

Акушерский ТРАВМАТИЗМ

ЛЕКЦИЯ №9

Материнский травматизм

Родовые пути женщины во время родов подвергаются значительному растяжению.

- В результате этого в ряде случаев возникают повреждения тканей влагалища, промежности и шейки матки, в основном носящие характер поверхностных ссадин и трещин, которые бессимптомны и самостоятельно заживают в первые же сутки после родов.
- В других же случаях при перерастяжении тканей или в результате хирургических вмешательств наблюдаются разрывы шейки матки, стенок влагалища и промежности и иногда могут возникнуть повреждения, опасные для жизни женщины (разрывы матки) или приводящие к длительной потере трудоспособности (моче- и кишечные свищи).

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ И ВЛАГАЛИЩА

Наиболее распространенными причинами разрывов промежности являются следующие:

- 1) ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, рубцы, оставшиеся после предыдущих родов, а также высокая промежность;
- 2) прорезывание головки большим размером при разгибательных предлежаниях: переднеголовном, лобном, лицевом;
- 3) оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуумэкстракция);
- 4) анатомически узкий таз, особенно плоскорахитический, при котором происходит быстрое прорезывание головки, и инфантильный, при котором наблюдается узкий лонный угол;
- 5) крупный плод;
- 6) быстрые и стремительные роды;
- 7) неправильное оказание акушерского пособия - преждевременное разгибание и прорезывание головки.

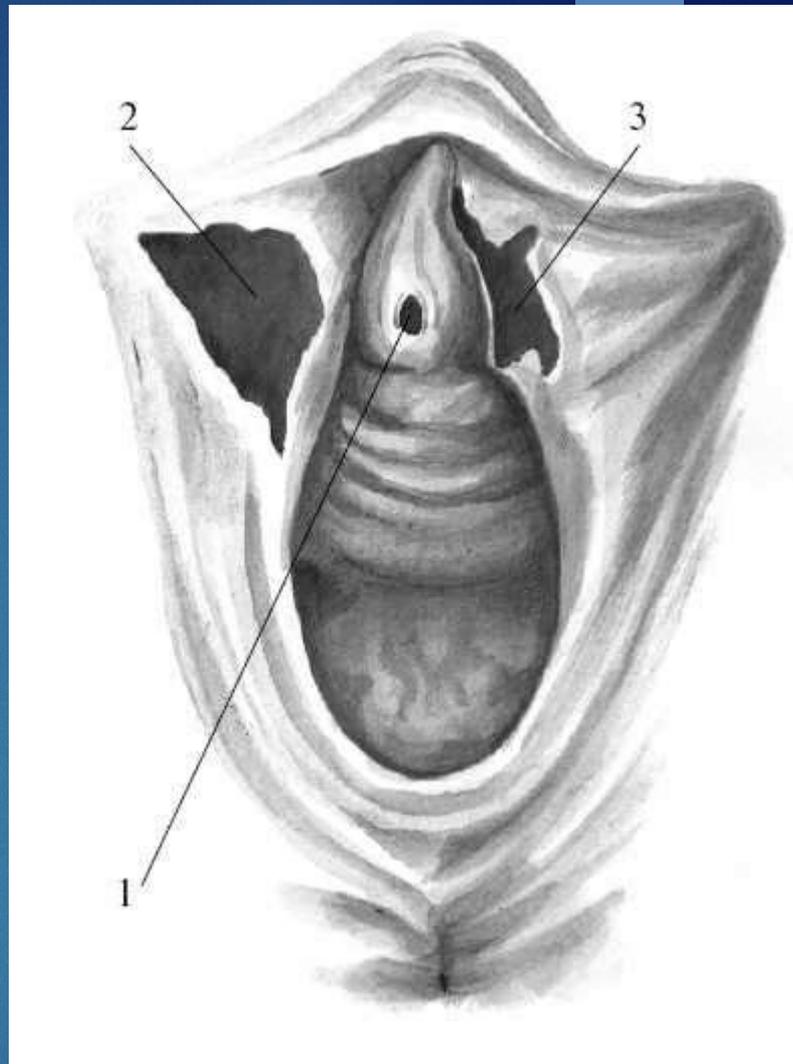
Разрывы вульвы

происходят обычно в области малых половых губ, клитора и представляют собой поверхностные трещины, надрывы

Разрывы в области клитора сопровождаются кровотечением, иногда весьма значительным при повреждении кавернозных сосудистых сплетений

Лечение.

