

20. C. Lange. Zbl. f. Khk., 1939, Bd. 36, H. 13.
21. Ph. Levine, E. Katzin a. L. Bingham. J. Am. Med. Ass., 1941, V. 116, P. 825
22. J. Marie et A. Boutet. Zbl. f. Khk., 1939, Bd. 35, H. 15.
23. S. Polays. Am. J. dis. of Child., 1945, V. 69, № 2, P. 99.
24. E. L. Potter. Am. J. dis. of Child., 1944, V. 68, № 1, P. 32.
25. A. S. Wiener a. Peters. Ann. Int. Med., 1940, V. 13, P. 2306.
26. Wolff. Mntschr. f. Khk., 1944, Bd. 94, № 5—6, S. 325.

Поступила в июне 1957 г.

О РАЗРЫВАХ МАТКИ

Проф. Н. Е. СИДОРОВ

Из акушерско-гинекологической клиники (зав.— проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского государственного института усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина

Наши задачи в области родовспоможения сводятся к снижению материнской и детской смертности и заболеваемости. Мы подвергли анализу большой материал комиссии родовспоможения Министерства здравоохранения ТАССР по материнской смертности и выявили ряд фактов, имеющих интерес для повседневной практики акушеров и могущих, в известной мере, способствовать углублению и расширению их специальных знаний.

Наш анализ, прежде всего, показал, что за последнее время частой причиной летальных исходов в родах служат разрывы матки. По вполне понятным причинам, мы не могли пройти мимо столь грозного факта и подвергли тщательному изучению обстоятельства, способствовавшие учащению разрывов матки.

Разрывам матки способствовала в первую очередь недостаточно четкая организация элементов профилактической работы — учет беременных и особенно тех, у которых имелись те или иные отклонения в течении настоящей или прошлых беременностей, активного патронажа и своевременной госпитализации беременных и рожениц. Большинство рожениц с разрывами матки начинали родить на дому, поздно попадали под наблюдение акушерок и врачей и только при явной картине угрожающего или совершившегося разрыва направлялись в стационар. Разрывы матки, как правило, для акушерок или фельдшеров, а в некоторых случаях — и для врачей были неожиданным и непредвиденным событием, так как пострадавшие женщины не состояли на учете, не патронировались и, следовательно, были вне поля зрения акушерского персонала участка.

В ряде случаев разрывы матки являлись результатом недостаточности элементарных знаний у врачей и акушерок о ведении родов у рожениц с узкими тазами. Это проявлялось в том, что отдельные врачи были не в состоянии диагносцировать в родах угрожающие или уже совершившиеся разрывы матки, а при правильной диагностике надвигающегося или уже совершившегося разрыва матки, назначали неправильное лечение.

Среди причин, которые обусловливали разрывы матки, господствующими были механические препятствия, главным образом, на почве анатомически узкого таза и функционально узкого таза, вследствие большого плода при 4—5 родах.

Чем объяснить такое положение? Наиболее правдоподобным объяснением этого, по-видимому, нужно считать то, что ряд практических врачей допускают возможность разрыва матки только при наличии анатомического сужения таза, забывая о том, что и при совершенно нормальном в анатомическом отношении тазе может возникнуть угроза разрыва, если не будут учтены другие весьма важные факторы в родах, как-то: величина плода и его головки, способность последней к конфигурации и характер родовой деятельности.

Старое представление о патологии родов, в связи с недостаточностью костного кольца таза только с точки зрения анатомической, уже давно дополнено функционально-динамическими факторами, без знания которых каждый практический акушер может всегда стоять перед риском неприятных осложнений в родах — смерти плода и матери, мочеполовых свищей, разрывов матки, инфекции матери. Отсюда напрашивается естественный вывод, что в целях предупреждения родовой травмы и, в частности, разрывов матки, каждый практический акушер должен определять анатомическую и функциональную недостаточность таза для данных родов и обязательно выполнять это требование у каждой роженицы вне зависимости от течения предшествующих родов. Однако, почему-то до сего времени это требование не вошло в обязательный минимум акушерского обследования рожениц. Если анатомические

размеры таза определяются обязательно у каждой роженицы, то функциональная узость его не всегда и не всеми врачами выявляется в процессе каждого родов. Мы считаем, что определение функциональной полноценности таза с записью данных в историю родов должно быть указано в качестве обязательного требования при исследовании каждой перво- и повторнородящей женщины.

