

РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ

Разрывы матки

- *Разрывом матки* называют нарушение целостности ее стенок.

Может произойти во время беременности и в родах и является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма.

*Классификация причин разрывов
беременной матки по J. PRITCHARD
и р. Mcdonald (1980)*

- Повреждения матки до настоящей беременности:
- Хирургия с вовлечением миометрия
- Случайная травма матки

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.
- **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) .

По времени происхождения:

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

По патогенетическому признаку;

1. Самопроизвольные:

Типичные : механические (механическое препятствие для родоразрешения и здоровая матка);

Атипичные : гистопатические (при патологических изменениях стенки матки);
механо-гистопатические (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки).

2. Насильственные разрывы матки:

Травматические - грубое вмешательство во время беременности или родов при отсутствии перерастяжения нижнего сегмента или во время беременности и родов от случайной травмы.

Смешанные - внешнее воздействие при перерастяжении нижнего сегмента.

По клиническому течению:

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

По характеру повреждения:

- трещина (надрыв);
- неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость);
- полный разрыв (проникающий в брюшную полость).

По локализации:

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

Причины патоморфологических изменений в миометрии

- рубцы на матке после операций
- 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

Угрожающий разрыв матки - это такое состояние, когда нет еще ни разрыва, ни надрыва стенки матки

- бурная родовая деятельность, сильные, болезненные схватки, не судорожные
- матка вытянута в длину,
- *контракционное кольцо* расположено высоко над лоном, чаще - на уровне пупка, и косо, вследствие чего матка приобретает форму песочных часов;
- нижний сегмент матки истончен, перерастян, при пальпации вне схваток резко болезненный

- 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;
- вследствие прижатия уретры или мочевого пузыря головкой плода происходит отек околопузырной клетчатки, самостоятельное мочеотделение затруднено;

- часто появляются непроизвольные потуги при высоко стоящей головке плода, полном открытии шейки матки и отсутствии плодного пузыря;
- беспокойное поведение роженицы, если своевременно не оказать помощь, то: угрожающий разрыв перейдет в начавшийся разрыв матки.

При произошедшем разрыве матки:

- изменяются форма матки и живота;
- исчезает напряжение брюшной стенки;
- исчезает 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;
- 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.

К признакам разрыва матки относятся:

- 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;
- падение АД;
- бледность кожных покровов,
- слабость 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;
- пальпация его частей под передней брюшной стенкой.

Разрывы шейки матки

Причины разрывов шейки матки

- изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения;
- ригидность шейки матки у пожилых первородящих;
- чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, разгибательных предлежаниях

- быстрые и стремительные роды;
- длительные роды при преждевременном излитии околоплодных вод;
- длительное ущемление шейки матки между головкой плода и костями таза

- оперативные роды - щипцы, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение и выделение последа; У плодоразрушающие операции;
- нерациональное ведение II периода родов - ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки могут быть:

- самопроизвольными - самопроизвольные разрывы шейки матки возникают без оперативных вмешательств:
- насильственными - возникают 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 достигающие до сводов влагалища.
- *III степень* - разрывы, достигающие до сводов влагалища и переходящие на них.

Клиника

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.

