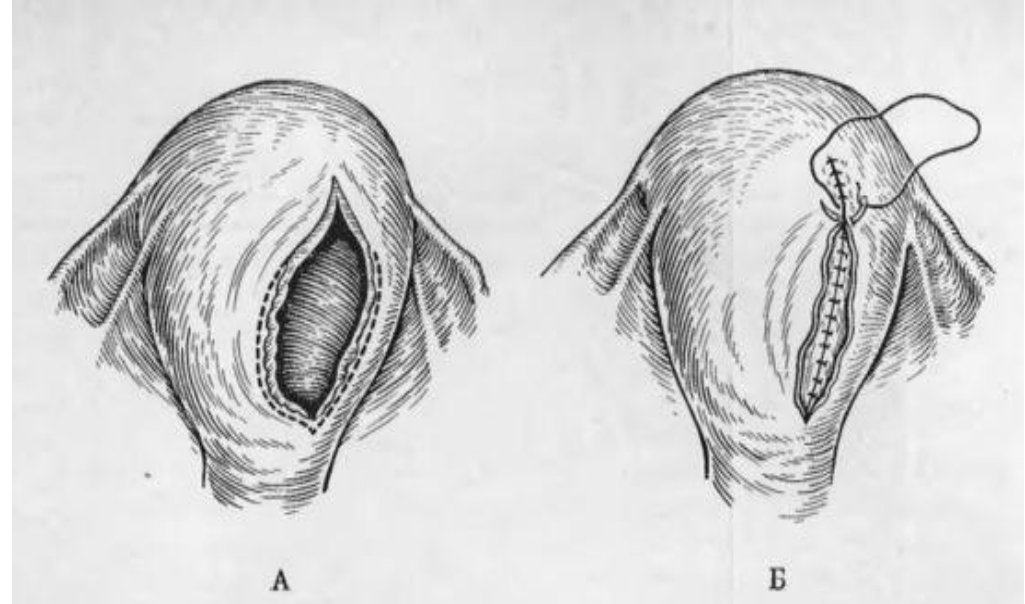


« Акушерский травматизм. Послеродовые гнойно-септические заболевания »



- Подготовила**
- **Сухенко М.М.**
*преподаватель высшей квалификационной
категории,
преподаватель акушерства и гинекологии*

План:

- Акушерский травматизм: разрывы промежности.
- Разрывы влагалища.
- Разрывы шейки матки.
- Разрыв матки.
- Причины, классификация, диагностика, клинические проявления, тактика ведения пациенток, принципы лечения.
- Понятие послеродовых гнойно – септических заболеваний.
- Возбудители, пути проникновения в организм.
- Классификация послеродовых гнойно – септических заболеваний.
- Клинические проявления заболеваний.
- Диагностика.

Родовой (акушерский) травматизм матери

К родовому травматизму матери относят разрывы промежности, влагалища, шейки матки, тела матки,. Реже повреждается сочленение таза (лонное), мочевой пузырь и прямая кишка.

- Наиболее частый вид травматизма – это ***разрывы промежности***.
- Разрывы промежности делят на 3 степени:
- ***разрыв I степени*** — травмирована задняя спайка, часть задней стенки влагалища и кожа промежности;
- ***разрыв II степени*** — нарушена кожа промежности, стенка влагалища и мышцы промежности;
- ***разрыв III степени*** — кроме вышеназванных тканей поврежден наружный сфинктер прямой кишки, иногда — передняя стенка прямой кишки.

Причиной разрыва промежности являются:

- анатомо-физиологические особенности родовых путей (высокая промежность, возрастная или юная первородящая),
- крупный плод,
- неправильные предлежания плода (тазовое, разгибательные предлежания головки),
- неправильное принятие родов.

При ране промежности возникает **кровотечение** разной степени выраженности.

Необходимо помнить, что рана является «входными воротами» для инфекции.

