

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета

ТЕМА: Родовой травматизм матери и новорожденного

Лекция № 3 для студентов 4 курса,
обучающихся по специальности 060109 –
сестринское дело
(заочная форма обучения)

к.м.н., доцент Домрачева М.Я.

Красноярск, 2012



ПЛАН ЛЕКЦИИ

- I. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ
- II. КЛАССИФИКАЦИЯ МАТЕРИНСКОГО ТРАВМАТИЗМА
- III. РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ
- IV. РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА
- V. РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ
- VI. РАЗРЫВ МАТКИ
- VII. РАСХОЖДЕНИЕ И РАЗРЫВ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ
- VIII. ВЫВОДЫ
- IX. ЛИТЕРАТУРА

Строение наружных половых органов

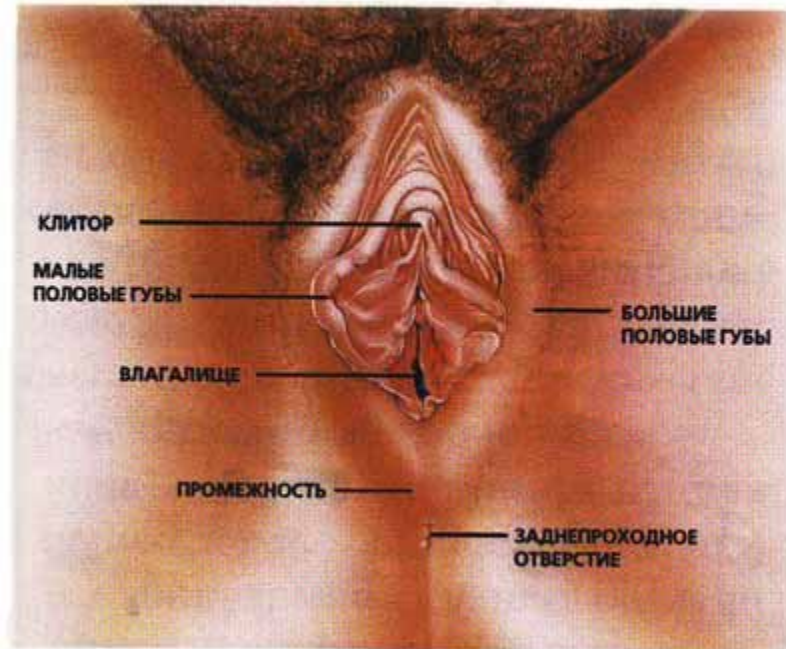
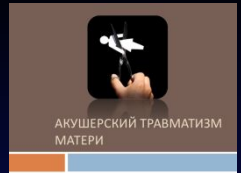


рис.1

В родах часто происходит травматизация мягких тканей родового канала - наружных половых органов, влагалища, шейки, матки. Однако, в подавляющем большинстве случаев они незначительны по размерам (ссадины, трещины слизистых оболочек), не имеют клинического значения, заживают самостоятельно. Травмы мягких родовых путей – 20-40%



Причины послеродовых травм :

1. роды крупным, гигантским или переносным плодом, в результате чего происходит перерастяжение мягких тканей родового канала, расхождение симфиза (костей лонного сочленения);
2. быстрые и стремительные роды;
3. затяжное течение родов, т.к. из-за долгого стояния головки плода в одной плоскости таза происходит отек тканей, сдавливаемых головкой, нарушение их кровоснабжения и питания, что приводит к нарушению растяжимости, к омертвлению этих тканей;
4. рубцовые, воспалительные изменения или ригидность тканей шейки матки, влагалища, промежности, что также отражается на их растяжимости;
5. узкий таз;
6. тазовое предлежание плода ;
7. наложение акушерских щипцов;
8. неумелая защита промежности медицинским персоналом .

