

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра: Акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Базина М.И

Реферат на тему
«Родовой травматизм матери»

Выполнил: ординатор кафедры «Акушерство и гинекология ИПО»

1 года обучения
Байрамова А.Р.

Красноярск, 2018 год

Содержание:

1. Разрыв промежности
2. Выворот матки
3. Гематомы вульвы и влагалища
4. Заболевания внутренних органов
5. Акушерские свищи

Разрыв промежности

Это самый частый вид родового травматизма матери и осложнений родового акта, чаще встречающийся у первородящих. Последствия разрыва промежности:

- кровотечения
- воспаление влагалища, шейки матки и генерализация инфекции
- опущение и выпадение шейки матки и влагалища
- недержание газов и кала (при разрыве 3 степени)
- нарушение половой функции

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

Причинами разрывов промежности являются:

- анатомо-функциональное состояние промежности
- высокая с хорошей мускулатурой промежность
- неподатливая, плохо растяжимая у пожилых первородящих
- рубцовые изменения после травмы в предыдущих родах и после пластических операций
- отечная промежность
- особенности костного таза (узкая лонная дуга, малый угол наклона таза);
- неправильное ведение родов (стремительные и быстрые роды, оперативное родоразрешение, неправильное выполнение акушерского пособия при выведении головки и плечиков плода).

Разрыв промежности происходит при прорезывании головки, реже - при выведении плечиков плода.

Механизм РП (последовательность изменений) состоит в следующем.

1. В результате сжимания венозного сплетения нарушается отток крови;
2. появляются цианоз кожи промежности (венозный застой), отек кожи (пропотевание жидкой части крови из сосудов в ткани); своеобразный блеск и бледность кожи (сжатие артерий);

3. снижение прочности тканей в силу нарушения обменных процессов; разрыв тканей промежности.

Описанные признаки являются признаками угрозы разрыва промежности.

Последовательность повреждения тканей при самопроизвольных разрывах (снаружи внутрь):

задняя спайка, кожа, мышцы промежности, стенка влагалища. При наложении акушерских щипцов разрыв начинается со стороны влагалища, а кожа может остаться цела.

КЛАССИФИКАЦИЯ.

Различают самопроизвольные и насильственные разрывы, а по степени - 3 степени разрыва промежности:

1. 1 степень - разрыв задней спайки, части задней стенки влагалища и кожи промежности.
2. 2 степень - в разрыв вовлекаются дополнительно мышцы тазового дна (леваторы).
3. 3 степень - разрыв жома (сфинктер) заднего прохода, а иногда и части передней стенки прямой кишки.

Редкая разновидность РП (1 на 10 тыс родов) - центральный разрыв промежности, когда происходит травма задней стенки влагалища, мышц тазового дна и кожи промежности, а задняя спайка и сфинктер заднего прохода остаются целыми, и роды происходят через этот искусственный канал.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА.

Любой разрыв промежности сопровождается кровотечением. Диагностируется при осмотре мягких родовых путей. При подозрении на разрыв промежности 3 степени необходимо ввести палец в прямую кишку. Ненарушенный сфинктер создает сопротивление при введении пальца в прямую кишку. Разрыв стенки кишки легко определяется по специфическому виду вывернутой слизистой кишки.

При значительном кровотечении из тканей промежности на кровоточащую ткань накладываются зажим, не дожидаясь рождения последа.

ЛЕЧЕНИЕ. Лечение всех разрывов заключается в их зашивании после рождения последа.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НЕОТЛОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.