Диагностика

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

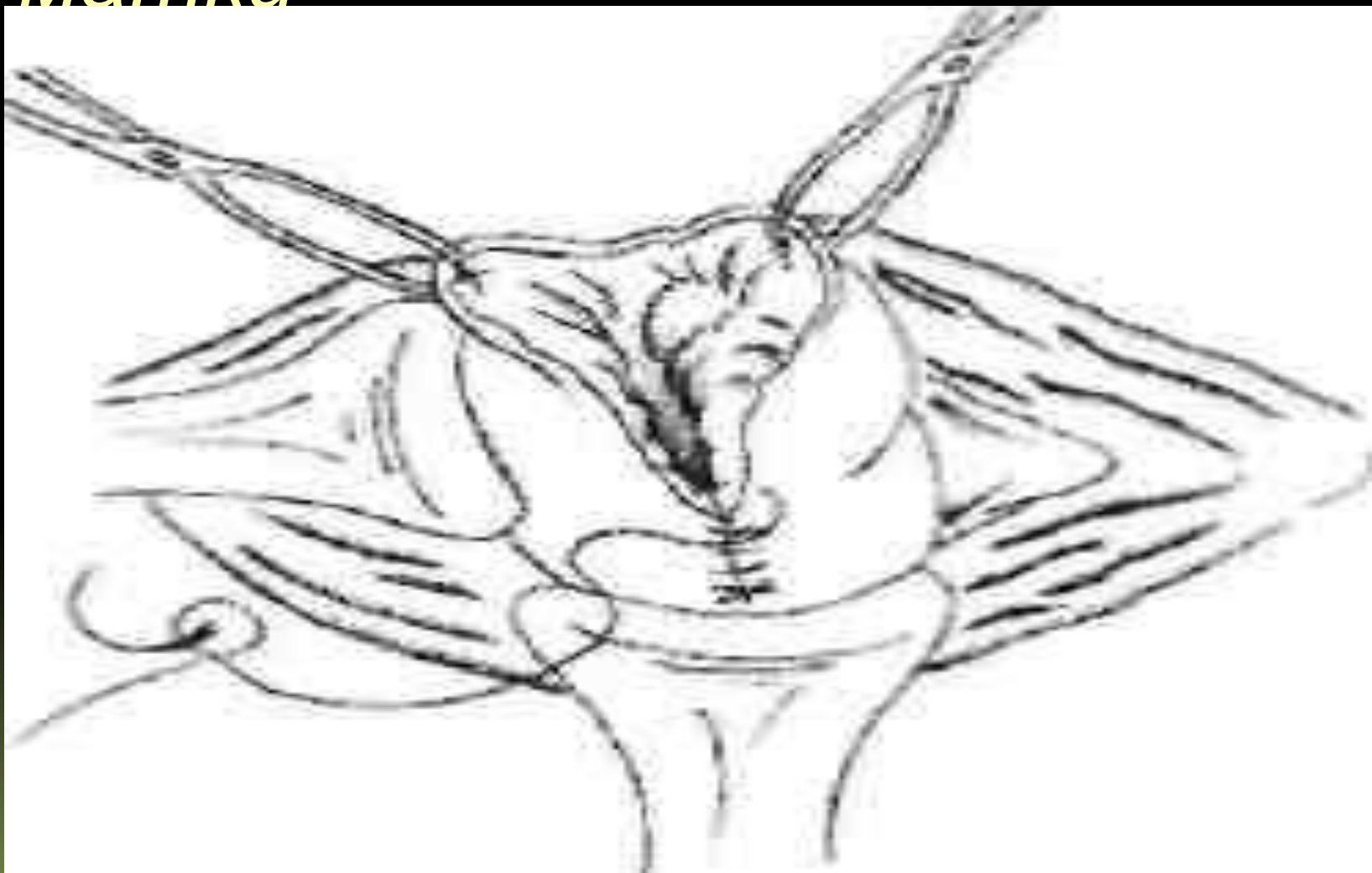
Лечение

- Обнаруженный разрыв шейки матки зашивают сразу. Это необходимо для остановки кровотечения, профилактики развития послеродового параметрита, часто возникающего при незашитом 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).

Лечение

Обычно, на разрыв шейки накладывают отдельные узловыы 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 разможнение 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).

. Ушивание разрыва шейки матки



**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.

- ригидность тканей у первородящих старше-30 лет;
- рубцы, оставшиеся после предшествующих родов;
- 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;
- насильственные, которые возникают вследствие технических погрешностей при оказании акушерского пособия и родоразрешающих операций.

Существует 4 степени разрывов, которые могут произойти во время родов:

- Разрывы / *степени* включают разрывы слизистой влагалища и соединительных тканей.
- // *степень* - m.m. buldocavernosus, transverses perinea superficialis et profundus, centrum tendineum, задняя стенка влагалища справа или слева от columnae rugarum.
- Разрывы /// *степени* включают полный разрыв всех слоев с вовлечением анального сфинктера.
- IV *степень* включает разрывы слизистой прямой кишки.

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 шиоректальной анестезией 0,5 - 0,25% раствором новокаина, при разрывах III - IV 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. Вкол и выкол производят отступя от края**

При разрывах промежности II степени необходимо найти верхний угол разрыва. Он чаще всего находится слева или справа от *columnae rugarum*. На промежности подобный разрыв часто доходит почти до заднепроходного отверстия и в глубину достигает мышц тазового дна (*m. levator ani*). В результате расхождения поврежденных мышц в глубине разрыва образуются полости, наполняющиеся кровью. Кровоточащие сосуды перевязывают с помощью кетгутовых лигатур и затем приступают к зашиванию раны во влагалище. При наличии двух боковых разрывов их зашивают поочередно. Погружными кетгутовыми швами или одним непрерывным соединяют раневые поверхности в глубине разорванной промежности и затем узловыми шелковыми швами соединяют края кожи промежности.