- Разрывы в области малых половых губ зашивают непрерывным швом с использованием тонкого кетгута, или викрила под регионарной анестезией, продолжающейся и после родов, или под внутривенной анестезией. При зашивании разрывов в области клитора в уретру вводят мочевого катетер, швы накладывают без захвата подлежащих тканей во избежание кровотечения из кавернозных тел.



Разрыв наружных половых органов.

- 1 - мочеиспускательный канал;
- 2 - разрыв малой половой губы;
- 3 - разрыв в области клитора

Травмы влагалища

В нижней его трети обычно сочетаются с разрывом промежности

В верхней трети разрывы влагалища могут переходить на свод влагалища и сочетаться с разрывами шейки матки

Средняя треть влагалища вследствие растяжимости гораздо реже подвергается повреждениям

Разрыв и размозжение тканей возможны также в глубоких подслизистых слоях влагалища, когда эластичная слизистая оболочка остается целой.

- При этом в глубине ткани в результате повреждения сосудов образуется гематома, иногда значительных размеров.

Клиническая картина и диагностика.

- Разрывы влагалища проявляются либо кровотечением из поврежденной стенки, либо ощущением распирания при гематоме.
- При раздвигании малых половых губ или осмотре с помощью зеркал виден разрыв или гематома, которая определяется как тугоэластической консистенции образование синюшного цвета.

Лечение.

- Разрыв стенки влагалища ушивают отдельным или непрерывным швами (кетгут, викрил). Небольшие гематомы рассасываются самостоятельно и вмешательства не требуют.
- При значительном кровоизлиянии (диаметром более 3 см в) гематома вскрывается, опорожняется и на кровоточащие сосуды накладываются швы.
- Если сосуды не удастся лигировать, то накладывают погружные швы на ткани.
- При очень большой гематоме в ее полость можно ввести на 2-3 дня дренаж в виде резиновой полоски.
- При разрыве верхней трети влагалища с переходом на свод влагалища необходимо произвести ручное обследование матки для исключения ее разрыва в области нижнего сегмента.

Разрывы промежности

Самопроизвольные

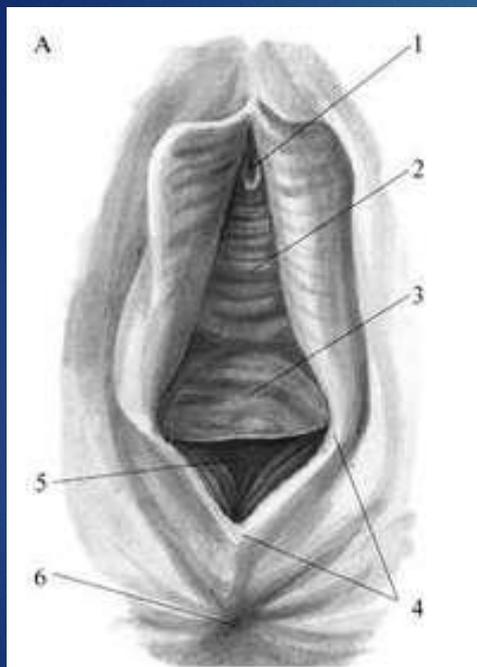
Возникают
независимо
от внешних
воздействий

Насильственные

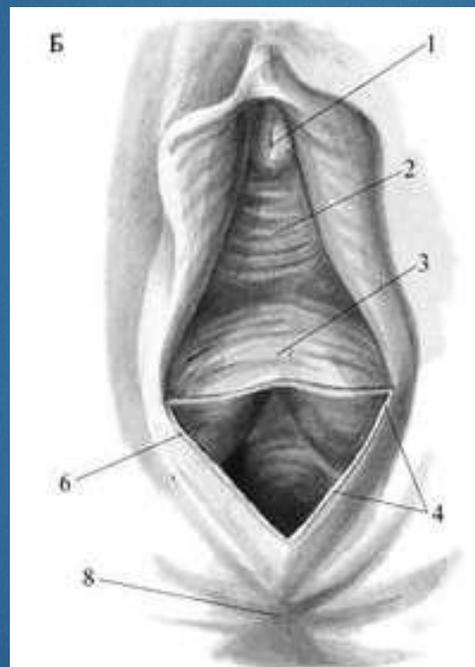
Возникают вследствие
неправильного
ведения родов или в
связи с
родоразрешающими
операциями

По глубине повреждения все разрывы промежности делятся на три степени.

