ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им.
Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

РЕФЕРАТ

Разрывы в родах.

Выполнила: ординатор 1-го года обучения
Кафедры Акушерства и гинекологии ИПО
Глухих Татьяна Александровна

КРАСНОЯРСК 2020

Оглавление

1. Введение.....	2
2. Разрывы промежности.....	2
3. Терапия разрывов промежности	4
4. Зашивание разрывов I и II степени	4
5. Зашивание разрыва III степени	5
6. Ранения и повреждения влагалища	6
7. Гематомы вульвы и влагалища	6
8. Разрыв шейки матки	7
9. Разрывы матки	8
10. Этиология и патогенез разрывов матки	9
11. Симптоматология угрожающего разрыва	11
12. Симптоматология совершившегося разрыва	13
13. Терапия угрожающего разрыва	14
14. Терапия совершившегося разрыва.....	15
15. Техника операции	16
16. Техника зашивания разрыва матки.....	16
17. Техника надвлагалищной ампутации матки	16
18. Техника экстирпации матки.....	17
19. Профилактика разрывов матки	20
20. Список литературы.....	20

1. Введение

Повреждения вульвы и преддверия влагалища во время родов, особенно у первородящих, — явление довольно обыденное. Трещины и легкие надрывы в этой области обычно никаких симптомов не вызывают и никакого вмешательства врача не требуют. Но при некоторых повреждениях, особенно в области уретры или клитора, необходимо вмешательство врача.

Во время беременности преддверие влагалища представляет настоящую кавернозную ткань, в результате чего даже поверхностные на вид разрывы, особенно в области уретры и клитора, могут давать грозные кровотечения.

Причины разрывов в этой области неоднородны. Чаще причину их следует искать в наложенных щипцах или в неумелой, нерациональной защите промежности. Иногда, впрочем, описываемые травматические повреждения могут происходить при совершенно нормальных родах без всякой видимой внешней причины.

Диагноз ставят на основании непосредственного осмотра наружных половых органов.

Терапия исключительно хирургическая. При разрывах в области клитора в уретру вводят металлический катетер и оставляют там на все время операции. Затем производят глубокое обкалывание тканей. Провизорно можно приостановить кровотечение наложением зажимов.

2. Разрывы промежности

Не всегда, даже при умелой защите промежности, удается избежать разрыва промежности. Эти разрывы являются, по крайней мере в некоторых случаях, серьезной травмой для женщины. Всякий разрыв промежности должен быть зашит, причем так, чтобы были восстановлены нормальные анатомические отношения.

Разрыв I степени. Обычно нарушается целостность одной только задней спайки. Разрыв поверхностный, до мышечной ткани не доходит.

Разрыв II степени. Кроме кожи, рвутся фасции и мышцы *in. bulbo-cavernosus*, *m. transversus superficialis et profundus*, словом рвется то анатомическое образование, которое известно под названием *centrum tendineum perinei*.

Сухожильный центр промежности (*centrum tendineum perinei*) помещается в центре акушерской промежности (посередине между задней спайкой и наружным отверстием прямой кишки). В этом пункте сходятся мышцы и фасции всех трех этажей тазового дна.

Разрывы III степени. Кроме кожи, фасций и упомянутых выше трех мышц, надывается или разрывается и *m. sphincter ani externus*, а также слизистая оболочка прямой кишки. Различают полный разрыв III степени, когда разрывается наружный сфинктер прямой кишки и стенка ее, и неполный, когда рвется только *sphincter ani externus*.

При осмотре разорванной промежности бросается в глаза то обстоятельство, что разрыв, как правило, идет не по средней линии. Начинается он обычно

во влагалище сбоку от *columna rugarum*, переходя затем на промежность экстремедиально.

Следует еще упомянуть о так называемом центральном разрыве промежности. Для него характерно, то, что ни задняя спайка, ни *m. sphincter ani* не страдают, а рвутся только ткани промежности, лежащие между этими двумя границами. При таком повреждении промежности разрыв не всегда бывает сквозным. Иной раз рвется ткань влагалища и глубжележащие ткани, но кожа не повреждается. В некоторых случаях разрыв начинается с кожных покровов, переходя на глубжележащие ткани, но не доходит до слизистой оболочки влагалища.

Причины разрывов промежности. Узкое вульварное кольцо под напором головки, вследствие волнообразного характера и периодичности схваток, расширяется постепенно и с известными промежутками. Только в силу такого способа растяжения промежность может растянуться до определенных размеров, не разрываясь. При известных условиях — недостаточной эластичности промежности или быстрого растяжения — промежность под напором головки истончается до крайних пределов и рвется. Причины могут быть тройного характера.

1. Предшествующие изменения в области промежности и наружных половых органов. Изменения эти, способствующие разрыву, могут происходить или на почве инфантилизма, или вследствие ригидности у пожилых первородящих, или наконец, при рубцовых сужениях после старых разрывов. Во всех этих случаях эластичность тканей значительно или полностью потеряна и, таким образом, предел растяжимости промежности также понижен.

2. Быстрое прохождение головки через вульварное кольцо. При быстром прохождении головки плода через вульварное кольцо растяжение промежности происходит также очень быстро, что ведет к ее разрывам. Особенно неблагоприятны в этом отношении так называемые уличные роды.

Кроме того, к разрыву промежности ведут две акушерские операции: наложение щипцов и извлечение плода за тазовый конец. И в том, и в другом случае неблагоприятно действует слишком быстрое проведение головки, особенно при извлечении за тазовый конец, когда плоду угрожает асфиксия. При щипцах разрыву способствует еще увеличение размера головки вследствие наложенных щипцов. Большое значение при этом имеет и то обстоятельство, что врачи, особенно начинающие, не всегда при операциях во всех деталях подражают механизму родов (начинают) например, ротацию головки вокруг симфиза, не стянув ее до гипомохлиона).

3. Прохождение головки через вульварное кольцо большим размером. Наиболее благоприятным для прохождения через Бульварное кольцо размером является малый косой и соответствующая ему окружность. Этим размером головка проходит через вульварное кольцо при затылочном предлежании. Но, помимо того, для предохранения промежности от чрезмерного растяжения важно, чтобы головка при ротации вокруг точки: фиксации (гипомохлиона) прорезывалась наименее объемистой частью. Особенно неблагоприятны для

промежности роды при так называемом разгибательном типе (лобное, лицевое предлежание), когда головка проходит через вульварное кольцо большими размерами.

Само собой понятно, что большое значение имеет и величина плода. При крупном плоде, конечно, скорее произойдет разрыв промежности, чем при рождении плода нормальных размеров.

Врач обязан после рождения плода развести половую щель и осмотреть промежность.

Restitutio ad integrum при разрыве промежности возможно только оперативным путем. О тех последствиях, которые влекут за собой разрывы промежности, сказано в учебниках по женским болезням.

3. Терапия разрывов промежности

Всякий разрыв промежности, кроме мелких ссадин на слизистой оболочке, должен быть зашит. Мы считаем, что зашивать разорванную промежность надо тут же после родов или в крайнем случае на следующее утро, если роды произошли ночью.

