

РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ И ПЛОДА

*Выполнила: Журавлева К.Л.
Группа Л1-С-О-163(1)*

Преподаватель: и.о. зав. каф. Акушерства и гинекологии Румянцева З.С.

Эпидемиология и актуальность

К родовому травматизму матери в основном относят повреждения мягких тканей родового канала. Повреждения костной основы (расхождение и разрыв лонного сочленения, растяжение подвздошно-сакрального сочленения) встречаются редко.

Разрывы мягких тканей родового канала (промежности, влагалища, шейки матки) наиболее часто встречаются у первородящих, разрывы матки могут быть как у первородящих, так и у повторнородящих. Они связаны чаще всего с осложненным течением родов, а также с несвоевременным или неквалифицированным оказанием акушерской помощи.

Разрывы мягких тканей родового канала наблюдаются в 6-20% родов. Разрывы матки - от 0,1 до 0,05% общего числа родов, или один разрыв на 3000-5000 родов.

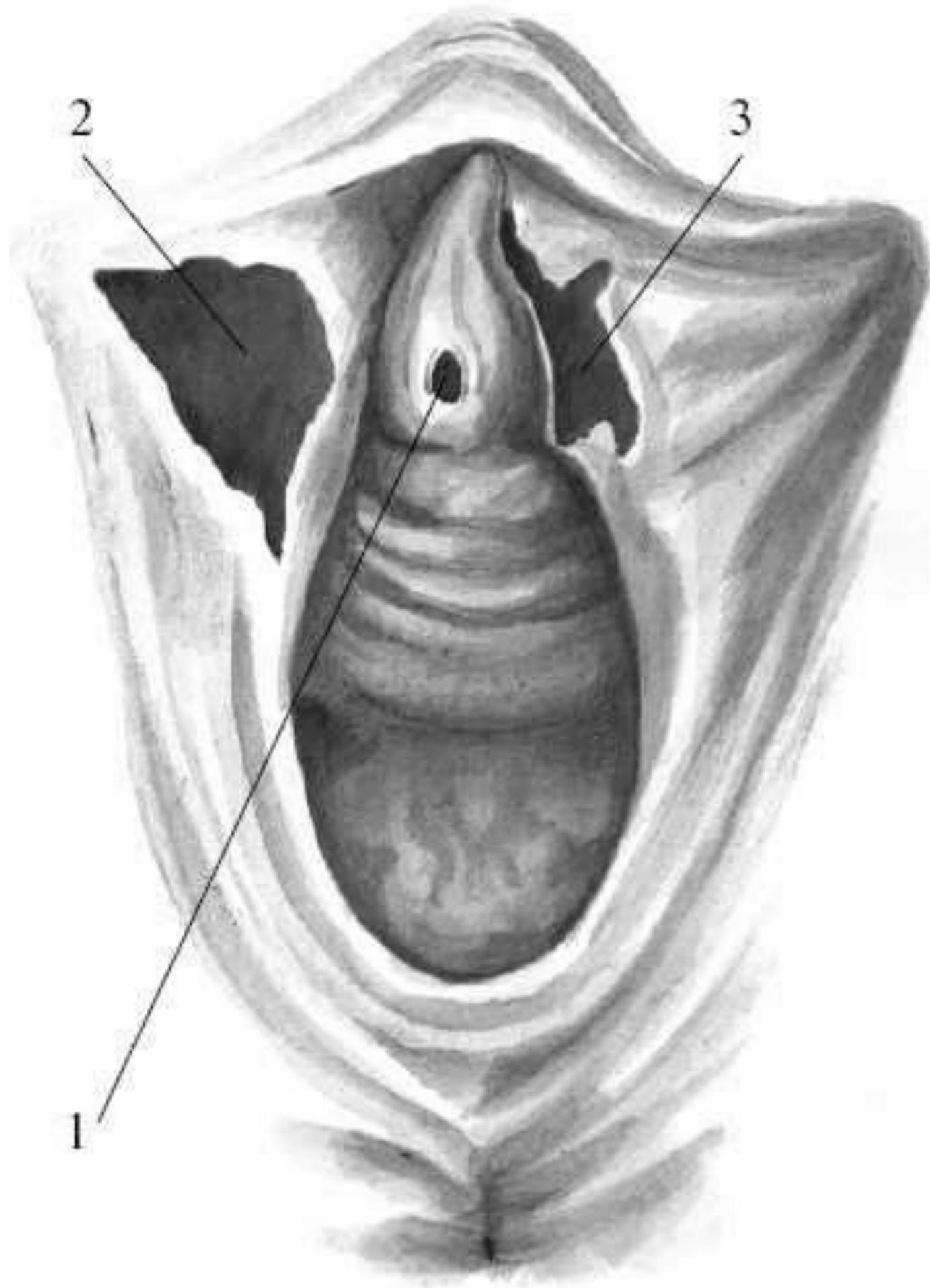
РАЗРЫВЫ ВУЛЬВЫ, ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ

Причинами травм мягких тканей родового канала чаще всего являются роды крупным или гигантским плодом; быстрые и стремительные роды; вторичная слабость родовой деятельности; разгибательные вставления головки; узкий таз; тазовое предлежание плода; рубцовые или воспалительные изменения тканей; оперативное родоразрешение (наложение акушерских щипцов).

