
РАЗРЫВ МАТКИ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

С.А. Князев, А.А. Оразмурадов, Т.П. Голикова,
А.И. Сашенко, А.А. Лукаев, Н.В. Болибок,
А.Ф. Кириенко, Ш. Гасимова

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

В данной статье рассматриваются результаты исследований женщин с разрывами матки, основные причины (рубец, употребление наркотических препаратов, травмы и др.), патогенез. Правовые основы использования простогландинов, метода «Кристелера». Алгоритм ведения при подозрении разрыва матки.

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец матки, разрыв матки.

Разрыв матки, или нарушение целостности ее стенок, является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма. Несмотря на большую давность этой проблемы, ее нельзя считать решенной. С течением времени, хотя частота разрывов матки и снизилась (в Российской Федерации она колеблется от 0,13 до 0,16), эта акушерская патология продолжает оставаться серьезной проблемой [1—5, 7]. Снижение частоты разрывов матки в силу механических причин (неправильное положение плода, клинически узкий таз и т.п.), а также насильственных разрывов вследствие грубых и неосторожных акушерских вмешательств уступило приоритет гистиопатическим разрывам, в которых этиологические причины в последние годы только нарастают. Из этиологических причин вместо акушерского анамнеза, отягощенного перенесенными операциями на матке, перфорациями матки и разрывами шейки матки в предыдущих родах, в последнее время на первый план выходят прежде всего эндоскопические миомэктомии, особенно с коагуляционным гемостазом. Появляются не существовавшие ранее виды гистопатий, связанные с появлением вспомогательных репродуктивных технологий, при которых отмечается также большая, в сравнении с общепопуляционной, частота разрывов матки, вызванных аномальной инвазией трофобласта (как поверхностной, так и глубокой). Стали появляться, пока единичные, описания случаев разрыва интактной матки после ЭКО, как, например, случай разрыва матки в 18 недель, вызванный вращением плаценты и закончившийся гибелью пациентки [18]. В последнее время в литературе описаны случаи разрывов небеременной матки [14], связанные с врожденной или приобретенной слабостью миометрия, повреждением коллагенового матрикса (тип IV Ehlers-Danlos) [20] или аномальной архитектурой полости матки.

Также создает трудности для разработки «золотого» стандарта диагностики и лечения отсутствие единой классификации и терминологии разрывов матки, что приводит к невозможности сопоставления зарубежных и отечественных статистических данных.

В нашей стране большинство отечественных руководств придерживались классификации Л.С. Персианинова, разработанной в 50—70 годах XX века, и в дальнейшем она кочевала из издания в издание. Единственно, что появлялось нового, — это применение новых диагностических методов: УЗИ, КТ и т.д.

Однако требованием современного акушерства является не только вопрос о необходимости диагностических процедур, но и оценка их диагностической ценности. Зачастую эти оценки помогают понять, почему происходит несвоевременная диагностика разрыва матки. Для практикующего врача этиопатогенетические теории имеют вспомогательное значение, главным вопросом остается своевременность диагностики и лечения разрыва матки.

В зарубежной литературе, как правило, используют два определения: разрыв матки и расхождение рубца на матке. Такое разделение двух синдромов обосновано, так как они различаются по клиническому течению и исходу для женщины и плода. По определению, расхождение рубца на матке не должно распространяться на висцеральную брюшину и характеризуется незначительным кровотечением из краев раны. Кроме того, плод, плацента и пуповина остаются в пределах полости матки и редко сопровождаются страданием плода.

Э.К. Айламазян предлагал выделять только 2 клинические формы разрыва матки: угрожающий и свершившийся, так как у постели больного практически невозможно отличить симптомы угрожающего и начавшегося разрыва матки, к тому же тактика при них одинакова. Это совершенно справедливо, так как облегчает клиническую практику врача и не мешает принятию экстренных решений.

