

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРФОРАЦИЙ МАТКИ И ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НИХ

Л.А. Козлов, С.Г. Хайрутдинова, Н.А. Нигматуллина, Л.И. Шарифутдинова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доц. Ю.И. Бородин) Казанского государственного медицинского университета

Перфорация матки является тяжелым осложнением. Об этом в свое время было хорошо написано И.Л. Брауде [3] и Я.И. Русиным [9]. Однако к исходу столетия проблема осложнений аборта, и в частности перфорации матки, остается весьма актуальной [5]. Их частота, по данным литературы [10], колеблется от 0,01 до 2,9%. Для предупреждения этого осложнения врач прежде всего должен хорошо знать классификацию перфораций матки. С практической точки зрения, удобно пользоваться следующей классификацией.

Классификация перфораций матки

По локализации:

в шейке матки

в теле матки

в области внутреннего зева

По количеству отверстий:

единичная

множественные

По протяжению (глубине проникновения инструмента):

неполные

полные (через все слои стенки матки)

проникающие в брюшную полость: с осложнением (ранение органов брюшной полости, кровеносных сосудов), без осложнений

не проникающие в брюшную полость (по ребру матки в параметрий): с осложнением (ранение маточных сосудов, мочеоточника, мочевого пузыря, прямой кишки), без осложнений.

По состоянию тканей и величине перфорационного отверстия:

разможенные, рваные края

размер (см)

Как видно из приведенной классификации, охвачены практически все возможные варианты перфорации матки. Использование этой классификации позволит установить правильный диагноз и соответственно выработать адекватную тактику лечения. При выборе способа лечения врач будет испытывать трудности. Прежде всего необходимо определить глубину проникновения ин-

струмента. При полной перфорации тактика должна быть решительной: следует прекратить выскабливание и произвести лапаротомию. В случае же неполной перфорации или полной, но неосложненной возникают вопросы: 1) оправдано ли оперативное лечение? 2) не увеличена ли опасность продолжения опорожнения матки от остатков плодного яйца? 3) целесообразно ли откладывать аборт, если перфорация возникла в его начале? 4) не лучше ли опорожнить матку с учетом точного расположения перфорационного отверстия, а затем провести консервативное лечение, не подвергая женщину риску лапаротомии? 5) сохранить или удалить матку? Ранее [6] мы обращались к этим вопросам и в настоящее время, через 22 года, можем утверждать, что изложенные нами тогда рекомендации оправдали себя на практике. Исходя из опыта работы с такого рода осложнениями, мы хотим представить перечень правил, которые помогут практическому врачу избежать перфорации матки.

Опыт гинекологического отделения акушерско-гинекологической клиники им. проф. В.С. Груздева отражен в таблице.

В клинике обучаются субординаторы, врачи-интерны, ординаторы, аспиранты. Тем не менее даже с учетом того, что клиника является лишь учебной базой КГМУ, по данным таблицы прослеживается тенденция к уменьшению

Частота случаев перфораций матки при искусственном аборте за 1990—1999 гг.

Годы	Число абортов	Число перфораций	%
1990	965	1	0,1
1991	2775	0	0
1992	2096	4	0,2
1993	2456	0	0
1994	2295	1	0,04
1995	2607	1	0,04
1996	2002	1	0,05
1997	3176	2	0,06
1998	2283	0	0
1999	1245	0	0
Всего за 10 лет	18160	10	0,05

частоты перфораций матки при абортах и приближению ее к минимальным цифрам [10]. Так, на 18160 абортот имели место всего 10 перфораций, что составило 0,05%.

Причины, обуславливающие перфорацию матки, общеизвестны. В настоящее время их принято объединять в две группы. К первой группе относятся причины, исходящие со стороны пациентки. Еще в 1926 г. И.В. Попандопуло писал [8], что перфорации матки могут способствовать "...патогистологические изменения стенок матки, которые обуславливают совершенно ненормальную чрезмерную мягкость ее мускулатуры..., доходящую до консистенции сливочного масла... или застывшего гусиного сала..., через которую инструмент проходит при малейшей неосторожности, при минимальном давлении". Это утверждение остается справедливым и в настоящее время. Следует лишь добавить, что могут иметь место изменения в матке и противоположного характера. Чрезмерная плотность тканей шейки матки, особенно в области внутреннего зева, заставляет приложить значительное усилие при введении расширителей и, как следствие, приведет к перфорации матки.

Приводим наблюдение.

Т., 26 лет. При первой беременности 1,5 года назад было произведено кесарево сечение по поводу ригидности шейки матки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Менструация восстановилась после прекращения кормления ребенка грудью. В настоящий момент имеет беременность сроком 8 недель. Поступила в гинекологическое отделение для прерывания беременности по желанию.

