**Государственное бюджетное образовательное**

**учреждение высшего профессионального образования**

**«Дагестанская государственная медицинская академия »**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**УТВЕРЖДАЮ**

**Заведующий кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_Алиханова З.М \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ СТУДЕНТАМ

ПО ТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

**РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ**

**Факультет стоматологический**

Курс III

**Авторы:**

**Алиханова З.М., Бегова С.В.**

Продолжительность занятия 180 минут.

**Цель занятия:** изучить причины родового травматизма матери, научить студентов распознавать и оказывать помощь при разрывах матки, влагалища, шейки матки, промежности, гематомах, мочеполовых и кишечно-половых свищах.

**Студент должен знать:** причины, клинику и врачебную тактику, профилактику при различных видах родового травматизма матери.

**Студент должен уметь:** диагностировать угрозу разрыва матки, разрывы шейки матки, влагалища, промежности и знать, как оказывать помощь при родовых травмах у матери.

**Место проведения занятия:** учебная комната, родильный блок, отделение патологии беременных.

**Оснащение:** таблицы, хирургические инструменты.

**План организации занятия:**

Обоснование темы занятия - 5 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 40 мин.

Занятия в учебной комнате, предродовой, родильном зале, малой операционной, разбор истории родов - 130 мин.

Подведение итогов занятия, домашнее задание - 5 мин.

**Содержание занятия**

Родовые пути матери во время родов подвергаются значительному растяжению, вследствие чего могут быть повреждены. В основном эти повреждения могут носить поверхностный характер в виде трещин и ссадин, которые не дают никаких симптомов и самостоятельно заживают в первые дни послеродового периода, оставаясь нераспознанными. Иногда повреждения мягких родовых путей матери, возникающие при растяжении тканей или в результате оперативных вмешательств, бывают настолько значительными, что являются причиной серьезных осложнений, последствия которых обнаруживают во время родов и в послеродовом периоде, которые опасны для жизни женщины и приводят в некоторых случаях к длительной потере трудоспособности и инвалидности.

Различают разрывы тела матки, шейки матки, влагалища, наружных половых органов, промежности, гематомы наружных половых органов и влагалища, острый выворот матки, растяжение и разрывы сочленений малого таза, мочеполовые и кишечно-половые свищи.

 РАЗРЫВЫ МАТКИ.

Разрывом матки называют нарушение целостности ее стенок. Разрыв матки может произойти во время беременности и в родах и является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма. Частота его, по данным различных авторов, колеблется от 0,015% до 0,1% от общего числа родов.

Судя по данным литературы, в последние десятилетия значительно изменилась структура разрывов матки. Уменьшилась частота разрывов в силу механических причин (неправильные положения плода, клинически узкий таз и т.п.), насильственных разрывов, как следствия грубых и неосторожных акушерских вмешательств. Чаще разрывы матки возникают на фоне отягощенного акушерского анамнеза, упорной первичной слабости родовой деятельности или после перенесенной операции на матке, что составляет от 17 до 60% всех разрывов матки. К росту числа женщин с рубцом на матке приводит не только увеличение частоты кесарева сечения, но и не уменьшающееся количество абортов, при которых нередко возникает полная или неполная перфорация матки, иногда нераспознанная, воспалительные процессы. Кроме того, увеличилось количество консервативно-пластических операций на матке при миомах матки у женщин молодого возраста и количество других внутриматочных вмешательств и операций. По данным литературы рубец на матке имеют 4-8% беременных и рожениц, и каждое 5-3 кесарево сечение является повторным. В связи с неполноценностью рубца на матке оперируют в плановом порядке 40-50% беременных, а всего повторно оперируют 55-85% женщин с рубцом на матке.

Обширность травмы, шок, массивные кровотечения, присоединение инфекции требуют оказания не только квалифицированной хирургической помощи, но и целенаправленных реанимационных мероприятий и длительной, интенсивной терапии. В связи с этим спасение беременной или роженицы не всегда является возможным. Летальность при разрывах матки в настоящее время достигает 3-4%. Вовлечение в разрыв смежных с маткой органов отягощает судьбу больных. На исход заболевания влияют задержка оказания хирургической помощи, противошоковых мероприятий, включая переливание крови и ее заменителей. Особенно опасны разрывы матки, происшедшие дома. Причиной смерти женщин в 66-90% являются шок и анемия, реже - септические осложнения. Среди выживших женщин некоторые страдают гипоксической энцефалопатией. Разрывы матки являются губительными для плода, так как некоторые их формы приводят к его гибели в 100% случаев.

Классификация причин разрывов беременной матки по J.PRITCHARD и P.MACDONALD (1980).