Классификация

1. Разрывы промежности
2. Разрывы влагалища
3. Гематомы вульвы и влагалища
4. Разрывы шейки матки
5. Разрыв матки
6. Послеродовые свищи
7. Выворот матки
8. Расхождение и разрыв лонного сочленения



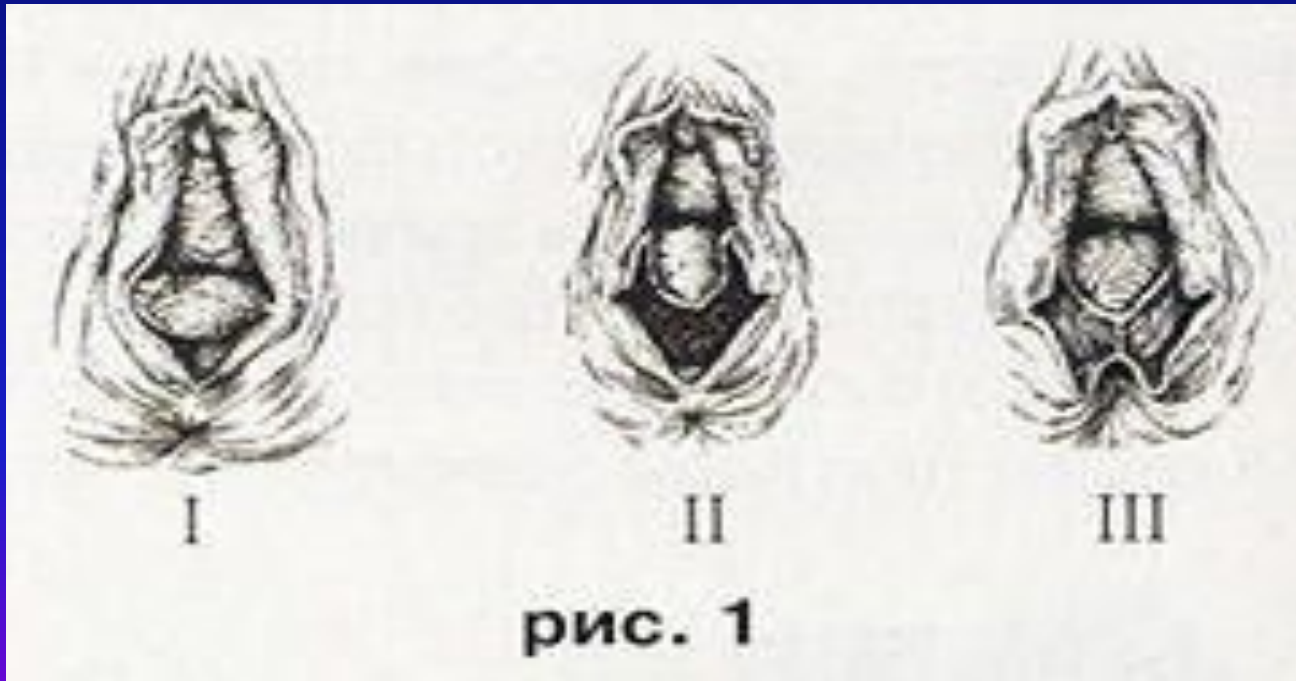
Разрыв промежности

1 степень – нарушается задняя спайка
(мышцы промежности целы)



