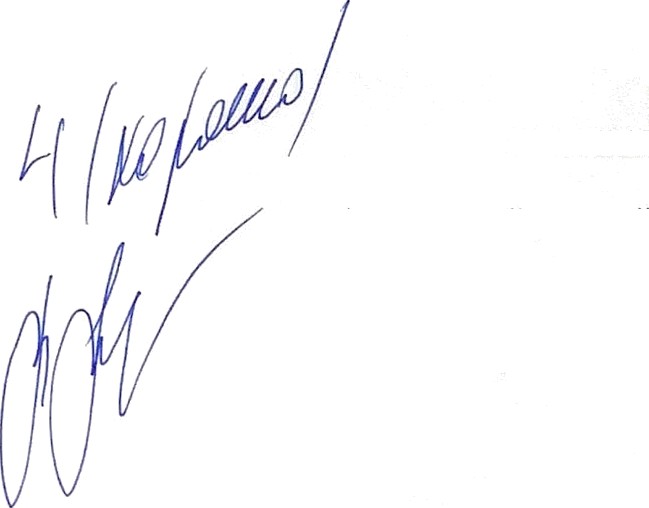
'Оедералыіое государственное бюдже гное образовательное учреждегіие выс шсго образования ”Красноsрский Государс’гвенный меди циlЈский унивсрситст гіыетіи профессора В.Ф. Вой но-fісснсцкого" Министерства здравоохранения Российс кой Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: Профессор Цхай В.Б

РЕФЕРАТ

«Акушерский родовой травматизм»

Выполнила: клинический ординатор

кафедры перинатологии, акушерства и *гннекоуогнн* лечебного факультета

Буланова Е.К.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2021 г.



Содержание

В8едеННе

Ра‘з|3bI В ïII е ii Kfi i•iaT к п

Разрыв аулевы, влагаЈІ Нша, проМехгіІОсТИ

Список лиТсратуры



Введение

В современном акушерстве важной темой остается изучение проблемы разрывов и различных способов рассечения промежности в родах и их влияние на функцию тазового дна. Несмотря на все современные усовершенствованные методики ведения родов, частота травматизма не имеет тенденціпі к сннжению и по результатам М.В. Кажиной составляет 10,2—39,0 %. По данным некоторых зарубежных авторов, роды, которые СОпровождались травматизмом, составляют около 30 %.

Существует и другая проблема: с цельюуменьшения возможности самопроизвольно горазрыва промежности в родах и снижения частотыдетского травматизма была разработана методика эпизнотомии, Которая используется в родовспомогательных учреждениях по всему миру. Частота использования эпизиотомии в родах может достигать от IS до 80 %, то есть почти каждая 3—4-я женщина подвергается данному хирургическому вмешательству. В некоторых клинических ситуациях (дистресс плода, угроза разрыва промежности, газовые предлежания и т. д.), несомненно, эпизиоперинеоточия может предупреждать серьезную травму, но рассечение промежности в родах превышает частоту самопроизвольньж разрывов в несколько раз, ято позволяет подвергнуть сомнению все показания и их целесообразность, по поводу которых проводится эта операция.

РАЗРЫВЫ МАТКИ

Разрывом матки называют нарушение целости ее стенок.

Различают следующие разрывы матки.

* По времени возникновения:

п во время беременности;

* во время родов.
* По этиологии и патогенезу:
* самопроизвольньте;
* насильственные.
* По локализации:
* в дне матки;
* в теле матки;
* в нижнем сегменте матки;
* отрыв матки от сводов влагалища.
* По характеру повреждения:
* полный разрыв;
* неполный разрыв.
* По клиническому течению:
* угрожающий разрыв;
* начинающийся разрыв;
* совершившийся разрыв.

Во время беременности разрывы матки наблюдают редко — в 9% случаев по отношению ко всем разрывам.

Самопроизвольными называют разрывы матки, которые возникают без



каких-либо внешних воздействий; насильственными — разрывы, связанные чаще всего с неправильно прнмененными оператнвными вмешательствdМН. Полные разрыв ы матки наблюдают в девять раз чаще, чем неполные, и происходят они в тех местах, где серозный покров плОТН0 CпdЯH С

МиОМеТрИеМ.