Однозначно же решить, что является причиной разрыва матки, не всегда возможно, так как в большинстве случаев имеет место комплекс неблагоприятных факторов, и с точки зрения экспертной медицины речь может идти только о вероятной роли того или иного фактора.

Рост применения утеротонических средств вызвал справедливые опасения в отношении риска разрыва матки, однако доказательных данных по этому вопросу не существует. Несмотря на то, что анализ случаев материнской смертности, произошедших вследствие разрывов матки в нашей стране, часто отмечает причиной применение утеротоников, для оценки риска самого факта применения утеротонических средств и возрастания риска разрыва матки этот факт различия имеет второстепенное значение. Самая высокая частота применения окситоцина среди случаев разрывов матки приводится в исследовании А. Golan и соавт. (1980) — на 126 713 родов произошел 61 случай разрыва матки, из которых в 26 случаях использовался окситоцин (43%) [13]. Из этих данных видно, что большинство разрывов матки в родах у беременных, не имеющих рубцов на матке, происходит без использования утеротоников, поэтому риск использования окситоцина в аспекте увеличения частоты разрывов матки получается несколько преувеличенным.

Безопасность применения простагландинов не столь однозначна. В США они запрещены к применению для индукции у беременных с рубцами на матке, но продолжают использоваться при его отсутствии, причем в любых вариантах: местно динопростон, местно и перорально мизопростол (cytotec). Несмотря на то, что в 2000 году компания G.D. Searle & Company уведомляла врачей, что мизо-

простол не одобрен для стимуляции родов или аборта, АCOG подтвердила свою рекомендацию для использования этого препарата, считая его безопасность и эффективность доказанной [9].

В Российской Федерации препарат динопрост, по данным «Реестра зарегистрированных лекарственных средств», допустим к применению без оговорок о наличии рубца на матке.

В последнее время в Российской Федерации врачам вновь приходится сталкиваться с проблемой затяжных родов, особенно в регионах с большим удалением лечебных учреждений, после проведенной «реформы здравоохранения», или при неудачных попытках домашних родов, в последнее время усердно пропагандирующихся, а также за счет полной безнаказанности лиц, их проводящих.

Патогенез разрыва матки при затяжных родах связан с нарастающей ишемией миометрия, накоплением недоокисленных продуктов обмена, которые повреждают клетки миометрия, способствуя их разрыхлению и потере эластичности. Выдающийся отечественный акушер Н.С. Бакшеев, учитель, научный руководитель проф. В.Е. Радзинского, описывал этот процесс как «перетирание». Затяжные роды часто сопровождаются нарастающей восходящей инфекцией, что еще более усугубляет состояние пациентки при совершившемся разрыве матки, и повышает риск материнской летальности. По данным Т. Elkins и соавт. (1985), из 45 случаев разрыва матки 9 закончились летальными исходами, в 8 из них с явлениями сепсиса [12].

Оперативные пособия в родах, такие как вакуум-экстракция, акушерские щипцы или давление на дно матки прочно ассоциируются в акушерском, да и в общественном сообществе с высокой частотой материнских и детских осложнений. Причем в общественном сознании превалирует стойкая доминанта, что эти осложнения вызваны самой процедурой. Это мнение поколебать достаточно сложно, тем более что оно подкрепляется статистикой — частота материнской, перинатальной заболеваемости и смертности выше при оперативных родах. При формировании такого мнения упускается очень важный момент — к оперативным пособиям прибегают при возникновении осложнений родов или выраженном страдании плода, и поэтому сложно доказательно определить, что первично — перинатальные осложнения, связанные с причиной, вынудившей оказывать оперативное пособие, или само же оказание пособия [21].

Самое загадочное и вызывающее наибольшее количество споров акушерское пособие, в обиходе именуемое «Кристеллер», прочно увязано с риском разрыва матки. Идея процедуры заключалась в усилении сокращений матки во время родов путем ее массирования и повторных кратковременных нажатий в направлении продольной оси родового канала [25], при развитии ослабления родовых болей в потужном периоде, или слабости передней брюшной стенки. Надо сказать, что идея эта была не нова: помощь рождающемуся плоду надавливанием рукой на дно матки описана за несколько сотен лет до С. Кристеллера, к примеру, о нем пишет Ambroise Pare. С. Кристеллер предостерегал о применении чрезмерной силы и предупреждал о возможности преждевременной отслойки плаценты, хотя сам таких осложнений он не наблюдал.