1. 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 мочевой катетер. Швы накладывают без захвата



Разрыв наружных половых органов. 1 - мочеиспускательный канал; 2 - разрыв малой половой губы; 3 - разрыв в области клитора

2. 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 разможнение 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 распираания при гематоме. Диагностика не представляет труда. 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) гематома вскрывается, опорожняется и на кровоточащие сосуды накладываются швы. Если сосуды не удается 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

3. Разрыв промежности. Несмотря на то что ткани промежности растяжимы, нередко происходит их разрыв в конце второго периода родов.

Различают *самопроизвольные* и *насильственные* разрывы, которые наблюдаются при проведении влагалищных родоразрешающих операций.

По глубине повреждения все разрывы промежности делятся на три степени.

К разрывам I степени относятся разрывы кожи промежности и стенки влагалища нижней трети.

Разрывы II степени заключаются в нарушении целостности не только перечисленных тканей, но и мышц тазового дна, в основном *m. levator ani*. К разрывам III степени относятся более глубокие повреждения тканей с вовлечением сфинктера прямой кишки, а иногда и части прямой кишки.

Разрыв промежности III степени является тяжелой акушерской травмой. Неквалифицированное оказание медицинской помощи при разрыве III степени может привести к инвалидизации пациентки (недержание газов, кала).

Редко встречается *центральный* разрыв промежности, когда плод рождается не через половую щель, а через отверстие, образовавшееся в центре промежности. При этом остаются сохранены сфинктер прямой кишки и задняя спайка, но очень сильно повреждаются мышцы промежности. В некоторых случаях происходят глубокие повреждения мышц промежности без нарушения целостности кожи.

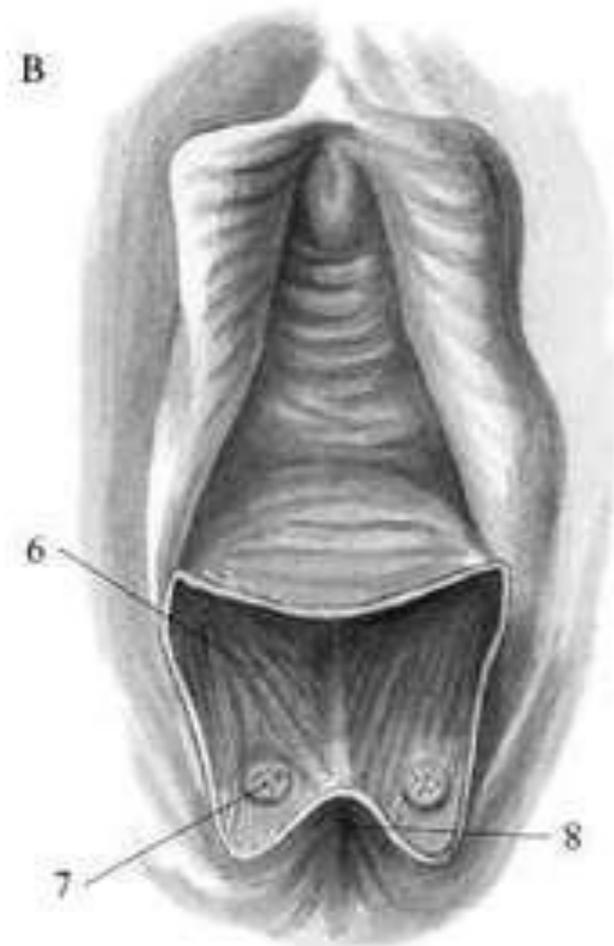
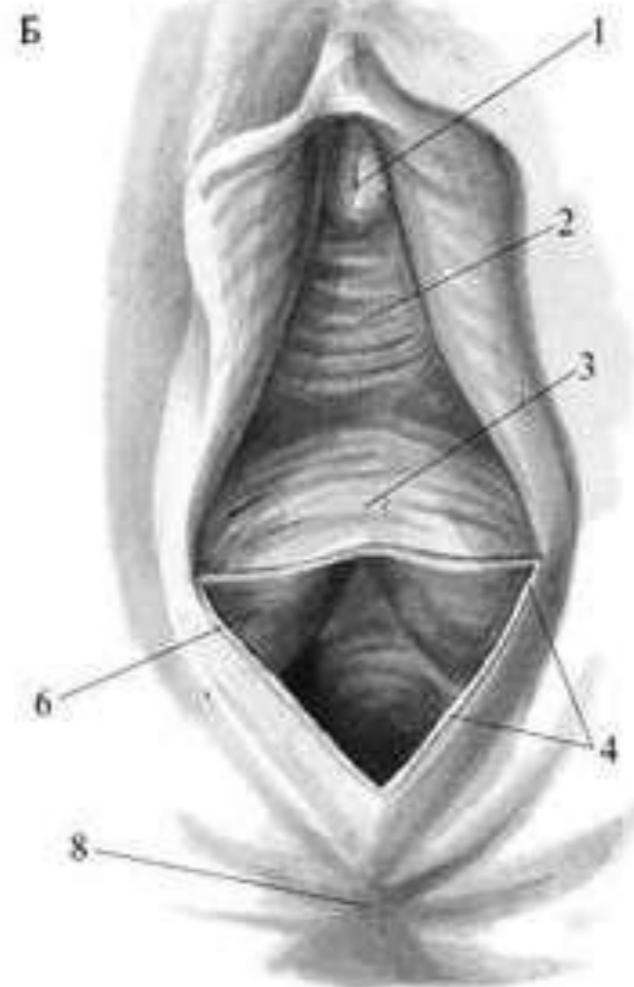
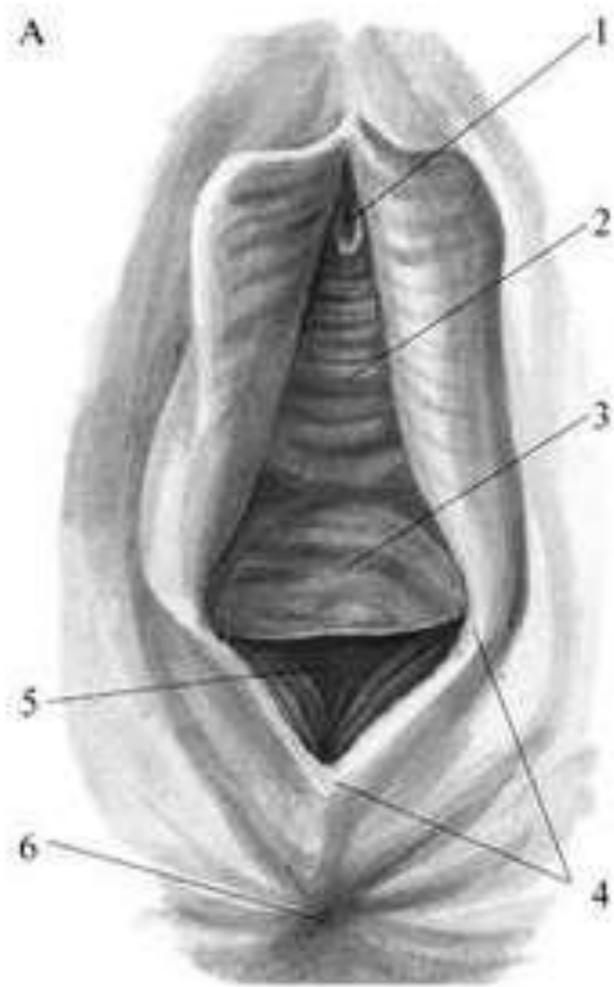
Клиническая картина и диагностика. По клинической картине различают три стадии в процессе угрозы и разрыва промежности:

