Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский
государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор
Макаренко Т.А.

Реферат на тему:
Акушерский родовой травматизм

Выполнил: ординатор 1-го
года кафедры оперативной
гинекологии ИПО

Жежера К.В.

Красноярск, 2024 г.

Содержание

1. Введение
2. Разрывы матки
3. Разрывы шейки матки
4. Разрывы вульвы влагалища промежности
5. Профилактика
6. Список литературы

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 тенденции к снижению и по результатам М.В. Кажинной составляет 10,2—39,0 %. По данным некоторых зарубежных авторов, роды, которые сопровождались травматизмом, составляют около 30 %.

Существует и другая проблема: с целью уменьшения возможности самопроизвольного разрыва промежности в родах и снижения частоты детского травматизма была разработана методика эпизиотомии, которая используется в родовспомогательных учреждениях по всему миру. Частота использования эпизиотомии в родах может достигать от 15 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, эпизиоперинеотомия может предупреждать серьезную травму, но рассечение промежности в родах превышает частоту самопроизвольных разрывов в несколько раз, что позволяет подвергнуть сомнению все показания и их целесообразность, по поводу которых проводится эта операция.

РАЗРЫВЫ МАТКИ

Разрывом матки называют нарушение целостности ее стенок.

Различают следующие разрывы матки.

По времени возникновения:

- в во время беременности;
- во время родов.

По этиологии и патогенезу:

- самопроизвольные;
- 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 примененными оперативными вмешательствами. Полные разрывы матки наблюдают в девять раз чаще, чем неполные, и происходят они в тех местах, где серозный покров плотно спаян с миометрием.

Неполный разрыв может иметь любую локализацию, но чаще бывает в нижнем сегменте. В этих случаях наблюдают гематома параметральной клетчатки.

Причины механического разрыва матки по Бандлю Согласно этой теории, разрыв матки в родах объясняли пространственным несоответствием между подлежащей частью плода и газом матери.

Такое несоответствие может возникать при:

узком тазе;

поперечном положении плода;

разгибательных положениях и асинклитических вставлениях головки;

гидроцефалии плода;

крупном плоде;

опухолях в области малого таза;

рубцовых сужениях различных отделов родовых путей;

неправильных положениях матки после различных фиксирующих ее положение операций и т.д.

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

Причины разрывов матки по Вербову

Согласно его теории, основной причиной разрывов матки служат глубокие патологические 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 вмешательстве и т.д.);
- повреждениях матки при абортах, особенно криминальные и часто повторяющихся;
- инфантилизме и аномалиях развития половых органов, характеризующихся недостаточным развитием миометрия;
- воспалительных заболеваниях матки и придатков;
- многорождениях (более пяти родов в анамнезе);
- многоводии, многоплодии;
- приращении и предлежании плаценты;
- разрушающем пузырьном заносе.

При механической преградой к изгнанию плода на фоне бурной родовой

деятельности разрыв матки имеет выраженные три стадии:

- начинающийся
- совершившийся

При гистопатических изменениях миометрия разрывы матки имеют те же стадии с менее выраженной клинической картиной. Чаще такие разрывы матки возникают на фоне упорной слабости родовой деятельности, перенесенных аборт, воспалительных процессов в матке или после перенесенной операции на матке, что составляет до 60% всех разрывов матки.

Угрожающий разрыв матки — такое состояние, когда ни разрыва матки, ни надрывов миометрия еще не произошло.

Клиническая картина угрожающего разрыва матки характеризуется появлением следующих симптомов:

- бурная родовая деятельность — схватки становятся сильными, резко болезненными;
- матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии,
- круглые связки напряжены и болезненны;
- контрационное кольцо расположено высоко (на уровне пупка) и косо, матка приобретает форму песочных часов;
- нижний сегмент матки резко растянут и истончен;
- при пальпации нижний сегмент напряжен и резко болезнен, в результате чего не удается определить предлежащую часть;
- появляется выпячивание или припухлость над лоном вследствие отека предпузырной клетчатки;
- признак Вастена положительный;

наблюдение затруднение самопроизвольного мочеиспускания вследствие сдавления мочевого пузыря или уретры между головкой и часто отмечают непроизвольную и безрезультатную потужную деятельность при высоко стоящей головке;

поведение роженицы становится беспокойным.