Постепенно от точных выполнений методик, описанных С. Кристеллером и Я.Ф. Вербовым, стали отходить, и использовать модификации, как например, описанная И.Ф. Жорданием методика наложения «бинта Вербова» при помощи медицинских простыней. Также перестали соблюдаться условия оказания пособий. В результате пособие при потугах стали оказывать в каждом учреждении по своему, в зависимости от фантазии и физической подготовки врача, чаще всего это были разновидности гибрида пособия Кристеллера и бинта Вербова, но почему-то упорно именующимся термином — «крistelлер» (поскольку он к С. Кристеллеру имеет весьма отдаленное отношение и скорее приобрел нарицательное значение, мы пишем название с маленькой буквы). Погрешности при оказании пособия и неисполнение обязательных условий приводило к росту акушерского травматизма и постепенно сложилось мнение, что именуемый «крistelлером» прием — плохой.

В отечественной литературе обсуждение этого пособия свелось к минимуму, да и вообще приобрело какое-то нецензурное значение. Массово применяющееся пособие стало главной тайной российских акушеров. Соответственно исчезло упоминание пособия в историях родов, и отсутствуют исследования о последствиях его использования. Почему-то в общественном сознании пособие считается запрещенным законодательно. Мы смогли обнаружить категорический запрет на его использование лишь в методических рекомендациях к приказу МЗ РФ № 318 от 1992 года, о ведении преждевременных родов, где пособие перечислено среди акушерских щипцов, вакуума, пособия по Цовьянову и т.д. Вторым документом, не рекомендующим прием Кристеллера, является информационное письмо МЗ РФ от 26 ноября 2002 г. № 2510/11869-02-32 под названием «Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом». В этом письме относят к группе риска женщин, у которых в анамнезе было применение приема Кристеллера, и не рекомендуют его применение при сужениях таза, а предлагают использовать акушерские щипцы. Третий документ, это письмо МЗСР от 13 марта 2008 г. № 1812-ВС, где среди причин кровотечений в послеродовом периоде упоминается «прием Кристеллера». И последнее, где использование приема Кристеллера отнесено к дефектам врачебных вмешательств в случае развития осложнений. Это статья «Менеджмент качества медицинской помощи: классификация дефектов оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи» [6], но данная статья просто перечисляет все пришедшие авторам в голову осложнения беременности и родов и предлагает классифицировать их, как не надлежащее качество оказания медицинской помощи, и содержит интересные определения: «неумелое обезболивание родов»; или еще более яркое измышление: «несвоевременное родоразрешение при преждевременном излитии околоплодных вод с развитием хориоамнионита, метроэндометрита и внутриутробным инфицированием плода».

То что в ряде случаев, например, при недоношенной беременности, преждевременное излитие вод происходит, как правило, именно на фоне ВУИ плода, авторам статьи, видимо, неизвестно. Так что никаких законодательно оформленных запретов среди действующих приказов и инструкций МЗСР на применение этого пособия в российском акушерстве нет.

В англоязычной литературе ситуация более прозрачная. Прием имеет свое название — «fundal pressure», т.е. давление на дно матки, и он несколько отличается от предлагавшегося С. Кристеллером. Относительно рекомендаций по применению или ограничению использования приема существуют некоторые различия между странами. В клинических рекомендациях французской ассоциации акушеров-гинекологов указывается, что с медицинской точки зрения нет обоснованных показаний для применения данного приема. Травмирующий опыт пациентов и их семей, а также возникновение редких, но серьезных осложнений являются основанием для прекращения его использования. При необходимости быстрого завершения второго периода родов рекомендуется инструментальное или оперативное родоразрешение в зависимости от клинической ситуации. Тем не менее, если данное пособие оказывается в родах, необходима обязательная отметка в истории болезни ответственного лица с указанием всех деталей процедуры [16].

