

Ю. К. Малевич

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АКУШЕРСКИХ РАЗРЫВОВ ВЛАГАЛИЩА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Определены основные причины и механизмы типичных и атипичных разрывов влагалища в современном акушерстве, введены термины «синдром потенцирования множества отдельно взятых несущественных причин»; эффект «казино», приводящих к массивным кровотечениям при разрывах.

Предложена классификация послеродовых разрывов влагалища: по расположению, по направлению, по глубине, по клинике, выделены неосложненные и осложненные разрывы, определена принципиальная тактика при их выявлении.

Разработаны основные принципы при зашивании послеродовых разрывов влагалища, а также дифференцированный хирургический подход при типичных и атипичных разрывах.

Ключевые слова: акушерские разрывы влагалища, причины, классификация, хирургическая тактика.

Y. K. Malevich

OBSTETRIC VAGINAL BREAKS. A MODERN ADDITION TO THE “CLASSICS”

The main causes and mechanisms of typical and atypical vaginal ruptures in modern obstetrics are determined, the terms “potentiation syndrome of a set of individual non-essential causes” are introduced; the effect of “casinos” leading to massive bleeding at ruptures.

The classification of postpartum vaginal ruptures is proposed: by location, direction, depth, and clinic, uncomplicated and complicated ruptures are identified, and the principal tactics for their detection are determined.

The basic principles for suturing postpartum vaginal ruptures have been developed, as well as a differentiated surgical approach for typical and atypical ruptures.

Key words: obstetric vaginal ruptures, causes, classification, surgical tactics.

Цель и задачи: разработать классификацию послеродовых разрывов влагалища и дифференцированную хирургическую тактику при типичных и атипичных разрывах.

Материал и методы. 40-летний опыт останки кровотечений в связи с акушерскими травмами в разных роддомах республики без летальных исходов, анализ неблагоприятных исходов по материалам судмедэкспертизы, итоги клинко-анатомических конференций, форумов различных масштабов и уровня.

Результаты и обсуждение

Типичные травмы мягких родовых путей наиболее частая и легко устранимая патология, сопровождающаяся незначительным кровотечением после родов [4, 5]. Вместе с тем атипично расположенные и разможенные

травмы становятся проблемой повсеместного и всевозрастающего значения. Это одна из основных причин случаев массивных и сверхмассивных акушерских кровотечений, имевших место в различных родо-помогательных учреждениях. При этом все эти случаи – наглядные примеры near miss, едва не ставшие причиной фатального исхода.

Проведенный анализ и опыт свидетельствуют, что в начале последовательность событий обычная: выявили разрывы, стали ушивать, однако затем после наложения «обычных нескольких швов» кровотечение продолжает-ся, а иногда даже усиливается.

В каждом конкретном случае удавалось установить различные погрешности или «стечение неких обстоятельств» по 2–3 в различном сочетании. Например: узкое влагалище; кольпит; зашивание «стоя»; большие иглы; не-

достаточное обезболивание; плохое освещение, «человеческий фактор» (усталость врача, неопытность и самонадеянность) и др.

Мы предлагаем в таких случаях использовать термин «синдром потенцирования множества отдельно взятых несущественных причин».

В результате кровотечение приобретает неуправляемый характер. Кроме того, возникает «эффект казино»:

- потеря чувства времени,
- потеря оценки объема кровопотери;
- реальной оценки собственных возможностей

И как следствие развивается «смертельный треугольник», о котором мы более подробно останавливались в предыдущих публикациях (рис. 1).

Причины разрывов влагалища в современном акушерстве, кроме общеизвестных (возраст, крупный плод, узкий таз и др.), изложены ниже. По существу устранение или минимизация этих причин – это основа профилактики травм влагалища.

- узаконенное уменьшение среднего времени продолжительности нормальных родов (от «солнце над рожавшей женщиной не должно всходить дважды» до 16–18 ч. Сейчас говорят о 12–14 ч);

- частая индукция родов (раньше 5–7 %, сейчас до 17–20 %). При этом забывают, что иногда нет готовности не только матери, но и других компонентов, в том числе



Рис. 1. «Смертельный треугольник» при акушерских кровотечениях

и родового канала и тканей, образующих его стенку;

- отсутствие классической «акушерской выдержки и терпения» при назначении методов родовозбуждения и родостимуляции;

- чрезмерно активное ведение родов, граничащее с агрессией (а надо только рациональное!);

- злоупотребление «вертикальными родами»;

- форсирование 2 периода родов, употребление неправильной терминологии и как следствие замена понятий период изгнания на «потужной» период»;

- гипердиагностика гипоксии плода и как следствие неоправданное «ускорение» периода изгнания;

- по существу обязательная «помощь при родах» – применение различных методов выжимания плода с появлением неведомых элементов биомеханизма родов не предусмотренных природой, не доступных пониманию.