Анализ причин разрывов матки далее показал, что отдельные врачи при оказании акушерской помощи часто недоучитывают наличие необходимых условий для выполнения избранных ими акушерских операций. Так, у ряда врачей мы отметили довольно смутные представления об условиях операции акушерского поворота. Казалось бы, чего проще, как то положение, что поворот противопоказан при давно отошедших водах, и все же это акушерское требование часто нарушается врачами. При запущенных поперечных положениях плода, вместо более бережной операции декапитации, часто делают поворот, и в результате грубая травма — разрыв матки. Знание не только показаний, но и условий для выполнения такой ходовой акушерской операции, какой является поворот на ножку, безусловно должно входить в круг обязательных знаний участкового врача, и никакие обстоятельства не могут оправдать врача, нарушающего правила операции поворота плода.

Учитывая преимущественное предрасположение к разрывам матки многорожавших женщин, участковому врачу-акушеру нужно быть особенно настороженным к этому осложнению при ведении родов у этой категории рожениц и всегда с особым вниманием анализировать у них всю сумму фактов в течении родов. Пятые-седьмые роды в этом отношении особо опасны. Опасны они не только при явно суженных тазах, но и тогда, когда сужение таза незначительно или даже совершенно отсутствует. Именно в этих случаях, когда врач меньше всего думает о разрыве, чаще всего и наблюдались в нашем материале разрывы матки. Ясно, что недоучет врачом, ведущим роды, создавшейся в этих случаях функциональной недостаточности таза и служит ближайшим поводом для катастрофы. Этим еще раз подчеркивается вся важность и необходимость определения у всех рожениц функциональной полноценности таза. Такому определению должен быть обучен и средний медицинский персонал, а особенно те акушерки, которые самостоятельно ведут работу на акушерских пунктах и в колхозных родильных домах.

Некоторые врачи почему-то думают, что клиническая картина угрожающего или совершившегося разрыва матки проявляется всегда в классической форме. В практике, однако, не всегда так бывает. Нередко клиническая картина угрожающего или совершившегося разрыва протекает с бедной симптоматикой или с превалированием какого-либо одного признака, к тому же не всегда характерного для разбираемой патологии. Следовательно, чтобы не впасть в глубокую ошибку в смысле своевременного и правильного диагноза, особенно угрожающих разрывов матки, практический акушер должен постоянно иметь это в виду.

Для угрожающего разрыва матки характерны следующие симптомы в периоде изгнания: бурная, болезненная родовая деятельность, переходящая в тетанические сокращения матки; беспокойство рожениц, учащение пульса, перерастяжение нижнего сегмента матки, появление контракционного кольца, смещающегося к пупку и выше, его болезненность. Нередко развиваются преждевременные потуги, как защитный рефлекс против перерастяжения. Наружные половые части отечны. Внутреннее исследование дает большую родовую опухоль, отечность шейки.

Как часто в практике наблюдается подобная классическая картина угрожающего разрыва матки? Опыт убеждает, что здесь бывают исключения, и не так уж редкие. В практике встречаются случаи, когда в клинике угрожающего разрыва мы не имеем всей суммы указанных симптомов. Все, по-видимому, зависит, с одной стороны, от времени, когда впервые врач увидел больную, от продолжительности наблюдения, и с другой — от опытности и внимательности акушера, от его умения выявить уже имеющиеся, но не так отчетливо выраженные симптомы. Вместе с тем могут и отсутствовать отдельные симптомы. В других случаях отдельные признаки угрожающего разрыва могут превалировать в клинической картине разыгравшейся катастрофы и затушевывать все прочие не столь выраженные симптомы. Более или менее постоянными и самими ранними симптомами являются возникшие в периоде изгнания беспокойство больной и болезненность схваток, боли в нижней части живота во время и вне схваток, перерастяжение нижнего сегмента при сопутствующих признаках несоответствия головки с тазом и длительном безводном периоде. Тетанические сокращения матки — более поздний симптом, да и не всегда поддающийся учету. Все прочие симптомы могут и не проявляться в отчетливой форме. Если ведущий роды врач или акушерка не смогут разобраться в этой несколько атипичной картине, то разрыв почти неизбежен.

Разрывы матки типа узуры при затянувшихся родах, при длительном стоянии головки во входе или полости таза, с вторичной слабостью схваток проходят с преобладанием симптомов ущемления мягких тканей родового канала — отек вульвы, кровавая моча, повышение температуры. Разрывы по рубцу после операции кесарева сечения могут проходить без всяких симптомов угрожающего разрыва.

Таким образом, если практический акушер будет учитывать некоторую вариабельность клинической картины угрожающего разрыва матки, то он тем самым и будет более вооружен в определении диагноза этого тяжелого осложнения в родах.