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 своеобразный её "блеск";

III стадия - нарушение кровообращения в артериальных сосудах. Цианоз кожи промежности сменяется её бледностью. Ткани не в состоянии противостоять дальнейшему растяжению, происходит их разрыв.

Диагностика разрывов промежности осуществляется без особых трудностей при тщательном осмотре



Разрыв промежности I (А), II (Б), III (В) степени. 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

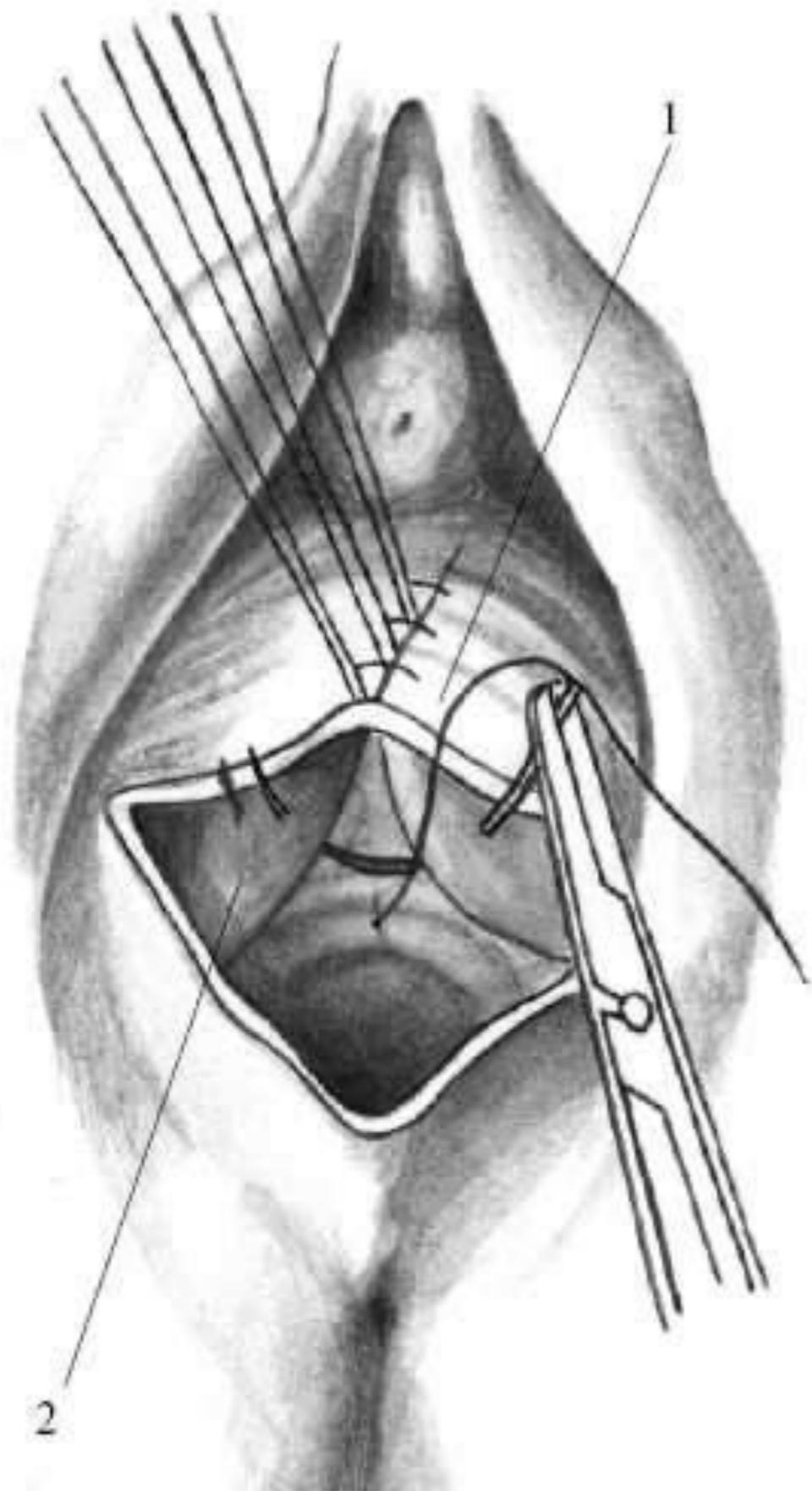
Лечение заключается в ушивании разрыва сразу или в течение 30 мин после родов. Разрывы ушивают на гинекологическом кресле или на родильной кровати со вдвинутым внутрь ножным концом и введенными ногодержателями с соблюдением всех правил асептики и антисептики под внутривенной анестезией. Если применялось 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.

