Текст лекции по теме занятия №18: Родовый травматизм. Принципы диагностики и лечения.

Изучаемые вопросы:

1.Причины, виды, клиника, диагностика, лечение разрывов мягких тканей

родовых путей

2.Причины, виды, клиника, диагностика, лечение разрыва матки, выворота матки

3.Причины, виды, клиника, диагностика, лечение мочеполовых и

ректовагинальных свищей

4. Причины, клиника и диагностика расхождения лонного сочленения

5. Принципы оказания психологической помощи при разрывах мягких тканей

родовых путей

Причины, виды, клиника, диагностика, лечение разрывов мягких тканей

родовых путей

Родовые пути женщины во время родов подвергаются значительному растяжению. При осложненном течении родов, несвоевременно или неквалифицированно оказанном акушерском пособии или в результате оперативных вмешательств происходят разрывы наружных половых органов, промежности, влагалища и шейки матки. Иногда возникают повреждения, опасные для жизни роженицы, приводящие к ее гибели или длительной потере трудоспособности и инвалидности (разрывы матки, мочеполовые и кишечно-половые свищи).

Разрывы мягких тканей родового канала часто происходят у первородящих женщин, а разрывы матки - у многорожавших.

*Разрывы наружных половых органов, влагалища и промежности*

*Разрывы наружных половых органов (вульвы)*

Разрывы наружных половых органов - травматические повреждения малых половых губ и клитора в виде поверхностных трещин или разрывов.

Классификация. Разрывы бывают самопроизвольными и насильственными (оперативные роды).

*Причинами* разрыва бывают неумело оказанное акушерское пособие, крупный плод, быстрые или стремительные роды, длительные роды, неправильные вставления головки плода, тазовые предлежания, узкий таз, ригидность и воспалительные изменения тканей, оперативное рoдoразрешение.

*Клиническая картина.* Разрывы вульвы происходят в конце второго периода родов, часто сочетаются с разрывом влагалища или промежности и сопровождаются кровотечением, которое появляется в конце второго периода родов или в последовом, или раннем послеродовом периоде. Выраженность кровотечения зависит от локализации разрыва. Самое обильное кровотечение происходит при травме в области клитора.

*Диагностика.* Устанавливают повреждения вульвы при наружном осмотре мягких родовых путей.

*Лечение.* Зашивание разрывов вульвы производят под местной инфильтрациoннoй, внутривенной или продленной эпидуральнoй анестезией. Разрывы зашивают отдельными швами. Кровоточащие сосуды перевязывают или прoшивают.

*Разрывы влагалища*

Разрыв влагалища - это повреждение его стенки.

*Классификация.* По происхождению разрывы влагалища бывают самопроизвoльными и насильственными. По локализации различают разрывы верхней, средней и нижней трети, односторонние и двусторонние разрывы. При пoвреждении нижней трети разрыв влагалища часто сочетается с разрывом промежности. В верхней трети разрыв может перейти на свод влагалища. Средняя треть влагалища обладает большей растяжимостью и разрывается редко.

 *Клинически* разрыв влагалища проявляется кровотечением из раны, интенсивность которого зависит от калибра поврежденных сосудов.

*Диагностика.* Разрыв влагалища обнаруживают во время осмотра родовых путей с помощью зеркал.

*Лечение.* Зашивание разрывов влагалища требует обнажения раны с помощью влагалищных зеркал. Неглубокие разрывы зашивают отдельными швами. Разрывы, проникающие в околовлагалищную клетчатку, и разрывы верхней трети влагалища зашивают под внутривенной или продленной эпидуральной анестезией.

При глубоких разрывах возможно образование обширных гематом с последующим их инфицированием. При разрывах верхней трети влагалища с переходом на своды показано ручное обследование стенок полости матки для исключения ее разрыва.

*Разрывы промежности*

К травмам промежности относят разрывы передней промежности во втором периоде родов.

*Классификация.* Разрывы промежности могут быть самопроизвольными и насильственными. Насильственными считают разрывы, возникающие вследствие нерационального ведения родов (акушерская «агрессия») или в связи с техническими погрешностями при выполнении родоразрешающих операций.