Очевидно, что так называемые «ятрогенные» причины встречаются у 60–80 % пациенток.

Механизм образования разрывов заключается в нарушении целостности стенки влагалища за счет:

- резкого смещения тканей;
- резкого изменение направления (вектора) движения частей плода (головки, плечиков и др.).

При этом можно выделить следующие компоненты:

механические (связанные с перерастяжением тканей), морфологические (обусловленные гистохимическими изменениями в тканях) и смешанные (механо-гистопатические).

Механические компоненты включают все виды деформаций известных фундаментальной физике:

«Растяжение» – быстрое расширение просвета влагалища за счет размеров продвигающейся головки;

«Изгиб» – имеет место за счет различной конфигурации головки в области затылки

и лица, а также присутствие в биомеханизме родов моментов с преобладанием сгибания или разгибания головки;

«Кручение» – за счет внутреннего поворота головки, а затем и плечиков;

«Сдвиг» – за счет различных физико-биологических свойств различных слоев стенки влагалища (слизистой, мышц, адвентиция);

«Сжатие» – с последующим расширением участков влагалища, располагающихся ниже продвигающейся головки (по типу «волны от носа плывущего корабля»).

При разрывах влагалища кровотечение возникает из а. vaginalis или её ветвей, а иногда и а. uterinae при повреждении верхней трети влагалища; из а. vesicalis inferior – при повреждении средней трети, из а. rectalis media и а. pudenda interna при повреждении нижней трети влагалища, а также из многочисленных, в том числе варикозно расширенных вен на всем протяжении влагалища.

По МКБ X выделяют:

O71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища.

O71.9 Акушерская травма неуточнённая.

Клиническая классификация разрывов влагалища в настоящее время не разработана. При этом, очевидно, что нет детализации в диагнозе, нет должной клинической и хирургической настороженности. Не разработаны также особенности хирургической тактики и техники при различных по степени сложности разрывах. По нашему мнению, классификацию акушерских разрывов влагалища можно представить следующим образом.

По характеру происхождения:

1. Спонтанные.
2. Ятрогенные.

По расположению:

А. 1. Односторонние.

1. Двусторонние.
2. Множественные.

Б. 1. По боковым стенкам.

2. По задней стенке.

3. По передней стенке.

В. 1. В нижней трети, возникающие обычно одновременно с разрывом промежности.

2. В средней трети.

3. В верхней трети с возможным переходом на своды (разрывы верхней части влагалища этиологически и исходя из клинической картины, как утверждает классическое акушерство, следует относить к разрывам матки, особенно нижнего маточного сегмента) [2, 3].

По нашему мнению [1], одним из механизмов и опасностей травм верхней трети влагалища является ятрогенная эмболия околоплодных вод (ЭОВ) в результате следующего механизма: при выжимании плода происходит форсированный и резкий внутренний поворот головки, который приводит к разможенным разрывам слизистой верхней и средней трети влагалища.

Далее в момент врезывания и прорезывания головки, между головкой и вульвой образуется «пояс соприкосновения», располагающийся гораздо ниже линии разрывов, которые при этом обильно «омываются» задними околоплодными водами, а повышенное внутриматочное давление в связи со спонтанной или «усиленной» медперсоналом потужной деятельностью легко «загоняет» воды в венозную кровь через образовавшиеся разрывы.

По направлению:

1. Продольные.
2. Поперечные.
3. Косые.
4. Винтообразные.
5. Лоскутные.
6. Скальпированные.
7. Отрыв от сводов.

По глубине:

1. Разрыв слизистой и мышечного слоев стенки влагалища.

2. Полный разрыв стенки влагалища (в том числе и адвентиция) с возможным вовлечением или обнажением подлежащих тканей (ректовагинальной перегородки, паравагинальной и параректальной клетчаток и др.).

По клинике:

1. Неосложненные.
2. Осложненные.
 - а) разможением краев;
 - б) обильным кровотечением;
 - в) с др. множественными разрывами мягких тканей;

г) с гематомами;

д) с гипотонией матки.

По сложности (совокупный критерий).

А. Простые (типичные) – продольные, в нижней трети, в пределах слизистой, на заднебоковых стенках, не осложненные.

В. Сложные (атипичные) – все остальные.

Диагностика разрывов влагалища достаточно подробно изложена в доступной литературе.

В связи с этим сделаем лишь следующее дополнение: при разрывах верхней трети влагалища перед зашиванием необходимо произвести ручное обследование полости матки для исключения повреждения (разрыва) нижнего сегмента.

Хирургическая техника и тактика при разрывах влагалища

Общие правила и требования.