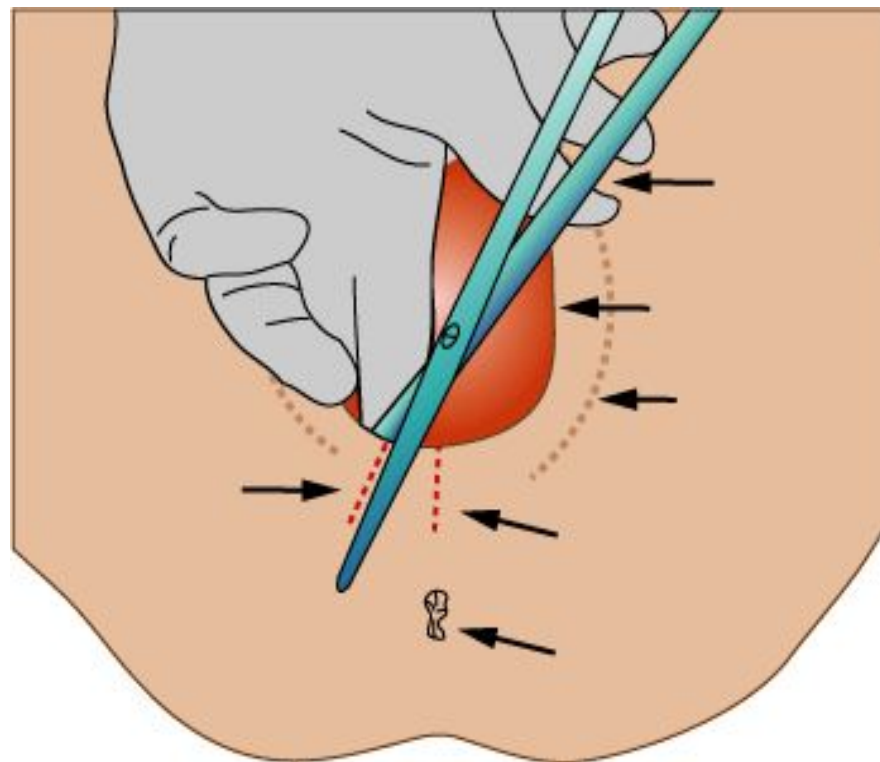
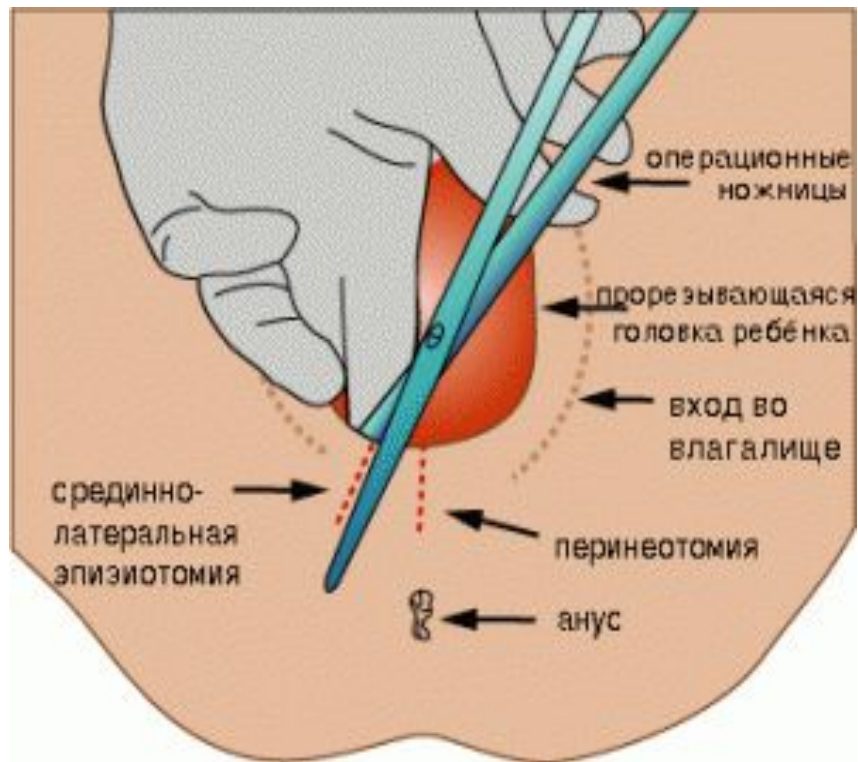
Об угрожающем разрыве промежности свидетельствуют следующие признаки:

