириенко, Ш. Гасимова
7. Разрыв матки : Анализ случаев О. И. Гусева.
8. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т., Зайнулина М.С. Акушерство: Учебник. М: ГЭОТАР-Медиа. 2015. Ailamazyan E.K., Ryabtseva I.T., Zainulina M.S. Akusherstvo: Uchebnik. [Obstetrics: Textbook]. Moscow: GEOTAR-Media. 2015. (In Russ.).
9. Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. Разрыв оперированной матки во время беременности и родов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015, 14: 3: 22—27. [Savel'eva G.M., Breslav I.Yu. Rupture of the scarred uterus during pregnancy and delivery. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2015, 14: 3: 22—27. (In Russ.)].
10. Бреслав И.Ю. Кровотечения при поздних сроках беременности и во время родов. Возможности органосохраняющих операций. Акушерство и гинекология. 2016; 10: 52-8. [Breslav I.Yu. Bleeding during late pregnancy and childbirth. The possibilities of organ-sparing surgery.

Akushertsvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology. 2016; 10: 52-8 (in Russian)]. [https:// dx.doi.org/10.18565/aig.2016.10.52-8](https://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.10.52-8).