1. Обработка наружных гениталий, рук акушера.
2. Обезболивание препаратами общего анестезирующего действия (1мл 2% раствора промедола), местная инфильтрационная анестезия 0.25 - 0.5% раствором новокаина или 1% раствором тримекаина, которые вводят в ткани промежности и влагалища за пределами родовой травмы; вкол иглы производят со стороны раневой поверхности в направлении неповрежденной ткани.
3. Зашивание разрыва промежности при обнажении зеркалами или пальцами левой руки раневой поверхности. Наложение швов на верхний край разрыва стенки влагалища, затем последовательно сверху вниз производят наложение узловатых кетгутовых швов (№2-4) на стенку влагалища, отступя друг от друга на 1-1.5 см до формирования задней спайки. Вкол и выкол иглы осуществляют, отступя 1 -1.5 см от края.
4. Наложение узловатых шелковых (лавсановых, летиановых) швов на кожу промежности - при 1 степени разрыва.
5. При 2 степени разрыва перед (или по мере) зашиванием задней стенки влагалища сшивают между собой узловатым кетгутовыми швами края разорванных мышц тазового дна, затем накладываются шелковые швы на кожу промежности. При наложении швов подхватывают подлежащие ткани, чтобы не оставить под швом карманов, где будет скапливаться кровь. Отдельные сильно кровоточащие сосуды перевязывают кетгутом под зажимом. Разможенные, некротизированные ткани предварительно отсекают ножницами.

6. По окончании операции линия швов высушивается марлевым тампоном и смазывается 3% раствором йодной настойки.
7. При зашивании центрального разрыва промежности предварительно рассекают ножницами оставшиеся ткани в области задней спайки, то есть сначала превращают его в разрыв промежности 2 степени, а затем рана зашивается послойно в 2-3 слоя обычным способом.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ 3 СТЕПЕНИ.

1. Подготовка операционного поля и рук хирурга по правилам принятым для акушерских операций.
2. Общее обезболивание.
3. Дезинфекция обнаженного участка слизистой оболочки кишки (спиртом или раствором хлогексидина после удаления марлевым тампоном остатков кала).
4. Наложение швов на стенку кишки: тонкие шелковые лигатуры проводят через всю толщу стенки кишки (в том числе и через слизистую) и завязывают со стороны кишки. Лигатуры не срезают и концы их выводят через анус (в послеоперационном периоде они сами отходят или их подтягивают и срезают на 9-10 день после операции).
5. Смена перчаток и инструментов.
6. Соединение с помощью узловатого шва разошедшихся концов сфинктера.
7. Операция продолжается как при разрыве 2 степени.

ПРОФИЛАКТИКА.

Профилактика разрывов промежности заключается в рациональном ведении родов, квалифицированном приеме родов, своевременной перинеотомией при угрозе разрывы промежности.

ВЫВОРОТ МАТКИ.

Частота этого осложнения - 1 на 45 - 450 тыс родов. Сущность выворта матки - дно матки со стороны брюшного покрова вдавливаясь в свою полость все больше и больше, пока не произойдет полный выворот матки. Матка оказывается расположенной во влагалище эндометрием наружу, а со стороны брюшной полости стенка матки образует глубокую воронку, выстланную серозным покровом, в которую втянуты маточные концы труб, круглых связок и яичники.

КЛАССИФИКАЦИЯ.

Различают полный и неполный (частичный) выворот матки. Иногда полный выворот матки сопровождается выворотом влагалища. Выворот может быть острым (быстрым) и хроническим (медленно совершающийся). Чаще наблюдаются острые вывороты, причем $\frac{3}{4}$ из них происходит в последовом и $\frac{1}{4}$ - в первые сутки послеродового периода. По этиологическому фактору вывороту матки разделяют на насильственный и самопроизвольный, хотя еще в конце 19 столетия было доказано, что выворот матки всегда самопроизвольный и связан с патологией матки. Под насильственным понимают выворот, который возникает при потягивании за пуповину или грубом применении приема Лазаревича-Креде - при расслабленной матке.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ.

Основная причина - расслабление всех отделов матки, потеря эластичности ее миометрия. В таком состоянии к вывороту матки может привести даже повышение внутрибрюшного давления при потуге, кашле, чихании. Предрасполагающим фактором является донное прикрепление плаценты, а также большая подслизистая миома, исходящая из дна матки.

КЛИНИКА. Клиника острого выворота матки: внезапные сильные боли внизу живота, шоковое состояние, маточное кровотечение. Оно может

начаться до выворота матки вследствие ее атонии и продолжается после ее возникновения.