Для начинающегося разрыва матки характерно присоединение к выраженным симптомам угрожающего разрыва матки новых симптомов, вызванных надрывом миометрия. Схватки приобретают судорожный характер. Появляются сукровичные или кровяные выделения из родовых путей, в моче — примесь крови. Ухудшается состояние плода (учащение или урежение сердцебиения, повышение двигательной активности плода, отхождение мекония при головных предлежаниях, плода внутриутробная смерть плода). Роженица возбуждена, жалуется на общую слабость,

головокружение, сильные, непрекращающиеся боль, чувство страха, боязнь смерти.

Часто отмечают нарушение ритма схваток. При отсутствии немедленной помощи происходит разрыв матки.

Свершившийся неполный разрыв матки — разрыв слизистого и мышечного слоев матки с сохранением целостности серозного покрова тела матки; чаще происходит в нижнем сегменте.

В момент разрыва роженицы испытывают сильную, режущую боль, некоторые ощущают, что что-то лопнуло, разорвалось. 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 инсультом в связи с внезапным изменением внутрибрюшного давления, а в дальнейшем он усугубляется кровотечением.

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

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 убедиться в ее целостности.

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 удаляют 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 произошедших небольших разрывах матки у молодых женщин при отсутствии инфицирования производят зашивание разрывов после освежения краев раны. Во всех других случаях производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. По окончании операции показана тщательная ревизия органов брюшной полости.

Рану зашивают отдельными швами в два этажа по той же методике, что применяют при кесаревом сечении. Перитонизацию производят наложением непрерывного шва. Иногда для перитонизации можно использовать брюшину пузырьно-маточной складки или круглую связку. После туалета брюшной полости переднюю брюшную стенку послойно зашивают, оставляя дренажи. Если восстановление целостности матки невозможно, то применяют надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Причины возникновения разрывов шейки матки разнообразны. В большинстве случаев носящее сочетание нескольких факторов. К ним относят:

- изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения ;
- ригидность шейки матки у старых первородящих;
- чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, разгибательных предлежаниях головки;
- быстрые и стремительные роды ;
- длительные роды при преждевременном отхождении 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 плаценты и выделение последа;
- плодоразрушающие операции;
- нерациональное ведение второго периода родов, ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и насильственными. Самопроизвольные возникают при родах без оперативных пособий, насильственные разрыва — при оперативных вмешательствах, вызванных патологическими родами.

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

К I степени относят разрывы шейки матки с одной или двух сторон не более 2 см.

Ко II степени разрывы более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища.

К III степени относят разрывы, достигающие до свода или переходящие на него. При первых родах практически во всех случаях происходят поверхностные (до 1 см) разрывы шейки матки, в результате чего наружный зев в дальнейшем приобретает щелевидную форму.

Единственным симптомом разрывов шейки матки является кровотечение из родовых путей, которое возникает в основном после рождения плода и последа при хорошо сократившейся матке. Кровотечение может быть от незначительного до профузного, вытекающая при этом кровь имеет алый цвет. Кровотечения при разрывах шейки матки бывают не всегда. Восстановление шейки матки заключается в наложении однорядного шва рассасывающейся синтетической или кетуговой нити. Швы накладывают через все слои шейки матки со стороны влагалища, начиная от верхнего края разрыва по направлению к наружному зеву, причем первую (провизорную) лигатуру накладывают несколько выше места разрыва.

Ведение послеродового периода у таких родильниц бывает обычным. так как

специального ухода за шейкой матки не требуется.

РАЗРЫВЫ ВУЛЬВЫ, ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ

Разрывы вульвы. К ним относят травмы в области больших и малых половых губ, клитора в виде поверхностных надрывов и трещин.

Основной симптом — кровотечение. Диагностируют разрыва при наружном осмотре.

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

Разрывы влагалища 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 — кровотечение. Стенки влагалища должны быть осмотрены при помощи зеркал даже при незначительное кровотечении и обязательно зашиты. Иногда разрывы влагалища могут быть глубокими и проникать до околовлагалищной и даже околоматочной клетчатки. При таких глубоких разрывах могут образоваться гематомы, возможно их инфицирование.