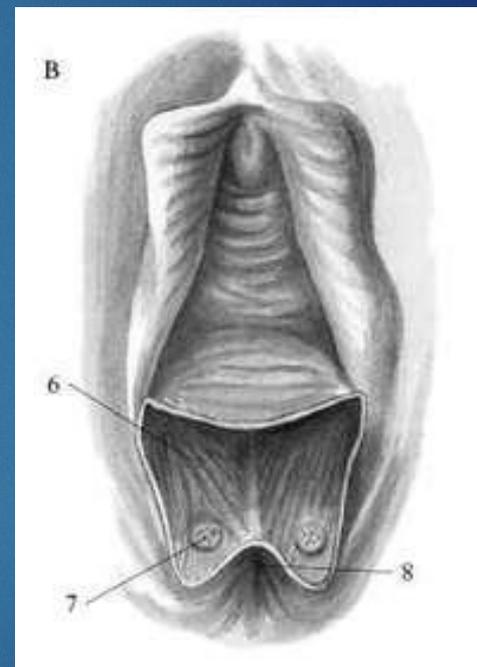
I степень



II степень



III степень



1 - мочеиспускательный канал; 2 - передняя стенка влагалища; 3 - задняя стенка влагалища; 4 - кожа промежности; 5 - разрыв слизистой задней стенки влагалища; 6 - m. levator ani; 7 - наружный сфинктер прямой кишки; 8 - задний проход

Клиническая картина и диагностика

I стадия

нарушение венозного оттока крови из тканей промежности в силу их перерастяжения подлежащей частью.

При этом определяется цианоз кожи промежности;

II стадия

отек тканей промежности;

к цианозу кожи присоединяется ее "блеск"

III стадия

нарушение кровообращения в артериальных сосудах.

Цианоз кожи промежности сменяется ее бледностью.

Ткани не в состоянии противостоять дальнейшему растяжению, происходит их разрыв

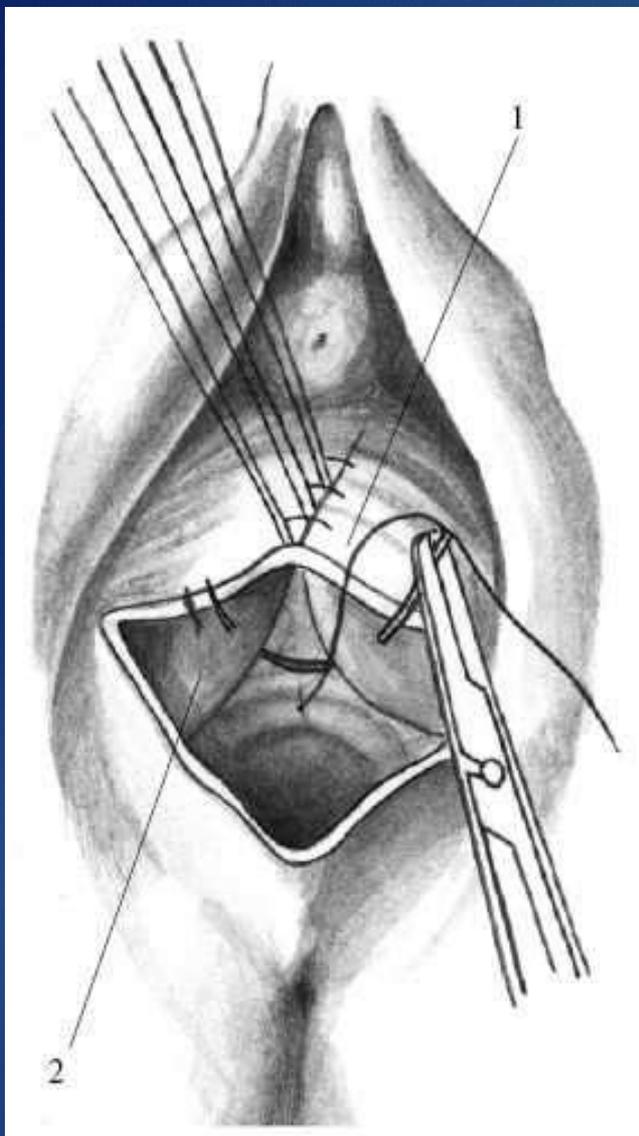
Лечение заключается в ушивании разрыва сразу или в течение 30 мин после родов.