Анализ нашего материала показывает далее, что врачи иногда не распознают уже совершившийся разрыв, и не только в родах, но и после родоразрещения. Подобная ошибка весьма опасна для родильницы и происходит, главным образом, в силу недостаточно внимательной оценки течения родов и общего состояния больной.

При подозрении на разрыв матки важно решить вопрос о том — есть разрыв или его нет. И все же это врачами не выполняется. Нам известны случаи, когда разрывы матки клинически не диагностировались и к великому удивлению врача обнаруживались при вскрытии. Есть и такие случаи, где диагноз руптуры матки ставится с большим запозданием, на 3—4 сутки после совершившегося разрыва. Подобная ситуация чаще всего создается в тех случаях, где роды проходят вне родильных домов, где врачи или акушерки не наблюдали рожениц в ходе родов, а были вызваны к ним на дом, или больные были доставлены в роддом на более поздних сроках после родов.

Здесь приходится снова напомнить симптомы совершившегося разрыва матки. Клиническая картина полного разрыва типична — шок на почве перитонеального инсультта и внутрибрюшного кровотечения, внезапное прекращение схваток, острые боли в животе, внутреннее, реже наружное кровотечение, учащение пульса, симптомы «другого живота» (Гентер), с прощупыванием частей плода непосредственно под передней брюшной стенкой. На поздних сроках разрыва присоединяются признаки общего перитонита.

Естественно возникает вопрос — всегда ли и все ли указанные симптомы бывают при разрыве налицо? Симптоматика разрывов, в известной мере, определяется давностью разрыва. Чем раньше с момента разрыва больная осматривается врачом, тем больше будут преобладать симптомы острого, свежего разрыва матки — шок, признаки общего малокровия и проч. Чем позднее попадает больная к врачу, тем больше в клинической картине разрыва будут фигурировать симптомы вторичных осложнений: тошнота, рвота, метеоризм, повышение температуры, признаки инфекции и проч.

Постоянными и мало зависящими от времени первичного осмотра будут симптомы внутреннего кровотечения и прекращение схваток. Если внутреннее кровотечение обязательно, то наружное не всегда имеет место. Прекращение схваток не всегда выражается в типичной форме — внезапное прекращение после бурной родовой деятельности. Схватки могут угасать постепенно, и разрыв может произойти на фоне слабости родовой деятельности. Иногда слабые схватки могут наблюдаться и при уже совершившемся разрыве. Это чаще наблюдается в тех случаях, где разрыв матки идет постепенно, увеличиваясь с каждой последующей схваткой. Разрывы по рубцу могут происходить при первых же очень слабых схватках. При задержке плода в разорванной матке могут также наблюдаться небольшие схватки. Симптом прощупывания мелких частей плода под передней брюшной стенкой не всегда бывает налицо. Он, как правило, отсутствует при разрыве по задней стенке матки, при включенной головке в таз. Явления шока, характерные в первые часы разрыва, могут затушевываться другими симптомами при позднем поступлении больной в стационар. Однако, они все же длительно сохраняются и являются предметом особых забот лечащего врача.

Явления перитонита развиваются к концу первого дня, чаще на второй и, по мере своего развития, могут затушевывать первоначальные симптомы разрыва матки.

Как видно из сказанного, и при полном разрыве матки без внимательного учета и анализа имеющихся объективных данных, диагностика полного разрыва может быть затруднена, и это обязывает врачей использовать все возможное для правильного и своевременного диагноза разрыва матки и, следовательно, для надлежащего лечения. Никак нельзя останавливаться на полпути. Сомнение — есть разрыв или его нет — должно быть разрешено в самый короткий срок. Об этом нужно помнить, имея перед собой не только роженицу, но и родильницу. В целях установления окончательного диагноза в таких случаях мы не останавливаемся и перед ручной ревизией матки тут же после окончания родов или немедленно после поступления родильницы в стационар. Ручное обследование матки после родов выручает врача и при диагностике неполных разрывов матки, которые, как известно, довольно трудны для распознавания.

Не распознать разрыв — тяжелое несчастье для врача и, тем более, для больной. Вот почему мы настаиваем на требовании в тех случаях, где по ходу родов у врача возникает подозрение на разрыв матки, производить после рождения плода ручное обследование матки.

Кажется, что профилактика и лечение разрывов матки представляет довольно законченную главу акушерства. Способы лечения и профилактики достаточно хорошо изложены в руководствах по акушерству. Они подробно излагаются на кафедрах акушерства и гинекологии наших медицинских вузов студентам и врачам, приезжающим

щим на специализацию и усовершенствование. О них постоянно говорят на съездах акушеров и на заседаниях акушерско-гинекологических обществ.