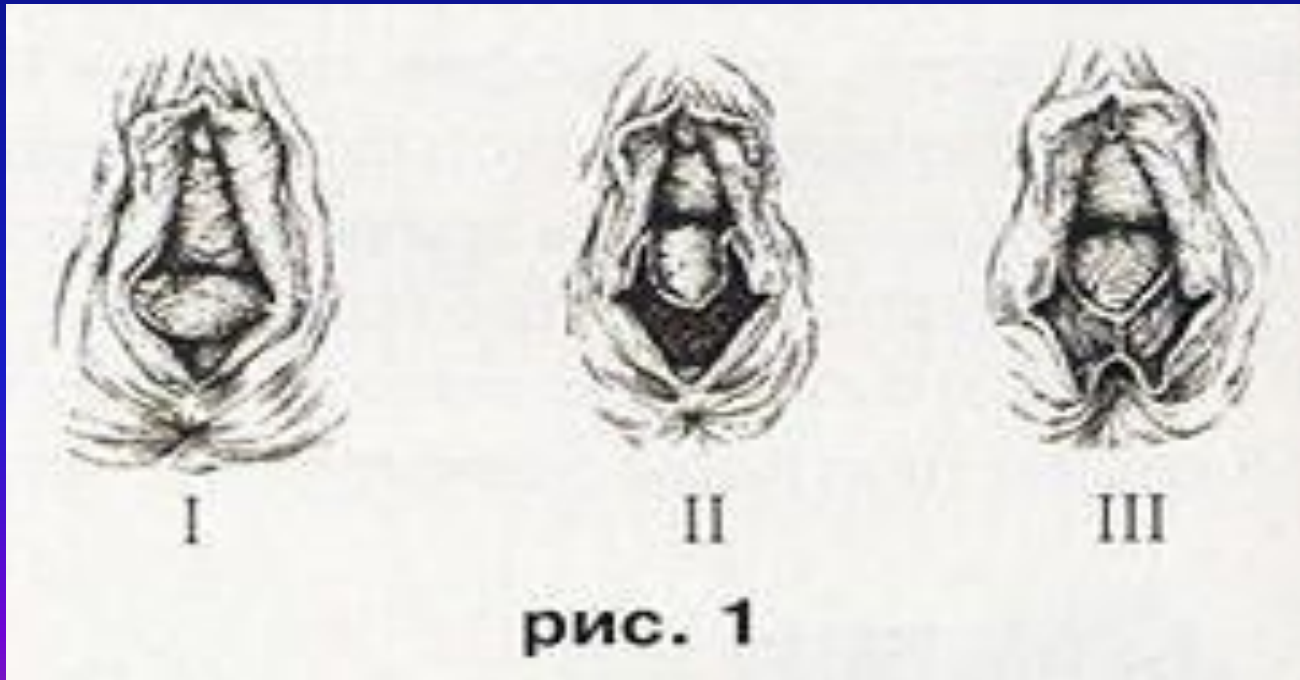
Разрыв промежности

2 степень – нарушается кожа промежности, стенки влагалища и мышцы промежности



Разрыв промежности

3 степень - нарушается кожа промежности, стенки влагалища, мышцы промежности, сфинктер и стенка прямой кишки



Разрыв промежности

3 степень - нарушается кожа промежности, стенки влагалища, мышцы промежности, сфинктер и стенка прямой кишки

3А – разрыв сфинктера прямой кишки

3Б – разрыв стенки прямой кишки



Разрыв промежности



Диагностика – визуальная

Лечение

Наложение швов:

Угол раны во влагалище –

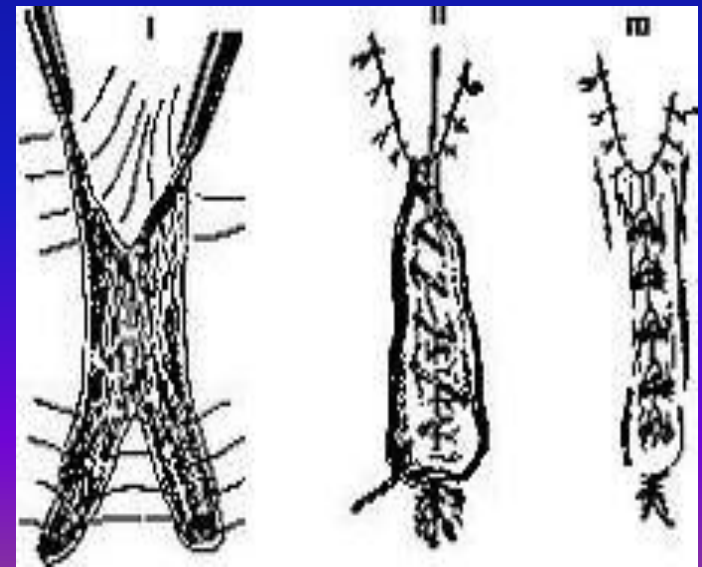
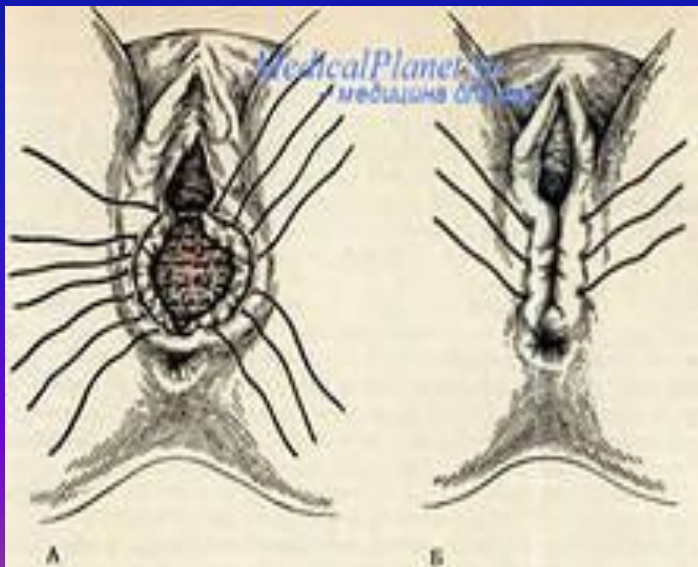
мышцы - кожа