Приступать к наложению швов следует только после того, как родился послед. Не говоря уже о том, что свисающая пуповина и сочащаяся кровь мешают операции, нельзя заранее предсказать, каков будет последовый период и не придется ли вводить всю руку в половые органы для ручного отделения плаценты. Если же вводить руку в половые органы тотчас после наложения швов, швы, конечно, пострадают. Ввиду этого к наложению швов следует приступать после рождения последа.

В последнее время выдвигают предположение при разрывах промежности накладывать швы не тотчас после родов, а только спустя 12 или даже 24 часа, когда исчезает отек тканей и когда они принимают более нормальный вид. По мнению некоторых акушеров, результаты зашивания промежности через 12—24 часа после родов будто бы значительно благоприятнее результатов зашивания непосредственно после родов. Мы, как правило, зашиваем промежность тотчас после родов. Такой модус, нам кажется, лучше соответствует принципу асептического ведения родов: меньше шансов для попадания инфекции в разорванную рану.

Оперировать необходимо на операционном столе или рахмановской кровати. При операции рекомендуется наркоз, местная анестезия. При разрывах I и II степени необходим ассистент-врач. В качестве лигатурного материала лучше применять кетгут, особенно для наложения несъемных глубоких швов. Для поверхностных швов можно пользоваться стерильным шелком. Перед наложением швов следует острыми ножницами обрезать оборванные и разможенные края и хорошенько разобраться в механизме разрыва. Накладывать швы надо таким образом, чтобы после зашивания получились нормальные анатомические отношения. Лучше семь раз примерить и один раз зашить.

4. Зашивание разрывов I и II степени

На верхний угол раны, который обычно находится во влагалище, немного в стороне от средней линии, накладывают шов, захватывают его артериальным

зажимом и передают помощнику. Затем 'кладут два зажима на края раны как раз в углу, на место перехода разрыва слизистой оболочки влагалища на кожу промежности. С помощью этих двух зажимов хорошо ориентироваться в топографии разрыва (рис. 333). Растянув рану, можно убедиться, что снаружи она имеет форму ромба, в глубь ткани рана идет в форме клина. Осушив, насколько возможно, марлевым тупфером рану, накладывают несколько глубоких швов из кетгута, которые не должны захватывать ни слизистой оболочки, ни кожи. Когда наложены глубокие швы, рана больше не зияет, разрыв представляется уже в виде двух линейных ран, переходящих одна в другую: одна идет вдоль по длине влагалища, другая — от *comissura posterior* кзади в направлении к анальному отверстию. Теперь натягивают верхний угловой шов во влагалище и сближают оба зажима, лежащие на краях раны, затем края раны слизистой оболочки влагалища соединяют узловыми швами, идут сверху вниз к *comissura posterior*. Влагалищные швы, кроме последнего, лежащего на уздечке, коротко обрезают. Захватывают артериальным зажимом необрезанный шов, лежащий на уздечке, и передают его помощнику. К этому времени должны быть сняты зажимы, фиксировавшие края раны. Затем накладывают шов на самый нижний угол промежностной раны. Этот шов не обрезают. Растянув оба шва, верхний и нижний, накладывают швы на кожную рану (вместо швов можно наложить скобки Мишеля). Такой способ наложения швов позволяет и начинающему ориентироваться в сложной на вид ситуации.

5.Зашивание разрыва III степени

Зашивание разрыва III степени — более ответственная операция, представляющая значительные трудности для начинающего врача. Первое условие успешного оперирования разрывов III степени — точная ориентировка в топографии разрыва. Необходимо уяснить размер разрыва слизистой оболочки кишки, а также начало и конец его, кроме того, ориентироваться в краях разорванного кишечного жома (*sphincter ani*) (рис. 337, 338).

Вся операция состоит из трех частей. Прежде всего надо наложить швы на мышечно-подслизистый слой прямой кишки; затем должен быть восстановлен сфинктер, и только после этого следует накладывать швы на промежность, как это было описано. При зашивании мышечно-подслизистого слоя кишки швы накладывают через всю толщу (вместе со слизистой оболочкой кишки) не рекомендуется, так как из просвета кишки через уколы вдоль по швам инфекция может проникнуть в глубь раны.

Послеоперационный уход при разрывах промежности I и II степени очень прост. Область промежности не обмывают, а все время держат в сухом виде (стерильные закладки—плюмассо).

Уход после операции зашивания разрывов III степени несколько сложнее, так как у больной не должно быть стула до 6-го дня после операции. Для этого в течение первых трех дней ей дают ежедневно 3 раза по 10 капель *t-rae orii simplicis*. На 6-й день оперированная получает касторовое масло. Как только наступит позыв на низ, рекомендуется сделать глицериновую клизму. Некоторые не применяют опия, а назначают вазелиновое масло внутрь сейчас же после

операции (по 1 чайной ложке 3 раза в день).

6. Ранения и повреждения влагалища

Влагалище может быть повреждено во время родов во всех частях: в нижней, средней и верхней.

Нижняя часть влагалища рвется одновременно с промежностью. Средняя часть влагалища, как менее фиксированная и более растяжимая, рвется редко. Причина, из-за которой эта часть может рваться во время родов, заключается или в анатомических особенностях стенки (рубцовые изменения, инфантилизм и пр.), или в акушерских операциях, которые производятся недостаточно умелой рукой (наложение щипцов, извлечение крючком, перфорация и др.).

Разрывы влагалища обычно идут продольно, реже — в поперечном направлении, иногда проникая довольно глубоко в паравагинальную клетчатку; в редких случаях они захватывают и кишечную стенку.

Симптоматология разрывов сводится исключительно к кровотечению.

Терапия заключается в наложении швов после обнажения раны с помощью влагалищных зеркал. Если нет помощников для обнажения и зашивания разрывов влагалища, можно раскрыть его двумя разведенными в сторону пальцами — указательным и средним — левой руки.

По мере зашивания раны в глубине влагалища пальцы, раздвигающие влагалище, постепенно извлекают наружу. Наложение швов иногда представляет значительные трудности.

Разрывы верхней части влагалища этиологически и по клинической картине следует относить к разрывам матки (разрывы нижнего маточного сегмента и влагалищного свода). На эти разрывы впервые обратил внимание русский акушер Гугенберг, который дал им название *colpo-rotaxis* (отрыв влагалища). Отрывы сводов могут возникать самопроизвольно (чаще) или насильственным образом. Особенно часто они возникают на почве запущенных поперечных положений. Терапия: оперативное вмешательство

7. Гематомы вульвы и влагалища

Гематомы вульвы представляют собой кровоизлияния в клетчатку этих органов на почве разрыва венозных сосудов. Встречаются редко (по Мошкову, один разрыв на 1913 родов).

Причиной является очень быстрое течение родов, сдавливание тканей головкой, наложение щипцов и пр.