Полный выворот матки может сопровождаться выворотом влагалища или быть без него. В первом случае матка с плацентой оказываются за пределами вульвы. Во втором - матку определяют во влагалище при осмотре в зеркалах. В обоих случаях при пальпации отсутствует матка над лоном.

При неполном вывороте матки общее состояние меняется не так быстро и тяжело. Для дифференциальной диагностики с другими осложнениями (например, с разрывом матки) проводится бимануальное исследование, при котором определяется необычно низкое для последового и раннего послеродового периода расположение верхнего края матки и наличие на месте дна матки воронкообразного углубления.

Прогноз при неоказании срочной помощи - смерть больной от шока и кровопотери, а в последующие дни - от инфекции (перитонит, сепсис). Сампроизвольного исправления выворота не происходит.

ЛЕЧЕНИЕ.

Вправление матки под наркозом с предварительным ручным удалением плаценты.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НЕОТЛОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РЕПОЗИЦИИ МАТКИ РУЧНЫМИ ПРИЕМАМИ:

- провести общий наркоз и противошоковую терапию
- дезинфицировать гениталии и руки хирурга
- ввести подкожно 1 мл 0.1% атропина для предупреждения спазма шейки.
- Опорожнить мочевой пузырь
- захватить вывернутую матку правой рукой таким образом, чтобы ладонь находилась на дне матки, а концы пальцев около шейки, упираясь в шейечно-маточную кольцевую складку.
- Вправить матку; надавливая на матку всей рукой сначала вправить вывернутое влагалище в полость таза, а затем и матку, начиная с ее дна или с перешейка. Левая рука располагается на нижней части

брюшной стенки, идя навстречу вворачиваемой матке. При недавно возникшем вывороте матки ее вправление производится без особых затруднений. Массаж матки на кулаке производить не следует, так как на фоне шока, кровопотери выдавливание из матки в общий кровоток тромбопластических веществ может привести к нарушению свертывания крови и продолжению маточного кровотечения;

- ввести сокращающие средства (одномоментно окситоцин, метилэргометрин), продолжая их вводить в течение нескольких дней.

При запоздалой медицинской помощи, когда давность выворота составляет сутки и более, приходится прибегать к удалению матки. Это зависит от участков некроза в стенке матки, возникающих в связи с резкими нарушениями кровоснабжения и инфицирования органа после выворота.

ПРОФИЛАКТИКА.

Профилактика выворота матки состоит в правильном ведении последового периода, выделении последа наружными приемами при наличии признаков отделения плаценты без потягивания за пуповину.

ГЕМАТОМЫ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА.

Локализация - ниже и выше главной мышцы тазового дна (mm. Levator ani) и ее фасции. Чаще гематома возникает ниже фасции и распространяется на вульву и ягодицы, реже - выше фасции и распространяется по паравагинальной клетчатке забрюшинно вплоть до околопочечной области.

Этиопатогенез. Главная причина гематом - изменение сосудистой стенки. Встречается при варикозном расширении вен наружных гениталий и малого таза, гиповитаминозе С, гипертонической болезни, хроническом гломерулонефрите, гестозе беременных. На этом фоне гематома образуется не только в результате осложненных родов (длительные или быстрые, при узком тазе, наложении акушерских щипцов, извлечении за тазовый конец), но и при самопроизвольных не осложненных родах.

Гематомы чаще образуются слева, что связано с асимметрией развития венозной системы и более частым формированием 1 позиции при продольном положении плода.

Клиника и диагностика . Величина гематом может быть разной, от этого зависит и выраженность клинических проявлений. Симптомы гематомы значительных размеров: боль и чувство давления в месте локализации (тенезмы при сдавлении прямой кишки), а также анемизация при обширной гематоме. При осмотре родильниц обнаруживается опухолевидное образование сине-багрового цвета, выпячивающееся наружу в сторону вульвы или в просвет входа во влагалище, деформирующее его. При пальпации гематома флюктуирует. Диагностика гематомы влагалища более трудна. Необходимо применять влагалищное исследование, осмотр в зеркалах и ректальное исследование для определения размеров и топографии гематомы. В случае распространения гематомы на параметральную клетчатку вагинально при влагалищном исследовании определяется оттесненная в сторону матки и между нею и стенкой таза неподвижное и болезненное опухолевидное образование. В этой ситуации трудно дифференцировать гематому от неполного разрыва матки в нижнем сегменте.