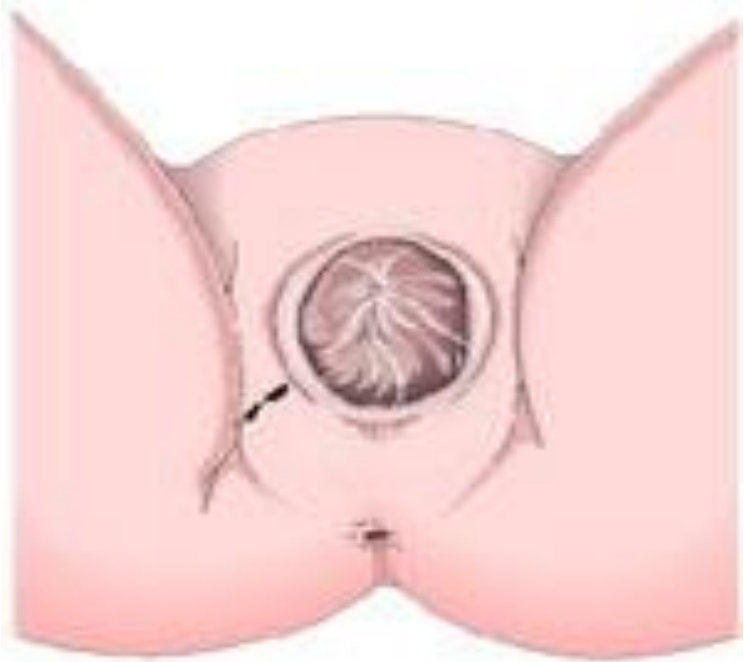
- выпячивание промежности;
- цианоз;
- отёк;
- побледнение тканей;
- кожа промежности становится блестящей, на ней появляются мельчайшие трещины;

В этих случаях прибегают к **перинеотомии и эпизиотомии**.

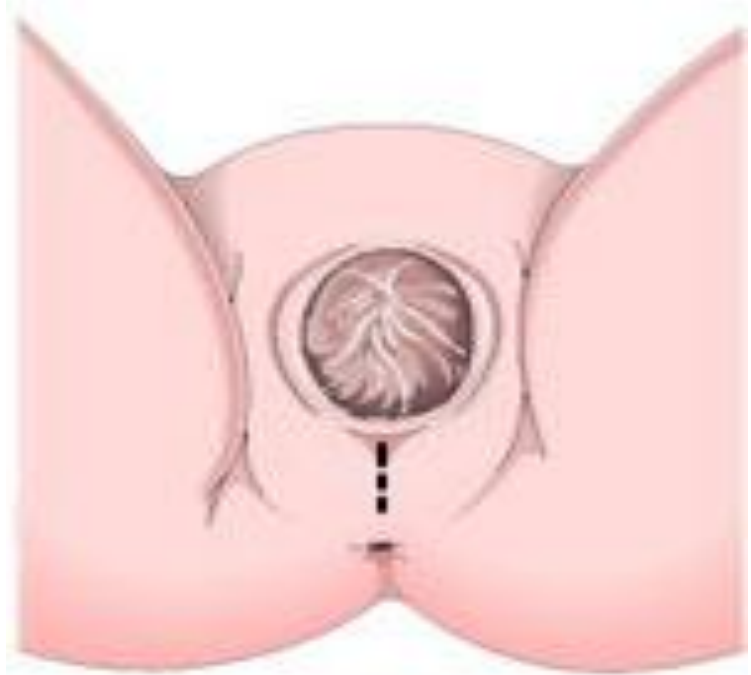
При перинеотомии ткань промежности после обработки ее 5%-м спиртовым йодовым раствором с помощью стерильных ножниц на высоте потуги разрезается по направлению к анальному отверстию по всей ее толщине (под наркозом).

При эпизиотомии ткань разрезается по направлению к седалищным буграм матери (можно делать двустороннюю эпизиотомию).

