

**Г.М. Савельева
М.А. Курцер
И.Ю. Бреслав**

РАЗРЫВ МАТКИ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Список сокращений и условных обозначений	6
Глава 1. Разрывы матки — общая характеристика	7
Исторический экскурс	7
Состояние проблемы в последние годы	18
Классификация разрывов матки	19
Глава 2. Насильственный разрыв матки	24
Глава 3. Механический разрыв матки	33
Этиология и патогенез механического разрыва матки	34
Клиника и диагностика механического разрыва матки	40
Профилактика механического разрыва матки	54
Глава 4. Гистопатический разрыв оперированной матки	57
Этиология и патогенез разрыва матки по рубцу	73
Клиника и диагностика разрыва матки по рубцу	89
Клиника и диагностика разрыва матки по рубцу во время беременности	89
Клиника и диагностика разрыва матки по рубцу во время родов	100
Ведение беременности при наличии рубца на матке	105
Ведение родов при наличии рубца на матке	111
Профилактика гистопатических разрывов матки при наличии рубца	122
Расползание рубца на матке	138
Глава 5. Гистопатический разрыв неоперированной матки	145
Этиология и патогенез гистопатического разрыва неоперированной матки	145
Клиника и диагностика гистопатического разрыва неоперированной матки	150
Механо-гистопатический разрыв матки	167
Глава 6. Тактика врача при разрыве матки	172
Тактика врача при механическом разрыве матки	175
Тактика врача при гистопатическом разрыве оперированной матки	178
Тактика врача при гистопатическом и механо-гистопатическом разрыве неоперированной матки	188
Глава 7. Перечень рекомендаций по оперативному лечению разрывов матки	193
Список литературы	199

ГЛАВА 1

РАЗРЫВЫ МАТКИ — ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

История вопроса о разрывах матки тесно переплетена с воззрениями наших предшественников, хорошо известных в медицине, на этиологию данного грозного акушерского осложнения.

Упоминание в литературе о разрывах матки относится к XVI в., когда стали изучаться органы и строение тела человека. Поскольку роды связаны с прохождением плода сквозь костную основу таза, безусловный интерес имели работы ученых в отношении его анатомии, которая изучалась при вскрытии трупов (Гален, 1543). Гален отверг господствующее положение о том, что во время родов кости таза расходятся. В последующем Андрей Везалий (Andre's Vesalio, лат. Andreas Vesalius, 1514–1564), впервые описав женский таз, констатировал неподвижное соединение лобковых костей в области симфиза. А. Везалий описал также строение мускулатуры матки.

Аранций (1572), будучи учеником Везалия, первым дал характеристику неправильно сформированного таза, а четверть века спустя стали появляться описания разрывов матки. Считалось, что первым указал на разрыв матки Жак Гильмо (Jaques Guillemeau, 1550–1613), французский хирург, любимый студент и зять Амбруаза Паре (цитировано по Бандлю).

Франсуа Морисо (François Mauriceau) наблюдал разрыв матки, связанный с инструментальным вмешательством во время родов. Автор описал неблагоприятный поступок Хью Чемберлена (Hugh Chamberlen, 1630–1720), семья которого являлась изобретательницей акушерских щипцов и одновременно «прославила» себя своей непопорочностью (в литературе данное наблюдение обычно излагают в разделе истории создания акушерских щипцов). В статье М. Карамануи и соавт. (2013) рассказывается, что 19 августа 1670 г. Чемберлен был приглашен

осмотреть 38-летнюю первородящую пациентку с деформированным тазом, находившуюся в родах в течение нескольких дней. Английский врач пообещал родоразрешить пациентку через 6–7 мин. Предприимчивый акушер в продолжение 3 ч под покровом простыни безуспешно накладывал щипцы для окончания родов, констатировав в итоге свое бессилие. Роженица умерла через 24 ч. Исходя из результатов вскрытия, выявившего разрыв матки в нескольких местах, Mauriceau признал, что повреждения нанесены инструментом Чемберлена.