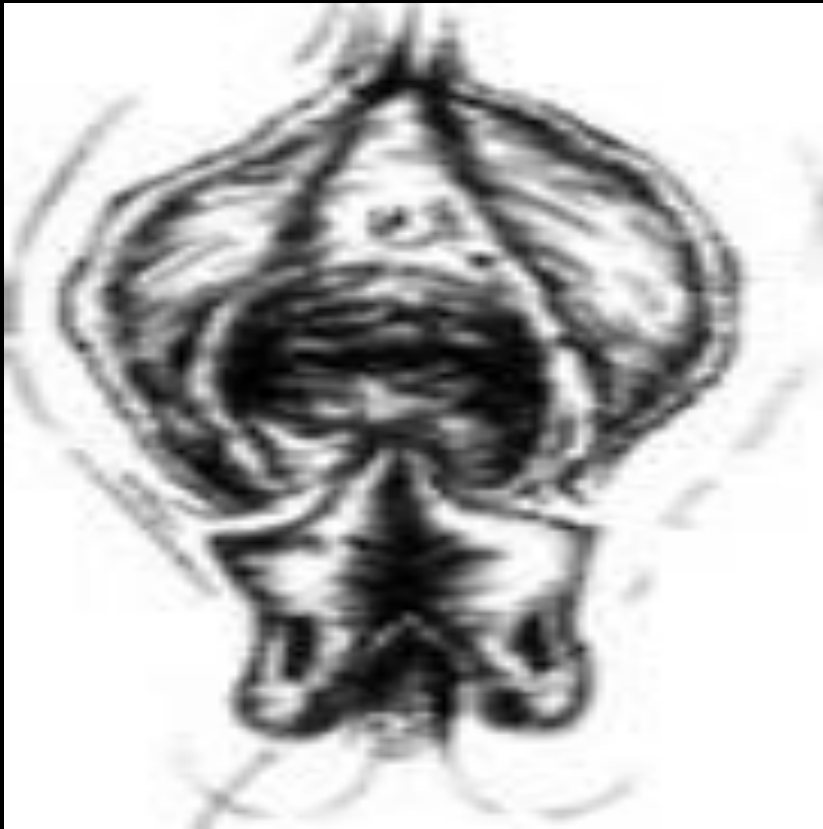
В послеоперационном периоде поверхность швов должна содержаться в чистоте. Область швов обтирают стерильными тампонами и обрабатывают раствором перманганата калия или настойкой йода. Туалет промежности производят после каждого акта мочеиспускания или дефекации. На 5 день после операции роженице дают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

При разрывах III степени нарушается целостность *m. sphincter ani* и стенки прямой кишки. При этом разрыв сопровождается значительным повреждением паравагинальной и параректальной клетчатки. Зашивание начинают с угла разрыва кишки и производят тонким шелком. Лигатуру проводят через слизистую кишки так, чтобы после завязывания узел лежал на слизистой в просвете кишки. Для этого иглу вкалываем на одной стороне разрыва, например на правой, со стороны слизистой и выводим наружу под слизистой; на другой стороне иглу вкалываем со стороны подслизистой, а выводим со стороны слизистой. Лигатуру оставляем длинной в просвете кишки. При этом завязанную лигатуру при проведении следующей не надо потягивать кверху, как это делают обычно, а наоборот, оставлять ее

После зашивания кишки со стороны слизистой на всем протяжении накладывают шов на концы жома заднепроходного отверстия, им захватывают концы кольцевой мышцы, которые после разрыва ретрагировались и скрылись в глубине. Эти концы извлекают с помощью небольшой круто изогнутой иглы, которую вкалывают у края раны на этой же стороне; на другой стороне проделывают то же самое. Концы сфинктера могут быть соединены лигатурой, проведенной со стороны кожи промежности. После того, как прямая кишка зашита, сшивают погружными тонкими кетгутовыми швами наиболее глубокий слой раны, слегка захватывая ими мышечный слой кишки с окружающей клетчаткой. После этого разрыв III степени

Шелковые лигатуры, наложенные на рану прямой кишки, лежат в просвете кишечной трубки и по окончании операции свисают виде пучка из заднепроходного отверстия.