Разрыв промежности 3 степени

ЛЕЧЕНИЕ

Стенка прямой кишки – сфинктер
(атравматичная игла) – смена
перчаток – наложение швов как
при разрыве 2 степени (угол раны
во влагалище – мышцы – кожа)



Разрыв влагалища

РАЗРЫВ ВЛАГАЛИЩА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖЕНИЕМ РАЗРЫВА ПРОМЖНОСТИ (НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ВЛАГАЛИЩА) ИЛИ ШЕЙКИ МАТКИ. ГЛАВНЫЙ СИМПТОМ - КРОВОТЕЧЕНИЕ.



Разрыв влагалища

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ


ОСМОТР – УШИВАНИЕ ОТ УГЛА
РАНЫ ЧЕРЕЗ ВСЕ СЛОИ



Гематомы вульвы и влагалища

Вследствие разрыва сосуда в стенке вульвы или влагалища при неповрежденных наружных тканях образуется синюшно-багровое опухолевидное образование эластической консистенции без четких границ





при родах часто происходит травматизация мягких тканей родового канала - наружных половых органов, влагалища, шейки, матки. Однако, в подавляющем большинстве случаев они незначительны по размерам (ссадины, трещины слизистых оболочек), не имеют клинического значения, заживают самостоятельно.



при родах часто происходит травматизация мягких тканей родового канала - наружных половых органов, влагалища, шейки, матки. Однако, в подавляющем большинстве случаев они незначительны по размерам (ссадины, трещины слизистых оболочек), не имеют клинического значения, заживают самостоятельно.

ИЗ ЗАКОНОВ МЕРФИ

*Предоставляемые сами себе события
имеют тенденцию развиваться от
плохого к худшему.*

Классификация акушерских кровотечений

- I. Кровотечения во время беременности
 - кровотечения в I половине беременности
 - кровотечения во II половине беременности
- II. Кровотечения в I и II периодах родов
- III. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде
- IV. Кровотечение в позднем послеродовом периоде

Кровотечения во время беременности (1)

I половина беременности (до 20 недель)

не связанные с патологией
плодного яйца:

- псевдоэрозия шейки матки;
- полип или рак шейки матки,
- травмы влагалища,
- варикозное расширение вен наружных половых органов и влагалища

связанные с патологией
плодного яйца:

- начинающийся выкидыш,
- прервавшаяся
внематочная беременность,
- пузырный занос,
- шеечно-перешеечная
беременность

Кровотечения во время беременности (2)

II половина беременности (после 20 недель)

Помимо вышеперечисленных:

- ✓ Предлежание плаценты
- ✓ Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- ✓ Разрыв матки по рубцу
- ✓ Разрыв пуповинных сосудов при оболочечном их прикреплении

Кровотечения во время I и II периодов родов

- Эрозия, рак шейки матки
- Полип цервикального канала
- Варикозное расширение вен влагалища
- Разрыв краевого синуса плаценты
- Разрыв пуповинных сосудов при плевистом их прикреплении
- Предлежание плаценты
- ПОНРП
- Разрыв матки
- Разрыв мягких тканей родового канала

Предлежание плаценты (Placenta praevia)

- *Прикрепление плаценты в области нижнего сегмента матки с частичным или полным перекрытием ею области внутреннего зева шейки матки.*
- Частота 0,1-0,9% ко всем беременностям

Классификация предлежаний плаценты

А. (раскрытие маточного зева не менее 5см.)