Менее категорично высказывается ВОЗ, определяя «давление на дно матки» в категорию С — «методы, имеющие недостаточно доказательств для четких рекомендаций, которые должны использоваться с осторожностью, пока дальнейшие исследования не внесут ясность в спорных вопросах». Стоит отметить, что в данную категорию также включены: нефармакологические методы обезболивания, такие как травы, погружение в воду и *чрескожная электрическая нейростимуляция*; рутинная ранняя амниотомия; *приемы защиты промежности*; *активное обращение с плодом в момент родов*; *рутинное использование окситоцина*; *применение контролируемых тракций пуповины или их сочетания в течение третьего периода родов*; раннее пережатие пуповины; стимуляция сосков для усиления маточных сокращений в третьем периоде. Как видно, многие методы из этой категории совершенно открыто применяются в нашей стране с соответствующими записями в истории родов и только «давление на дно матки» подвергнуто всеобщей обструкции.

Эксперты ВОЗ обращают внимание, что во многих странах практика ручного пособия в родах путем давления на дно матки является распространенным явлением. Помимо значительного *дискомфорта* роженицы, есть предположение, что использование данного приема может представлять определенный риск для матки, промежности и плода, однако в настоящее время не имеется доступных исследовательских данных. Получается, что метод, использующийся столь часто, не имеет доказательств его пользы или вреда [11]. В обзоре М. Güney и соавт. (2005), только один из восьми случаев разрыва интактной матки был связан с использованием в родах приема давления на дно [15]. Проспективное исследование С. Vangeenderhuysen и соавт (2002), в которое вошли 63 пациентки с разрывом матки, из которых половина имела в анамнезе кесарево сечение, показало, что давление на дно матки имеет одинаковый риск разрыва матки наравне с акушерскими щипцами, вакуум-экстракцией и использованием окситоцина при рубце на матке [23].

В систематическом кокрановском обзоре 2009 года сформулирован вывод о том, что нет никаких доступных доказательств для окончательных выводов о положительных или неблагоприятных последствиях ручного давления на матку. Не-

обходимы рандомизированные контролируемые исследования хорошего качества, чтобы изучить потенциальные эффекты данного вмешательства [24].

Автомобиль является неотъемлемой частью жизни современной женщины. В этой связи все большее число беременных женщин становятся участниками ДТП, в результате которых страдает не только мать, но и плод. По данным PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) в США около 92 500 беременных женщин ежегодно попадают в автомобильные аварии [22]. Достоверные статистические данные о перинатальных потерях в результате автомобильной травмы нам не доступны, поскольку в свидетельствах о смерти плода не указывается причастность матери к автокатастрофе. Кроме того, указание на состояние беременности среди женщин, пострадавших в результате ДТП, прослеживается в национальных базах США только с 1995 года. В ретроспективном исследовании Н.В. Weiss и соавт [26]. (2001) автомобильные аварии являлись ведущей причиной травматической гибели плода, составляя 82% или 2,3 смерти на 100 000 живорождений. Повреждения матки при автомобильных авариях происходят почти исключительно во время беременности, что связано с ее расположением вне костного таза и могут возникать как в месте приложения действующей силы (*прямые или контактные травмы ремнем безопасности, рулем или приборной панелью*), так и на противоположных участках по механизму противоудара.

Такой относительно новый фактор риска разрыва матки, как прием кокаина и его производных, к сожалению, приобретает все большую актуальность в связи с ростом наркомании. Прием кокаина, или его производных (крэк), во время беременности может привести к системной вазоконстрикции и вызвать внезапное тетаническое напряжение матки, что особенно опасно при наличии рубца на матке. Описан клинический случай разрыва матки у 43 летней беременной с корпоральным рубцом на матке через 4 часа после употребления крэка путем ингаляции. Во время операции обращал на себя внимание мощный сосудистый спазм, края разрыва совершенно не кровоточили, хотя продолжились за рубцовую ткань. В некоторых странах, например в Японии, при подозрении на разрыв матки рекомендовано проводить скрининг на прием кокаина.