1. *Повреждения матки до настоящей беременности.*

Хирургия с вовлечением миометрия: кесарево сечение или гистеротомия, восстановленный в прошлом разрыв матки, миомэктомия с рассечением матки вплоть до эндометрия или со вскрытием эндометрия, глубокая резекция маточного угла с целью удаления интерстициального отдела трубы, эксцизия маточной перегородки (метропластика).

Случайная травма матки: инструментальный аборт (зондирование, кюретаж или использование других инструментов), острая или тупая травма (несчастный случай, ранение), немой разрыв при прошлой беременности.

*2. Повреждение матки в течение настоящей беременности, перед родами:* постоянные, сильные маточные сокращения, введение окситоцина или простагландинов, интраамниальное введение гипертонического раствора, перфорация мониторным катетером, наружная травма, острая или тупая, перерастяжение матки (многоводие, многоплодие);

*во время родов:* внутренний поворот плода, щипцы, извлечение за тазовый конец, аномалии плода, сопровождающиеся сильным растяжением нижнего сегмента, сильное давление на дно матки, трудная операция ручного отделения плаценты.

*3. Маточные дефекты, не обязательно связанные с травмой.*

Врожденные: беременность в не полностью развившейся матке или маточном роге.

Приобретенные: плацента increta or percreta, инвазивный пузырный занос и хорионэпителиома, аденомиоз, истончение прочно ретровертированной матки.

Классификация разрывов матки по Л.С. Персианинову (1964).

I**. По патогенетическому признаку:**

***Самопроизвольные:***

*Механические* (механическое препятствие для родоразрешения и здоровая матка) - типичные;

*гистопатические* (при патологических изменениях стенки матки) - атипичные;

*механико-гистопатические* (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки) - атипичные.

***Насильственные разрывы матки:***

*Травматические* - грубое вмешательство во время беременности или родов при отсутствия перерастяжения нижнего сегмента или во время беременности и родов от случайной травмы;

*смешанные*- внешнее воздействие при перерастяжении нижнего сегмента.

1. **По клиническому течению:**
2. Угрожающий разрыв.
3. Начавшийся разрыв.
4. Совершившийся разрыв.
5. **По характеру повреждения:**
6. Трещина.
7. Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость).
8. Полный разрыв (проникающий в брюшную полость).
9. **По локализации:**
10. Разрыв в дне матки.
11. Разрыв в теле матки.
12. Разрыв в нижнем сегменте.
13. Отрыв матки от сводов влагалища.

Классификация Л.С. Персианинова является до настоящего времени наиболее распространенной.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗРЫВОВ МАТКИ.

Существуют две теории, объясняющие развитие данной акушерской патологии: механическая и гистопатическая. В настоящее время доказано, что оба эти фактора имеют существенное значение в патогенезе разрыва. Структурные изменения в мышце матки можно рассматривать как причины, предрасполагающие к травме матки, а механические препятствия - как выявляющий разрыв фактор.

В 1875 г. Бандль выдвинул механическую теорию разрывов матки. Согласно этой теории разрыв матки является следствием сильного растяжения нижнего маточного сегмента в связи с несоответствием размеров предлежащей части плода с размерами таза матери. Головка плода ущемляет шейку матки, мешает ее смещению кверху. После излития вод при нарастающей родовой деятельности плод перемещается в растянутый нижний сегмент матки. При переходе за пределы растяжимости тканей или при незначительном вмешательстве происходит разрыв перерастянутой стенки матки. Клиническая картина несоответствия размеров плода и таза матери может возникнуть при анатомическом сужении таза, поперечном положении плода, разгибательных предлежаниях головки плода, особенно при переднем виде, асинклитических вставлениях головки плода, высоком прямом стоянии стреловидного шва, гидроцефалии, крупном плоде, переношенной беременности, когда головка плода не способна к конфигурации, опухолях в области малого таза, рубцовых сужениях различных отделов мягких родовых путей, неправильных положений матки после операций, фиксирующих ее положение, экзостозах, дистоции шейки матки. Клиническая картина разрыва матки по Бандлю - это бурная родовая деятельность, которая проявляется как угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв.

В начале нашего столетия Н.З. Иванов, а затем и Я.В. Вербов, изучая структуру матки после ее разрыва, выдвинули другую теорию. Согласно этой теории причиной разрывов являются глубокие патологические изменения в мускулатуре матки воспалительного и дегенеративного характера, приводящие к функциональной неполноценности органа, которая проявляется в виде слабости и дискоординации родовой деятельности в одних случаях и приводит к разрыву матки в других случаях. Следовательно, основным клиническим проявлением этих разрывов будет не бурная, а слабая или дискоординированная родовая деятельность. Чаще такие разрывы происходят у повторнородящих или многорожавших женщин.