Локализация гематом: они могут лежать выше или ниже леватора. Обычно гематома образуется после рождения плода, но она может наблюдаться и в периоде изгнания.

Клиническая картина довольно характерна. Очень быстро иногда на глазах, одна половина наружных половых органов отекает, принимая синюшную окраску. Больная вследствие напряжения тканей ощущает сильную боль. Кровотечение в подкожную клетчатку может быть иногда настолько сильным, что выступают довольно ярко симптомы общей анемии. В некоторых случаях “опухоль” вскрывается, и тогда наружу выливается большое количество жидкой, свернувшейся крови.

Терапия при гематомах вульвы и влагалища диктуется размерами кровоизлияния. Если опухоль небольших размеров, можно ограничиться выжидательной терапией — положить пузырь со льдом. Иногда такая гематома вскрывается самопроизвольно наружу.

Если отмечается склонность гематомы к увеличению и если при этом имеются явления сильной анемии, следует, сделав разрез, удалить все сгустки и наложить лигатуры на кровоточащие сосуды. При нагноении гематом показано срочное вскрытие абсцесса.

8. Разрыв шейки матки

Края зева матки ко времени прохождения головки плода сильно истончены, а поэтому нередко рвутся. Разрывы обычно происходят по бокам шейки, чаще слева, чем справа. Вообще надрывы чаще отмечаются на той стороне, где при сгибательном типе лежат теменные бугры и затылочный, а при разгибательном — лобные.

Эти надрывы шейки матки обычно ограничиваются только областью влагалищной части, не заходя выше на своды и не вызывая заметного кровотечения. Но иногда они могут перейти в более глубокие, осложненные разрывы. Особенно часто причинами такого перехода являются:

- 1) оперативные роды—щипцы, поворот на ножку, ручное пособие при тазовых предлежаниях, плодоразрушающие операции;
- 2) наличие у женщин трудных оперативных родов в анамнезе;
- 3) разгибательные предлежания (лобное, лицевое), когда окружность проходящей головки значительно больше обычной окружности при сгибательном типе (затылочное предлежание);
- 4) очень быстрые роды, когда зев матки не имеет достаточно времени для постепенного расширения;
- 5) ригидность шейки (особенно у пожилых и старых первородящих) ;
- 6) длительные роды;
- 7) быстрые роды;
- 8) преждевременное отхождение вод;
- 9) роды крупным плодом;
- 10) Предлежание плаценты, когда шейка представляет настоящую кавернозную ткань, легко рвущуюся и сильно кровоточащую.

Разрывы на почве указанных причин могут доходить до влагалищных сводов и даже переходить на них или подняться по цервикальному каналу кверху до внутреннего зева матки. И в том, и в другом случае, т. е. при переходе на своды или до внутреннего маточного зева, разрыв может захватить параметрий и даже брюшину.

Симптоматология. Единственным признаком происшедшего разрыва шейки матки является кровотечение. Иногда, впрочем, большие разрывы шейки могут протекать без всяких симптомов и только потом сказаться инфекцией параметрия, цервикального канала, а в дальнейшем повести к абортам и пр. Если же при хорошо сократившейся матке и отсутствии наружных повреждений кровь выделяется непрерывно струей или в виде большого количества кровяных сгустков, следует думать о возможности разрыва шейки. Чтобы окончательно

убедиться в этом, надо приступить к осмотру влагалища и шейки матки с помощью широких зеркал. Осмотру в зеркалах подлежат все родильницы.

Зашивание разрывов шейки. Техника зашивания больших трудностей не представляет даже для начинающего врача.

До начала операции надо удалить плаценту. Положив женщину на операционный стол, обнажают влагалищную часть широкими длинными зеркалами и осторожно захватывают пулевыми щипцами переднюю и заднюю маточную губу, после чего приступают к восстановлению шейки матки.

Восстановление шейки матки после родов производится следующим образом.

Отдельные кетгутовые швы накладывают от верхнего края разрыва по направлению к наружному зеву, причем первую лигатуру (провизорную) — несколько выше места разрыва. Это дает возможность врачу без труда, не травмируя и без того поврежденную шейку матки, низводить ее, когда это требуется. В ряде случаев провизорная лигатура позволяет избежать наложения пулевых щипцов. Чтобы края разорванной шейки при зашивании правильно прилегали друг к другу, вкол иглы надо делать непосредственно у края, а выкол — на 0,5 см отступя от него. Переходя на противоположный край разрыва, иглу вкалывают на 0,5 см отступя от него, а выкалывают непосредственно у края. Швы при таком наложении не могут прорезываться, так как прокладкой служит толщина шейки. После сращения линия швов представляет собой тонкий, ровный, почти незаметный рубец.

9. Разрывы матки

Нарушение целостности маточной ткани, возникающее в родах, встречается в виде настоящих разрывов (*ruptura uteri*) или в виде раздавливания и размозжения тканей (*usura uteri*) с последующим некрозом, что обычно ведет к образованию фистул.

Наиболее частая локализация разрывов матки — нижний маточный сегмент (перешеек матки). Реже разрывы наблюдаются в области сводов. Разрывы в дне и теле матки обычно приходится наблюдать по рубцу после кесарева сечения или после перфорации при абортах.

При поперечных положениях плода может произойти, отрыв матки от сводов, так называемый кольпопорексис (*colpororexis*). Отрыв сводов обычно происходит около шейки матки (здесь наиболее тонкая стенка). По данным Е. Е. Матвеевой, отрыв матки от сводов наблюдается в 10,8% случаев разрыва матки.

Размеры разрывов матки не всегда одинаковы. Различают два вида разрывов: полный и неполный.

Полный разрыв (*ruptura uteri completa*) : разрывается вся стенка матки вместе с покрывающей ее серозной оболочкой. Подобные разрывы обычно встречаются в тех местах, где серозный покров матки крепко спаян с подлежащей стенкой матки. По данным О. В. Макеевой, такие разрывы встречаются в 90% всех случаев этой патологии.

Неполный разрыв (*ruptura uteri incompleta*) встречается в 10% случаев (О. В. Макеева), травмирована одна лишь мышечная стенка матки без нарушения целостности покрывающей ее брюшины. Такие разрывы обычно встречаются в тех

местах, где брюшина рыхло прикреплена к стенке матки такой же рыхлой клетчаткой. Происходящее при этом кровоизлияние (гематома) локализуется между серозной оболочкой и клетчаткой, приподнимая брюшину иногда на довольно большом пространстве.

Частота разрывов матки. В конце XIX века разрывы встречались в 0,1% случаев (Н. З. Иванов). За последнее время этот процент снижается, но все же не в такой степени, которая могла бы удовлетворить акушеров. То же отмечают и некоторые зарубежные авторы. В. В. Малявинский (1933) сообщал, что разрывы матки составляют 0,05% к числу родов. О. В. Макеева (1945—1953) приводит более низкую цифру— 0,034%, Б. Л. Васин (1969) —0,02—0,03%, отмечая при этом, что за указанные годы снижения процента разрывов матки не замечается.