Рубец на матке, как фактор риска ее разрыва, в последние десятилетия вышел на первое место. Это вызвано все увеличивающимся процентом абдоминальных родоразрешений и ростом лапароскопических вмешательств на матке, особенно у нерожавших женщин, и отменой действующего ранее постулата — «однажды кесарево — всегда кесарево». Однако не все рубцы имеют одинаковую степень риска несостоятельности.

Корпоральный рубец имеет риск разрыва 1 : 9, «Т» и «J»-образный 2 : 50, поэтому американская коллегия акушеров-гинекологов (ACOG) не рекомендует проводить роды через естественные родовые пути после классического, «Т»-образного или «J»-образного разреза на матке.

Рубец на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте имеет самый низкий риск разрыва, особенно при ушивании матки 2-рядным синтетическим швом.

Наличие успешных родов через естественные родовые пути после кесарева сечения является залогом наименьшего риска разрыва матки по рубцу. Лучшее

доказательство состоятельности рубца — это успешно прошедшие роды. По данным В.М. Mercet и соавт. (2008) доказано, что частота разрыва матки по рубцу при последующих успешных влагалищных родах снижается в 2 раза (с 0,87% до 0,45%), и количество успешных родов после кесарева сечения уже не имеет значения (при двух успешных родах 0,43%, при трех 0,41%) [19].

По данным нескольких исследований риск разрыва матки после миомэктомии, произведенной лапаротомическим доступом, составляет 5,3%.

К сожалению, эти исследования не анализируют все факторы риска разрыва матки после миомэктомии, такие как количество, размер и расположение миоматозных узлов, вскрытие полости матки, коагуляция или ушивание ложа. Анализ литературных данных показал отсутствие достаточного числа сообщений о разрывах матки после лапароскопической миомэктомии. Подавляющее большинство из них представляют собой описание отдельных случаев, причем во многих отмечается разрыв еще до начала родов.

Перфорация матки с последующим образованием рубца — потенциальное осложнение всех внутриматочных процедур и может быть связана с повреждением окружающих кровеносных сосудов и внутренних органов (мочевой пузырь, кишечник). Формирующийся на месте дефекта рубец не только потенциально опасен в плане разрыва, но и может создавать трудности в диагностике, часто показывая нетипичную клиническую картину, не говоря уже о том, что перфорация может остаться нераспознанной, и наличие несостоятельного рубца станет для акушера неприятным открытием. Многие зарубежные руководства рекомендуют тщательное динамическое УЗ-наблюдение во время беременности всех женщин, имеющих в анамнезе внутриматочные вмешательства, особенно в послеродовом периоде, с целью предотвращения возможной клинической манифестации разрыва матки, однако диагностическая ценность этого метода около 50%.

Клиническая картина разрывов матки очень разнообразна, что объясняется множеством факторов, влияющих на нее, и зависит от преобладания механических или гистопатических причин разрыва, или вариантов их сочетания, стадии развития процесса (угрожающий, начавшийся, совершившийся), локализации разрыва (тело, нижний сегмент, дно), характера повреждения (полный, неполный). Наиболее трудно бывает диагностировать разрыв матки в отсутствие родовой деятельности, однако разрыв матки в родах в ряде случаев также может вызвать затруднения.