По глубине повреждения все разрывы промежности делят на четыре степени

• I степень - нарушена целостность только задней спайки (кожа и подкожная жировая клетчатка);

• II степень - нарушена целостность кожи промежности, стенки влагалища и мышц тазового дна, за исключением наружного сфинктера прямой кишки;

• III степень - помимо вышеперечисленных образований происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки;

IV степень - помимо вышеперечисленных образований разрыв распространяется на переднюю стенку прямой кишки.

*Этиология.* Наиболее частые причины разрывов промежности:

• нарушение биоценоза и вагинит, предшествующие родам;

• неправильное оказание акушерского пособия - преждевременное разгибание головки;

• быстрые и стремительные роды;

• крупный плод;

• оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция);

• ригидность тканей промежности, рубцы после предыдущих родов, высокая промежность;

• анатомически узкий таз;

• прорезывание головки большим размером при разгибательных ее предлежаниях.

*Клиническая картина.* Разрыв промежности может начинаться с разрыва задней или боковой стенок влагалища, но чаще он начинается с задней спайки и в последующем переходит на промежность и заднюю стенку влагалища. Угроза разрыва промежности. Травме промежности предшествуют признаки, свидетельствующие об угрозе разрыва: значительное выпячивание промежности, цианоз, отек, а затем побледнение. Кожа промежности становится блестящей, на ней появляются незначительные трещины, после чего она разрывается.

При разрыве промежности возникает умеренное кровотечение, при III-IV степени разрыва, особенно при варикозном расширении вен, кровотечение может быть массивным.

*Диагностика.* Травмы промежности диагностируют визуально. При пoявлении симптомов угрозы разрыва промежности показано ее рассечение, так как ровные края резаной раны заживают лучше.

*Лечение.* Зашивают разрыв промежности сразу после осмотра родовых путей в условиях операционной при соблюдении всех правил асептики и антисептики. Подготовку операционного поля и рук хирурга и ассистентов проводят по принятым в хирургии правилам.

Обезболивание. Разрывы промежности I и II степени зашивают под инфильтрациoннoй, пудендальнoй, внутривенной или продленной эпидуральнoй анестезией, разрывы III и IV степени - только под внутривенной или эпидуральной анестезией.

Края кожной раны соединяют подкожным косметическим швом (викрил, дексoн). Линию швов обрабатывают антисептиком.

Следует иметь в виду, что нарушение целостности внутренних слоев тканей промежности может происходить без нарушения целостности ее кожи и слизистой оболочки влагалища.

При разрыве II степени сначала зашивают стенку влагалища. Затем несколькими отдельными швами (погружными, т.е. наложенными без захватывания стенок вульвы и влагалища) соединяют разорванные мышцы промежности.

Зашивание разрывов III и IV степени должен опытный врач.

При разрывах IV степени сначала отдельными швами синтетическими нитями зашивают стенку прямой кишки с захватыванием слизистого и мышечного слоев кишки и завязыванием лигатур в просвете кишки. Затем производят смену «грязного» операционного стола и перчаток на «чистые» и приступают к зашиванию разорвавшегося сфинктера прямой кишки и разрыва промежности.

*Ведение родильниц в послеоперационном периоде.* Поверхность швов необходимо содержать в чистоте, но не обмывать, а осторожно обсушивать стерильными тампонами и обрабатывать антисептиком. При отеке тканей промежности назначают пузырь со льдом или физиолечение. Туалет промежности производят после каждого акта мочеиспускания или дефекации.

При разрывах промежности I-II степени, если не было стула, на 3-й день родильнице назначают слабительное.

При разрывах III-IV степени в течение первых 6 дней родильница получает жидкую пищу (бульон, сырое яйцо, чай, соки), назначают антибактериальную терапию и вазелиновое масло. Слабительное дают на 6-й день после родов, после чего, если необходимо, снимают кожные швы.

Технически неправильное восстановление промежности способствует в дальнейшем развитию опущений и выпадений женских половых органов, а при III-IV степени разрыва - недержанию газов и кала или образованию влагалищно-прямокишечного свища.

*Разрывы шейки матки*

*Классификация.* Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и насильственными. Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают при родах без оперативных пособий, насильственные разрывы - при оперативных вмешательствах.