- Центральное предлежание плаценты (placenta praevia centralis)
- Боковое предлежание плаценты (placenta praevia lateralis)
- Краевое предлежание плаценты (placenta praevia marginalis)

Б. (клиническая)

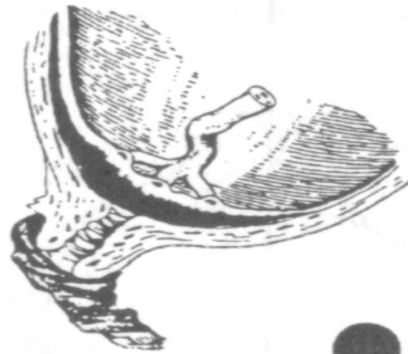
- Полное предлежание плаценты (placenta praevia totalis)
- Неполное или частичное предлежание плаценты (placenta praevia partialis)



а



б



в

Рис. 32. Виды предлежания плаценты:

- а) краевое предлежание;
- б) боковое предлежание;
- в) центральное предлежание.

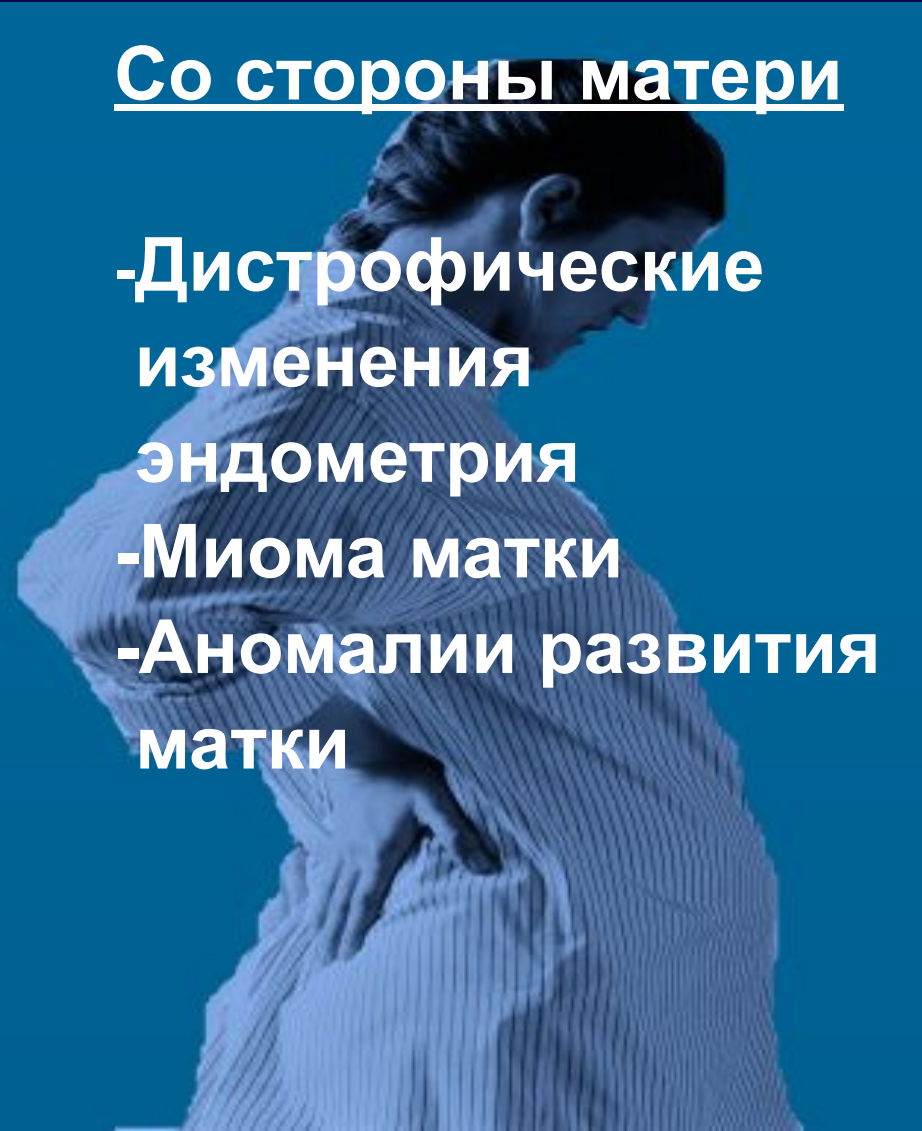
Причины возникновения предлежания плаценты