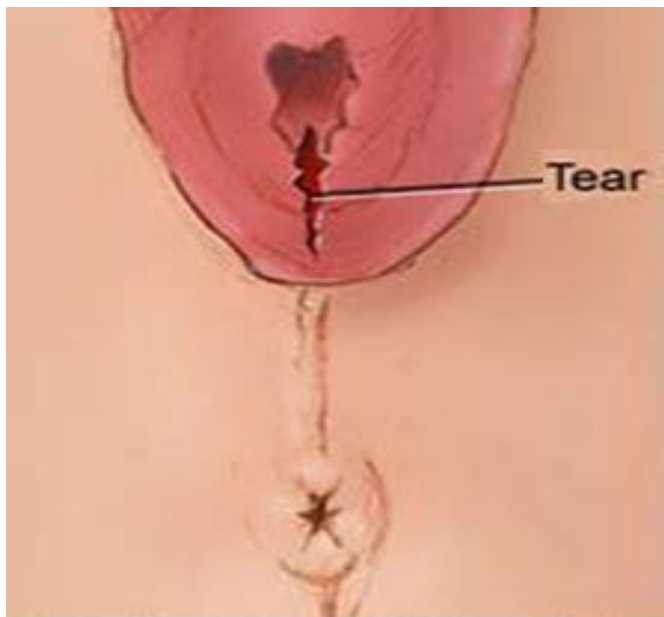




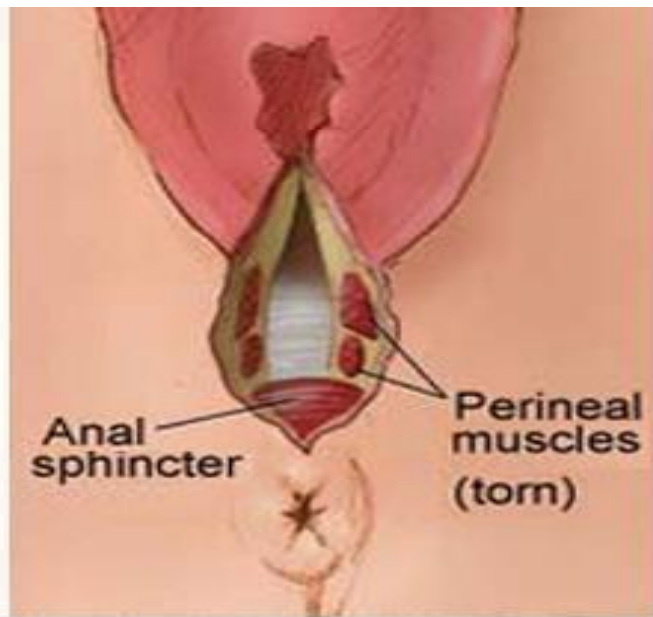
Латеральная
эпизиотомия



Перинеотомия



First Degree Perineal Tear



Second Degree Perineal Tear



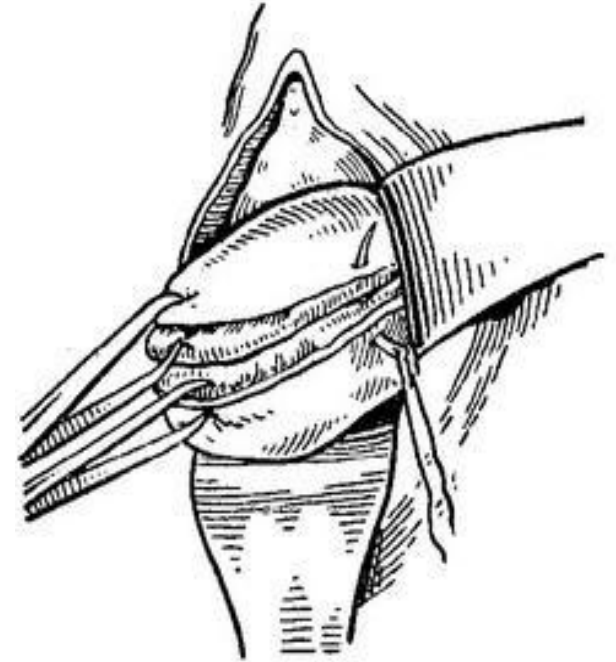
Надрез делается направо от середины, чтобы он не выходил на анус