По локализации выделяют разрывы передней или задней губы и боковые (односторонние и двусторонние) разрывы.

По глубине разрывы шейки матки делят на три степени:

• I степень - разрывы шейки матки с одной или двух сторон длиной не более 2 см от наружного зева;

• II степень - разрывы более 2 см, но не доходящие до сводов влагалища;

• III степень - разрывы, доходящие до свода или переходящие на него.

*Причины* возникновения разрывов шейки матки разнообразны:

• изменения шейки матки воспалительного характера, рубцoвые изменения, вагинит;

• ригидность шейки матки;

• чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, неправильных предлежаниях головки плода;

• быстрые и стремительные роды;

• длительные роды при преждевременном излитии околоплодных вод;

• длительное ущемление шейки матки между головкой и костями таза;

• оперативные роды;

• плодоразрушающие операции;

• нерациональное ведение второго периода родов, ранняя пoтужная деятельность.

*Клиническая картина и диагностика.* Единственный симптом разрыва шейки матки - кровотечение из родовых путей, которое возникает в основном после рождения плода и последа при хорошо сократившейся матке. Кровотечение может быть незначительным, а может быть и профузным; вытекающая кровь имеет алый цвет.

Интенсивность кровотечения при разрывах шейки матки не всегда прямо пропорциональна степени разрыва. Чтобы поставить диагноз разрыва шейки матки после родов, необходимо произвести ее осмотр с помощью зеркал. Этот осмотр обязателен для всех родильниц. При обнаружении разрывов шейки матки сразу приступают к их зашиванию. При первых родах практически во всех случаях происходят поверхностные (до 1 см) надрывы шейки матки, в результате чего наружный зев в дальнейшем приобретает щелевидную форму.

Зашивают разрыв шейки матки обычно без обезболивания. При разрывах шейки матки II и III степени используют кратковременную внутривенную или продленную эпидуральную анестезию.

*Ведение послеродового периода* у таких родильниц обычное, специального ухода за шейкой матки не требуется.

Причины, виды, клиника, диагностика, лечение разрыва матки, выворота матки

*Разрывы матки*

Разрыв матки - нарушение целостности ее стенок во время беременности или в родах.

*Классификация.* В нашей стране принята классификация, предложенная Л.С. Персианиновым (1964), согласно которой разрывы матки подразделяют по ряду признаков.

• По времени возникновения:

- во время беременности (10% всех разрывов); - во время родов.

• По этиологии и патогенезу:

- самопроизвольные, возникающие без каких-либо внешних воздействий;

- насильственные, связанные с неправильно примененными оперативными вмешательствами, акушерской агрессией.

• 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;

- свершившийся разрыв.

Этиология и патогенез. В 1875 г. Бандль выдвинул механическую теорию разрывов. Согласно этой теории, разрыв матки в родах объясняли пространственным несоответствием предлежащей части плода и таза матери. Такое несоответствие может возникать при следующих клинических ситуациях: анатомически узкий таз; поперечное положение плода; разгибательные предлежания и асинклитические вставления головки; гидроцефалия плода; крупный плод; опухоли в области малого таза; рубцовые сужения различных отделов родовых путей.

В 1901 г. Н.З. Иванов и в 1911 г. Я.Ф. Вербов выдвинули теорию, согласно которой основная причина разрывов заключается в глубоких патологических изменениях мускулатуры матки воспалительного и дегенеративного характера. Такие изменения миометрия возникают при таких патологических состояниях, как: рубец на матке после операций (кесарево сечение, миомэктомия, операция при внематочной беременности с удалением интерстициальной части маточной трубы, ушивание перфорации при внутриматочном вмешательстве и др.); повреждения матки во время абортов, особенно криминальных и часто повторяющихся; воспалительные заболевания матки и придатков; высокий паритет (более 5 родов в анамнезе); многоводие, многоплодие; приращение и предлежание плаценты.

*Угрожающий и начинающийся разрыв матки*

Угрожающий разрыв матки - состояние, при котором ни разрыва матки, ни надрывов миометрия еще не произошло. Начинающийся разрыв - состояние, при котором происходят надрыв мышцы матки и появление в ней гематомы.