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

Факторы способствующие разрыву промежности:

- нарушение микроэкологии Женских половых органов, БВ, кольпит; недостаточная эластичность мягких тканей родовых путей;
- неполноценная физическая подготовка к родам;
- неадекватное акушерское пособие при тазовом или головном предлежании плода;
- прорезывание головки при неблагоприятном вставлении;
- большая окружность головки, её повышенная плотность и низкая способность к изменению формы;

некоторые анатомические особенности промежности и таза (высокая промежность, узкая лонная дуга), наблюдаются при:

- общеравномерносуженном тазе;
- оперативные вмешательства в родах.

Причины разрывов промежности

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 половых 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 растягивается такие очень быстро, что ведет к её разрывам. Акушерские операции (применение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, ручных пособий при тазовом предлежании плода), предполагающие быстрое извлечение плода, проводят с предварительным рассечением промежности (эпизиотомия). Но, несмотря на рассечение промежности и увеличение пространства, при проведении акушерских операций иногда встречается такое осложнение, как продолжение раны от эпизиотомии в разрыв промежности. В этих случаях основным патогенетическим фактором считают слишком быстрое проведение головки. При операции наложения акушерских щипцов разрыву способствует дополнительное увеличение размера головки.

Прохождение головки плода большим размером через вульварное кольцо. Наиболее благоприятный для прохождения через вульварное кольцо размер головки плода — малый косой и соответствующая ему окружность.

Этим размером головка проходит через вульварное кольцо при затылочном предлежании. Для предохранения промежности от чрезмерного растяжения важно, чтобы головка при ротации вокруг точки фиксации прорезывалась наименее объёмистой частью. Особенно неблагоприятны для промежности роды при так называемом разгибательном типе (переднее-головное, лицевое предлежание), когда головка проходит через вульварное кольцо большими размерами. Большое значение имеет и величина плода.

Классификация

По механизму возникновения:

- самопроизвольные;
- насильственные.

По степени повреждения тканей:

- разрыв I степени — повреждается задняя спайка больших половых губ, часть задней стенки влагалища и коня промежности без повреждения мышц;
- разрыв II степени — помимо задней спайки и кожи промежности повреждается сухожильный центр промежности и идущие к нему луковичногубчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности ;
- разрыв III степени — кроме кожи, фасций и упомянутых выше трёх мышц, надывается или разрывается наружный сфинктер заднего прохода (*m. sphincter ani extemus*) без повреждения стенки прямой кишки (неполный разрыв III степени);
- разрыв IV степени — нарушение целостности наружного сфинктера заднего прохода с повреждением стенки прямой кишки (полный разрыв III степени).

По клиническому течению:

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

начавшийся разрыв промежности — появляются мелкие трещины эпидермиса

на глянцевой поверхности кожи;

совершившийся разрыв промежности — вульва зияет, появляется незначительное кровотечение, а при разрывах III—IV степени — недержание газа и кала.

Лечение разрывов промежности заключается в восстановлении анатомических взаимоотношений тканей путем наложения швов. Зашивание разрывов промежности производят после рождения последа и осмотра (а при необходимости и зашивания) шейки матки и стенок влагалища. Зашивание производят в условиях операционной при соблюдении всех правил асептики и антисептики. Подготовку операционного поля и рук хирурга и ассистентов проводят по принятым в хирургии правилам.

- При I и II степенях разрыва зашивание проводят чаще под местной инфильтрационной или пудендальной анестезией прокаинном, при III и IV степени показано общее обезболивание.
- В послеоперационном периоде поверхность швов нужно содержать в чистоте, но область швов не обмывают, а осторожно обсушивают стерильными 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 6-й день послеродового периода, после чего снимают швы с кожи промежности.

Профилактика

Основными профилактическими мерами являются бережное ведение родов, снижение родового травматизма, анатомическое восстановление промежности при ее травмах или рассечении в родах, профилактика инфекционных осложнений и обеспечение полноценного заживления для исключения возникновения отсроченных патологий в будущем.

Список литературы

1. Родовой травматизм и репродуктивное здоровье женщины - Селихова М.С., Котовская М.В., Кугутова Л.И., 2010 г
2. Травмы промежности в родах: причины и следствия Н.А.Жаркин, Х.М. Лайпатовна, 2019 г
3. Руководство к практическим занятиям по акушерству - под редакцией проф. В.Е. Радзинского, 2010 г
4. Акушерство : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. 1—1. Серова, В. Е. Радзинского., 2019 г