Среди акушеров XVIII столетия — Андре Левре (Levret, 1761), Де ла Мот (De la Motte, 1765) — господствовало мнение, что разрывы матки случались из-за сильных движений плода и могли произойти в любой части: дно, боковые поверхности и шейка матки. А. Левре полагал, что место прикрепления плаценты наименее подвержено разрыву. По утверждению Де ла Мот, зона плацентации тоже не избавлена от возможного разрыва, который мог произойти также вблизи локализации «ширококровных белковых опухолей» — миоматозных узлов. Их современник Уильям Смелли (Smellie, 1764), критикуя коллег, впервые предположил, что причиной разрыва матки служит узкий таз. Он первым определил сужение таза, измерив *conjugata diagonalis*.

Жан Луи Боделок (Baudelocque, 1789) указывал на симптом, который теперь считается важным, — прекращение движений ребенка к моменту разрыва. Плод в момент катастрофы, по мнению автора, пассивен и действует как любой другой твердый предмет такого же объема, а энергичные схватки приводят к разрыву как измененной, так и здоровой стенки матки. По мнению Ж. Боделока, самой частой причиной разрывов служит препятствие в родах, вызванное узким тазом, поперечным положением плода или неправильным вставлением его головки, неподатливостью шейки матки и влагалища, присутствием опухоли в тазу или перерождением наружных половых органов. Не давая объяснений относительно механизма травмы, автор упоминал о разрывах, происходящих в начале родов, а также вследствие неправильно примененного инструментального или ручного пособия. Заблуждаясь, Ж. Боделок видел отрицательную роль брюшного пресса, провоцирующего разрыв матки, неравномерно сдавливающего последнюю. Он сравнивал мышцы брюшного пресса с силой, которая сильно нажимала бы на живот, когда спина упирается в стену.

В начале XIX в. знаменитый геттингенский акушер Бенжамин Фридрих Осияндер (B.F. Oslander) развил далее взгляды Боделока. Будучи приверженцем механической теории разрывов, Б. Осияндер (1825) стал

новатором, дополнив в качестве одной из возможных причин разрыва матки местное изменение ее стенки, связанное с предшествующими трудными родами. Ключевые позиции автор отдавал узкому тазу и придавал значение трудному повороту на ножку как провоцирующему разрыв фактору.

Глубокий смысл имел тот факт, что женщины, имевшие разрыв матки в анамнезе, переносили тяжелые и продолжительные роды. Лукас Йохан Боер (Lukas Joh. Voer) в качестве причин разрыва матки называл искусственно вызываемые ранние потуги, грубые манипуляции руками и инструментами. В 1834 г. автор описывал один из важных симптомов механического разрыва матки: внезапная остановка схваток — «как будто отрезали», резкая слабость, бледность, искажение черт лица, отчаянное выражение испуга. Лечение автор видел в необходимости немедленного извлечения ребенка из брюшной полости через родовые пути, проводя руку в разрыв. По его мнению, следовало быть осторожным при «противоестественном» пути извлечения плода через разрез брюшной стенки. Боеру не было известно ни одного случая, когда женщины после чревосечения прожили более двух дней.

Со временем акушеры все большее значение стали придавать патологическим изменениям стенок матки в этиологии ее разрыва.

Немало важного внесла в понимание патогенеза разрыва матки известная основательница французского акушерства Мария-Луиза Ла-Шапель (Marie Louise Lachapel, 1769—1821), которая отмечала, что разрывы при узком тазе не происходили до излития околоплодных вод. Разрыву подвергались поврежденные участки матки: более тонкие в силу перенесенных болезней или рубцы после кесарева сечения. Автор описывала вид разрыва, когда брюшина не разрывалась одновременно с мышцей матки, что приводило к образованию в толще широкой связки кровоизлияния с распространением последнего до поясничной области — неполный разрыв матки. По ее справедливому мнению, подобный вид разрыва сложен для диагностики ввиду отсутствия наружного кровотечения.