Неполный разрыв может иметь любую локализацию, но чаще 6ьtBdП 8 нижнем сегменте. В этих случаях наблюдают гематома парамегральноЙ клетчатки.

Причины механического разрыва матки по Бандлю Согласно этой теории, разрыв матки в родах обхясняли

ространственным несоответствием между предлежащей частью плода и газом матери.

Такое несоответствне может возникать при:

* + узком тазе;
  + поперечном положении плода;
* *ргзгнбгіеяъных* предгенаниях и асинкяитическях вставлениях головки;
* гидроцефалии плода;
* крупном плоде;
* опухолях в области малого таза;
* рубцовых сужениях различных отделов родовьгх путей;
* неправильных положениях маткн после разлиНных фиксирующих ее положение операций и т.д.

При пространственном несоответствии между предлежащей частью плода и тазом матери и npn хорошей родовой деятельности тело матки все больше и больше сокращается, плод постепенно перемещается в тонкостенный, чрезмерно растянутый нижний сегмент матки, который резко истончаегся, и в результате происходит его разрыв.

Причины разрывов матки по Вербову

Согласно его георни, основной причиной разрывов матки служат глубокие патопогические изменения воспалительного и дегенеративного характера в миометрии.

Такие изменения миометрия возникают при:

* рубцах на матке после различных операций (кесарево сечение, вылущение миоматозных узлов, операция при внематочной беременности

с удалением интерстициальной части трубы, перфорация при внутриматочном Dмешательстве и т.д.);

* повреждениях матки при абортах, особенно криминальные и часто

**ПОВТОрЯЮЩИХСЯ;**

* инфантнлизме н аномалнях развития половых органов, характеризующихся недостаточным развитием миометрия;
* воспалительных заболеваниях маткіі и придатков;
* многорожденяи (более пяти родов в анамнезе);



* М НОГО ВОДН И, М НОГОПЛ ОДИ Н;
* прираиіении н предлежании плаценты;
* разрушающем пузырном заносе.

При механическои препятствии к изгнанию плода на фоне бурНОЙ родовой деятельности разрыв матки имеет выраженные три стадии:

-начинающийся

-совершившийся

*Прн гнсіопаінческнх* изменениях миометряя разрь;вьт матки имеют те же стадии с менее выраженной клиннческой картиной. Чаще такие разрыВы матки возникают на фоне упорной слабости родовой деятельности, перенесенных абортов, воспалительных процессов в матке нли после перенесенной операции на матке, что составляет до 60% всех разрывов матки.

**Угрожающнй разрыв маткн** — такое состояние, когда ни р;tЗрыва

матки, ни надрывов миометрия еще не произошло.

Клиническая картина угрожающего разрыва матки харакгеризуется по явлением следующих симптомов:

* бурная родовая деятельности — схватки становятся сильными, резко

болезненными;

* матка вытянута в длииу, дно ее отклонено в сторону от средней линии,

круглые связки напряжены и болезненны;

* коатракционное кольцо расположено высоко (на уровне пупка) и косо, матка пркобретает форму песочных часов;
* нижний сегмент матки резко растянут и истончен; при пальпации нітжний сегмент напряжен и резко *боявзнен,* в результате яего не

удается определить предлежаідую часть;

* появляется выпяяивание или припухлость над лоном вследствие отека предпузырной клетчатки; признак Вастена положительный;
* *ньбяюльюі* затрудненне *саиопронзвольного* мояеиспускання вследствие сдавления мочевого пузыря или уретры между головкой и
* часто отмечают непроизвольную и безрезультатную потужную деятельность прн *высоко* стоящей FОловке;
* поведение роженицы становится беспокойным.

**Для начинающегося разрыва** матки характерно присоединение к выраженным симптомам угрожающего разрыва матки новых симптомов, вызванных надрывом миоиетрия. Схватки приобретают судоронный характер. Появляются сукровичные или кровяное выделеняя из родовых путей, в моче — примесь крови. Ухудшается состояние плода (учащение или урежение сердцебиения, повышение двигательной активности плода, **отхожденне *мекояня* лри** головнътх лредлежаниях, ллогда **вчутриутробнаs** смерть плода). Роженица возбуждена, жалуется на обіцую слабость,

головокружение, сильные, непрекращающиеся *бопч,* чувство страха, боязнь смерти. Часто отмечают нарушение ритма схваток. Прн отс ТСТВИН немедленной помощи происходит разрыв матки.