Разрывы матки обычно встречаются во время родов. При беременности они бывают значительно реже (по Л. С. Персианинову, в 9,1% по отношению ко всем разрывам).

10. Этиология и патогенез разрывов матки

Матка, как мы знаем, состоит из двух частей: верхней полый маточной мышцы и перешейка (в родах — нижний сегмент матки).

Полый маточный мускул в периоде раскрытия самостоятельно, а в периоде изгнания совместно с мышцами брюшной стенки является главным мотором родового акта. Нижний сегмент матки к концу периода раскрытия и во время периода изгнания представляет собой как бы продолжение влагалищной трубки: настолько он бывает расширен и истончен. Вместе с влагалищем этот сегмент образует так называемый проходной канал, или проходную трубку. Возможность наиболее полно осуществить свою функцию полая маточная мышца получает благодаря “сухо- жильным” образованиям, которыми она прикреплена к тазу, как бы закорена в малом тазу. Первое, центральное “сухожилие” полый мышцы — это нижний маточный сегмент с шейкой, продолжение его — верхний отдел влагалища и его своды. Другие “сухожилия” составляют шесть маточных связок с вкрапленными в них гладкими мышечными волокнами: спереди— обе круглые. связки, сзади — крестцово-маточные связки, а по бокам — широкие связки (собственно *ligamenta cardinalia*). Своеобразное расположение этих “сухожилий” — короткие и низко сидящие — сзади, длинные, слабые и высоко сидящие — спереди — позволяет полый мышце не только сократиться, но и “становиться” на дыбы, т. е. переходить из состояния наклона вперед в вертикальное положение. Как и всякая другая мышца, полый маточный мускул, сокращаясь, делается короче и толще. Граница между сокращающейся мышцей матки и растянутым нижним сегментом представляется в виде выраженного вала или обрыва. Этот обрыв перехват или вал принято называть контра к ц ионным кольцом. Правильнее его называть пограничным кольцом.

Когда зев матки раскрыт на 2 см, пограничное кольцо при наружном обследовании обычно выражено неясно, но в дальнейшем периоде раскрытия начинает отчетливо выступать в виде борозды, поперечно расположенной над лоном; борозда (валик) является границей сокращающегося полого мускула и растягивающегося (также активно) нижнего маточного сегмента. П. В. Занченко

указывал, что борозду можно определить уже в конце беременности (на 1—IV пальца выше лона).

Унтербергер предложил по высоте расположения пограничного кольца определять открытие зева матки. Каждому поднятию пограничного кольца на 1 см выше лона примерно соответствует, по Унтербергеру, такое же открытие маточного зева. При открытии зева на 4 см пограничное кольцо стоит выше лона на 2 поперечных пальца и т. д. При полном открытии пограничное кольцо стоит на 8 см выше лона.

Приемом Унтербергера можно пользоваться только при опорожненном мочевом пузыре, при отсутствии ожирения, отеков. Технически этот прием состоит в периодическом ощупывании матки по *linea alba* между пупком и лоном. Пальпацию лучше начинать перед схваткой и продолжать на протяжении всего сокращения матки и во время паузы. Прием Унтербергера имеет только ориентировочное значение.

Чем сильнее сокращается полая мышца, тем больше натягивается кверху нижний маточный сегмент, тем выше кверху будет подниматься и граница— обрыв, *т. е.* пограничное кольцо. Чем выше над лобком и ближе к пупку будет подниматься кольцо, тем сильнее сокращается полая мышца, тем больше растягивается нижний маточный сегмент. Поднимаясь к пупку и выше, пограничное кольцо принимает вместо поперечного косо направление. Область нижнего сегмента напряжена (как доска) и чрезвычайно болезненна. В отличие от пограничного кольца (при нормальных родах) кольцо при таких условиях следует называть ретракционным (кольцо перерастяжения). Таким образом, ретракционное кольцо— это пограничное кольцо, стоящее высоко, около пупка, и имеющее вместо поперечного косо направление.

Появление ретракционного кольца—сигнальный симптом угрожающего разрыва матки

Как и всякая другая ткань, проходной канал (влагалище и нижний маточный сегмент) имеет конечный предел растяжимости. Если растяжение вследствие сильного сокращения полой мышцы перейдет определенную границу, проходная трубка должна в том или ином участке разорваться. Если у женщины узкий таз, то нижний сегмент ущемится между головкой и тазом; в силу сокращения полой мышцы нижний сегмент сильно растянется, произойдет разрыв. Если же, как это бывает при поперечных запущенных положениях, нижний сегмент не ущемляется, а растягивается влагалищная трубка, то при сильном сокращении полой мышцы рвется эта трубка.

Принято различать самопроизвольные разрывы— без всякого внешнего воздействия и насильственные разрывы.

Самопроизвольный разрыв (*ruptura uteri spontanea*) обычно бывает в тех случаях, когда матка встречается с непреодолимыми для нее препятствиями (узкий таз, водянка детской головки, неблагоприятные вставления и предлежания головки, как лицмановское вставление, лобное предлежание, особенно с обращенной кзади переносицей, лицевое предлежание с подбородком кзади, запущенное поперечное положение и пр.). Этот разрыв встречается чаще.

Насильственный разрыв (*ruptura uteri violenta*) происходит в результате оперативного вмешательства, когда врач, невзирая на сильное растяжение нижнего маточного сегмента, вводит руку в матку для выполнения той или другой операции (чаще — для поворота или наложения щипцов). Число таких разрывов заметно продолжает уменьшаться (повышение квалификации врачей и акушеров, уменьшение числа рискованных акушерских операций и пр.).

Механизм разрывов матки при родах был описан Бандлем (1875). Причиной возникновения разрывов он считал чисто механические препятствия для родоразрешения (типичный, “классический”, “бандлевский” разрыв).

Иначе объяснял происхождение разрывов матки в свое время Я. В. Вербов (1911). В настоящее время, не отрицая значения механического фактора в этиологии и патогенезе разрывов матки, акушеры считают основной причиной разрыва не механические моменты, а те или иные патологические изменения маточной стенки. Здоровая полноценная мышечная ткань матки самостоятельно не должна рваться. Она рвется (“расползается”) в результате заболеваний или бывшего вмешательства (гипоплазия, воспалительные и дистрофические процессы, фиброматоз, рубцы после перфораций матки при аборте и пр.). Отсюда понятно, почему самопроизвольные разрывы матки чаще наблюдаются у многородящих. Особенно угрожает такой разрыв рожаящим 5—6 раз при легкой или умеренной степени сужения таза. У первородящих, даже пожилых, самопроизвольные разрывы матки при родах встречаются редко. В свое время Н. З. Иванов утверждал, что самопроизвольных разрывов у первородящих с узким тазом никогда не бывает. По данным Е. Е. Матвеевой (1961), первобеременные с разрывом матки составляли около 2%.