Со стороны матери

- Дистрофические изменения эндометрия
- Миома матки
- Аномалии развития матки

Со стороны плода

- Сниженная активность протеолитических ферментов плодного яйца



Клиническая картина предлежания плаценты

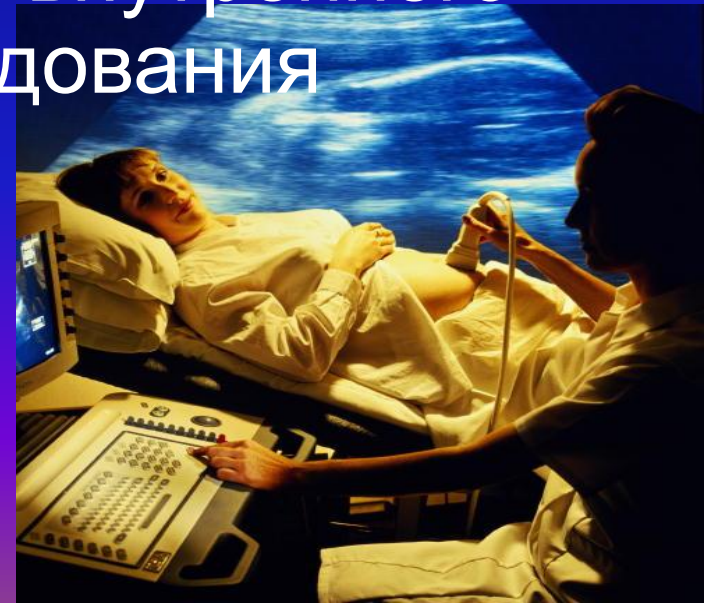
- Кровотечение (чаще в 30-35 недель)
 - ✓ Всегда наружное
 - ✓ Безболезненное
 - ✓ «Беспричинное»
 - ✓ Неоднократное
 - ✓ Приводит к гипотонии, анемизации женщины, невысокий прирост ОЦК
 - ✓ Может приводить к гипотрофии и гипоксии плода

Осложнения во время беременности при ПП (до появления кровотечения)

- **Неустойчивое положение плода**
- **Неправильные положения плода**
- **Тазовые предлежания плода**
- **Высокое стояние предлежащей части**
- **Угроза прерывания беременности**
- **Гипотрофия плода**

Диагностика предлежания плаценты

- Клиническая картина – кровотечение
 - Оценка акушерско-гинекологического анамнеза – наличие ОАА
- Результаты наружного и внутреннего акушерского обследования
- УЗИ - наиболее объективный и безопасный метод



Дифференциальная диагностика

- ❖ Все вышеперечисленные возможные причины кровотечений во время беременности и родов



Ведение беременных с ПП в условиях женской консультации

Жалобы на кровотечение

Общее и наружное акушерское обследование

~~Вагинальное исследование~~

Экстренная госпитализация машиной скорой помощи в стационар

В условиях развернутой операционной -
осмотр в зеркалах и вагинальное
исследование для диагностики источника
кровотечения

Ведение беременных при предлежании плаценты в условиях стационара (1)

Выраженное кровотечение, угрожающее
жизни женщины

экстренное родоразрешение путем
операции кесарево сечение
(нижнесрединная лапаротомия)

- независимо от состояния
плода (нежизнеспособный
или мертвый)



Ведение беременных с ПП в условиях стационара (2)



Тактика при ПП во время родов

- Полное предлежание плаценты – **абсолютное показание** к абдоминальному родоразрешению
- Частичное предлежание плаценты



ПРОГНОЗ при ПП

□ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ
СМЕРТНОСТЬ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

10%

(основная причина гибели –
недоношенность)

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

– это отделение плаценты,
прикрепленной в верхнем сегменте
матки, во время беременности или в
первом и во втором периодах родов

✓ Частота ПОНРП 0,4 - 1,4%

Причины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

Предрасполагающие

- васкулопатии (гестозы; аутоиммунные состояния (Rh-конфликт, АФЛС); аллергические реакции (переливание плазмы, крови, декстранов и др.); перенашивание беременности
- дистрофические изменения эндометрия
- функциональные изменения

Непосредственные

- наружная травма
- короткая пуповина
- быстрое излитие околоплодных вод
- медикаментозная гиперстимуляция матки
- быстрое рождение первого плода из двойни
- дискоординированная или бурная родовая деятельность

Классификация ПОНРП по площади отслойки

- I. Легкая – менее $\frac{1}{4}$ площади плаценты
- II. Средняя – от $\frac{1}{4}$ до $\frac{2}{3}$
- III. Тяжелая – более $\frac{2}{3}$