Траск (Trask, 1850) объяснял разрывы при узком тазе истончением нижнего сегмента. Он обнаружил, что из 198 разрывов в родах у 110 пациенток был разрыв шейки и нижней части матки.

Некоторые немецкие врачи, например, Франк (Franqué, 1865) и Шредер (Schröder, 1872), не признавали ничего иного, кроме изменения маточной стенки при разрыве матки. Шредер писал, что восемь исследованных им полных разрывов матки никогда не произошли бы при полностью здоровых тканях. В качестве доказательства своей правоты

он приводит исследования Дункана (J. M. Duncan), который с помощью аппарата профессора Пэйта (Pait) воздействовал на покровы плодного яйца воздухом и водой, контролируя давление. Оказалось, что децидуальная оболочка и хорион разрываются раньше, чем амнион. Экспериментатор установил силу, необходимую для разрыва, которая составила от 4 до 37,5 фунтов. При попытке воздействовать аппаратом на матку оказалось, что невозможно добиться силы воздействия, достаточной для ее разрыва. Автор констатировал, что, хотя опыт не удался, он доказал большую прочность матки в механическом смысле. Матка не могла порваться, будучи здоровой. Для происхождения разрыва, по мнению автора, необходимо размягчение или истончение тканей.

Статистика французского акушера Жолли (Jolly, 1870) доказывала роль акушерских операций в генезе разрыва матки. Из 573 разрывов 376 были самопроизвольными и 197 — от внешних причин, из которых более 180 связаны с оперативным вмешательством.

Выяснением происхождения разрывов матки занимался немецкий врач Густав Адольф Михаэлис (Michaelis Gustav Adolf, 1851). Он писал, что при нормальном течении родов внутренний маточный зев натягивается на головку плода, как только последняя попадает в таз. При узком тазе имеют место отклонения, связанные со смещением маточного зева кзади, пока головка находится высоко над входом в таз. В подобной ситуации страдает шейка матки, которая подвергается сильному растяжению. По мнению автора, если матка сильно сокращается, что часто бывает при узком тазе, то большая часть тела ребенка изгоняется в раскрытую шейку. Как следствие этой экстремальной ситуации, происходит разрыв шейки, и ребенок попадает в брюшную полость. Немецкий акушер подчеркивал, что во всех случаях шейка сама или большей частью задействована и подвергается очень опасному перерастяжению с высокой вероятностью разрыва в случаях проведения акушерского поворота плода.

К 1860—1870 гг. сложившееся мнение об этиологии разрывов матки выразилось в двух направлениях: одни из акушеров большее значение придавали механическим препятствиям, другие — изменениям маточной ткани. Но большинство были сторонниками обоих взглядов.

Основой описания клиники разрыва матки, признаваемой всеми без исключения зарубежными и отечественными авторами, стала знаменитая монография Людвиг Бандля (Bandl Ludwig, 1875) «Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik», в которой автор четко обрисовал предложенные им стадии разрыва матки. Л. Бандль, высту-

пая в качестве акушера, являлся ярким приверженцем механической теории. Он первым объяснил сущность явлений при разрыве матки и доказал значимость перерастяжения нижнего сегмента матки при несоответствии размеров таза и плода. Автором анализировались 13 собственных наблюдений, результаты 7 вскрытий, проведенных лично, и 19 протоколов вскрытия из клиники его учителя профессора Карла фон Брауна (Carl von Braun). Все 39 наблюдений были объяснены с точки зрения механической теории, то есть пространственного несоответствия между подлежащей частью и тазом, и подкреплены анатомическими препаратами. Подтвердив взгляды Михаэлиса о чрезмерном растяжении нижнего сегмента и шейки матки, а не ее тела, Бандль пришел к выводам, что в родах может произойти разрыв абсолютно нормальной шейки, если последняя будет значительно истончена ввиду механического препятствия рождающемуся плоду (цитировано по Д.Д. Попову, 1912).