Накладывать швы необходимо таким образом, чтобы восстановить нормальные анатомические взаимоотношения.

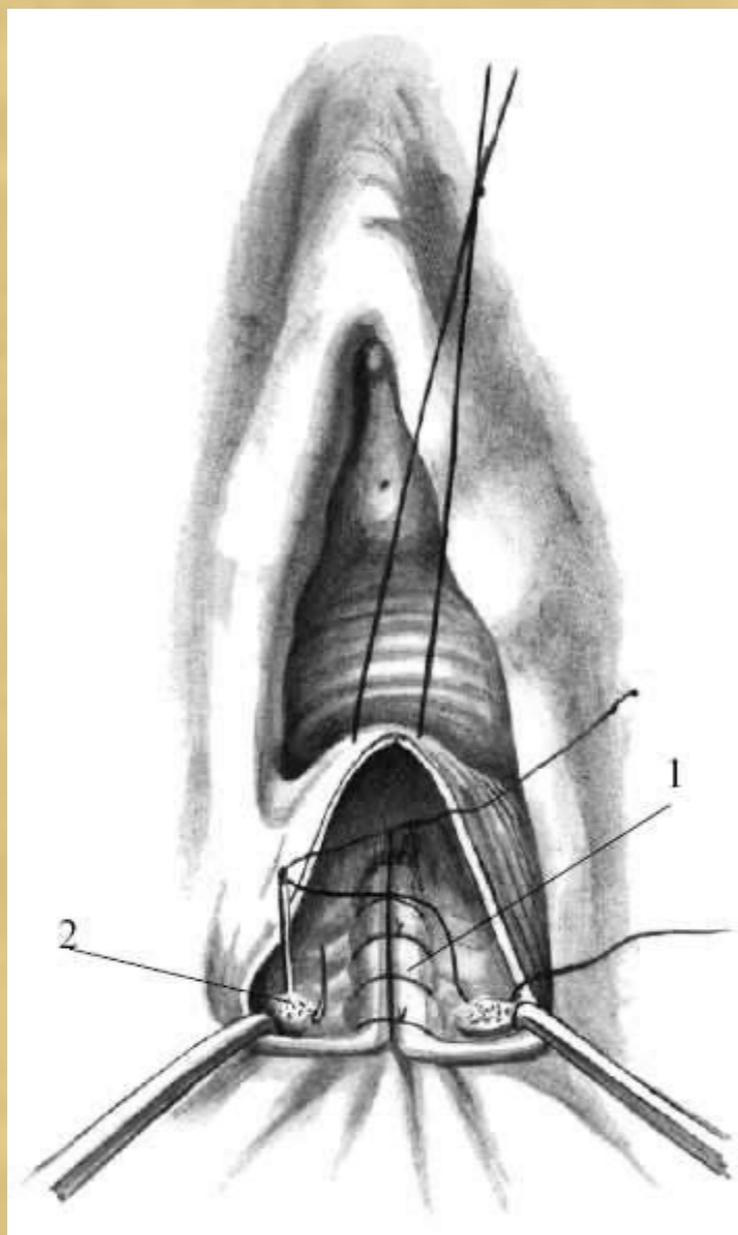
При разрывах промежности **I степени** операцию следует начинать с наложения шва (хромированный кетгут, дексон, викрил) на верхний угол разрыва влагалища, который должен быть хорошо обнажен зеркалами или пальцами левой руки. Затем осуществляется восстановление задней стенки влагалища с помощью отдельных лигатур или непрерывного шва с захватыванием подлежащих тканей до формирования задней стенки. Следующий этап - восстановление кожи промежности с помощью 3-4 отдельных шелковых лигатур или подкожного косметического шва.