1. Асептические условия.
2. Адекватное обезболивание.
3. В положении врача-акушера сидя.
4. Хорошее освещение.
5. Хорошая визуализация.
6. Анатомо-топографические знания.
7. Разнокалиберные иглы, различный шовный материал.
8. Адекватная оперативная техника.
9. Достаточный опыт работы.

Следует помнить, что зашивание обширных, разможенных, скальпированных разрывов

Таблица 1. Хирургическая тактика и техника при разрывах влагалища

Где	Типичные	Атипичные
	родзал	Операционная (малая, большая)
Обезболивание	Местное, в/в	В/в, региональная, общая анестезия
ассистент	Только с учебной целью	Полноценная бригада, иногда два ассистента
Инструментарий	Для малых влагалищных операций	Полноценный хирургический гинекологический набор
Инфузионно-трансфузионная терапия	Кристаллоиды	Кристаллоиды, препараты крови
Швы	Отдельные узловые	Различные виды (в том числе Z-образные, глубокие, через все слои), при прорезывании с большим забором тканей, использование более толстого шовного материала
*Временные методы остановки кровотечения (в том числе обильного)	Обычно не применяются	Локальная тампонада, прижатие кровоточащих мест не менее 10 мин (напоминаем: свертываемость крови по Ли-Уайт 7 мин), тугая тампонада влагалища
Вспомогательные мероприятия		Введение катетера в уретру, катетеризация мочевого пузыря, иногда мочеточников. Пальцевой контроль со стороны прямой кишки
Подготавливающие манипуляции		А. Снятие предыдущих швов при сужении влагалища, затрудняющих обзор и наложение окончательных гемостатических швов. Б. Использование влагалищных расширителей, зеркал. В. Производство билатеральной эпизиотомии или влагалищно-промежностного разреза по Шухарду. В. Лапаротомия – при разрывах сводов, обнажении клетчатки малого таза, супрафасциальных гематомах
Этапы операции	один	Может быть несколько. А. Первый – временная остановка кровотечения. Б. Второй (отсроченный на 6–12 ч) – окончательная остановка

Примечание. Следует особо отметить, что даже при простых типичных разрывах все чаще встречаются незащитые участки поврежденного дна продольных складок влагалища, более выраженных после родов. При этом швы накладываются между складками, а поврежденный участок на дне не зашивается. А поскольку столбы складок с морфологической точки зрения на разрезе имеют губчатое строение и обильную венозную сеть, указанная клиническая ситуация всегда сопровождается обильным кровотечением.

может быть сложнее гистерэктомии. При этом неправильная техника восстановления дефектов, без учета многочисленных, не всегда заранее предугаданных механизмов травмы, ее локализации, распространенности создает дополнительные сложности.

При затруднении, а также если зашивание продолжается более 15–20 мин без реальных перспектив завершения, необходимо:

- приостановка манипуляций;
- тампонада операционной раны;
- пережатие аорты через брюшную стенку для уменьшения кровопотери;
- вызов более опытного коллеги;
- перевод в операционную;
- адекватное восполнение ОЦК;
- адекватная анестезиологическое обеспечение;
- запуск протокола «геморрагический шок».

Принимая во внимание большую частоту разрывов влагалища и всевозможные трудности при зашивании предлагаем вниманию разработанную нами дифференцированную тактику при типичных и атипичных разрывах (табл. 1).

Необходимо снять ранее наложенные швы, на 10 мин. прижать кровоточащий участок, затем устранить складчатость при помощи зеркал или рано расширителя и под контролем зрения наложить более глубокие швы.

При сочетании разрывов влагалища с гипотонией матки и интенсивном кровотечении оказание помощи должно включать несколько этапов.

1 этап. Исключить холод, наружный массаж. Необходимо провести ручное обследование полости матки + наружно-внутренний массаж+ утеротоники. Затем ревизия разрывов влагалища и легирование крупных сосудов. При разможенных поверхностях – тугая тампонада влагалища.

2 этап. Восполнение ОЦК, перевод в операционную, лапаротомия (органосохраняющие мероприятия или гистерэктомия).

3 этап. Окончательное зашивание травм мягких родовых путей.

Нередко травмы влагалища сочетаются с гематомами (данная клиническая ситуация будет подробно изложена в специальной статье).

Таким образом, предложенная клиническая классификация разрывов влагалища дает более четкое представление о характере и масштабе повреждений, и их последствиях, позволяет выбрать оптимальную дифференцированную хирургическую тактику при различных по сложности травмах влагалища.

Литература

1. *Акушерство*; под ред. Ю. К. Малевича. – Минск, 2017.
2. *Малиновский, М. С.* Оперативное акушерство. – М., 1976.
3. *Персианинов, Л. С.* Акушерский семинар. – М., 1980. – Т. 1.
3. *Савельева, Г. М.* Акушерство. – М., 2009.
4. *Радзинский, В. Е.* Акушерство. – М., 2015.

Поступила 24.01.2020 г.