Классификации ПОНРП по локализации и клиническому течению

- I. Центральная
- II. Краевая

- I. Частичная
 - прогрессирующая
 - не прогрессирующая
- II. Полная

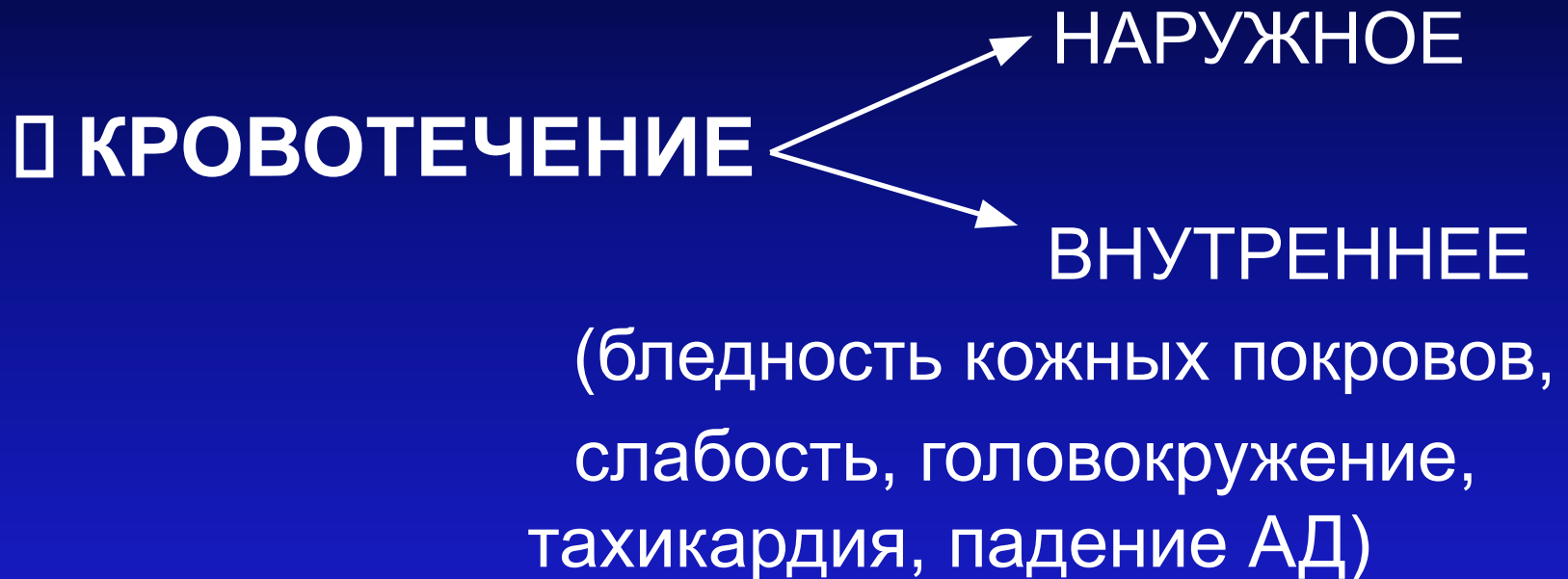
Клиника (1)

□ БОЛЬ

- ✓ чаще острая, внезапная
- ✓ нарастающая, распирающая
- ✓ нередко локализованная
- ✓ может быть приступообразная и иррадиирующая в область симфиза, бедро



Клиника (2)



Клиника (3)

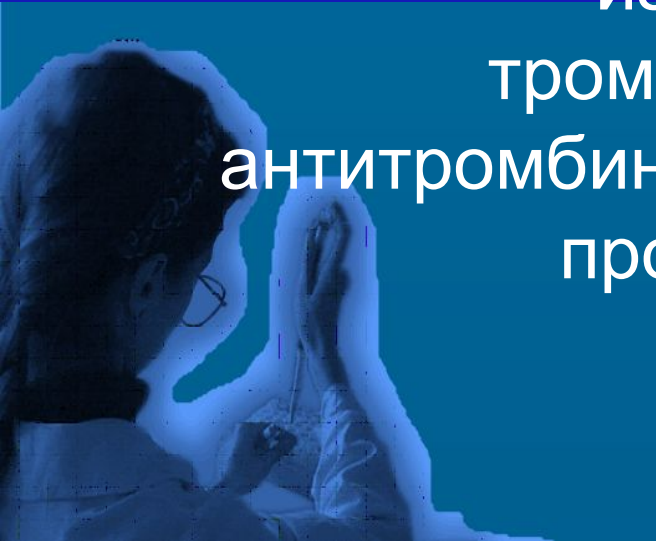
- **Гипертонус и болезненность матки** (невозможность пальпации мелких частей плода)
- **Изменение формы и величины матки** – локальная выпуклость над местом отслойки (при локализации плаценты по передней стенке)