**Свершившийся** неполный разрыв маткн — разрыВ слизисТОГО Pï мышечного слоев матки с сохранением целостн серозного покрова тела маткн; чаще происходит в нижнем сегненте.

В момент разрыва роженицы испытывают сильную, режущую боЈlь, некоторые ощущают, что что-то лопнуло, *ршорвьлосъ.* Сразу же прекращается родовая деятельность. Роженица становится апатичной, перестает кричать.

Развивается картина шока. Одновременно с угнетением состояния бледнеют кожные покровы, нарастает частота пульса, падает его наполнение и артериальное давление, появляется холодный пот. Шок обусловлен сначала резким перитонеальным инсулвтом в связи с внезапным изменением внутрибрюшного давления, а в дальнейшем он усугубляется кровотечением.

При угрожающем разрыва матіш, при головке, стоящей во входе в малый таз, показано родоразрешение путем кесарева сечения, при головке, стоящей в полости малого таза, — плодоразрушающая операция (краниотомяя с последующей краииоклазией).

Поворот плода на ножку, экстракция плода за тазовый конец и наложение акушерских щипцов противопоказаны, так как они могут привести к насильственному разрыву матки.

После удаления плода и детского места необходимо ручное обследование стенок полости матки, чтобы убедться в ее целости.

При начавшемся и совершившемся разрыве матки показано немедленное чревосечение. Чем меньше пройдет времени от начала разрыва до операции, тем лучшие ее непосредственные результаты. Если операция произведена в течение первых 2 ч после разрыва, смертность составляет 29%, а если позже, то она достигает 42%.

Во *время* операции из ***брюшной*** полости удвляют плод, плаценту и излившуюся кровь. Объем оперативного вмешательства зависит от состояния женщины, характера разрыва и инфицирования матки.

При тяжелом общем состоянии женщины, а также при линейных, недавно произоіиедших небольших разрывах матки у молодых женщин при отсутствии инфицирования производят зашивание разрывов после освежения краев ранъі. Во всех других случаях производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. По окончании операции показана тщательная ревизия органов брюшной полости.

Рану запіивают отдельными швами в два этажа по той же методике, что применяют при кесаревом сечении. Перитонизацию производят налонением непрерывного шва. Иногда для перитонизации можно использовать брюшину пузырно-маточной складки или круглую связку.

8ріошн}’іо полость nc} ілпвзю т и ізереднюю брюшгіуіо с гек\*} \*!^ -’!^\*\*\*’ зашинаіот, оставляя 4реііа»:и. Производят за4ііюю кслыіоток‹иіо и

выводят еще один дренаж. be эи восстановлеііие целости матк и неяозsтожно, то производят *падвлагьл ит*ную амП} ТаЦИlО ий и ЗКСТИЦf18 ЦИЮ

›іаТкИ.

РАЗРЫВЫ ШEЙKl4 М ATKM

Причины возникновеііия разры BoD шейки матки разнообразны. В большинстве случаев *ньіeeіcя* сочетание нескольких факторов. К ним относяТ:

* измснения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения ;
* ригидность шейки матки у старых первородя ших;
* чрезмеріаое растяжение шейки матки при крупноsі плоде, разгибател ызых предлежаниях головка;
* быстрые и стремительные роды ;
* длительные роды при лреждевременном отхожденив вод;
* длительное ущемление шейки матки между головкой и костями таза;
* оперативные роды — щипцы, вакуум-экстракция плода, поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение ллаценты и выделение последа;
* плодоразрушающие операгtии;
* нерациональное ведение второго периода *родов,* ранняя потужная деятельности.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и гіасильственными. Самопроизвольные возникают при родах без оперативных *пособни,* насильственные разрыва — лри оперативньтх вмешательствах,

вызванных патологическими родами.

Разрыв ы шейки матки в зависимости от их глубины делят на три степени:

* К I степени отгlосят рырывы шейки матки с одной или двјх сторон не более 2 см.
* Ко 11 степегіи — разрывы более 2 см, но не доходящие до сводов влагалища.
* К 111 степени отвосят разрывы, доходянtие до с Doдa или переходящие на *него.*

При гіервых родах практически во всех случаях происходят поверхностізые (до 1 csÏ) гіадрывы шейки матки, в результате чего наружный зев D далытейшем прИОбрстает щелепиднуіо форму.