Объективные данные при поступлении: влагалище нерожавшей, шейка цилиндрическая, зев закрыт. Тело матки в гиперантефлексии-верзии, увеличено до 8 недель беременности, безболезненное, мягковатое. Придатки с обеих сторон без особенностей. Своды свободные. Выделения серозные.

22.07.99 г. произведен аборт. После соответствующей подготовки и парацервикальной анестезии 0,5% раствором новокаина в количестве 40,0 мл цервикальный канал был расширен бужами Гегара до № 9. Этот этап был достаточно затруднительным из-за ригидности шейки матки, поэтому в нее был введен 1,0 мл 0,1% раствора атропина. Дальнейшее расширение происходило несколько легче. Кюреткой № 6 начато разрушение плодного яйца. В этот момент больная почувствовала боль внизу живота. Плодное яйцо извлечено не удалось, а во время одного из движений кюреткой был извлечен сальник, что позволило

установить полную, осложненную перфорацию матки, проникающую в брюшную полость. Манипуляция тут же прекратили. Общее состояние беременной не изменилось.

Произведена нижнесрединная лапаротомия. В области перешейка правее средней линии обнаружено перфорационное отверстие (1,5×1,5 см), через которое инструментом был проделан канал в пузырно-маточной клетчатке с образованием выходного (в брюшную полость) отверстия в области пузырно-маточной складки. Кроме сальника поврежденных других внутренних органов не обнаружено. Участок поврежденного сальника лигирован.

Под контролем зрения через влагалище внутренний зев был с трудом расширен до № 10, и кюретками № 4 и № 2 разрушено и удалено плодное яйцо. Матка хорошо сократилась. На перфорационное отверстие наложен двухрядный перитонизацией пузырно-маточной складкой. Целостность мочевого пузыря проверена наполнением его стерильным фурацилином через катетер. Ушита брюшная стенка с выведением дренажной трубки. Послеоперационный период протекал без осложнений на фоне антибактериальной терапии. Выписана с выздоровлением на 11-й день.

Как видно из описания, ригидность шейки матки, обусловившая показания к кесареву сечению при первой беременности, привела к перфорации матки — при второй.

Вторая группа — причины, по вине врача. Здесь мы можем вновь согласиться с И.В. Попандопуло, который, ссылаясь на Martin, писал [8]: "Винovat не инструмент, а рука, ведущая его; несправедливо всегда сваливать дурной исход на инструмент". Особенно это помнить нужно тогда, когда рука "неумелая и неосторожная".

Для предупреждения перфорации матки нужно соблюдать следующие правила.

1. Тщательно собрать анамнез для выявления изменений в стенке матки.

2. Перед абортот произвести полное опорожнение соседних органов.

3. Непосредственно перед процедурой сделать бимануальное исследование с целью выяснения положения матки (антели или ретро- флексия-версия) и уточнить соотношение между осями шейки и тела матки (тупой или острый угол). Путем наложения пулевых щипцов на шейку матки осторожно потягивать за них и по возможности распрямить этот угол.

5. Предварительным осторожным зондированием маточным зондом опреде-

лить направление канала шейки матки и его длину до внутреннего зева. Нецелесообразно измерять длину полости матки, как это рекомендуется в ряде руководств и учебнике “Акушерство” [2].

6. Расширители вводить соблюдая последовательность номеров, чуть выше внутреннего зева и не более.

7. Если при введении последующего номера расширитель не проходит внутренний зев, то необходимо временно прекратить расширение, затем повторить попытку осторожно, не форсируя, ввести инструмент.

8. Разрушение и удаление плодного яйца выполнять кюретками больших размеров, а по мере его удаления, сокращения и уменьшения размеров матки использовать кюретки меньших размеров. Следует полностью согласиться с А.П. Гридневой [4], что “лучшее средство против прободения и повреждения внутренностей это — нежное, чуткое манипулирование “мягкой рукой”..., без всякого насилия, без излишней настойчивости и внимательное наблюдение за непосредственным эффектом этих манипуляций”.

9. Выступающие из шейки матки части плодного яйца удалять абортцангом не вводя его за внутренний зев.

10. Не пользоваться корнцангом.

11. Все движения руки выполнять строго по средней линии, следя за направлением цервикального канала.

12. Глубину введения кюретки обязательно (!) контролировать левой рукой снаружи через переднюю брюшную стенку; для этого после зондирования канала шейки матки пулевые щипцы нужно передать ассистенту.

13. При неожиданном глубоком проникновении инструмента следует заподозрить перфорацию матки, тотчас прекратить операцию и уточнить диагноз в соответствии с приведенной выше классификацией.

14. Врач должен быть готов к выполнению операции морально, физически и технически. Никогда не следует спешить, отвлекаться, делать резких движений.

15. После завершения аборта сделать контрольное бимануальное исследование.

16. При любых отклонениях от “типичного” производства аборта не спешить с выпиской женщины: необходимо убедиться в отсутствии осложнений путем проведения обследования в стационаре.