Восстановление тканей при разрыве **II степени** начинается с наложения шва на угол раны, на слизистую оболочку влагалища до задней спайки. Затем накладывают погружные швы на мышцы промежности и однорядные швы на кожу.



**Ушивание разрыва промежности
II степени. 1 - однорядными
швами ушита задняя стенка
вагалища; 2 - швы на мышцы**

Восстановление разрывов промежности III степени начинается с восстановления стенки прямой кишки. Накладывают отдельные швы шелком на слизистую оболочку прямой кишки с погружением узлов в ее просвет, узлы завязывают в просвет раны. Затем тонким хромированным кетгутом, или викрилом сопоставляют мышечную стенку прямой кишки. Вторым этапом является восстановление сфинктера прямой кишки. При этом необходимо отыскать и извлечь зажимом сократившиеся части круговой мышцы и восстановить ее целостность несколькими матрацными швами (хромированный кетгут, викрил, дексон). После этого меняют инструменты, обрабатывают руки и приступают к следующему этапу операции, который не отличается от такового при разрыве II степени (см. выше). В послеродовом периоде этих пациенток ведут так же, как после операций на прямой кишке: постельный режим, диета с исключением клетчатки, ежедневно вазелиновое масло. При отсутствии стула на 4-е сутки - слабительное средство.



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*.

Способ рассечения промежности выбирают в зависимости от анатомопографических особенностей промежности.

Перинеотомию предпочтительно выполнять при угрожающем разрыве, высокой промежности, преждевременных родах. При перинеотомии разрез производят от задней спайки по срединной линии длиной 2,5-3 см, не нарушая сухожильный центр промежности. При перинеотомии в разрез вовлекаются кожа, подкожная жировая клетчатка, стенка влагалища, мышцы.

Произведенный по средней линии разрез не нарушает кровоснабжение и иннервацию наружных половых органов. После его ушивания ткани легко восстанавливаются, а рана быстро заживает.

Перинеотомия неблагоприятна ввиду возможности перехода разреза в разрыв иногда III степени.

Срединно-латеральную эпизиотомию предпочтительно выполнять при низкой промежности, крупном плоде, анатомическом сужении таза, тазовом предлежании, оперативных родах. Разрез промежности длиной 3-4 см проходит от задней спайки по направлению к правому седалищному бугру и несколько ниже его, под углом 30-40°. В разрез вовлекаются кожа, подкожная клетчатка, стенка влагалища, мышцы тазового дна.

Техника восстановления промежности после перинеотомии и эпизиотомии не отличается от таковой при разрыве промежности II степени.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Разрывы шейки матки чаще наблюдаются у первородящих и происходят во втором периоде родов.

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).

Разрывы шейки матки происходят чаще в направлении снизу вверх, т.е. от наружного зева к внутреннему.

В зависимости от глубины различают три степени разрыва шейки матки:

1) Разрывы I степени - разрывы шейки матки с одной или двух сторон длиной не более 2 см,

2) Разрывы II степени - разрывы протяженностью более 2 см, но не достигающие до свода влагалища, к разрывам III степени - разрывы, достигающие до свода влагалища или переходящие на него.

3) Разрывы III степени - тяжелый вид акушерского травматизма, при котором невозможно исключить переход разрыва шейки матки на ее нижний сегмент.

Клиническая картина и диагностика. Разрывы I степени остаются бессимптомными. Более глубокие разрывы шейки матки при повреждении нисходящей ветви маточной артерии сопровождаются кровотечением, которое начинается сразу после рождения плода. Алая кровь вытекает струйкой до отделения плаценты и после рождения последа при хорошо сократившейся матке.

При отсутствии кровотечения определить разрывы шейки матки можно только при осмотре всех ее краев с помощью влагалищных зеркал и мягких зажимов в первые 2 ч после родов, что обязательно выполняют у всех рожениц. При кровотечении в последовом периоде осмотр следует производить тотчас же после отделения и осмотра ценностности последа.