11. Симптоматология угрожающего разрыва

Всякий разрыв матки представляет собой катастрофу как для матери, так и для плода. Предупредить угрожающий разрыв матки— задача первостепенной важности, большая, чем лечение уже совершившегося разрыва. Ввиду этого чрезвычайно важно вовремя распознать угрожающий разрыв матки.

При угрожающем разрыве больная возбуждена, беспрестанно жалуется на боль, которая не прекращается и в промежутках между схватками (судорожные схватки). Как только начинается схватка, роженица с ужасом на лице хватается руками за живот, стараясь поддержать его. Характерно поддерживание руками нижней части живота. Бурные схватки становятся все более частыми, паузы между ними более короткими. Одновременно температура повышается, пульс ускоряется. Необходимо подчеркнуть, что судорожные схватки, как правило, будут слабыми схватками. Слабые, дискоординированные схватки особенно объективно выявляются многоканальной гистерографией. Родовая деятельность длится долго, сильно и безрезультатно (Штеккель).

При осмотре живота надо обратить особое внимание на следующие симптомы. Матка поднимается очень высоко, до реберной дуги, заходя иногда и за последнюю. Она принимает форму песочных часов. Ретракционное кольцо выступает через брюшные стенки в виде борозды, которая идет обычно в косом направлении вблизи или даже выше пупка. Чем выше стоит ретракционное

кольцо, тем отчетливее выступает растяжение нижнего сегмента матки. Вначале видно, как одновременно со схватками кольцо то поднимается, то опускается. Наконец, оно останавливается на высшем пункте и больше не опускается. Это будет пункт максимального растяжения маточного сегмента. Разрыв может наступить немедленно. Одновременно удается заметить резко напряженные, в виде тяжей, болезненные круглые маточные связки. Горизонтальная линия, соединяющая место отхождения обеих круглых связок, не должна заходить за горизонтальную линию, проведенную через пупок. Если первая стоит выше, то это будет свидетельствовать об угрожающем разрыве матки.

При пальпации книзу от пупка отмечается сильная болезненность, причем в промежутках между схватками отчетливо прощупываются части плода. На границе между нижним сегментом и телом матки ощущается в виде жгута ретракционное кольцо, а дно матки представляет собой как бы плотную опухоль, через которую совершенно нельзя прощупать части плода.

Сердцебиение плода или совсем не прослушивается, или имеются признаки асфиксии.

Внутреннее исследование может также дать некоторые опорные пункты для распознавания, но во избежание разрыва должно проводиться сугубо осторожно. Не разрешаются при внутреннем исследовании никакие смещения частей плода. Если предлежащая часть стоит плотно во входе в таз, обычно имеется сильно выраженная родовая опухоль. При поперечных положениях выпавшая ручка резко отечна и цианотична. В случае ущемления шейки матки между предлежащей частью и тазовой костью прощупываются края маточного зева в виде утолщенных опухолей. При поперечных положениях, когда не бывает ущемления шейки, края маточного зева уходят далеко вверх и даже совсем не определяются, зато напряжена и очень чувствительна влагалищная стенка.

Распознавание описанной типичной картины угрожающего разрыва матки не представляет больших затруднений. Об этом писал еще Шаута: “В настоящее время — подчеркивал он в своем руководстве,— можно утверждать, что при тщательном наблюдении и правильной оценке вещей почти всегда можно избежать разрыва”. Много позже В. С. Груздев, как бы перекликаясь с Шаута, говорил, “Установить, что роженице в недалеком будущем грозит разрыв матки, не так уж трудно”. Несмотря на эти авторитетные высказывания, следует сделать оговорку, и прежде всего в том, что типичная симптоматика при угрожающем разрыве матки встречается далеко не так часто (12—15%). Чаще клиническая картина намечающегося разрыва протекает при стертых симптомах, разрыв подкрадывается “неожиданно”, “коварно” (Н. З. Иванов). Это и дало повод говорить и писать о так называемых бессимптомных разрывах матки. В действительности же таких разрывов, может, за редчайшим исключением, не бывает. В клинической картине угрожающего разрыва признаки его всегда имеются, возможно, неясные, затушеванные, стерты — микросимптомы, но все же имеются. Акушер должен знать их, всегда помнить о них, чтобы предусмотреть и предупредить надвигающуюся опасность разрыва стенки матки.

Немало ошибок в диагностике возникает из-за того, что врач не учитывает

симптомы атипично развивающегося разрыва матки. Чтобы избежать таких ошибок, надо:

а) подробно и тщательно собирать и надлежаще истолковывать анамнез (общий и акушерский) у роженицы. Особенно тщательно следует вести расспрос у рожениц с отягощенным акушерским анамнезом;

б) брать на учет и вести сугубо тщательное наблюдение в родах за многорожавшими роженицами (5—6-е роды) с умеренной степенью сужения таза;

в) своевременно отмечать и учитывать неправильность (аритмию) родовой деятельности (слабость схваток, частые, но короткие, с нарастающей болезненностью схватки — потуги);

г) следить за состоянием пограничного кольца (появление ретракционного кольца—высоко и косо стоящее пограничное кольцо);

д) следить за состоянием нижнего сегмента матки (болезненность), круглых связок (напряжение);

е) учитывать, как серьезный клинический симптом появление кровянистых (умеренных) выделений из матки— симптом начавшегося разрыва;

ж) сосредоточить внимание на общем состоянии роженицы; страдальческий вид, непрерывные, непрекращающиеся стоны и жалобы на боль (вне схваток), роженица производит впечатление тяжело раненного человека;

з) наконец, следить за состоянием мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание).

В дальнейшем ко всему сказанному, при нарастании явлений (некоторые в таких случаях говорят о начавшемся разрыве — начавшееся расползание тканей матки), присоединяются судорожные схватки (*tetanus uteri*), в основном слабые и неэффективные, болезненность живота, иногда выделение мочи с кровью и, наконец, прогрессирующая асфиксия плода, приводящая к его смерти (особенно симптоматична при этих условиях внезапная смерть плода).

12. Симптоматология совершившегося разрыва

Самопроизвольный разрыв матки обычно наблюдается в момент схватки или при перемене роженицей положения. Насильственный разрыв происходит, как правило, во время оперативного вмешательства или во время исследования.

В момент разрыва роженица ощущает резкую боль в животе. Одним из самых характерных признаков происшедшего разрыва является полное прекращение схваток. При фиксированной головке — это надо иметь в виду — схватки могут продолжаться.

Вслед за разрывом начинается перитонеальный шок, который проявляется внезапно наступившей и нарастающей бледностью, обмороком, тошнотой, рвотой, холодным липким потом, падением сердечной деятельности и пр. Черты лица заостряются, глаза вваливаются в орбиты, лицо делается мертвенно бледным. Пульс нитевидный, мягкий, частый. При пальпации плод лежит непосредственно под брюшными стенками, рядом с ним прощупывается сдвинутое в сторону тело матки. По соседству с маткой определяется нарастающая подбрюшинная гематома.

Что касается наружного кровотечения, то оно иногда бывает довольно

сильным, а иногда может и совсем отсутствовать. Сердцебиение плода обычно не прослушивается.