Единственный симптом разрыва шейки матки — кровотечение из родовых путей, которое возникает в основном после рождения плода и

гіссле/ја при xopoггi‹› сокрзти ишеися ктаткс. Кровотеченис может *эыіь* от

lіСЗНПЧМТельного до профуз›‹ого, вытекаіоијая при этом кДОDЬ п *меч* ь1і\*ій

ВоСстановлен ие шейки матки заключается в наложенгіи одгіорлдноl о шва рассасываюшейся синтетичесгой или кетщтовой нитьш. Швы накладывают через все слои шейки матки со стороны влагалища, начиная от верхнего края разрыва по направлению к наружному эеву, причем первую

(п ровизорную) лигатуру накладывают несколько выше места разрыва.

Ведение послеродового периода у таких родильниц бывает обы тным. так как специального ухода за шейкой матки не требуется.

РАЗРЫВЫ ВУЛЬВЫ, ВЛА ГАЛИ ЩА И П РОМЕЖНОСТИ

Разрывы вульвы. К ним относят травмы в области *бопыпн к* и малых половых губ, клитора в виде поверхгтостных надрывов и трещин.

Основной симптом — кровотечение. Диагностируют разрыва при наружном осмотре.

Зашивание разрывов вульвы проводят под местной инфильтрационной или внутривенной анестезией. Разрыва вулsвы заівивают тонким кетгутом, непрерывным или отдельными швами. При зашивании разрыва в области клитора в уретру вводят мочевой катетер.

Разрывы влагалище происходят в верхней, средней и нижней трети с одной или обеих сторон. Разрывы верхней трети влагалища с переводом

на свод сочетаются с разрывом шейки матки. Средняя треть влагалища повреждается реже, так как легко растяжима.

Основной симптом — кровотеченке. Стенки влагалища должны быть осмотрены при помощи зеркал дане при незначительное кровотеченнн

и обязательно зашиты. Иногда разрыв ы влагалища могут *быть* глубокими и проникать до околовлагагищной и даже околоматочной клетчатки. При таких глубоких разрывах могут образоваться гематомы, возможно их инфицирование.

Разрвівы промежности — наиболее частый вид акушерского травматизма, их встречают в 7- 15% всех родов, причем у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторвородяЩИх.

факторы, Способсз’D Ющие разрыву промежности:

нарушение микроэколОГИИ Жеізских половых органов, БВ, кольпит; 'недостаточ ная эластичность мягких тканей родовых *путей;*

' неізолноценная физическая подготовка к родам;

неадекватное акушерское пособие при тазовом или головном

предлежании плода;

прорезывакие головки при неблагоприятном вставлении;

*бопьшья* окружность головка, её повышенная плотность и низкая способность к изменению формы;

некоторые анатомнческие особенности промежности и таза (высокая промежпость, узкая лонная дуга), наблюдаются

при общеравноиерносуиенном тазе;

- оперативные вмешательства в родах.

Причины разрывов промежностн

При недостаточной эластичности тканей или быстрое растяжение под напором головки промежность истончается до крайних пределов и рвётся. Выделяют 3 главные причины возникновения разрывов промежности.

-Предшествующие изменения в области промежности и наружных половые органов. Эти изменения могут происходить на почве инфантилизма или вследствие ригидности у пожилых первородящих, или при рубцовых сужениях после предшествующих разрывов.

Быстрое прохождение головки через вульварное кольцо. При быстром прохождении головки плода через вульварное кольцо промежность растягквается такне очень быстро, что ведет к её разрывам. Акушерские операгіии (применеюіе акушерекнх щипцов, вакуум-экстрактора, ручных пособий при тазовом предлежании плода), предполагающие быстрое извлеченяе плода, проводят с предварительным рассечением променности (эпизиотомия). Но, несмотря на рассечение промежности и увеличение пространства, при проведении акупіерских операций иногда встречается такое осложнение, как продолжеRие раны от эпизиотомии в разрыв промежности. В зтих случаях основным патогенетическим фактором считают слитком быстрое проведение головка. При операции налонения акушерских щипцов разрыву способствует дополнительное увеличение размера головка.