Разрывы ушивают на гинекологическом кресле или на родильной кровати со вдвинутым внутрь ножным концом и введенными ногодержателями с соблюдением всех правил асептики и антисептики под внутривенной анестезией.

Если применялось регионарное обезболивание, его продолжают в период наложения швов.

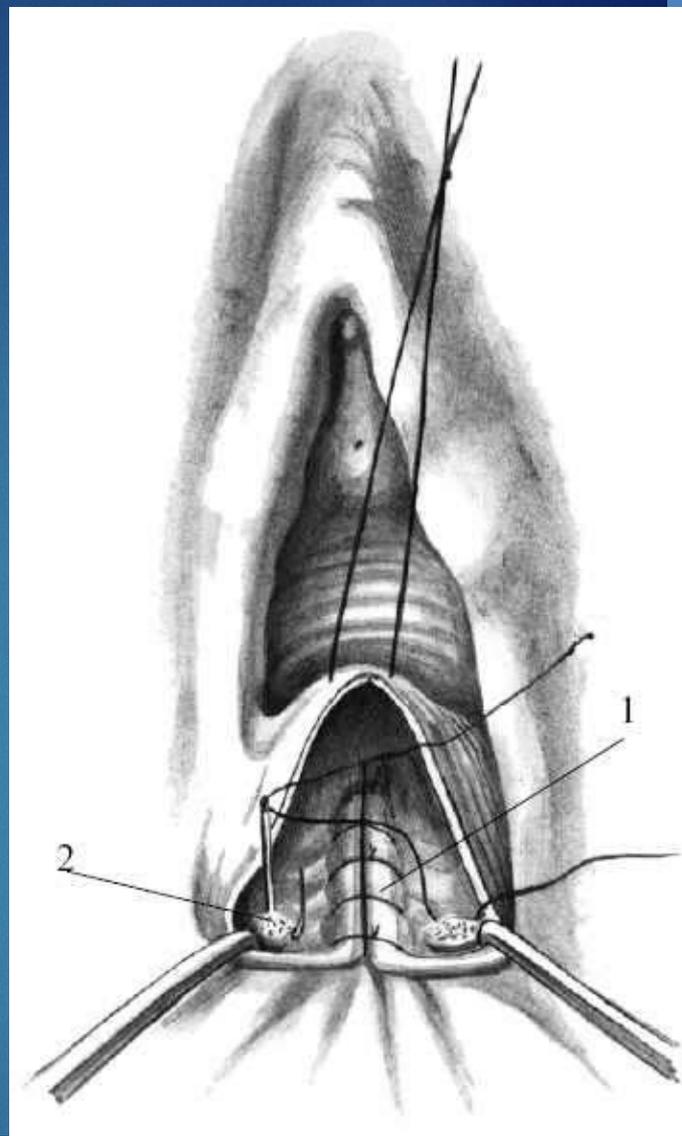
При разрывах I и II степени хирургу необходима помощь врача-ассистента, а при разрывах III степени - двух ассистентов.

При разрывах промежности III степени ушивание производит опытный хирург, так как неправильное наложение швов и плохое заживление раны в дальнейшем приводят к опущению влагалища и матки, а иногда и к полному ее выпадению. Нарушение функции сфинктера прямой кишки может привести к недержанию газов и кала



Ушивание разрыва промежности II степени.