Большое разнообразие симптомов разрыва матки в родах трудно систематизировать. Наиболее типичную клиническую картину наблюдают при так называемом «бандлевском» разрыве матки, т.е. при наличии механического препятствия для рождающегося плода, но этот самый яркий по клинике разрыв в настоящее время, к счастью, стал самым редким. Боль в животе, как ее иногда характеризуют «внезапная или атипичная», наиболее часто описываемый в литературе симптом и на практике вызывающий наибольшее затруднение. Этот симптом представляет большую информационную ценность в отсутствие родовой деятельности, однако в процессе родов, которые сами по себе являются болезненными *a priori*, а «внезапность и атипичность» боли может трактоваться по-разному, в зависимости от болевого порога женщины и психологической выдержки врача. К тому же

с широким внедрением обезболивания родов классические симптомы разрыва матки могут быть существенно стерты или вовсе отсутствовать даже при механическом разрыве.

По данным большинства зарубежных руководств самым частым признаком разрыва матки является нарушение сердечного ритма плода — ранних или поздних децелераций, затем стойкой брадикардии. Стойкая брадикардия плода, по данным E. Vujold и соавт. (2002), отмечалась в 87% случаев разрыва матки и была первым симптомом разрыва матки [10].

Эти данные подтверждает исследование A.S. Leung и соавт. (1993), в котором нарушение сердечного ритма плода в 79% случаев было первым симптомом разрыва матки [17].

Брадикардия плода, завершившаяся рождением ребенка с низкой оценкой по шкале Апгар (иногда это единственный симптом разрыва матки), заставляет проявить настороженность, поэтому будет целесообразным произвести ручное обследование стенок полости матки, которое помогает поставить диагноз. Чаще клиническими симптомами разрыва матки в этом периоде будут кровотечение, нарушение гемодинамики — падение АД, тахикардия, болезненность тела матки при пальпации. В этом случае диагноз также помогает установить ручное обследование полости матки с обязательной проверкой целостности ее стенок, но эта процедура должна быть выполнена быстро, без промедления.

Если произошло расслоение стенки без выхода разрыва в брюшную полость, то диагноз при ручном обследовании поставить практически невозможно, и единственными симптомами будет боль в области разрыва, изменение анализа крови характерное для кровотечения, матка отклоняется в сторону, противоположную той, на которой произошел разрыв, и плохо сокращается. Кровотечение и картина шока может развиваться и отсроченно, через несколько часов после родов. В редких случаях разрыва матки наружного кровотечения может не быть вовсе, разрыв матки остается нераспознанным, затем начинается клиника перитонита.

Попытка использования дополнительных методов исследования, которым приписывается высокая диагностическая ценность, таким как КТ или МРТ, в этой ситуации всегда упирается в главную проблему: дефицит времени, так как через короткий промежуток времени после разрыва начинаются выраженные нарушения состояния матери и плода. При подозрении на разрыв матки в родах большинство авторов не рекомендуют тратить драгоценное время на получение бессмысленных в этой ситуации анализов, можно проводить их взятие для интра- или постоперационного анализа адекватности проводимой инфузионной терапии, но упускать время в ожидании их результата бессмысленно. Согласно директиве АСОГ стойкая брадикардия ЧСС плода при подозрении на разрыв матки или гемодинамические нарушения у матери требуют родоразрешения путем кесарева сечения в течение 10—37 минут, с началом адекватной интенсивной инфузионной терапии.

После постановки диагноза разрыва матки лечение начинается немедленно.

Как отмечено в бюллетене АСОГ, старые требования о необходимости развертывания операционной при разрыве матки в течение 30—40 минут устарели, и имеют минимальную полезность, поскольку при выходе плода в брюшную по-

лость его гибель происходит за более короткий промежуток времени, правда оговорено, что выполнение этого требования может предотвратить смерть матери. Теперь требования ужесточились — извлечение плода и начало хирургических мероприятий по остановке кровотечения необходимо начать проводить в течение 10—37 минут от появления стойкой брадикардии плода.

Главные задачи лечения — стабилизация состояния матери и извлечение плода. Как правило, временной интервал от совершившегося разрыва до извлечения плода и начала мероприятий по остановке кровотечения, при котором существует наибольшая вероятность благоприятного прогноза для матери и плода, составляет только 10—37 минут. Для того чтобы уложиться в этот отрезок времени, необходима мобилизация всех имеющихся возможностей — акушерских и анестезиологических.