Однако, несмотря на это, в практическом осуществлении профилактики и лечения разрывов матки до сего времени допускаются весьма серьезные ошибки.

Об этих ошибках, видимо, следует говорить и на страницах нашей периодической печати, ибо никак нельзя мириться с тем положением, чтобы разрывы матки в родах были одной из ведущих причин материнской смертности. Это тем более недопустимо потому, что мы, советские акушеры, имеем все условия, позволяющие нам почти полностью предотвратить разрывы матки и тем снизить материнскую смертность.

Мероприятия по профилактике разрывов матки очень элементарны и доступны каждому врачу и акушерке, почти в любой обстановке. Учет и охват активным патронажем всех беременных с суженными тазами, неправильными положениями и предлежаниями плода; дородовая госпитализация таких беременных в квалифицированные родучреждения, тщательное наблюдение за течением родов и рациональная акушерская помощь при них являются самыми эффективными мерами по профилактике разрывов матки. Врач участка, фельдшер, фельдшерица-акушерка пункта будут на высоте современных требований, если они умело организуют у себя на местах четкую работу по профилактике родового травматизма.

Лечение угрожающего разрыва матки есть в то же время и профилактика разрыва матки. В этих случаях все внимание врача, ведущего роды, должно быть сосредоточено на своевременном выключении родовой деятельности и бережном родоразрешении, главным образом, путем плодоразрушающих операций. При этом только под глубоким наркозом врач имеет право осуществлять оперативное родоразрешение — краниотомию при головных предлежаниях, эмбриотомию — при поперечных положениях. Как ни соблазнительно бывает иногда сделать поворот при поперечных положениях плода с давно отошедшими водами, от него нужно, как правило, отказаться. Бережно проведенная краниотомия или декапитация в таких случаях дают большую надежду на благоприятный исход для матери. Что касается лечения разрывов матки, то здесь единственно верным и правильным способом лечения является немедленное чревосечение. Лапаротомии обычно предпосылаются мероприятия по борьбе с шоком — впрыскивание наркотиков, переливание крови. Мы, как правило, перед операцией переливаем 250—500 мл крови, под контролем обязательного измерения кровяного давления. Чревосечение обычно проводится под местным обезболиванием с добавлением, иногда, подкожного введения 0,5—1,0 гексенала.

За последние годы, убедившись в том, что рекомендуемые в этих случаях надвлагалищная ампутация и тем более экстирпация матки дают большую смертность, мы стали более широко применять зашивание разрыва. К этому же нас побуждала и борьба с шоком. Первые две операции мы применяем в случаях давних разрывов с явлениями уже выраженного перитонита, когда необходим широкий дренаж брюшной полости через влагалище, а также тогда, когда разрыв очень большой и ушивание произвести невозможно. При разрывах же, произошедших в сроки до 24 часов, мы предпочитаем ампутации и экстирпации зашивание разрыва с закрытием брюшной полости наглухо и введением в брюшную полость 600 т. е. пенициллина.

Зашивание производится обычно наложением трехрядного шва без освежения краев разрыва. Первым швом после небольшой отсепаровки брюшины соединяются края разрыва, вторым — мышечным укрепляется первый (самый ответственный шов), третий шов — серо-серозный. Иногда производится стерилизация. Под серозу матки на второй ряд швов засыпаем до 6,0 альбуцида.

Профилактические мероприятия по борьбе с инфекцией мы продолжаем проводить и в первые 7 дней послеоперационного периода. Ежедневно вводим пенициллин до 600—800 т. е. При его отсутствии в первые пять дней вводится подкожно 0,8% раствор стрептоцида, по 500 мл. В первые часы после операции, если требует состояние больной, дополнительно переливаем кровь. Общее количество перелитой крови в первые 24 часа составляет не более 1000 мл. В остальном послеоперационное введение обычное — лед на живот, профилактика пневмонии, возбуждение кишечника внутривенным введением 10% раствора поваренной соли по 20—40 мл, при кровавой моче — постоянный катетер до 7—10 дня.

Все изложенное вряд ли дает много нового по вопросу о разрыве матки. Тем не менее мы приводим его с целью еще раз заострить внимание широкой массы практических врачей на тех особенностях профилактики, диагностики и лечения разрывов матки, которые не всегда учитываются ими и довольно часто являются причиной неправильных действий врачей и печальных исходов для рожениц. Этим мы хотим еще больше снизить материнскую смертность в родах, уже и без того резко сниженную в СССР по сравнению с дореволюционной Россией.

Поступила 2 октября 1957 г.