Причинами патоморфологических изменений в миометрии могут быть рубцы на матке после операций (консервативная миомэктомия, кесарево сечение, иссечение трубного угла при внематочной беременности, повреждения матки при искусственных абортах), инфантилизм и аномалии развития половых органов, воспалительные заболевания матки и придатков, аденомиоз, тяжелые, затяжные роды, паритет родов (более 5 родов), многоводие, многоплодие, приращение и предлежание плаценты, разрушающий пузырный занос и хорионэпителиома.

Возможность разрывов матки возрастает при применении на этом фоне оперативных методов родоразрешения. Однако, здоровая матка может стать неполноценной, если недостаточно внимательно вести роды, упорно стимулировать родовую деятельность.

В настоящее время считают, что в этиопатогенезе разрывов матки присутствуют оба механизма, т.е. разрывы возникают при одновременном существовании гистопатических изменений в ее стенке и каких-либо препятствий для изгнания плода. При более выраженном изменении структуры маточной стенки даже незначительное механическое воздействие может привести к разрыву последней. Согласно М.А. Репиной, сейчас имеют место в основном гистопатические самопроизвольные разрывы матки, чистая травма встречается редко, трещины матки не бывают. Однозначно решить, что является причиной разрыва матки не всегда возможно, так как всегда имеет место комплекс неблагоприятных факторов.

^ КЛИНИКА РАЗРЫВОВ МАТКИ.

Клиническая картина разрывов матки очень разнообразна, что объясняется множеством факторов, влияющих на нее. Клиническая картина зависит от преобладания механических или гистопатических причин разрывов матки в случае их сочетания, стадии развития процесса (угрожающий, начавшийся, совершившийся), локализации разрыва (тело, нижний сегмент, дно), характера повреждения (полный, неполный). При совершившемся разрыве клиника зависит от того, проникает ли разрыв матки в брюшную полость или нет, от полного или частичного выхода плода в параметральное пространство или брюшную полость, от калибра поврежденных сосудов, от величины и скорости кровотечения. Скорость развития и тяжесть геморрагического шока значительно зависят от фона, на котором наступила катастрофа. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, паренхиматозных органов, гестозы, физическое и психическое истощение беременной и роженицы, присоединение инфекции способствуют быстрому развитию необратимых изменений в организме.

Большое разнообразие симптомов разрыва матки в родах трудно систематизировать. Наиболее типичную клиническую картину наблюдают при так называемом бандлевском разрыве матки, т. е. при наличии препятствий для рождающегося плода (угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв).

Угрожающий разрыв матки - это такое состояние, когда нет еще ни разрыва, ни надрыва стенки матки. Клиническая картина такого состояния наиболее выражена при механическом препятствии к изгнанию плода и несколько меньше при патологических изменениях стенки матки. Клиническая картина угрожающего разрыва матки характеризуется появлением следующих симптомов:

1. Бурная родовая деятельность, сильные, болезненные схватки, не судорожные.

2. Матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены, болезненны, могут быть асимметричны при косом расположении контракционного кольца.

3. Контракционное кольцо расположено высоко над лоном, чаще - на уровне пупка, и косо, вследствие чего матка приобретает форму песочных часов.

4. Нижний сегмент матки истончен, перерастянут, при пальпации вне схваток - резко болезненный, в результате чего определить предлежащую часть невозможно.

5. Появляется отек шейки матки вследствие прижатия ее к стенкам малого таза, открытие шейки матки кажется полным, но ее края в виде "бахромы" свободно свисают во влагалище, отек с шейки матки может распространиться на влагалище и наружные половые органы.

6. Вследствие прижатия уретры или мочевого пузыря головкой плода происходит отек околопузырной клетчатки, самостоятельное мочеотделение затруднено.

7. Часто появляются непроизвольные потуги при высоко стоящей головке плода, полном открытии шейки матки и отсутствии плодного пузыря.

8. Беспокойное поведение роженицы. Если своевременно не оказать помощь, то угрожающий разрыв перейдет в начавшийся разрыв матки.

Для начавшегося разрыва характерно присоединение к симптомам угрожающего разрыва матки новых симптомов, вызванных начинающимся надрывом эндометрия. В связи с появлением кровоизлияния в мышце матки схватки приобретают судорожный характер, вне схваток матка не расслабляется, появляются сукровичные или кровяные выделения из влагалища, в моче - примесь крови. Вследствие бурных, судорожных схваток начинает страдать плод (учащение или урежение сердцебиения плода, повышение двигательной активности, при головных предлежаниях - появление мекония в водах, иногда гибель плода). Роженица – возбуждена, кричит, из-за сильных, непрекращающихся болей. Жалуется на слабость, головокружение, чувство страха, боязнь смерти.