При начавшемся и совершившемся разрывах матки быстро проводится чревосечение, целью которого является устранение источника кровотечения, восстановление анатомии органов малого таза, предупреждение распространения инфекции. Одновременно с хирургической помощью, еще до начала операции, во время операции и после нее проводят борьбу с шоком и кровотечением по общепринятым методам.

Таким образом, лечение начавшегося и совершившегося разрыва матки включает срочное и **ОДНОВРЕМЕННОЕ** выполнение:

- оперативного вмешательства;
- адекватного анестезиологического пособия;
- адекватной кровопотери и шоку инфузионно-трансфузионной терапии;
- коррекции нарушений гемостаза.

При разрыве матки чревосечение производят только нижнесрединным разрезом.

После того как плод успешно извлекается, объем хирургического лечения матери, по директиве АСОГ[8], должен зависеть от следующих факторов:

- локализации разрыва матки;
- размера разрыва матки;
- величины кровопотери;
- общего состояния матери;
- желание матери последующего деторождения.

В последнее время все больше набирает рост органосохраняющая тактика, с иссечением краев и ушиванием разрыва, и сохранением детородной функции женщины. В отечественной литературе отсутствуют критерии для предпочтения органосохраняющей тактики, поэтому мы решили привести критерии, рекомендованные в США:

- желание женщины последующего деторождения;
- расположение разрыва поперечно в нижнем сегменте;
- нераспространение разрыва в область широкой связки, на шейку матки, в параметрий;
- остановка кровотечения;

- не критическое состояние матери;
- отсутствие клинических и лабораторных признаков коагулопатии.

По тем же рекомендациям АCOG гистерэктомия предпочтительна при множественных разрывах, продольном разрыве тела матки, вовлечении в разрыв шейки матки.

При выборе органосохраняющей тактики операция включает в себя следующие этапы:

- при полном разрыве матки накладываются отдельные швы, при необходимости иссекают края;
- при неполном разрыве матки сначала опорожняют гематому, останавливают кровотечение путем лигирования поврежденных сосудов и осматривают разрыв. Затем проводят восстановление целостности стенки матки;
- если одновременно с разрывом матки произошел разрыв мочевого пузыря, то его зашивают со стороны брюшной полости [1]

По окончании операции проводится обязательная тщательная ревизия органов брюшной полости с последующим дренированием. Затем проводят восстановление передней брюшной стенки.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [2] Радзинский В.Е., Князев С.А. Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. — М.: Эксмо, 2009. (Медицинская практика.)
- [3] Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [4] Радзинский В.Е. «Акушерская агрессия». — М.: Изд. Медиабюро Статус презенс, 2011.
- [5] Репродуктивное здоровье: Учеб. пособ. / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011.
- [6] Ткаченко Л.В., А.В. Деларю // Медицинское право. — 2007. — № 4.
- [7] Кесова М.И. Выбор способа родоразрешения пациенток с рубцом матки // Вестник РУДН. Серия «Медицина». — 2010. — № 6. — С. 238—245.
- [8] ACOG Practice Bulletin #54: vaginal birth after previous cesarean // Obstet Gynecol. Jul 2004; 104(1):203—12.
- [9] American College of Obstetricians and Gynecologists: Response to Searle's drug warning on misoprostol // Committee Opinion. — 2000 December. — No. 248.
- [10] Bujold E., Mehta S.H., Bujold C., Gauthier R.J. Interdelivery interval and uterine rupture // Am J Obstet Gynecol. — 2002 Nov. — 187(5). — Pp. 1199—1202.
- [11] Care in Normal Birth: A practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24.
- [12] Elkins T., Onwuka E., Stovall T., Hagood M., Osborn D. Uterine rupture in Nigeria // J. Reprod Med. — 1985 Mar. — 30(3). — Pp. 195—199.
- [13] Golan A., Sandbank O., Rubin A. Rupture of the pregnant uterus // Obstet Gynecol. — 1980 Nov. — 56(5). — Pp. 549—554.
- [14] Gowda M., Garcia L., Maxwell E., Malik R., Gulyaeva L., Tsai M.C. Spontaneous uterine rupture in a nulligravida female presenting with unexplained recurrent hematometra // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. — 2010. — 37(1). — P. 60—62.
- [15] Güney M., Oral B., Demir F. Nedbesiz uterus rüptürü: 8 olgunun analizi // Uzmanlık Sonrasi Eğitim ve Güncel Gelismeler Dergisi. — 2005. — 2. — Pp. 342—346.