Клиника (4)

- Двигательная активность плода выражена или ослаблена
- Острая гипоксия плода, а иногда и его гибель
- Появление симптомов геморрагического шока, ДВС-синдрома (маточно-плацентарная апоплексия или «матка КУВЕЛЕРА» развивается в 8%), ишемические некрозы внутренних органов (при гиповолемии)

Диагностика

- Анамнез
- Объективное обследование (классическая клиническая картина только у 10% женщин)
- УЗИ, доплерометрия
 - Лабораторное обследование: изокоагуляция и гипокоагуляция, тромбоцитопения, снижение уровня антитромбина III, повышение концентрации продуктов дегидратации фибрина



Дифференциальная диагностика

- Предлежание плаценты
- Разрыв краевого синуса плаценты
- Разрыв сосудов пуповины
- Разрыв матки
- Острая хирургическая патология



ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ

(Объем кровопотери не превышает 100 мл.)

- Клиника: клинические проявления при компенсированном состоянии матери и плода могут быть стертыми (тонус матки слегка повышен, показатели свертывающей системы крови в норме, ЧСС плода в норме)
- Диагностика:
 - УЗИ;
 - Осмотр плаценты после рождения последа и обнаружение кратерообразных вдавлений, заполненных темными сгустками крови

ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ

- Лечение: при удовлетворительном состоянии матери и плода возможно консервативное ведение до срока зрелости плода
 1. постельный режим,
 2. контроль за свертываемостью крови, состоянием плода и беременной,
 3. спазмолитические препараты,
 4. поливитамины,
 5. препараты железа и др.

СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ

(Объем кровопотери 100 - 500 мл.)

- Клиника: тонус матки повышен, болезненность матки при пальпации; признаки внутриутробной гипоксии плода, а иногда и гибель; у беременной – тахикардия, ортостатическая гипотония, низкое пульсовое давление; в анализах крови – снижение фибриногена до 1,5-2,0 г/л
- Диагностика:
 - Клиническая картина

ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ

(Объем кровопотери более 500 мл.)

- Клиника: матка резко напряжена; болезненна при пальпации; плод обычно погибает; у беременной – геморрагический шок; часто отмечается протеинурия и присоединяется ДВС-синдром.
- Диагностика:
 - Клиническая картина

Ведение беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты



ПРОГНОЗ при ПОНРП

▣ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ

30%

Литература

Основная:

1. Савельева г.М. Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007
2. Айламазян, Э. К.. - Акушерство: Учебник для мед. вузов / авт. текста Э. К. Айламазян . - 5-е изд., доп.. - Санкт-Петербург : Спец.лит., 2005. - 527 с. : ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

Дополнительная

1. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ, ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, ОФТАЛЬМОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, ВПХ, АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ПО СПЕЦ. 060101-ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО / СОСТ. А.В. АНДРЕЙЧИКОВ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2010
2. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / РЕД. В.Б. ЦХАЙ. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА2007
3. ЦХАЙ В.Б. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. - РОСТОВ-Н-Д. ФЕНИКС, 2007
4. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
5. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА2009
6. АКУШЕРСТВО. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: МЕТОД. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / АВТ. ТЕКСТА В.Б. ЦХАЙ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
7. РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА / ПОД РЕД. Н.Н. ВОЛОДИНА, В.И. КУЛАКОВА, Р.А. ХАЛЬФИНА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ /Е.Н. КОПТИЛОВА И ДР. - Н.НОВГОРОД: ИЗД-ВО НИЖЕГОРОДСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ, 2007
9. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКОЙ РОСТОВ-НА-ДОНУ: ФЕНИКС, 2007
10. АКУШЕРСТВО: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. Э.К. АЙЛАМАЗЯНА, В.И. КУЛАКОВА, В.Е. РАДЗИНСКОГО, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА,2007
11. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO

Спасибо за внимание !