В тех случаях, когда на матке имеется рубец, диагностику угрозы разрыва матки облегчает информация о самом факте операции, послеоперационного течения. Сведения об этом и дополнительные исследования, проведенные вне беременности (УЗИ, гистеросальпингография) и во время беременности (УЗИ) позволяют заранее определить состояние рубца на матке.

О неполноценности рубца можно думать, если предыдущее кесарево сечение было произведено менее чем 2 года тому назад, в послеоперационном периоде была лихорадка, нагноение передней брюшной стенки, если был корпоральный разрез на матке, если в течение данной беременности имели место боли в животе или скудные кровяные выделения задолго до родов. Во время родов признаками несостоятельности рубца на матке являются боли в его области или внизу живота, непрекращающиеся вне схваток, болезненность рубца при пальпации, определение его истончения и/или ниш.

При отсутствии немедленной помощи происходит разрыв матки. По определению Г. Гентера, совершившийся разрыв матки "характеризуется наступлением зловещей тишины в родильном зале после многочасовых криков и беспокойного поведения роженицы".

В момент разрыва роженица ощущает резкую боль в животе, жжение, как будто что-то лопнуло, разорвалось. Сразу прекращается родовая деятельность. Роженица прекращает кричать, становится апатичной, угнетенной. Кожные покровы бледнеют, появляется холодный пот, учащается пульс, т.е. развивается картина болевого и геморрагического шока. При происшедшем разрыве матки изменяются форма матки и живота, исчезает напряжение брюшной стенки, контракционное кольцо, напряжение круглых маточных связок, появляется вздутие кишечника, болезненность при пальпации, особенно в нижних отделах брюшной полости. Плод частично или полностью выходит в брюшную полость, его части можно пальпировать под передней брюшной стенкой. Сам плод становится подвижным, и фиксированная ранее головка отодвигается от входа в малый таз. Рядом с плодом можно определить сократившуюся матку. Сердцебиение плода, как правило, исчезает.

Наружное кровотечение может быть скудным, так как при полном разрыве кровь свободно изливается в брюшную полость, а при неполном разрыве образуются забрюшинные гематомы, которые располагаются сбоку от матки, смещая ее кверху, могут распространяться до стенок таза и на околопочечную клетчатку.

При изгнании плода в брюшную полость или в параметральное пространство происходят разрывы маточных сосудов, и кровотечение может быть значительным. Редко сосуды остаются целыми, и кровотечение будет небольшим.

Описанная картина зависит от локализации, размеров и характера повреждения стенки матки.

В патогенезе шока, помимо кровотечения, основную роль отводят болевому и травматическому компонентам.

В настоящее время преобладают стертые клинические картины разрывов матки, когда описанный симптомокомплекс выражен неотчетливо, что часто связано с применением обезболивания в родах, с введением спазмолитических препаратов. Поэтому, наличие какого-либо одного или двух признаков, более выраженных на фоне других неотчетливых признаков, может помочь распознать эту тяжелую патологию.

К признакам разрыва матки относят: симптомы раздражения брюшины или самостоятельные боли в животе, особенно в нижних отделах, вздутие живота, тошноту, рвоту, ощущение "хруста" при пальпации передней брюшной стенки, нарастающую гематому рядом с маткой и распространяющуюся вверх по боковой стенке таза, внезапное ухудшение состояния роженицы или родильницы, сопровождающееся учащением пульса, падением АД, бледностью кожных покровов, слабостью при сохраненном сознании, подвижность, до того фиксированной ко входу в малый таз, головки плода, внезапное появление кровяных выделений после прекращения родовой деятельности, отсутствие сердцебиения плода, пальпацию его частей под передней брюшной стенкой.

В неясных случаях при подозрении на разрыв матки, после полостных акушерских щипцов, плодоразрушающих операций показано контрольное ручное обследование стенок полости матки и осмотр шейки матки при помощи зеркал.

Из выше изложенного следует, что полностью бессимптомных разрывов матки не бывает. Только внимательное изучение анамнеза, внимательное отношение к жалобам беременных и рожениц, правильная оценка особенностей течения родов позволит в некоторых случаях избежать этой тяжелейшей акушерской патологии.
 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ.

Врачебная тактика зависит от того, наступил ли разрыв матки или имеет место его угроза.

При появлении симптомов угрожающего разрыва матки необходимо немедленно прекратить родовую деятельность и закончить роды оперативным путем. Для снятия родовой деятельности применяют ингаляционный наркоз фторотаном. Наркоз должен быть глубоким, чтобы дальнейшие акушерские манипуляции и операции не привели к прогрессированию разрыва. В то же время надо помнить, что наркоз фторотаном способствует расслаблению матки в послеродовом периоде. Родоразрешение должны производить бережно, в зависимости от акушерской ситуации. Если нет противопоказаний (эндометрит в родах и др.), то при головке плода, находящейся во входе в малый таз показано кесарево сечение. При мертвом плоде и при головке плода, находящейся в полости малого таза - плодоразрушающая операция. Поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец, щипцы, вакуум-экстракция всегда противопоказаны, так как могут привести к насильственному разрыву матки.