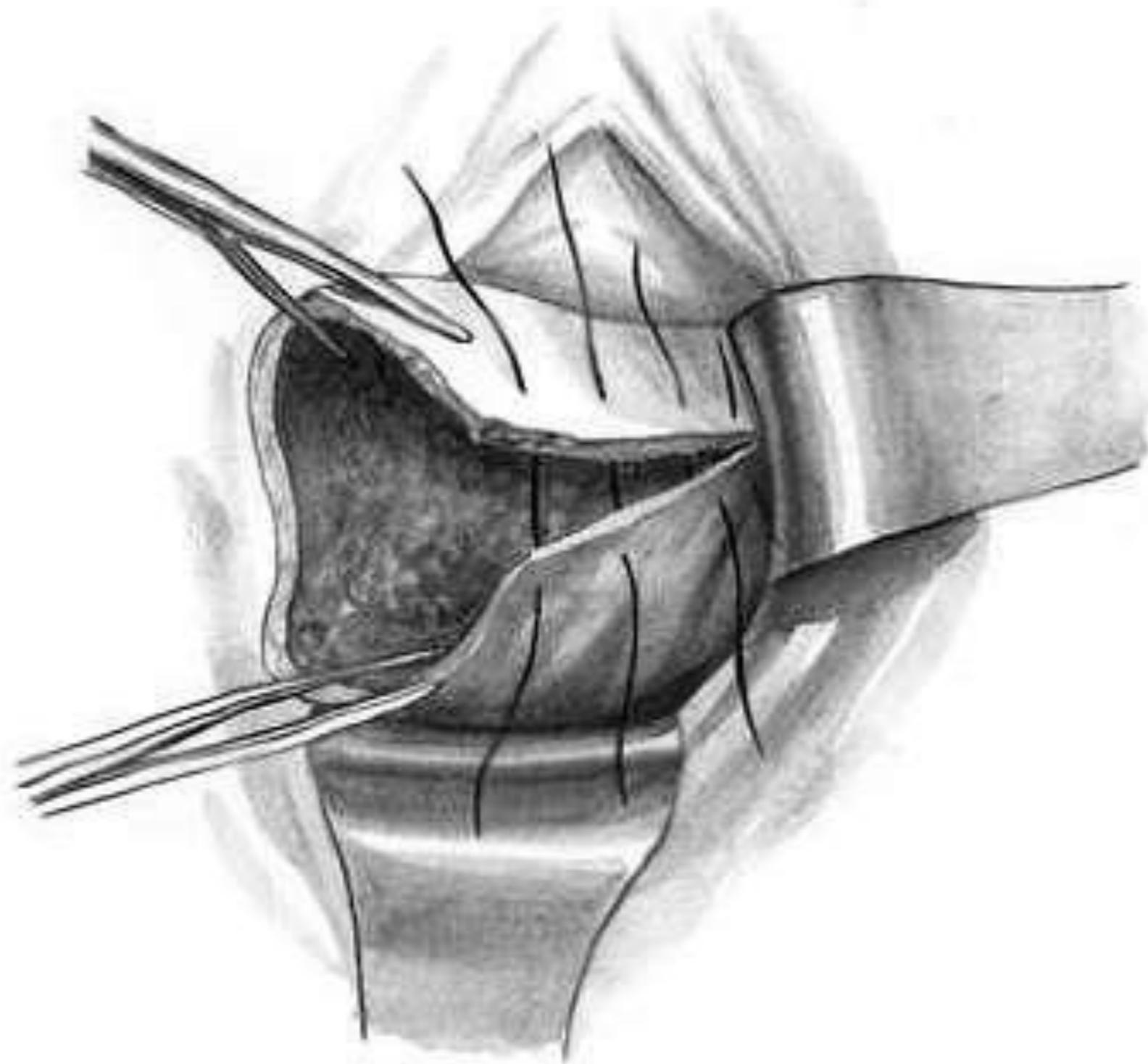
Разрыв шейки матки III степени является показанием к ручному обследованию полости матки для исключения разрыва ее нижнего сегмента.

Лечение. Разрывы шейки матки ушивают отдельными однорядными или двухрядными швами кетгутом.

Для наложения однорядных швов края разрыва захватывают зажимами и несколько низводят, после чего накладывают первый шов через все слои немного выше верхнего угла разрыва. Это дает возможность без труда, не травмируя и без того поврежденную шейку матки, низводить ее, когда это требуется. При ушивании шейки матки вколы и выколы осуществляют через весь слой (слизистый, мышечный).

При наложении двухрядных швов первоначально накладывают слизисто-мышечные швы, а затем мышечно-мышечные. Первый ряд швов завязывают в просвет цервикального канала, второй ряд - со стороны влагалищной части шейки.