*Клиническая картина*

Угрожающий разрыв матки характеризуют следующие симптомы: 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; контракционное кольцо расположено высоко (на уровне пупка) и косо, матка приобретает форму песочных часов; нижний сегмент матки резко растянут и истончен, при его пальпации выявляют напряжение и резкую болезненность, в результате чего не удается определить предлежащую часть; над лоном появляется выпячивание или припухлость вследствие отека предпузырной клетчатки; края шейки матки отечные, свободно свисают во влагалище; открытие полное; самопроизвольное мочеиспускание затруднено вследствие сдавления мочевого пузыря или уретры между головкой плода и костями таза; непроизвольная и безрезультатная пoтужная деятельность при высоко стоящей головке; поведение роженицы становится беспокойным.

Для *начинающегося* разрыва характерно присоединение к выраженным признакам угрожающего разрыва новых симптомов. 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, oтхoждение мекoния при головных предлежаниях, внутриутробная смерть). Роженица возбуждена, жалуется на сильные непрекращающиеся боли, чувство страха, боязнь смерти. Часто отмечают нарушение ритма схваток, общую слабость, гoлoвoкружение, тошноту, рвоту.

*Свершившийся разрыв матки*

Свершившийся разрыв матки - нарушение целостности ее стенки. Может быть полным, когда разрываются все три слоя ее стенки, или неполным, когда разрываются слизистый и мышечный слои при сохранении целостности серозного покрова.

*Клиническая картина.* Разрыв матки «характеризуется наступлением зловещей тишины в родильном зале после многочасовых криков и беспокойного поведения роженицы». В момент разрыва роженица испытывает сильную режущую боль в животе, ощущает, как «что-то лопнуло, разорвалось». Родовая деятельность сразу прекращается.

Роженица становится апатичной, перестает кричать. Бледнеет кожный покров, учащается пульс, падает артериальное давление, появляется холодный пот - картина болевого шока, присоединяется геморрагический шок.

При наступившем разрыве матки меняется форма живота, исчезают напряжение брюшной стенки, контракционное кольцо и напряжение круглых связок. Плод полностью или частично выходит в брюшную полость, поэтому при пальпации части плода определяются непосредственно под брюшной стенкой. Сердцебиение плода исчезает. Наружное кровотечение бывает несильным, так как кровь изливается в брюшную полость, а при неполном разрыве образуется гематома в околоматочной клетчатке.

Наличие какого-либо одного или двух признаков, отчетливо выраженных на фоне других неотчетливых симптомов, может помочь распознаванию этого осложнения родов.

К числу таких признаков относят следующие:

• раздражение брюшины, характеризуемое болезненностью при пальпации и самостоятельной болью в животе, вздутием живота, появлением икоты, тошноты, рвоты;

• ощущение «хруста снега» при ощупывании передней брюшной стенки;

• нарастание подбрюшинной гематомы, определяемой в виде мягкой опухоли, расположенной рядом с маткой и распространяющейся вверх по боковой стенке таза;

внезапно наступившая бледность кожного покрова, учащение пульса, снижение артериального давления, упадок сил при ясном сознании;

• подвижность до этого фиксированной во входе в малый таз предлежащей головки;

• внезапное появление кровотечения после прекращения родовой деятельности;

• отсутствие сердцебиения плода;

• пальпация плода или его частей непосредственно под брюшной стенкой.

Полноценность рубца определяют до беременности, в течение беременности и в течение родов.

Рубец на матке считают неполноценным, если:

• предыдущее кесарево сечение было произведено менее 2 лет назад;

• в послеоперационном периоде была лихорадка;

• рубец на коже заживал вторичным натяжением;

• разрез на матке был корпоральным;

• плацента расположена в области рубца;

• во время данной беременности были боли в животе или кровяные выделения задолго до родов;

• есть болезненность рубца при его пальпации или при шевелении плода;

• кожа в области рубца спаяна с подлежащими тканями передней брюшной стенки;

*Лечение.* При появлении симптомов угрожающего разрыва матки необходимо немедленно прекратить родовую деятельность и закончить роды оперативным путем.

При головке, стоящей во входе в малый таз, показано родоразрешение путем кесарева сечения; при головке, стоящей в полости малого таза, мертвом плоде - плодоразрушающая операция.