Разрыв шейки матки при родах

Причины разрывов шейки матки

- Разрывы шейки матки обычно случается самопроизвольно при наличии:
- рубцовых изменений после операций;
- хронических воспалений;
- поздних первых родов;
- разрыхления шейки матки;
- долгого безводного периода родов;
- крупного плода;
- чрезмерно плотной головки;
- узкого таза;
- неправильного расположения плода в матке...



Разрыв шейки может быть получен и насильственным путем.

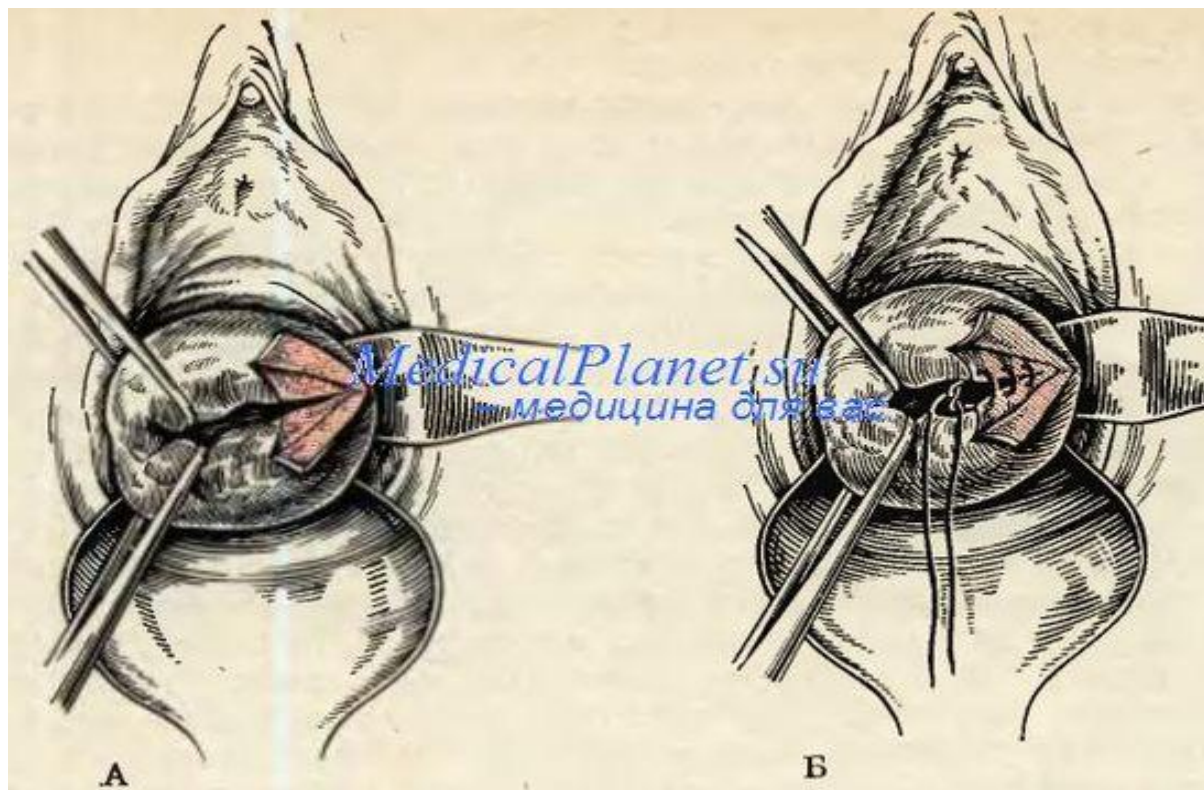
В зависимости от глубины разрыва, их делят на 3 степени:

- разрыв шейки матки 1 степени – односторонние или двухсторонние до 2 см;
- разрыв шейки матки 2 степени – более 2 см, не достигающие до свода влагалища;
- разрыв шейки матки 3 степени – глубокие, достигающие свода влагалища или даже переходящие на него.