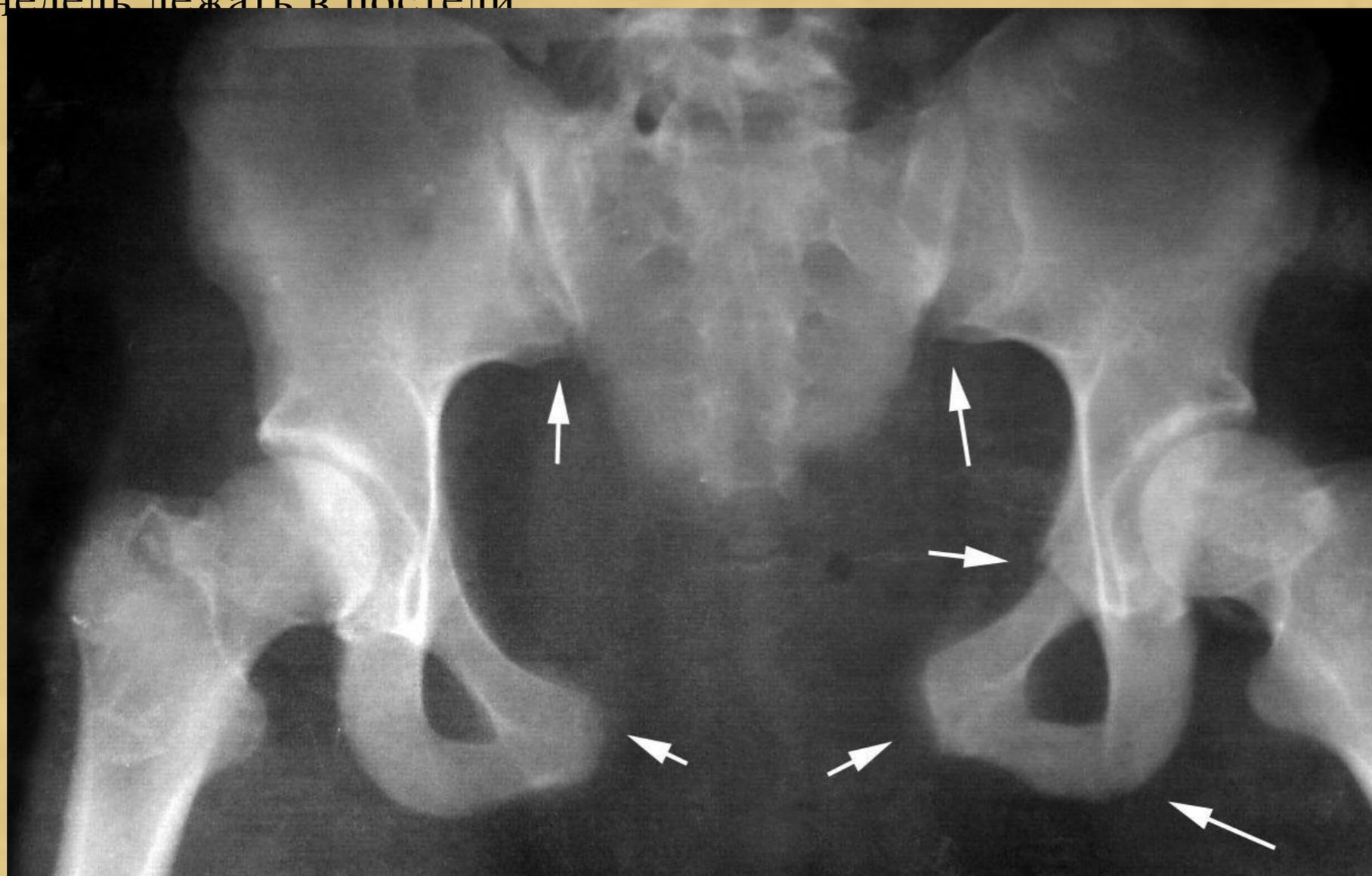
Техника наложения однорядного шва на разрыв шейки матки



РАЗРЫВ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Разрыв лонного сочленения в настоящее время встречается крайне редко. Раньше это осложнение было связано либо с наложением высоких щипцов, либо при родах крупным плодом и применением метода Кристеллера.

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

Разрывы матки - это нарушение целостности ее слоев во время беременности и родов. Перинатальная смертность при разрывах матки высокая (40-50%). При несвоевременно оказанной помощи может быть гибель женщины.

Виды разрывов матки, их этиология и классификация. Для объяснения этиологии и патогенеза разрывов матки было предложено две теории, которые не потеряли значения до настоящего времени.

1) Первая теория - механическая - разработана в конце XIX века Бандлем. Согласно этой теории разрыв матки происходит при механическом препятствии рождению плода и развитию бурной родовой деятельности. Бандль описал "типичную" клиническую картину для разрывов матки, но не смог объяснить разрывы, происходящие при отсутствии несоразмерности между вместимостью таза и объемом головки плода у многорожавших.

2) Вторую теорию - функциональную - предложили в начале XX века Н.З. Иванов (1901) и Я.Ф. Вербов (1911). По их мнению, причиной разрыва матки являются воспалительные и дегенеративные изменения в мускулатуре матки, возникающие до беременности или во время ее и способствующие атрофии и гибели мышечных волокон, распаду эластических волокон. В результате изменения ткань матки не выдерживает повышения внутриматочного давления во время схваток. Отрицая механическую теорию Бандля, Я.Ф Вербов отбросил и симптомы, соответствующие угрожающему разрыву матки. Он считал, что симптомы появляются тогда, когда разрыв матки уже произошел. Это мнение привело к ошибочному представлению о "бессимптомных" разрывах матки.

В 50-60-х годах XX столетия отечественные акушеры установили, что чаще имеют значение оба фактора, т. е. разрывы матки происходят при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки. В последующем разрыв матки стали связывать с послеоперационным рубцом на матке. Такие ситуации участились в результате расширения показаний к кесареву сечению, увеличения числа органосохраняющих операций на

В настоящее время выделяют следующие **Варианты разрыва матки** (Л.С. Персианинов, 1964):

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

Клиническая картина разрыва матки зависит от его причины.

1) Механический разрыв матки происходит только во время родов при несоответствии размеров таза и плода. Выделяют угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв матки.

Симптомы **угрожающего разрыва** матки обусловлены **перерастяжением ее нижнего сегмента**, когда ни разрыва, ни надрывов в стенке еще не произошло.

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. Верхняя часть матки, сильно сократившаяся, плотная, четко контурируется и располагается в области одного из подреберьев, обычно правого; нижний отдел матки имеет более широкую несколько расплывчатую форму. Круглые связки расположены асимметрично, на разных уровнях, напряжены и болезненны. При пальпации живота в области нижнего сегмента матки определяются напряжение и резкая болезненность. Вследствие болезненности не удастся определить часть плода, тело которого почти целиком располагается в перерастянном нижнем сегменте матки;



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

- отек наружных половых органов, возможно ущемление и отек шейки матки (иногда она свешивается во влагалище в виде мягкой, багрово-синей лопасти);
- при влагалищном исследовании - отсутствие плодного пузыря, полное раскрытие шейки матки, высокое расположение головки, не соответствующее длительности родов и степени раскрытия шейки матки (над входом в таз или малым сегментом в плоскости входа в малый таз).

