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.

# 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 1 степени Обычно нарушается целость 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, надрывается 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 экстрамедиально.

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 глубжеле-жащие 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 троякого 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 вульварпое 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 ас-фвксия. 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 гипомо-хлиона).

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 нлоде, 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.

## 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 1 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 размозженные 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.

**Зашивание разрывов 1 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.

**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 накладывать 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 1 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 opii simplecis. 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).

### ПОРАНЕНИЯ 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-porrexis (отрыв влагалища). Отрывы сводов могут возникать самопроиз­вольно (чаще) или насильственным образом. Особенно часто они возни­кают на почве запущенных поперечных положений. Терапия: оперативное вмешательство

**ГЕМАТОМЫ** **ВУЛЬВЫ И ВЛ****АГАЛИЩА**

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 наклонность 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.

**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 пред лежания (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, церви-кального канала, а в дальнейшем повести к абортам и пр. Если же при хо­рошо сократившейся матке и отсутствии наружных повреждений кровь выделяется беспрерывно 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 толща шейки. После сращения линия швов представляет собой тонкий, ровный, почти не заметный рубец.

**РАЗРЫВЫ** **МАТКИ**

Нарушение целости маточной ткани, возникающее в родах, встречается в виде настоящих разрывов (ruptura utei) 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 (colpoporexis). 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 целости 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. 3. 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. Маля-винский (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).

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗРЫВОВ МАТКИ**

Матка, как мы знаем, состоит из двух частей: верхней полой 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 заяко­рена в малом тазу. Первое, центральное “сухожилие” полой 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 полой 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 можро 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 косое 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, ретракци онное кольцо— это пограничное кольцо, стоящее высоко, около пупка, и имеющее вместо поперечного косое 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 предле-жание 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 акушерок, 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 рожающим 5—6 раз прилегкой или умеренной степени сужения таза. У первородящих, даже по­жилых, самопроизвольные разрывы матки при родах встречаются редко. В свое время Н. 3. 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%.

##### 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 у г рожа ю-щийразр ы вматк и.

При угрожающем разрыве больная возбуждена, беспрестанно жалуется на боль, которая не прекращается и в промежутках между схватками (су­дорожные схватки). Как только начинается схватка, рожелица 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 циано-тична. 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. 3. 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, стертые — 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, беспрерывные, 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).

**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 предлежащая 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.

**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 перфорац и я, 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 кравще опасно, а поэтому недопустимо.

**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 предваритепьного влагалищного родоразрешения (удаления плода), другие (И. А. Брауде, И. И. Яковлев), допускают воэможвость 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 плодоразру-шающую операцию (краниото­мию), а затем приступить к ла-паротомии.

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.

#### 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.

**Техника зашивания разрыва матки**

Перед зашиванием разрыва иссекают скальпелем или куперовскими нож­ницами размозженные 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 толщу 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 иодчревной 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).

**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 кровотечения накладывают контрклеммы. 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 контрклемму, 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 связки 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.

**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 контрклеммы. Между обоими зажимами сосуды перерезают. Первый зажим, нижний, заменяют кетгутовой лига­турой, второй остается на матке. На основание параметриев ближе к ребру матки (во избежание повреждения мочеточника) 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. Края разрезов влагалища помощ­ник захватывает в это время зажимами.

В случае необходимости дренировать подбрюшинные пространства по­сле удаления матки И. Л. Брауде рекомендует “бестампонное” 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 культи 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 гемо-стаза 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.

# 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.).