При внутреннем исследовании обнаруживается, что подлежащая часть исчезла (плод в брюшной полости), иногда просто отошла, сделалась подвижной (плод в матке).

В отдельных случаях исследующий палец обнаруживает место разрыва. При неполном разрыве (*ruptura uteri incompleta*) симптомы не так выражены, как при полном (*ruptura uteri completa*).

Точно так же не всегда бывают выражены симптомы при разрывах во время беременности, происходящие вследствие анатомических изменений маточной мышцы. Диагноз в таких случаях может быть затруднительным, необходим самый тщательный осмотр больной. Кровотечение; болезненность в определенном месте, явления перитонеального раздражения и образование гематомы на одной стороне матки должны насторожить врача.

13. Терапия угрожающего разрыва

Выше было указано, что умение распознать и предупредить угрожающий разрыв важнее умения лечить уже совершившийся. Чтобы своевременно распознать угрожающий разрыв, необходимо тщательно обследовать роженицу, внимательно наблюдать за течением родов, словом, ориентироваться во всех деталях каждого данного случая. При ведении родов врач должен прежде всего уяснить себе размеры таза и положение плода, а затем в дальнейшем строго следить за возможными переменами. Кто проглядел узкий таз, поперечное положение, головную водянку и пр., для того разрыв матки, происшедший вследствие указанных осложнений, будет, конечно, полной неожиданностью. Это касается самопроизвольных разрывов. В равной мере все сказанное относится и к насильственным разрывам. Только в тех случаях, когда врач умеет правильно определить показания и противопоказания к операции, есть гарантия предупредить разрыв матки. Кто берется за поворот на ножку при запущенном поперечном положении, тот рискует разрывом матки, за что он будет нести ответственность.

Как только появятся описанные выше признаки угрожающего разрыва матки, врач обязан немедленно приступить к родоразрешению, так как всякое промедление в этом отношении может стоить жизни матери.

С плодом считаться не приходится; в большинстве случаев он бывает мертв или в состоянии тяжелой асфиксии.

В отношении способов родоразрешения в первую очередь надо подчеркнуть, что при наличии угрожающего разрыва абсолютно противопоказаны поворот и наложение щипцов (будут способствовать разрыву). При угрожающем разрыве врач должен прежде всего осторожно произвести внутреннее исследование. При подтверждении намечающегося разрыва роженице дается наркоз и при головном предлежании делается перфорация, а при поперечном положении—эмбриотомия.

При соответствующих условиях и наличии необходимой обстановки следует ставить вопрос о родоразрешении кесаревым сечением.

Л. С. Персианинов до перевода роженицы в операционную рекомендует при

подготовке к операции сейчас же применять ингаляционный наркоз, учитывая возможность перехода угрожающего разрыва в совершившийся. Применяемый с такой же целью морфин является менее обоснованным мероприятием (может затемнять картину совершившегося разрыва).

Транспортировать женщину с угрожающим разрывом матки из одного лечебного учреждения в другое крайне опасно, а поэтому недопустимо.

14. Терапия совершившегося разрыва

Терапия совершившегося разрыва матки сводится к чревосечению, в одних случаях—с последующей надвлагалищной ампутацией или экстирпацией матки, в других — с ушиванием ее разрыва. Вопрос о характере оперативного вмешательства решается в зависимости от особенностей самого разрыва (местоположение, величина) и состояния роженицы. Оценивая состояние роженицы, врач должен учитывать, с одной стороны, наличие шока и кровотечения при разрыве матки, с другой — опасность инфекции, которая проникает из маточной полости в брюшину (перитонит).

В. А. Покровский, Л. С. Персианинов и др. считают, что с позиций учения о шоке следует по возможности ограничиться более легкой операцией.

В. А. Покровский рекомендует оперировать консервативно, т. е. зашивать разрыв, в случаях: 1) разрыва по рубцу после кесарева сечения; 2) продольно идущего разрыва нижнего сегмента с переходом на тело матки; 3) неполного разрыва матки с подбрюшинным кровоизлиянием, когда после вскрытия брюшины и удаления сгустков ясно определяется место и величина разрыва матки.

Надвлагалищная ампутация матки показана главным образом при обширном поперечном разрыве в нижнем сегменте, экстирпация — при отрыве матки от сводов, а также в случаях явной инфекции.

Чревосечение при установленном разрыве матки должно быть произведено немедленно: по мере откладывания операции уменьшаются шансы для спасения жизни роженицы (по Клейн — Попову, в первые 2 часа после разрыва матки летальность среди оперированных составляет 29%, по истечении 2 часов—42%).

При установленном разрыве матки необходимо приступить к противошоковой терапии.

Эфирный наркоз (маска) при наличии шока и коллапса является опасным. В настоящее время благоприятной формой анестезии при шоке считают интубационный наркоз с миорелаксантами.

Несколько слов об удалении плода перед чревосечением в тех случаях, когда он еще лежит в полости матки. Вопрос решается по-разному. Одни (В. А. Покровский и др.) настаивают во всех случаях диагностированного разрыва матки на немедленном чревосечении, без предварительного влагалищного родоразрешения (удаления плода), другие (И. А. Брауде, И. И. Яковлев), допускают возможность предварительного (до чревосечения) удаления плода в зависимости от того, где находится предлежащая часть. Если головка находится над входом в таз или стоит малым сегментом. во входе в малый таз, или, наконец, плод уже в брюшной полости, следует, не приступая предварительно к акушерской операции с целью удаления плода, сразу приступить к чревосечению.

Если же головка находится в полости малого таза, тем более в выходе его, сначала можно сделать плодоразрушающую операцию (краниотомию), а затем приступить к лапаротомии.

При совершившемся разрыве матки и возможности удалить плод *per vias naturales* показаны плодоразрушающие операции (перфорация, эмбриотомия). В таких случаях поворот и щипцы, как и при угрожающем разрыве, конечно, противопоказаны.

15. Техника операции

Брюшную полость вскрывают разрезом по средней линии. Если плод уже извлечен через естественные родовые пути, то ограничиваются разрезом от лобка до пупка. Если же плод находится в брюшной полости, то разрез должен быть более длинный и проводится за пупок. В этом случае сначала извлекают плод, а также послед, если он родился в брюшную полость.

Осматривают матку и устанавливают размеры и характер повреждения. Матку захватывают или рукой (обернув матку Полотенцем или марлевой салфеткой), или двумя зажимами Кохера, которые накладывают на верхний отдел широкой связки у места отхождения круглой связки, трубы и собственной связки яичника. Операционное поле отгораживают большими марлевыми салфетками или полотенцем.

16. Техника зашивания разрыва матки

Перед зашиванием разрыва иссекают скальпелем или куперовскими ножницами разможенные края раны и подравнивают их или иссекают остатки старого рубца на матке. Это необходимо для того, чтобы хирургически правильно соединить края раны в маточной стенке во всю ее толщину и обеспечить хорошее заживление.