Л е ч е н и е гематомы - консервативное или оперативное; оно зависит от ее локализации, размеров и клинического течения. Консервативно лечат небольшие не прогрессирующие гематомы влагалища и вульвы, которые постепенно рассасываются. Неотложное хирургическое лечение требуется при быстром увеличении гематомы в размерах с признаками анемизации; при гематоме, дающей обильное наружное кровотечение; при большой гематоме, возникшей до начала родов и в первом периоде. Последняя будет создавать препятствие для рождения ребенка и способствовать дополнительной травме и разможению тканей.

Операция проводится под общим наркозом и состоит из следующих этапов: разреза тканей над опухолью; удаления сгустков крови; перевязки кровоточащих сосудов или прошивания 8-образными кетгутовыми швами; закрытия и дренирования полости гематомы. Гематома широкой маточной

связки требует чревосечения, вскрытия брюшины между круглой связкой матки и воронко-тазовой связкой, удаления кровяной опухоли, лигирования поврежденных сосудов. Этим операция ограничивается, если не произошел разрыв матки.

Профилактика гематом влагалища состоит в лечении заболеваний, влияющих на состояние сосудистой стенки, а также в квалифицированном ведении родов и родоразрешающих операций.

АКУШЕРСКИЕ СВИЩИ.

Это понятие включает в себя мочеполовые и кишечнополовые свищи. Возникают вследствие тяжелой родовой травмы, приводят к стойкой утрате трудоспособности, нарушениям половой, менструальной и генеративной «функций» женщины. Свищи способствуют развитию восходящей инфекции половых органов и мочевыделительной системы.

Классификация. По характеру возникновения свищи делят на самопроизвольные и насильственные. По локализации различают пузырно-влагалищные, шейечно-влагалищные, уретровагинальные, мочеочниково-влагалищные, кишечно-влагалищные свищи.

Этиология и патогенез. Чаще встречаются самопроизвольные свищи, а по локализации - пузырно-влагалищные. Образование свищей связано с некрозом участка стенок мочевого пузыря или прямой кишки при нарушении кровообращения в них в результате длительного (более 3-4 ч) сдавления тканей головкой плода. Это наблюдается при функционально узком тазе или при выраженной слабости родовой деятельности. Свищи насильственного характера образуются редко и возникают при родоразрешающих операциях (плодоразрушающие операции, акушерские щипцы, кесарево сечение). Прямокишечно-влагалищные свищи могут образоваться в результате неудачного зашивания разрыва промежности 3 степени.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА.

При мочеполовых свищах появляется истечение мочи из влагалища различной интенсивности, при кишечно-половых - выделение газа и кала. Диагностическое значение имеет время появления этих симптомов: о ранении смежных органов свидетельствует появление указанных симптомов в первые часы после оперативного родоразрешения. При образовании свища в результате некроза тканей данные симптомы появляются на 6-9 день после родов. Окончательный диагноз ставится при осмотре влагалища в зеркалах, а также с помощью урологических и рентгенологических методов диагностики.

ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение свищей - только оперативное. При ранении смежных органов инструментами и отсутствии некроза тканей операция проводится непосредственно после родов; в случае образования свища в результате некроза тканей - через 3-4 месяца после родов. Небольшие свищи иногда закрываются в результате консервативного местного лечения.

ПРОФИЛАКТИКА.

1. Выявление группы риска по клиническому несоответствию между головкой плода и тазом матери, досрочная госпитализация этих беременных в родовое отделение для решения вопроса о плановом кесаревом сечении.
2. Рациональное ведение родов
3. своевременная диагностика и лечение клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери, лечение слабости родовой деятельности, не допуская стояния головки плода в одной плоскости более 2-3 часов,
4. наблюдение за функцией мочевого пузыря и кишечника
5. грамотное выполнение родоразрешающих операций

Ординатор



(Бабкина А.Р.)

Руководитель ординатора



(Шапошникова Е.В.)