При начавшемся и совершившемся разрывах матки всегда показано чревосечение, целью которого является устранение источника кровотечения, восстановление анатомии органов малого таза, предупреждение распространения инфекции. Одновременно с хирургической помощью 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:

1. Оперативного вмешательства.
2. Адекватного анестезиологического пособия.
3. Адекватной кровопотери и шоку инфузионно-трансфузионной терапии.
4. Коррекции гемокоагуляции.

На исход операции влияют: обширность поражения органа, массивность кровопотери, тяжесть геморрагического шока, сопутствующая патология, своевременность диагноза, время начала операции.

Запоздалое оперативное лечение, обычно, связано с ожиданием консультантов, с сомнением в диагнозе, зашиванием разрывов мягких родовых путей, транспортировкой больной.

При начавшемся или совершившемся разрыве матки чревосечение производят только нижнесрединным разрезом.

Из брюшной полости удаляют плод, послед, кровь, околоплодные воды, определяют источник кровотечения и производят возможный гемостаз. Ввиду частого сочетания совершившегося разрыва матки с атонией, инфекцией и др. патологией объем оперативного вмешательства - это экстирпация или надвлагалищная ампутация матки. По окончании операции показана тщательная ревизия органов брюшной полости.

Ушивание разрывов возможно лишь у молодых женщин при отсутствии признаков инфекции, недавно произошедших, небольших линейных разрывах после иссечения краев раны на матке.

При начавшемся разрыве матки производят кесарево сечение с последующей ревизией матки.

Если разрыв матки не диагностировали во время родов, то родильница либо погибает от кровотечения, либо в течение ближайших суток у нее развиваются симптомы разлитого перитонита. В последнем случае показана экстренная операция - чревосечение, экстирпация матки с трубами, с последующим дренированием брюшной полости, массивной антибактериальной терапией.

Профилактика разрывов матки заключается в тщательном изучении специального анамнеза, обследования в условиях женской консультации и своевременной госпитализации в роддом беременных, угрожаемых по родовому травматизму. Задачей врачей дородового отделения является правильная оценка совокупности анамнестических и объективных данных для выработки рационального плана ведения родов. При ведении родов у женщин с отягощенным акушерским анамнезом на фоне перерастяжения матки и аномалий родовых сил форсированное родоразрешение противопоказано.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ.

Разрывы шейки матки происходят по данным разных авторов у 3-60% родивших, причем при первых родах в 4 раза чаще, чем при повторных родах.

Причины разрывов шейки матки разные, в большинстве случаев имеет место сочетание нескольких причин.

Причинами разрывов шейки матки являются:

1. Изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения.
2. Ригидность шейки матки у пожилых первородящих.
3. Чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, разгибательных предлежаниях головки плода.
4. Быстрые и стремительные роды.
5. Длительные роды при преждевременном излитии околоплодных вод
6. Длительное ущемление шейки матки между головкой плода и костями таза.
7. Оперативные роды - щипцы, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение и выделение последа.
8. Плодоразрушающие операции.
9. Нерациональное ведение II периода родов - ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и насильственными. Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают без оперативных вмешательств, насильственные - при операциях вследствие осложненного течения родов.

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

*I степень* - разрывы шейки матки с одной или с обеих сторон не более 2 см.

*II степень* - разрывы длиной более 2 см, но не доходящие до сводов влагалища.

*III степень* - разрывы, доходящие до сводов влагалища и переходящие на них.

Единственным симптомом разрыва шейки матки является кровотечение из влагалища при хорошо сократившейся матке, в основном после рождения плода и последа. Вытекающая кровь имеет алый цвет. Кровотечение может быть незначительным или вообще отсутствовать. При повреждении веточек маточных артерий кровотечение может быть массивным, приводить к образованию гематом в парацервикальной и параметральной клетчатке, геморрагическому шоку.

Для диагностики разрывов шейки матки всем родильницам независимо от паритета родов необходимо проводить осмотр шейки матки с помощью зеркал сразу после родов.

Обнаруженный разрыв шейки матки зашивают сразу. Это необходимо для остановки кровотечения, профилактики развития послеродового параметрита, часто возникающего при не зашитом разрыве шейки матки. Незашитые разрывы могут проявить себя и в дальнейшей жизни женщины, приводя к истмико-цервикальной недостаточности и недонашиванию беременности, развитию воспалительных и предраковых заболеваний шейки матки.