Прохождение головки плода большим размером через вульварное

кольцо. Наиболее благопряятный для прохождения через вульварное кольцо размер головки плода — малый косоії и соответствующая ему окружность.

Эткм размером головка проходит через вульварное кольцо при затылочном предлежании. Для предохранения промежности от ярезмерного растяженяя важно, чтобы головка при ротации вокруг точкя фиксации прорезывалась наименее объёмистой частью. Особенно неблагоприятны для промежности роды при так называемом разгмбательном типе (переднее- головное, лицевое предлежакие), когда головка проходит через вульварное кольцо большими размерами. Большое значение имеет и величина плода.

Классификация

По механизму возникновения: 'самопроизвольные; насяльственные.

По степени поврежденкя тканей:

разрыв I степени — повреждается задняя спайка больших половых ry6, часть задней стенки влагалища и кона промеж£lоСти без повреждения мышц;

-разрыв II степени — помимо задней спайки н кожи промежности повреждается сухожильный центр промежности и идущие к нему

луковичногубчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежностн ;

- разрыв III степени — кроме кожи, фасций и упомвнутых выше трёх мышц, надрывается илн разрывается наружный сфинкгер заднего прохода (m. sphincter ani extemus) *без* повреждения стенки прямой кишки (неполный разрыв III степени);

разрьш IV степени — нарушение целостности нарунного сфинктера заднего прохода с повреждением стенки прямой кишки (полный разрыв III степени).

По клиническому течению:

угрожающий разрьш промежности — развивается цианоз и отёк тканей из-за нарушения венозного оттока, к которому присоединяются признаки обескровливания (кожа промежности стаковіпся бледной и блестящей);

- начавшийся разрыв промежности — появляются мелкие трещины эпидермиса на глянцевой поверхности *коэн;*

'совершившийся разрыв промежности — вульва зияет, появляется незначительное кровотечение, а при разрьшах III—IV степеі-ги — недержатіе газа и кала.

Лечение разрьгвов промежности заключается в восстановлении анатомических взаимоотношений тканей пyreм налонения швов. Зашивание разрывов промежности производят после рождения последа и осмотра (а при необходимости и заюивания) шейкв матки и стенок влагалища. Зашивание производят в условиях операционной при соблюдении всех правил асеітгики и антисетики. Подготовку операционного поля и рук хирурга и ассистентов проводят по принятым в хирургии правилам.

При 1 и II степенях разрыва зашивание проводят чанtе под местной инфильтрационной или пудендальной анестезией прокаином, при III и IV степени показано общее обезболивание.

В посяеоперационном периоде поверхность швов нужпо содержать в чистоте, но область швов не обмывают, а осторожно обсушивают стерильньши тампонами и обрабатывают крепким раствором перманганата калия или йодной настойкой. Туалет промежности производят после каждого акта мочеиспускания или дефекации.

При разрывах третьей-четвертой степени в течение первых дней родильница получает жидкую пищу (бульон, сырое яйцо, чай, соки), назначают антибактериальную терапию и вазелиновое масло. Слабительное дают на б-й день послеродового периода, после чего снимают швы с кожи промежности.

Профилакгига

Основными профилактическичн мерами являются бережное ведение родов, снижение родового травматизма, анатомическое восстановлекие промежности при ее травмах или рассечении в родах, профилактика инфекционных осложнений и обеспечение полноценного заживления для

исключения возіlикгіовения отсроченнмх патологий в будущем.

Список литерат) ры

1. Родовой травматизм и репродуктивное здоровье женщи ны - Селихова М.С., Котовская М.В., Кугутова Л.l4., 2010 г
2. ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ: ПРИЧИІ—ШІ И СЛЕДСТВИЯ Н.А.

Жаркин, Х.М. Лайпаtіова, 2019 г

1. Р КОВОдство к практическим занятиям по акушерству - под редакцией

проф. В.Е. РаДЗИt‹с кого, 2010 г

1. Акушерстзо : націаоlкиты ioe руководство / под ред. Г. М. Савел ьевой, Г. Т. Сухих, В. 1—1. Серова, В. Е. Радзинст‹оі о., 2019 г