При неполном разрыве матки, если под ее брюшным покровом имеется гематома, надо сначала рассечь брюшину, удалить жидкую кровь и сгустки и наложить лигатуры на поврежденные сосуды или обколоть диффузно кровоточащие участки ткани. Наложить швы на рану можно после полного гемостаза. Иногда трудно провести надежный гемостаз, особенно если разрыв расположен по ребру матки и вызвал образование гематомы в параметрии. В таких случаях приходится идти на перевязку подчревной или маточной артерии у места ее отхождения от подчревной.

Рану зашивают отдельными кетгутовыми лигатурами в два этажа. Перитонизацию производят обычно с помощью непрерывного кетгутового шва, наложенного наподобие лембертовского шва и: захватывающего вместе с брюшинным покровом матки и подлежащую мышечную ткань. В отдельных случаях для перитонизации можно использовать круглую связку (если разрыв произошел вблизи места ее отхождения) и брюшину, покрывающую мочевой пузырь (если разрыв располагается на передней стенке матки вблизи пузырно-маточной складки брюшины).

17. Техника надвлагалищной ампутации матки

Захватывают и осматривают матку, затем отводят ее в сторону, после чего накладывают два зажима — один на круглую связку, второй — на собственную

связку яичника и маточную трубу. Для предотвращения обратного венозного кровотока накладывают контрклепмы. Верхний отдел широкой связки рассекают между наложенными зажимами, зажимы заменяют лигатурами, матку отводят в противоположную сторону и здесь проделывают то же самое, что и в предыдущем моменте операции.

Если необходимо удалить не только матку, но и придатки, зажим накладывают не на собственную связку яичника и трубу, а на воронко-тазовую связку. Затем оттягивают матку кзади, рассекают пузырно-маточную складку, мочевой пузырь отделяют от шейки матки и разрез брюшины продолжают в обе стороны (до перевязанных круглых связок).

Оттягивая матку в сторону, накладывают, перпендикулярно к ее ребру, на маточные сосуды зажим и контрклепму, сосуды перерезают и накладывают лигатуру. То же проделывают и на другой стороне.

На уровне внутреннего зева матку отсекают от шейки. На культю шейки накладывают 3—4 сквозных кетгутовых шва, которые соединяют переднюю и заднюю стенки шейки матки. Затем приступают к перитонизации.

Перитонизацию производят непрерывным кетгутовым швом. Сначала прокалывают иглой заднюю стенку культи шейки матки, а затем соответствующий край брюшины пузырно-маточной складки. Шов завязывают, накладывают еще 2—3 таких же шва (предварительно обрезав концы лигатур, наложенных на культю шейки): культя шейки оказывается покрытой брюшиной, как чепцом.

Затем той же лигатурой продолжают перитонизацию культей круглой связки и придатков. Накладывают кисетный шов, начиная от правого угла культи и последовательно подхватывая край заднего листка широкой связки культи, перевязанной собственной связкой яичника и трубы, культю круглой маточной связки и край брюшины пузырно-маточной складки в том месте, где она не была пришита к задней стенке культи шейки матки.

После затягивания кисетного шва культи шейки и придатков оказываются погруженными в клетчатку.

То же проделывают и на другой стороне. Чтобы создать более надежную защиту от проникновения инфекции из-под брюшинной клетчатки в брюшную полость, И. Л. Брауде рекомендует производить так называемую двойную перитонизацию). Накладывают тонкий непрерывный кетгутовый шов (пользуясь кишечной иглой) поверх первого непрерывного шва, захватывая складки брюшины впереди и позади его.

18. Техника экстирпации матки

Операция начинается так же, как и надвлагалищная ампутация матки. Последовательно с той и с другой стороны перевязывают и перерезают круглую маточную связку и собственную связку яичника вместе с трубой. Рассекают пузырно-маточную складку брюшины и разрез ее доводят до круглой связки на каждой стороне матки.

Мочевой пузырь отделяют от шейки на большем протяжении, чем при надвлагалищной ампутации матки, т. е. до самого влагалища. Маточные сосуды

захватывают на каждой стороне двумя зажимами Кохера: один зажим накладывают на расстоянии 1—1,5 см от ребра матки, а другой — у самого ребра в качестве контрклема. Между обоими зажимами сосуды перерезают. Первый зажим, нижний, заменяют кетгутовой лигатурой, второй остается на матке. На основании параметриев ближе к ребру матки (во избежание повреждения мочеочника) накладывают зажимы Кохера, после чего клетчатку у самого ребра матки перерезают.

Матку оттягивают, перевязывают и перерезают маточно-крестцовые связки и между ними надсекают задний листок брюшины.

Затем вскрывают влагалищный свод у места его прикрепления к шейке (можно вскрыть спереди, сзади или сбоку).

Вскрытие производят с помощью изогнутых (куперовских) ножниц, держа их перпендикулярно к стенке влагалища. В отверстие, сделанное в стенке влагалища, вводят на корнцанге полоску марли, чтобы осушить влагалище. Марлевую полоску проталкивают корнцангом поглубже к входу влагалища и оставляют ее там до окончания операции.

Через разрез во влагалище смазывают йодной настойкой шейку матки и влагалищные своды.

Затем разрез увеличивают ножницами в обе стороны и через него захватывают щипцами Мюзо переднюю или заднюю губу маточного зева. Потягивая за щипцы, отсекают изогнутыми ножницами шейку матки от влагалищных сводов и удаляют матку. Край разрезом влагалища помощник захватывает в это время зажимами.

В случае необходимости дренировать подбрюшинные пространства после удаления матки И. Л. Брауде рекомендует “безтампонное” дренирование. Делается это так. Переднюю стенку влагалища сшивают с брюшиной пузырно-маточной складки 1—2 лигатурами. Точно таким же образом сшивают заднюю стенку влагалища с брюшиной позади маточного пространства. С боков влагалище остается незашитым. Таким образом, боковые подбрюшинные пространства, оставшиеся после удаления матки, непосредственно сообщаются с просветом влагалища, что обеспечивает отток во влагалище оставшейся в них крови и образующегося воспалительного экссудата.

Перитонизация производится обычным способом, т. е. соединяют непрерывным кетгутовым швом передний и задний листки брюшины (посередине, где каждый из них уже соединен лигатурой со стенкой влагалища, брюшину сшивают поверх них). Далее, начиная от культы круглых связок, накладывают на каждой стороне кисетный шов, прокалывая 1—2 раза иглой задний листок широкой связки.

При экстирпации, выполняемой по поводу разрыва матки в родах, может возникнуть ряд затруднений. Так, при боковых разрывах матки может разорваться маточная артерия или одна из ее ветвей. Разорванный сосуд, сокращаясь, уходит в глубину рыхлой клетчатки; в клетчатке образуется гематома, которая может достигнуть больших размеров. Отыскать в этих условиях маточную артерию нелегко, еще труднее найти и перевязать мелкую ветку маточного сосуда. Во

время операции в связи с падением артериального давления у обескровленной больной такой поврежденный сосуд может и не кровоточить; но после операции, если сосуд остается неперевязанным, кровотечение может возобновиться и повести к гибели больной.