- 1 - однорядными швами ушита задняя стенка влагалища;
- 2 - швы на мышцы



Ушивание разрыва промежности III степени.

- 1 - шов на стенке прямой кишки;
- 2 - наложение швов на сфинктер прямой кишки

Профилактика разрывов промежности заключается в:

- правильном оказании ручного пособия при головном предлежании;
- в осуществлении контакта акушерки и роженицы, которая должна выполнять все команды (поведению во время родов женщина должна обучаться в процессе беременности);
- в рассечении промежности при угрозе ее разрыва, особенно при оперативных родах

Рассечение промежности по средней линии называют *перинеотомией* (срединная эпизиотомия), рассечение в сторону - *эпизиотомия*

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Этиологические факторы разрыва шейки матки:

- • анатомические, послеоперационные рубцовые изменения (коагуляция, лазерное воздействие, электроили ножевое иссечение тканей);
- • крупный плод;
- • задний вид затылочного предлежания или разгибательные предлежания;
- • нарушения родовой деятельности (стремительные и быстрые роды, дискоординация родовой деятельности);
- • оперативные роды (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция, плодоразрушающие операции).

В зависимости от глубины различают три степени разрыва шейки матки

I степень

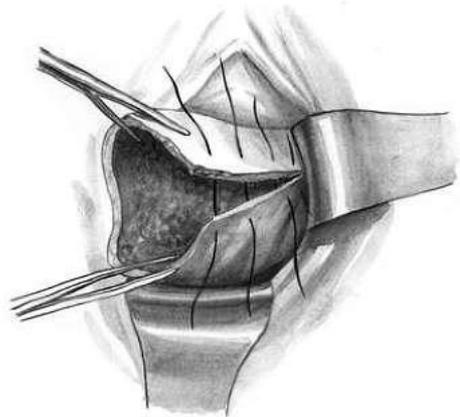
разрывы шейки матки с одной или двух сторон длиной не более 2 см

II степень

разрывы протяженностью более 2 см, но не достигающие до свода влагалища

III степень

разрывы, достигающие до свода влагалища или переходящие на него



Техника наложения однорядного шва на разрыв шейки матки

РАЗРЫВ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Лечение

- заключается в применении специальной широкой повязки, которая накладывается со стороны пояса и крестца, а спереди перекрещивается и удерживается за счет груза, подвешенного с обеих сторон. Женщина вынуждена несколько недель лежать в постели



РАЗРЫВЫ МАТКИ

I. По времени происхождения:

- разрывы во время беременности;
- разрывы во время родов.

II. По патогенетическому признаку:

- самопроизвольные разрывы матки (происходящие без каких-либо вмешательств извне):
 - механические (при механическом препятствии для рождения плода);
 - гистопатические (при патологических изменениях маточной стенки);
 - механогистопатические (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки).
- насильственные разрывы матки:
 - травматические (грубое вмешательство во время родов или случайная травма во время беременности и родов);
 - смешанные (от внешнего воздействия при перерастяжении нижнего сегмента).

III. По клиническому течению:

- угрожающий разрыв;
- начавшийся разрыв;
- совершившийся разрыв.

IV. По характеру повреждения:

- трещина (надрыв);
- неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость) в тех местах матки, где брюшина рыхло соединена с мышечным слоем, обычно в боковых отделах нижнего сегмента матки, по ее ребру или в области предпузырной клетчатки;
- полный разрыв - проникающий в брюшную полость и захватывающий все мышечные слои.

V. По локализации:

- в дне матки;
- в теле матки;
- в нижнем сегменте матки;
- отрыв матки от сводов влагалища.

Картина угрожающего разрыва матки при механическом препятствии для родоразрешения ярко выражена после излития околоплодных вод:

- частые, болезненные, постоянно усиливающиеся схватки;
- беспокойное поведение роженицы не только во время схваток, но и между ними;
- учащение пульса и дыхания, повышение температуры тела;
- высокое расположение мочевого пузыря над лоном;
- затрудненное мочеиспускание или кровь в моче в результате сдавления головкой мочевого пузыря и уретры;
- контракционное (ретракционное) кольцо за счет перерастяжения нижнего сегмента находится на уровне пупка или выше, матка принимает форму песочных часов
- отек наружных половых органов, возможно ущемление и отек шейки матки);
- при влагалищном исследовании - отсутствие плодного пузыря, полное раскрытие шейки матки, высокое расположение головки, не соответствующее длительности родов и степени раскрытия шейки матки).