В послеоперационном периоде они постепенно прорезываются и выходят наружу.



*Рисунок 11.2.
Восстановление
стенки прямой кишки.*



*Рисунок 11.3.
Восстановление
сфинктера прямой
кишки.*

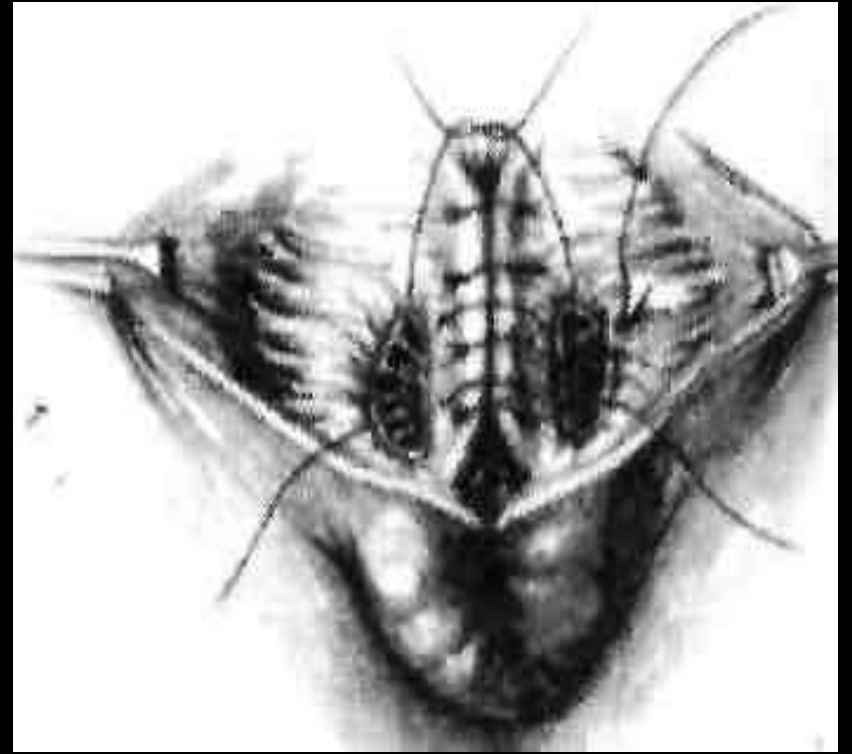
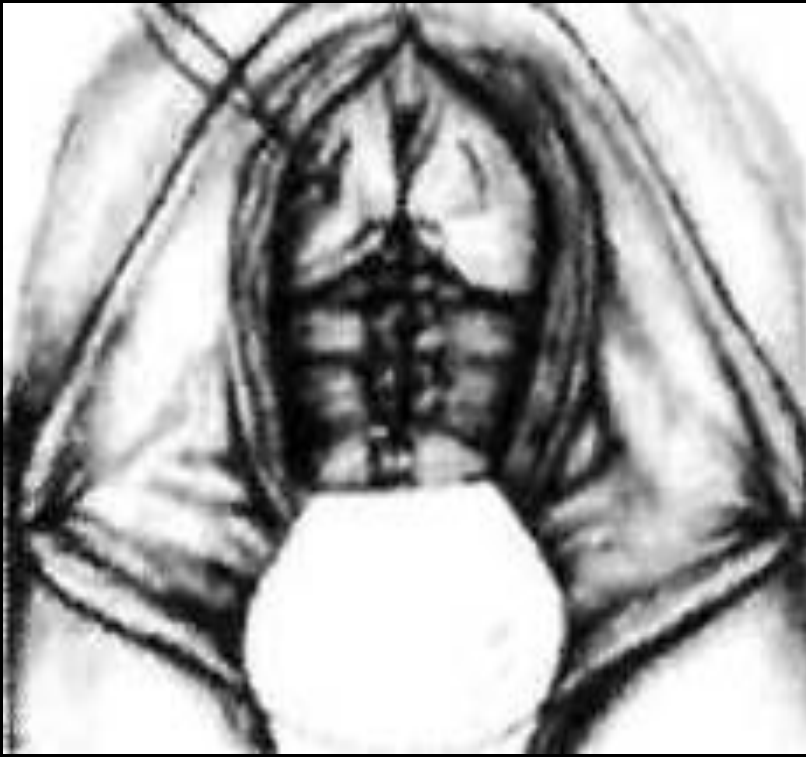


Рисунок 11.4. -11.5. Ушивание мышц
тазового дна.