В подобных случаях рекомендуется поступить так: разрезать брюшину над гематомой, удалить сгустки крови, затем раздвинуть оба листка широкой связки, как при радикальной операции по поводу рака шейки матки; отыскать и перевязать подчревную или маточную артерию у места отхождения ее от подчревной.

При наличии большой подбрюшинной гематомы можно отыскать и перевязать подчревную артерию следующим образом: перевязав воронко-тазовую связку (пожертвовав придатками этой стороны), рассечь брюшину широкой связки (за ее культю) до места деления *art. iliaca communis* на *art. iliaca externa* и *art. hypogastrica*. Это дает возможность проследить ход последней до отхождения от нее маточной артерии.

При диффузном кровотечении из околоматочной клетчатки для гемостаза поступают так: жертвуют придатками этой стороны, перевязывают и перерезают воронко-тазовую связку, а затем круглую связку, несколько отступя от матки, как при операции Вертгейма, разрезают передний листок брюшины, начиная от культи воронко-тазовой связки до культи круглой связки и немного дальше по направлению к мочевому пузырю; удаляют из параметриев сгустки крови и пальцами широко раздвигают оба листка широкой связки; на заднем листке широкой связки отыскивают мочеточник, выделяют его до места впадения в мочевой пузырь и отводят крючком в сторону, что позволяет, не рискуя его повредить, клеммами захватить кровоточащую клетчатку и добиться полного гемостаза. Маточную артерию обязательно перевязывают.

Наконец, следует указать, что если разрыв матки происходит в поперечном направлении вдоль ретракционного кольца, то передняя стенка шейки матки вместе с мочевым пузырем может оказаться оторванной от тела матки. В подобных случаях необходимо удалить лоскут оторвавшейся шейки матки. Оторванный конец шейки захватывают щипцами Мюзо и, потягивая за них, отсепаровывают мочевой пузырь от шейки матки; затем остаток передней стенки отсекают от влагалищного свода.

После экстирпации матки и удаления из брюшной полости жидкой крови и сгустков необходимо тщательно проверить состояние соседних органов, так как при разрывах матки, особенно насильственных, они нередко бывают повреждены (мочевой пузырь, кишечник).

Указание на повреждение мочевого пузыря можно получить еще до операции с помощью катетеризации его (кровь в моче).

Следует учитывать, что тяжелые радикальные операции при разрывах матки, даже при наличии антибиотиков, не дают значительного снижения летальных исходов (ушивание разрыва в таких случаях больные переносят лучше, чем радикальные операции).

Прогноз для плода при разрывах хуже, чем для матери. Дети обычно

погибают еще до извлечения.

19. Профилактика разрывов матки

В предупреждении разрывов матки важное значение имеет хорошая организация родовспоможения. Большая и важная роль здесь принадлежит женским консультациям, сельским участковым больницам, фельдшерско-акушерским пунктам. Не менее важное значение имеют, конечно, и акушерские стационары. Своевременная диагностика патологии, могущей привести к разрыву, правильное ведение родов, выбор рациональных методов родоразрешения, раннее выявление признаков угрожающего разрыва матки и др.— все эти мероприятия, несомненно, способствуют уменьшению числа разрывов матки.

Исход разрывов матки для матери во многом зависит от работы учреждения, в котором произошел разрыв матки, от квалификации персонала и подготовленности его к оказанию срочной хирургической помощи.

Большое значение имеет время производства операции: 70% женщин были оперированы в первые 2 часа после разрыва матки и 30%—в течение 3—II часов. Если показатель летальности в первой группе женщин условно принять за 10, то во второй группе он будет равен 15 (Е. Е. Матвеева).

Сугубо большое и сосредоточенно предупредительное внимание необходимо проводить в отношении беременных при неполноценной матке в результате тяжелых воспалительных процессов или перенесенных операций (кесарево сечение, зашивание разрыва матки или перфорационного отверстия, энуклеация фиброматозных узлов и др.).

20.Список литературы

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Киселев СИ. и др. Лапаровагинальный доступ в хирургическом лечении опущения стенок влагалища, несостоятельности мышц тазового дна и недержания мочи при напряжении у женщин детородного возраста//Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки (международный конгресс). -2016. -С. 191-193.
2. Адамян Л.В., Аскольская СИ., Джабраилова С.Ш. и др. Лапароскопический, лапаротомический и влагалищный доступы коррекции несостоятельности мышц тазового дна и стрессового недержания мочи/В кн. Эндоскопия в гинекологии. -М., 2015. -С. 499-503.
3. Додонов А.Н., Трубина Т.Б., Трубин В.Б. Совершенствование технологии хирургического лечения пролапса гениталий у женщин разных возрастных групп//Мед. альманах. -2017. -№ 4. -С. 129-131.
4. Ящук А. Г. Медико-генетическое прогнозирование десценции тазового дна у женщин уральского региона//Казанский медицинский журнал. -2017. -№ 2. -С. 169-173.
5. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Попов А.А. Абдоминальные, лапароскопические и сочетанные методы хирургического лечения недержания мочи при напряжении/В. И. Краснопольский//Акушерство и гинекология. - 2015. -№ 5. -С. 12-15.

6. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Хирургическое лечение недержания мочи//Оперативная гинекология -хирургические энергии. -М.: Медицина, 2017. -С. 761-786.
7. Куликовский В.Ф., Радзинский В.Е., Шалаев О.Н. и др. Тазовый пролапс у женщин//Перинеология: Учеб. Пособие. -М.: РУДН, 2018. -360 с.
8. Лапаро-вагинальный доступ в хирургическом лечении опущения стенок влагалища, несостоятельности мышц тазового дна и недержания мочи при напряжении у женщин детородного возраста/Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, С.И. Киселев, Б.Е. Сашин//«Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки»: Тр. междунар. конгр. -М., 2017. -С. 191-193.
9. Назаров Л.У., Акопян Э.Б., Топлагалцян Ф.Б. и др. Реконструктивно-восстановительные и комбинированные операции у больных с повреждениями мышечных структур тазового дна и промежности//Вестник хирургии Армении. -2018. -№ 3. -С. 10-13.
10. Попов А. А. Современный подход к коррекции ректоцеле у гинекологических больных с пролапсом гениталий//Рос. вестн. акушера-гинеколога. -2019. -№ 2. -С. 38-40.
11. Тарабанова О.В., Григорова А.Н., Белохвостикова Е.В. Коррекция рецидивирующих форм пролапса гениталий у женщин//Журн. акушерства и женских болезней. -2016. -№ 5. -С. 4748.
12. Ультразвуковой диагностический алгоритм при стрессовой инконтиненции/В.И. Краснопольский, Л.И. Титченко, М.А. Чечнева и др.//Рос. вестн. акушерства и гинекологии. -2013. -№ 3. -С. 18-26.