17. Все изложенное выше будет иметь успех только при обязательном хорошем обезболивании.

Лечебную тактику целесообразно строить следующим образом. При полных проникающих в брюшную полость перфорациях немедленно прекратить манипуляцию и перейти к лапаротомии. При полных не проникающих в брюшную полость перфорациях поступать в зависимости от вида перфорирующего инструмента и наличия или отсутствия дополнительных осложнений. При перфорации зондом или расширителем, отсутствии ранения кровеносных сосудов, мочеочника и т.д. возможно консервативное лечение. При этом опытному врачу допустимо завершить аборт, а затем провести клиническое наблюдение за состоянием больной на фоне сокращающих матку средств и предупреждения развития инфекции. При перфорации кюреткой или абортцангом возможно ранение кровеносных сосудов, кишечника, мочевого пузыря, мочеочников, поэтому в таких случаях необходимо произвести лапаротомию.

Объем оперативных вмешательств решается индивидуально: это чаще всего расширение перфорационного отверстия, опорожнение через него матки, ушивание дефекта, дренирование брюшной полости, реже — удаление матки, если перфорации множественные, больших размеров, с рваными разможенными краями, явлениями инфекции.

Приводим наблюдение.

Т., 19 лет, на сроке беременности 9 недель направлена женской консультацией для искусственного прерывания по желанию. Анамнез без особенностей. Беременность первая. 30.03.92 г. под общим внутривенным наркозом был произведен искусственный аборт. Расширение шейки матки, по выражению врача, “шло с большим трудом”. Был приглашен более опытный коллега, который завершил операцию. Послеабортное состояние было вполне удовлетворительным, и женщину в тот же день выписали домой с рекомендацией наблюдаться в женской консультации. Однако уже

через сутки машиной скорой помощи ее доставили в экстренном порядке в гинекологический стационар с картиной "острого живота" и явлениями септического шока. При обследовании дополнительно к клиническим признакам, подтверждающим "острый живот", обнаружено наличие свободной жидкости в брюшной полости, а пункцией через задний свод добыта кровь. Взята на лапаротомию.

Оказалось: слева в области перешейка имеется перфорационное отверстие размером 2×3 см с рваными, некротически измененными краями, проникающее в брюшную полость. Имелась также ярко выраженная картина острого пельвиоперитонита и двустороннего сальпингита. Повреждений внутренних органов нет. С учетом тяжелого септического состояния больной и обнаруженных изменений в малом тазу была выполнена простая экстирпация матки с трубами и проведена интенсивная терапия септического состояния. Выписана с выздоровлением.

Особое внимание должен проявить врач во время работы при пороках развития матки, так как опасность осложнений в этом случае возрастает в десятки раз. Для подробного ознакомления с этим вопросом можно рекомендовать работу М.А. Панасевич [7], а здесь лишь укажем, что частота перфораций матки, по его данным, составляет 1,8%. В распознавании пороков развития матки и осложнений искусственного аборта существенную помощь могут оказать сведения в работе А.А. Авраменко и др. [1].

Следовательно, каким бы методом и на каком бы сроке не производился искусственный аборт, его нельзя считать безопасным. Поэтому, наряду с необходимостью расширения знаний об осложнениях аборта, особенно перфораций

матки, нужно совершенствовать существующие способы контрацепции для более широкого их внедрения в практику гинекологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авраменко А.А. и др.//Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — 1994. — № 2. — С. 13.
2. Бодяжина В.И. и соавт./Акушерство (учебник). — Курск.
3. Брауде И.Л. Пробождение матки. — М., 1921.
4. Гриднева А.П.//Журнал акуш., жен.болезн. — 1926. — Кн. 1. — С. 74—77.
5. Заводсков В.К. и соавт.//Вестн. хир. — 1989. — № 7. — С. 68—69.
6. Козлов Л.А., Золотарева М.П.//Казанский мед.ж. — 1977. — № 1. — С. 41—42.
7. Панасевич М.А. Пороки развития матки и искусственный аборт: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Ставрополь, 1968.
8. Попандоуло И.В.//Журнал акуш., жен.болезн. — 1926. — Кн. 1. — С. 68—73.
9. Русин Я.И. Аборт искусственный и самопроизвольный. — Воронеж, 1933.
10. Фролов И.Б.//Акуш. и гин. — 1982. — № 4. — С. 6—8.

Поступила 16.09.99.

ON THE CLASSIFICATION OF UTERUS PERFORATIONS AND MEDICAL TACTICS

L.A. Kozlov, S.G. Khairutdinova, N.A. Nigmatullina,
L. I. Sharafutdinova

S u m m a r y

The causes producing the uterus perforation and adequate medical tactics in this case are considered. The most suitable classification of the uterus perforations is presented. The recommendations on the prevention of this complication are given.