На головке может определяться большая родовая опухоль, занимающая всю полость малого таза и создающая впечатление низкого расположения головки.

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 сопровождается выраженной клинической картиной торпидной фазы шока и внутрибрюшного кровотечения. Диагностика не представляет затруднений, особенно если до родов имелась типичная картина угрожающего разрыва.

При совершившемся полном разрыве матки отмечают:

- 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.



**Полный разрыв матки в
области нижнего сегмента**

Гистопатический разрыв матки. Разрывы матки при дистрофических изменениях миометрия или рубцовой ткани не сопровождаются выраженной клинической картиной (неправильно названы "бессимптомные"). Несмотря на стертый и невыраженный характер заболевания, симптомы имеют место и их необходимо своевременно выявлять. При послеоперационном рубце на матке разрывы могут происходить как во время беременности, так и во время родов. Выделяют угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв матки.

Симптомы **угрожающего разрыва матки по рубцу во время беременности** обусловлены **рефлекторным раздражением брюшины** в области расползающейся рубцовой ткани и включают в себя тошноту; рвоту; боли в эпигастральной области с последующей локализацией внизу живота, иногда больше справа, имитируя симптомы аппендицита. При наличии рубца на задней стенке матки боли появляются в пояснице (имитируют почечную колику). Иногда болезненность определяется локально, в области послеоперационного рубца при пальпации.

Симптомы **начавшегося разрыва матки по рубцу во время беременности** определяются гематомой в стенке матки из-за появления надрыва ее стенки и сосудов. К симптомам угрожающего разрыва присоединяются:

- гипертонус матки;
- возможные кровяные выделения из половых путей;
- признаки острой гипоксии плода (характерны спорадические децелерации).

При **совершившемся разрыве матки во время беременности** клиническая картина угрожающего и начавшегося разрыва сопровождается симптомами болевого и геморрагического шока. Ухудшаются общее состояние и самочувствие; появляются слабость, головокружение, которые сначала могут быть рефлекторного генеза, а в

Разрывы матки по *гистопатическому типу в родах*:

Угрожающий разрыв матки в родах **проявляется**:

- тошнотой;
- рвотой;
- болями в эпигастрии;
- нарушением сократительной деятельности матки - дискоординацией или слабостью родовой деятельности, особенно после излития околоплодных вод;
- болезненностью схваток, не соответствующей их силе;
- беспокойным поведением роженицы в сочетании со слабой родовой деятельностью;
- задержкой продвижения плода при полном раскрытии шейки матки.

При *начавшемся разрыве матки* гистопатического генеза **в первом периоде** родов в связи с гематомой в стенке матки появляются:

- постоянное, не расслабляющееся напряжение матки (гипертонус);
- болезненность при пальпации в области нижнего сегмента или в области предполагаемого рубца;
- признаки гипоксии плода;
- кровяные выделения из половых путей.

У большинства рожениц от появления симптомов начавшегося разрыва до его совершения проходит несколько минут.

Клиническая картина *совершившегося* разрыва матки гистопатического генеза сходна с наблюдаемой во время беременности - в основном это признаки геморрагического шока и антенатальная гибель плода.

При влагалищном исследовании характерным является определение высоко стоящей подвижной головки, ранее фиксированной во входе в таз.

Если разрыв матки по гистопатическому типу происходит во втором периоде родов, то симптомы выражены нечетко: слабые, но болезненные потуги, постепенно ослабевающие вплоть до их прекращения. Боли внизу живота, в области кровяные выделения из влагалища, острая гипоксия

3) Неполный разрыв матки может произойти в любом периоде родов. Его этиология может быть и механической, и гистопатической. Локализация неполных разрывов - чаще всего нижний сегмент или ребро, там, где брюшина неплотно соприкасается с маткой. Неполный разрыв сопровождается образованием гематомы, как правило, между листками широкой связки матки или предпузырно.

Клиническая картина неполного разрыва матки:

- симптомы внутреннего кровотечения в зависимости от кровопотери (бледность кожных покровов, тахикардия, гипотензия);
- боли в нижних отделах живота, крестце с иррадиацией в ногу;
- в послеродовом периоде отклонение матки в сторону, противоположную разрыву. Сбоку от нее может пальпироваться образование без четких границ и контуров.

Неполный разрыв матки клинически может проявиться в позднем послеродовом периоде. Заподозрить разрыв матки позволяет **гипотензия**. Наряду с этим отмечаются разлитая болезненность живота, парез кишечника, нарастает метеоризм.

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.

Ранее тактика врача при угрожающем разрыве определялась состоянием плода. При живом плоде рекомендовалось кесарево сечение, при мертвом - плодоразрушение (краниотомия). Однако в настоящее время в связи с травматичностью плодоразрушающих операций проведение их при перерастянтом нижнем сегменте чревата возможностью насильственного разрыва матки, поэтому предпочтительно кесарево сечение.

При угрожающем разрыве матки противопоказаны и другие родоразрешающие операции: поворот плода на ножку с последующим извлечением, наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец.

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.

Спасибо за внимание!