Угрожающий разрыв матки. Перерастяжение нижнего сегмента матки. Высокое расположение контракционного кольца

Начавшийся разрыв матки при несоответствии плода и родовых путей.

- Без своевременного родоразрешения нарушается целостность тканей перерастянутого нижнего сегмента, появляются надрыв мышцы и гематома. **Гематома** в большой мере обуславливает клинические проявления начавшегося разрыва

К картине угрожающего разрыва (признаки перерастяжения нижнего сегмента матки) присоединяются:

- • симптомы эректильной стадии болевого шока - общее возбужденное состояние, громкий крик, чувство страха, гиперемия лица, расширение зрачков, тахикардия;
- • судорожный характер схваток, появление желания тужиться при высоко стоящей головке (раздражение мышцы матки, гематома, большая родовая опухоль);
- • сукровичные или кровяные выделения из половых путей, появление которых на фоне угрозы разрыва является достоверным признаком начавшегося разрыва матки.
- • острая гипоксия плода или его интранатальная гибель в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения.

Совершившийся (полный) разрыв матки

При совершившемся полном разрыве матки отмечаются:

- • резкая боль в животе на высоте одной из схваток;
- • прекращение родовой деятельности (основной симптом);
- • появление симптомов торпидной стадии шока в связи с внутренним кровотечением - кожные покровы роженицы бледнеют, зрачки расширяются, глаза западают, пульс учащается и слабеет, дыхание становится поверхностным, появляются тошнота, рвота, головокружение вплоть до потери сознания;
- • интранатальная гибель плода и его возможное перемещение в брюшную полость. Головка плода поднимается вверх и определяется подвижной высоко над входом в таз. При выходе плода в брюшную полость его части пальпируются непосредственно под передней брюшной стенкой и отдельно от него определяется сократившаяся матка;
- • вздутие живота, могут быть симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга);
- • кровяные выделения из половых путей.



Тактика ведения беременности и родов при разрывах матки.

Угрожающий разрыв матки во время беременности и родов

- является показанием к чревосечению и кесареву сечению.

В родах на первом этапе

- целесообразно прекратить родовой деятельности, а затем осуществляется кесарево сечение. Кесарево сечение производят под интубационным наркозом или спинальной анестезией.

При начавшемся и совершившемся разрыве матки

- требуются экстренное чревосечение и извлечение плода.
- Одновременно с чревосечением проводят инфузионно-трансфузионную терапию и адекватное обезболивание.

При совершившемся разрыве объем операции определяется дефектом матки.

- При малейшей возможности следует стремиться к сохранению матки, ушивая разрыв, особенно у молодых пациенток. При обширных разрывах с размождением тканей производится экстирпация или надвлагалищная ампутация матки. При неполном разрыве матки и гематоме рассекают брюшину и удаляют сгустки, на сосуды накладывают лигатуры. Если источник кровотечения не найден и трудно лигировать сосуды, перевязывают внутреннюю подвздошную артерию. После гемостаза, удаления сгустков решают вопрос о дальнейшем объеме операции.
- При насильственных разрывах матки возможны повреждения мочевого пузыря, кишечника с образованием массивных гематом. В таких ситуациях операцию проводят совместно с урологом и хирургом.

Профилактика разрывов матки заключается в определении группы риска в отношении этого осложнения.

Разрыв матки возможен у беременных:

- • с послеоперационным рубцом на матке;
- • многорожавших или имеющих в анамнезе много искусственных абортов, особенно осложнившихся эндометритом или повторными выскабливаниями, когда возможна недиагностируемая перфорация стенки матки;
- • с анатомически узким тазом;
- • с крупным плодом;
- • с поперечным положением плода.

У пациенток группы риска роды ведут с тщательным контролем состояния матки, плода, родовой деятельности, скоростью продвижения головки.