При разрывах промежности III - IV степени в послеоперационном периоде роженица 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 кетгутowymi 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*
- *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.

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, геморрагический 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 околослагалищную 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 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, распираний) 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

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.

Выворот матки

Выворот матки - осложнение последового или послеродового периода, сущность которого заключается в том, что дно матки начинает вдавливаясь в полость матки и, выпячиваясь в нее, образует воронку. Воронка постепенно углубляется, матка полностью выворачивается и внутренняя ее поверхность, т.е. слизистая оболочка, оказывается обращенной кнаружи.

При вывороте матки в последовом периоде она вместе с неотделившейся

В отдельных случаях под воздействием повышенного внутрибрюшинного давления вывернутая матка может быть полностью вытолкнута из таза наружу вместе с вывернутым влагалищем, возникает *prolapsus totalis uteri inverse et vaginae* (Г.Г.Гентер).

Различают выворот матки насильственный и самопроизвольный.

Нормальный тонус матки и рефлексорные ее сокращения предохраняют от выворота, несмотря на значительную силу, применяемую при выжимании последа по Лазаревичу-Креде или при потягивании за пуповину. При атоническом же состоянии матки выворот ее может наступить в результате повышения внутрибрюшинного давления при кашле, чиханье, потуге, резких движениях роженицы и т.п. Такой выворот матки является самопроизвольным и наблюдается

Острый выворот матки, происходящий обычно при ее атонии в результате попыток отделения и выделения последа при надавливании рукой на дно матки, потягивании за пуповину и т.д., называется насильственным и наблюдается в большинстве случаев при неправильном ведении последового периода.

Выворот матки бывает:

- неполный, или частичный - если вывернуто только тело матки или его часть;
- полный - когда вся матка полностью вывернута наружу.

Клиника:

- внезапное появление сильных болей в животе;
- развитие шокового состояния; развитие кровотечения;
- частый нитевидный пульс; бледность кожных покровов;
- холодный пот; расширение зрачков; падение АД;
- помрачнение сознания.

- Боль является первым симптомом и объясняется травматизацией брюшинного покрова матки при ее вывороте и натяжением связок при изменении топографических соотношений в малом тазу.
- Шоковое состояние развивается иногда не сразу и возникает в результате резкого раздражения брюшины, быстрого падения внутрибрюшинного давления и болевых раздражений при натяжении связок.
- Кровотечение, которое может начаться еще до возникновения выворота, зависит от атонии матки. В дальнейшем кровотечение поддерживается вследствие резкого нарушения кровообращения в вывернутой

Диагностика.

- Характерными являются анамнез, внезапные боли, кровотечение и шок в последовом или послеродовом периоде. Вывернутая матка, расположенная вне половой щели или во влагалище, определяется в виде мягкой, ярко-красной шарообразной опухоли. Диагноз еще более облегчается, если на стенках вывернутой матки находится неотделившаяся плацента. При тщательном осмотре этой «опухоли» можно увидеть отверстия маточных труб. Через брюшную стенку тело после

Возникновению выворота матки способствует неотделившийся послед, особенно расположенный в области дна матки. Плацента, спускаясь вниз вследствие тяжести, увлекает за собой расслабленные стенки матки. Выворот матки встречается чаще у первородящих.