Однако, из-за отека, обильных кровяных выделений, растяжения тканей шейки во время родов диагностика разрывов бывает затруднена. Поэтому некоторые авторы предлагают проводить осмотр шейки матки с иссечением некротизированных тканей и зашиванием разрывов через 6-24-48 часов после родов (отсроченные швы).

Обычно, на разрыв шейки накладывают отдельные узловые швы кетгутом через все слои ее стенки со стороны влагалища, начиная от верхнего угла разрыва по направлению к наружному зеву. При этом первый шов с целью гемостаза накладывают несколько выше начала разрыва.

В связи с плохими условиями для заживления (лохии, инфекция, отек и размозжение тканей) швы на шейке матки довольно часто заживают вторичным натяжением. Поэтому предлагают различные модификации швов на шейку матки (однорядные, непрерывные кетгутовые швы, двухрядные, отдельные кетгутовые швы), различный шовный материал (хромированный кетгут, викрил).

Ведение послеродового периода обычное. Специальный уход за шейкой матки не требуется.

 РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ.

Разрывы промежности являются одним из самых частых осложнений родов, происходят у 7-15% родивших, причем у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих.

Этиология разрывов промежности разнообразна.

Причинами разрывов могут быть ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, рубцы, оставшиеся после предшествующих родов, а также высокая промежность, крупный плод, прорезывание головки большим размером при разгибательных предлежаниях, заднем виде затылочного предлежания, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода за тазовый конец), анатомически узкий таз, быстрые и стремительные роды, неправильное оказание акушерского пособия (преждевременное разгибание и прорезывание головки плода).

Разрыв промежности может начинаться с задней или боковых стенок влагалища или с задней спайки с переходом на промежность и заднюю стенку влагалища. Травме промежности предшествуют признаки, свидетельствующие об угрозе ее разрыва - значительное выпячивание промежности, ее цианоз вследствие венозного застоя, а затем - отек и блеск тканей и, при нарушении артериального кровотока, бледность кожных покровов. На коже промежности сначала могут появиться трещины, а затем произойдет разрыв. При наличии признаков угрозы разрыва промежности, чтобы избежать травмы, производят или ее срединный разрез - перинеотомию, или ее боковой разрез - эпизиотомию (срединную или латеральную), так как известно, что резаные раны заживают лучше рваных.

По клинической картине разрывы промежности можно разделить на самопроизвольные и насильственные, которые возникают вследствие технических погрешностей при оказании акушерского пособия и родоразрешающих операций.

По глубине повреждения травмы промежности делят на три степени:

* разрыв промежности I степени - это нарушение целостности кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки;
* разрыв промежности II степени - нарушены кожа промежности, подкожная жировая клетчатка, мышцы тазового дна, в том числе m.levator ani, задняя или боковые стенки влагалища;
* разрыв промежности III степени - кроме вышеперечисленных образований происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки, а иногда и передней стенки прямой кишки.

Редко происходит центральный разрыв промежности, в результате чего плод рождается через образовавшееся отверстие, а не через половую щель.

Основным симптомом разрыва промежности является кровотечение. Диагностируют разрывы при осмотре промежности и влагалища сразу после рождения последа.

Лечение разрывов промежности - это восстановление ее целостности путем наложения швов. Зашивание разрывов производят сразу после осмотра шейки матки и стенок влагалища при помощи зеркал в малой операционной. Разрывы I и II степени можно зашивать под местной инфильтрационной или ишиоректальной анестезией 0,5-0,25% раствором новокаина, при разрывах III степени показано общее обезболивание.

Зашивание разрывов промежности I и II степени начинают наложением отдельного кетгутового шва на верхний угол раны стенки влагалища, затем отдельными кетгутовыми швами соединяют разорванные мышцы тазового дна, потом накладывают отдельные узловые или непрерывный кетгутовый шов на разрыв влагалища, отдельные узловые кетгутовые швы на подкожную жировую клетчатку промежности и отдельные узловые шелковые швы или косметический шов кетгутом на кожу промежности.

В послеоперационном периоде поверхность швов должна содержаться в чистоте. Область швов обтирают стерильными тампонами и обрабатывают раствором перманганата калия или настойкой йода. Туалет промежности проводят после каждого акта мочеиспускания или дефекации. На 5 день после операции родильнице дают выпить солевое слабительное и на 6 день после стула снимают шелковые швы с кожи промежности.

При разрывах промежности III степени сначала зашивают стенку прямой кишки отдельными узловыми швами (тонкий шелк, кетгут, викрил), после смены инструментов и перевязочного материала, перчаток, накладывают погружные отдельные кетгутовые швы на сфинктер прямой кишки, а затем восстанавливают целостность промежности в том же порядке, что и при разрывах I-II степени.