Механизм разрыва нижнего сегмента по Бандлю основывается на механизме физиологической работы матки во время родов. Он выделял два отдела матки во время родов: верхний — активный, сокращающийся и утолщающийся из-за ретракции миоцитов; и нижний — растягивающийся и истончающийся. Границей между отделами, по мнению Бандля, является внутренний зев, который устанавливается на уровне входа в малый таз. Если подлежащая часть встречает препятствие, то шейка растягивается больше нормы при резком смещении внутреннего зева выше входа в таз. Шейка ущемляется и прочно фиксируется между головкой и костями таза. Брюшной пресс и связки прекращают свою работу после длительного периода бесцельных усилий. Бандль отмечал значимость при разрыве матки предшествующих изменений шейки матки. Если в предыдущих родах имелось перерастяжение шейки, то формируются «благоприятные» условия для разрыва в настоящих родах (цитировано по Я.Ф. Вербову, 1913).

Бандль не принимал существовавшее тогда мнение о предрасположении маточной стенки к разрыву. Он писал, что не находил ни одного разрыва матки во время беременности, считая его крайне редким явлением, и сетовал, что другие авторы сообщают о чужих наблюдениях своих коллег, которые переходят из учебника в учебник. Хотя он соглашался, что при первых родах разрывы возникали реже (только у 11,9%), чем при повторных. Автор настаивал на вероятности разрыва только во время родов, приводя данные о длительности родов до разрыва 24–65 ч, только у одной пациентки 12 ч.

Бандль, анализируя статистику своего времени, сообщал о наблюдаемой им частоте разрывов матки 8,8 на 10 000 родов и приводил сведения Коллинза (Collins) из Дублина, где в период 1826—1833 гг. частота разрыва матки составляла 20,7 на 10 000 родов. Он выделял полные и неполные разрывы. Неполный разрыв характеризовался образованием гематомы в основании широкой связки, пациентки погибали от перитонита. При полном разрыве первой причиной гибели была анемия, второй — перитонит.

Огромная роль австрийского акушера заключается в том, что в своем трактате он представил известный сейчас всей науке постадийный набор симптомов — «бандлевский симптомокомплекс», следуя которому во многих случаях можно предупредить разрыв матки.

Бандль выделял три стадии разрыва матки: угрожающий, начавшийся, совершившийся. Большое внимание при этом уделял субъективным ощущениям роженицы, но отмечал и некоторые объективные признаки, которые не потеряли своего значения до настоящего времени. При угрозе разрыва матки одним из основных симптомов, по мнению автора, обозначались чрезвычайно сильные боли при схватках, от которых женщина мечется по кровати, хватается за низ живота, далее возникает затруднение при мочеиспускании. При этом Бандль выделял «очевидные признаки возникновения разрыва», когда внутренний зев (контракционное кольцо) располагается между лоном и пупком из-за растяжения и напряжения шейки матки, тело матки отклоняется в сторону, волнение женщины сопровождается учащением пульса, беспокойность об исходе родов выдает испуганное выражение лица.

Начавшийся разрыв матки характеризовался автором в дополнение к болям появлением желания тужиться при высоко стоящей головке. Могут появляться кровяные выделения из половых путей. Завершающей стадией автор считал «произошедший разрыв без выхода, с неполным или полным выходом ребенка», сопровождающийся рвотой, кровотечением из половых путей и в брюшную полость, обнаружением петель кишечника во влагалище. Случившийся разрыв матки характеризуется чрезвычайным спокойствием роженицы, жалобами на нахождение упругого шара или странные движения внутри, торпидной стадией шока.

Бандль не отрицал разрыв матки по рубцу после кесарева сечения и упоминал возможность ушивания подобного рода разрыва. Автор не признавал изменений мышцы матки как причину ее разрыва, считая, что жировые изменения вокруг травмированной зоны могли прозойти после разрыва, а не до него. Он также скептически относился