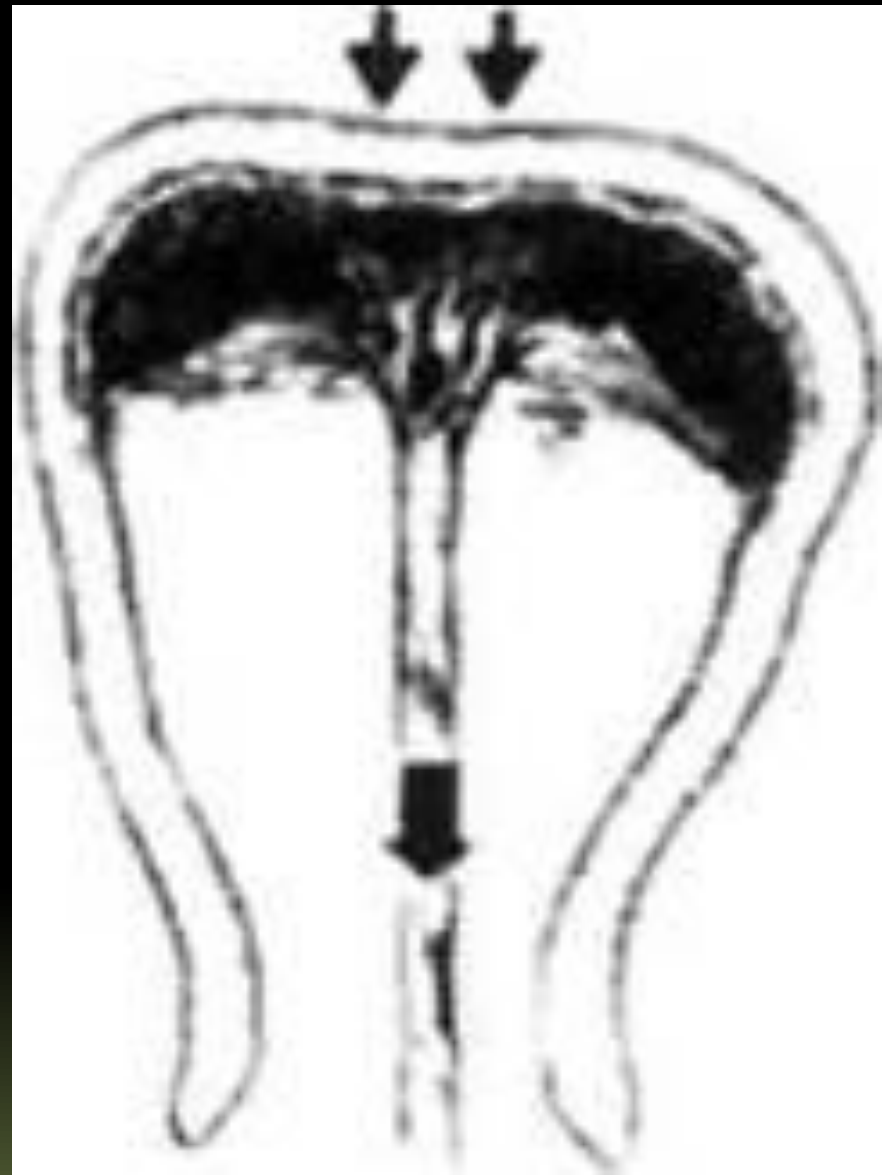


Рисунок 11.6. *Механизм выворота матки.*

Лечение

Закljučается в немедленном вправлении ее под глубоким наркозом и при одновременном проведении противошоковых мероприятий.

При тяжелой клинической картине и запоздалом или неправильном проведении терапевтических мероприятий может наступить смерть от шока или кровотечения. В дальнейшем рожильнице угрожает опасность инфекции.



Техника вправления выворота

- Матки:** Обычно применяется ручное вправление матки при ее остром вывороте. Вправление начинают со дна матки, надавливая на него всеми пятью пальцами.
- Одной рукой через брюшные покровы поддерживают край воронки выворота, то есть участки, соответствующие краям шейки, а другую руку целиком вводят во влагалище. Захватив рукой матку, стараются продвинуть тело матки через узкую часть воронки. Пальцы упирают в образовавшуюся при вывороте кругловую маточно-шейно-влагалищную

силой приподнимают матку кверху, выводят из малого таза и удерживают рукой в брюшной полости над уровнем пупка в течение 3-5 минут. По истечении этого срока дно матки как бы само уходит из ладони руки и матка вправляется. Для осуществления этой процедуры во влагалище должны быть введены кисть руки и 2/3 предплечья. В противном случае «тяга и напряжение круглых, широких и крестцово-маточных связок не достаточны для коррекции выворота».

- • Сразу же после вправления для сокращения матки назначают инъекции окситоцина.

Растяжение и разрывы сочленений таза.

- У отдельных беременных имеет место чрезмерное размягчение сочленений таза (симфи-зит, 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

Общественное здравоохранение 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.

-