- [16] HAS Clinical Practice Guidelines. Use of fundal pressure during the second stage of labour. January 2007.
- [17] *Leung A.S., Leung E.K., Paul R.H.* Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences // *Am J Obstet Gynecol.* — 1993 Oct. — 169(4). — Pp. 945—950.
- [18] *Medell J.M., Mateo1 S.C. et al.* Spontaneous uterine rupture caused by placenta percreta at 18 weeks' gestation after in vitro fertilization // *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* — Vol. 36. — Issue 1.
- [19] *Mercer B.M., Gilbert S., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J. et al.* Labor outcomes with increasing number of prior vaginal births after cesarean delivery // *Obstet Gynecol.* — 2008 Feb. — 111(2 Pt 1). — Pp. 285—291.
- [20] *Pepin M., Schwarze U., Superti-Furga A., Byers P.H.* Clinical and genetic features of Ehlers-Danlos syndrome type IV, the vascular type // *N Engl J Med.* — 2000. — 342(10). — Pp. 673—680.
- [21] RCOG. Guideline No.26: Operative Vaginal Delivery. — L.: RCOG Press. 2005; *Hayman R.* Instrumental vaginal delivery // *Curr Obstet Gynaecol.* — 2005. — 15. — Pp. 87—96; *Murphy D.J., Liebling R.E., Patel R., Verity L., Swingler R.* Cohort study of operative delivery in the second stage of labour and standard of obstetric care // *BJOG.* — 2003 Jun. — 110(6). — Pp. 610—615.
- [22] *Sirin H., Weiss H.B., Sauber-Schatz E.K., Dunning K.* Seat belt use, counseling and motor-vehicle injury during pregnancy: results from a multi-state population-based survey // *Matern Child Health J.* — 2007 Sep. — 11(5). — Pp. 505—510. Epub 2007 Mar 6.
- [23] *Vangeenderhuysen C., Souidi A.* Uterine rupture of pregnant uterus: study of a continuous series of 63 cases at the referral maternity of Niamey (Niger) // *Med Trop (Mars).* — 2002. — 62. — Pp. 615—618.
- [24] *Verheijen E.C., Raven J.H., Hofmeyr G.J.* Fundal pressure during the second stage of labour // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2009 Oct. — 7(4). — CD006067.
- [25] *Waszyński E.* Kristeller's procedure-Expressio fetus, its genesis and contemporary application // *Ginekol Pol.* — 2008 Apr. — 79(4). — Pp. 297—300.
- [26] *Weiss H.B., Songer T.J., Fabio A.* Fetal deaths related to maternal injury // *JAMA.* — 2001 Oct 17. — 286(15). — Pp. 1863—1868.

RUPTURE OF A UTERUS: LAST, REAL, FUTURE

**S.A. Knyazev, A.A. Orazmuradov, T.P. Golikova,
A.I. Saschenko, A.A. Lukaev, N.V. Bolibok,
A.F. Kirienko, S. Gasimova**

Department of obstetrics and gynecology with course of perinatology
Medical Faculty

People's Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

In this article results research of women with ruptures of a uterus, the main reasons (a hem, the use of narcotic preparations, traumas, etc.), pathogenesis are considered. Legal bases of use of prostaglandins, Kristelera method. Algorithm of maintaining at suspicion of a rupture of a uterus.

Key words: cesarean section, uterine rupture.