При начавшемся и свершившемся разрыве матки показано немедленное чревoсечение.

До начала операции, в ходе вмешательства и после его окончания проводят борьбу с шоком и крoвoпoтерей по общепринятым принципам, коррекцию гемокоагуляции, антибактериальную терапию.

Если диагноз свершившегося разрыва матки во время родов не устанавливают, и родильница не погибает от кровотечения, то в течение ближайших суток развиваются симптомы, характерные для разлитого перитонита.

*Острый выворот матки*

Острый выворот матки - осложнение, при котором тело матки выпадает за пределы входа во влагалище, выворачиваясь своей слизистой оболочкой наружу вместе с прикрепленной к ней плацентой.

*Этиология.* Выворот матки обычно происходит при ее гипотонии и при чрезмерном давлении на нее сверху или потягивании за пуповину при неотделившейся плаценте. Следовательно, выворот возникает при неправильном ведении последового периода и слабости связочного аппарата матки.

*Классификация и клиническая картина.* Выворот матки может быть полным или частичным. Он всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.

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

Причины, виды, клиника, диагностика, лечение мочеполовых и

ректовагинальных свищей

*Мочеполовые и кишечные свищи* - тяжелейшие осложнения родовых травм. Свищи не опасны для жизни женщины, но представляют собой тяжелое увечье и делают ее инвалидом. Наличие свищей ведет к нарушению половой, менструальной и генеративной функций, вызывает эмоциональные расстройства, служит причиной развития инфекции в половых органах и мочевыделительной системе.

*Этиология и патогенез.* Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей после родов связано с длительными родами и неправильным ведением последних, особенно при узком тазе.

Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости малого таза (более 2 ч), в результате чего нарушается кровообращение в окружающих тканях, а в последующем происходит их некротизирование. Формирование свищей происходит на 6-7-й день после родов, т.е. после выписки родильницы из родильного дома.

*Клиническая картина и диагностика.* Основное клиническое проявление свищей - выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания или выделение газов и жидкого кала, сопровождаемые местной воспалительной реакцией во влагалище.

В диагностике мочеполовых свищей используют осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал и хромоцистоскопию, а кишечно-половых - осмотр влагалища в зеркалах, пальцевое ректальное исследование, ректоскопию и ирригоскопию, цветную и рентгеновскую фистулографию.

*Лечение.* Мелкие влагалищно-прямокишечные свищи могут закрыться сами при соблюдении диеты и гигиены. При незакрывшихся свищах необходимы пластические операции, которые довольно сложны и могут быть выполнены не ранее чем через 6 мес после родов.

Причины, клиника и диагностика расхождения лонного сочленения

*Этиология.* У беременных возникает чрезмерное размягчение сочленений таза (симфизит, симфизиопатия). При родах крупным или переношенным плодом, анатомическом сужении таза, родоразрешающих операциях (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода за тазовый конец, плодоразрушающие операции) 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.

*Клиническая картина.* Травмы таза вызывают появление болей в области лонного сочленения, крестца и копчика на 2-3-й день после родов. Боли усиливаются при разведении ног и ходьбе, нарушается походка. Возможно появление признаков воспаления в области травмы - гиперемия кожи, отек окружающих тканей.

*Диагностика.* Распознают повреждения сочленений таза при осмотре и пальпации и с помощью рентгенографии. Лечение может быть консервативным (покой, тугое бинтование таза, корсеты). При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическая коррекция.

Принципы оказания психологической помощи при разрывах мягких тканей

родовых путей

Среди наиболее важных этических принципов психологической помощи при разрывах мягких тканей родовых путей выделяют следующие:

доброжелательное и безоценочное отношение к родильнице. Необходимо уметь внимательно слушать пациентку.

Отношения принятия ценностей женщины и их уважение являются не только возможностью выразить поддержку.

Запрет давать советы. Дать совет - значит принять ответственность за жизнь женщины в случае, если он им воспользуется, что не способствует развитию его личности.

Анонимность.

Разграничение личных и профессиональных отношений - это принцип, связанный с рядом психологических феноменов, влияющий на процесс психологической помощи.