При разрывах промежности III степени в послеоперационном периоде родильница в течение 5 дней получает жидкую пищу (бульон, сырое яйцо, чай, соки) и вазелиновое масло. На 6 день после родов ей дают выпить слабительное и на 7 день снимают швы.

Вместе с промежностью нередко происходят разрывы малых и больших половых губ, тканей преддверья влагалища, которые могут сопровождаться кровотечением, особенно в области клитора. Все эти разрывы должны быть зашиты отдельными узловыми кетгутовыми швами. При наложении швов в области клитора возможно сильное кровотечение. Если разрыв расположен в области наружного отверстия уретры, то его зашивание надо производить после введения металлического катетера в мочевой пузырь.

 РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА.

Разрывы влагалища часто бывают продолжением разрывов промежности, но могут возникать самостоятельно. Разрывы влагалища могут быть самопроизвольными и насильственными. Первые возникают у женщин с недоразвитым коротким или узким влагалищем при быстрых родах или при клинически узком тазе и, обычно, являются продолжением разрывов других отделов родового канала. Большинство тяжелых повреждений влагалища являются насильственными. Насильственные повреждения влагалища возникают вследствие акушерских операций (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода и др.).

Разрывы влагалища могут располагаться в нижней, средней и верхней его трети. Повреждения могут быть поверхностными или проникать в клетчатку малого таза и даже в брюшную полость, вызывая образование гематом, массивное кровотечение, геморрагичекий шок.

Каждый разрыв влагалищной стенки сопровождается кровотечением. Поэтому стенки влагалища должны быть осмотрены при помощи зеркал даже при незначительном кровотечении.

Зашивание разрывов производят отдельными кетгутовыми швами. Глубокие разрывы влагалища, проникающие в околовлагалищную клетчатку, зашивать технически очень сложно, требуется хорошее знание анатомии, общее обезболивание.

При глубоких или множественных разрывах в послеоперационном периоде необходимо назначить антибактериальную терапию и влагалищные ванночки с дезинфицирующими растворами.

Нераспознанные повреждения влагалища заживают самостоятельно, но иногда они также могут инфицироваться, осложняя течение послеродового периода. При глубоких разрывах в будущем может возникнуть обезображивающее сужение влагалища, требующее сложного оперативного лечения.

ГЕМАТОМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА.

Гематомы наружных половых органов и влагалища могут возникать во время беременности при падении, ударе. Однако чаще они возникают во время родов вследствие длительного или быстрого периода изгнания плода или при извлечении головки плода с помощью акушерских щипцов. Под воздействием травмы происходит растяжение и разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается неповрежденной. Изливающаяся из поврежденных сосудов кровь скапливается в тканях и рыхлой клетчатке, образуется гематома, размеры которой могут превышать головку новорожденного и более.

Клиническая картина характеризуется появлением сине-багровой опухоли в области наружных половых органов или влагалища, вход во влагалище расположен эксцентрично. Даже небольшие гематомы могут вызывать ощущение дискомфорта (чувство давления, распирания) и резкую боль. При больших или прогрессирующих гематомах развивается картина геморрагического шока. Гематомы могут распространяться вверх на клетчатку малого таза.

Мелкие гематомы чаще рассасываются самостоятельно. Возможно нагноение гематом. При прогрессировании гематом иногда нельзя избежать чревосечения.

Распознают гематомы при осмотре наружных половых органов и влагалища, а также при влагалищном исследовании.

Мелкие гематомы не вскрывают. Прогрессирующие гематомы и гематомы более 4-5 см в диаметре подлежат вскрытию с целью найти кровоточащий сосуд, чтобы наложить на него лигатуру, удалить сгустки крови, зашить рану наглухо. При признаках инфекции зашивание раны противопоказано.

 ОСТРЫЙ ВЫВОРОТ МАТКИ.

Острый выворот матки возникает при неправильном ведении последового периода, вследствие слабости связочного аппарата матки, в случае ее атонии. Выворот матки может быть полным или частичным. Всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.

Лечение острого выворота матки заключается в немедленной противошоковой терапии и вправлении вывернутой матки на место под глубоким наркозом.

 РАСТЯЖЕНИЯ И РАЗРЫВЫ СОЧЛЕНЕНИЙ ТАЗА.

У отдельных беременных имеет место чрезмерное размягчение сочленений таза (симфизит, симфизиопатия). При родах крупным или переношенным плодом, родоразрешающих операциях размягченные сочленения начинают растягиваться, лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние (более 0,5 см). При разрыве лонного сочленения может быть смещение лонных костей, повреждение мочеиспускательного канала, клитора, мочевого пузыря. При этом растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения. В суставах образуются кровоизлияния, в последующем может быть воспалительный процесс.

Клинически эти осложнения вызывают появление болей в области лонного сочленения, крестца, копчика на 2-3 день после родов, которая усиливается при разведении ног и ходьбе, нарушается походка. Могут появиться признаки воспаления в области травмы - гиперемия кожи, отек окружающих тканей.

Распознают повреждения сочленений таза при осмотре и пальпации области лонного сочленения и с помощью рентгенографии.

Лечение может быть консервативным (покой, тугое бинтование таза, корсеты). При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство.

 МОЧЕПОЛОВЫЕ И КИШЕЧНО-ПОЛОВЫЕ СВИЩИ.

Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей после родов связано с неправильным ведением последних, особенно, при узком тазе. Свищи не опасны для жизни женщины, но являются тяжелым увечьем и делают ее инвалидом. Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 часов), в результате чего происходит нарушение кровообращения в окружающих тканях с последующим их некрозом. Образование свищей происходит на 6-7 день после родов, т.е. после выписки из родильного дома. Кроме того, свищи могут образоваться при заживлении зашитых травм промежности вторичным натяжением, при ранении мочевого пузыря и кишечника во время чревосечения.

Основное клиническое проявление свищей - это либо выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания, либо выделение газов и жидкого кала, сопровождающиеся всегда местной воспалительной реакцией во влагалище.

Диагностируют мочеполовые свищи путем осмотра влагалища и шейки матки с помощью зеркал и цистоскопии, кишечно-половые - также при осмотре влагалища с помощью зеркал, пальцевого ректального исследования и при ректоскопии и ирригоскопии.

Мелкие влагалищно-прямокишечные свищи могут закрыться сами при соблюдении соответствующей диеты и гигиены. При не закрывшихся мочеполовых и кишечно-половых свищах необходимы пластические операции, которые являются довольно сложными и могут быть выполнены не ранее чем через 4-6 месяцев после родов.

**Контрольные вопросы:**

1. Причины разрывов матки.

2. Классификация разрывов матки.

3. Клиника угрожающего разрыва матки

4. Клиника начавшегося разрыва матки.

5. Клиника совершившегося разрыва матки

6. Лечение угрозы разрыва матки

7. Лечение начавшегося разрыва матки.

8. Лечение совершившегося разрыва матки.

9. Причины разрывов шейки матки.

10. Классификация разрывов шейки матки.

11. Методы зашивания разрывов шейки матки.

12. Классификация разрывов промежности.

13. Клиника угрозы разрыва промежности.

14. Техника зашивания разрыва промежности I-II степени

15. Техника зашивания разрыва промежности III степени

16. Ведение послеоперационного периода при разрывах шейки матки, влагалища и промежности.

17. Диагностика и лечение послеродовых гематом.

18. Диагностика, лечение и профилактика послеродовых свищей.

**Задача № 1.**

Беременная 30 лет, поступила в роддом в 18 час в связи с излитием околоплодных вод и началом родовой деятельности два часа тому назад. Из анамнеза выяснили, что в 1987 г. были роды. Масса ребенка 4500,0. Имела место упорная слабость родовых сил. С 1988 г. по 1995 г. - 5 искусственных абортов, без осложнений.

При поступлении АД 140/90 мм рт. ст., отеки нижних конечностей. Схватки через 3-4 мин по 50 сек, умеренной силы и болезненности. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд. в мин. Размеры таза нормальные. Подтекают светлые воды. Предполагаемая масса плода 4500,0. Через 2 часа после поступления схватки оставались прежней силы, сердцебиение плода не менялось, Роженица начала тужиться. При наружном обследовании головка плода прижата ко входу в малый таз, нижний сегмент перерастянут, контракционное кольцо расположено косо, признак Вастена положительный.

Влагалищное исследование. Открытие шейки матки 6-7 см, края средней толщины, растяжимы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. На головке - родовая опухоль, малый родничок слева, большой - справа, стреловидный шов в поперечном размере. Подтекают светлые воды.

Диагноз? Что делать?

**Задача № 2.**

Беременная 25 лет поступила в роддом с доношенной беременностью с началом родовой деятельности. Из анамнеза выяснили, что 4 года назад у нее были нормальные роды, масса новорожденного 3500,0, длина 48 см., абортов не было. Гинекологические заболевания отрицает. В течение двух лет с целью контрацепции использовала ВМК, который извлекли без выскабливания стенок полости матки. Забеременела сразу. Беременность протекала без особенностей. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода - 3800,0-4000,0. Родовая деятельность развивалась нормально. При открытии шейки матки 3-4 см излились светлые воды. Через 5 часов с начала родовой деятельности роженица пожаловалась на тянущие постоянные боли внизу живота слева. Сердцебиение плода - 100 уд. в мин., затем - аритмичное. Подтекают светлые воды. Роженица не мочится. Моча выведена по катетеру - 50 мл, окрашенная кровью.

Диагноз? Что делать?