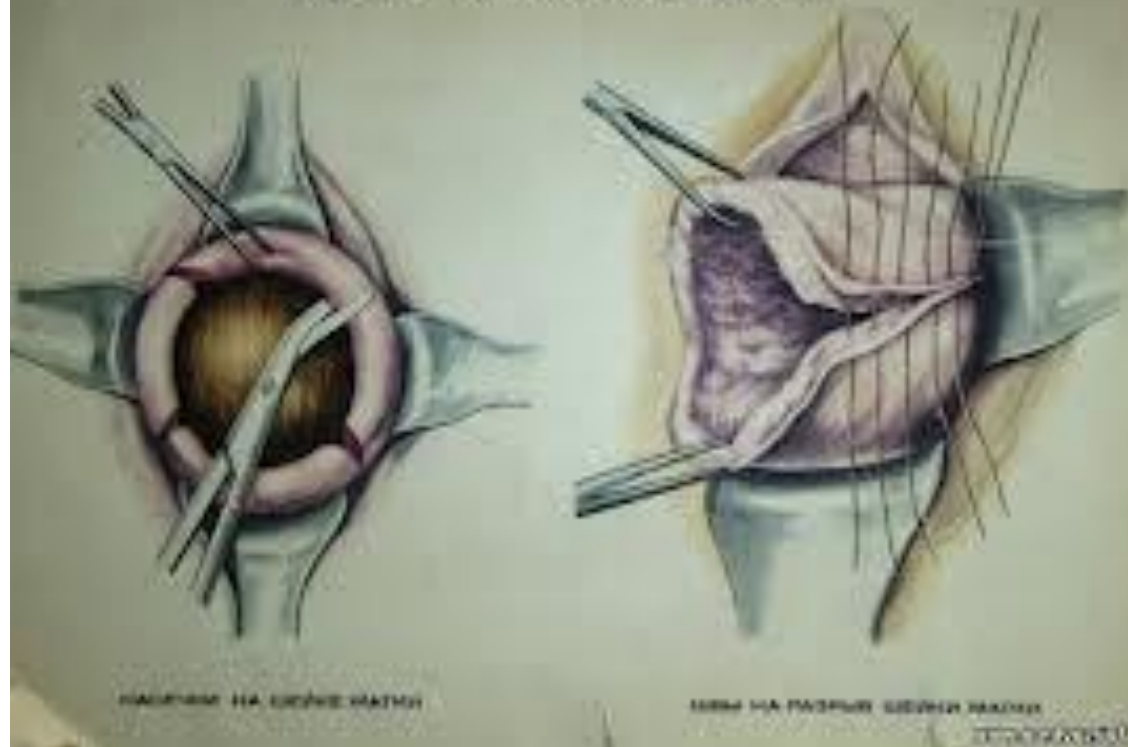


Диагностика

- осмотр шейки матки в зеркалах, который проводят всем женщинам после родов,
- тщательно осматривают весь маточный зев по кругу.



РАССЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ
И ЗАШИВАНИЕ РАЗРЫВА ЕЕ



Разрыв матки

Классификация.

I. По времени происхождения:

- 1) разрывы во время беременности
- 2) разрывы во время родов.

II. По патогенетическому признаку:

- *Самопроизвольные* разрывы матки (происходящие без каких-либо вмешательств извне)
 - 1) механические (при наличии механического препятствия для рождения плода);
 - 2) гистопатические (при патологических изменениях маточной стенки);
 - 3) механогистопатические (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки).
- *Насильственные* разрывы матки:
 - 1) травматические (от грубого вмешательства во время родов или во время беременности и родов от случайной травмы);
 - 2) смешанные (от внешнего воздействия при наличии перерастяжения нижнего сегмента).

III. По клиническому течению:

- 1) угрожающий разрыв;
- 2) начавшийся разрыв,
- 3) совершившийся разрыв.

IV. По характеру повреждения:

- 1) *трещина* (надрыв);
- 2) *неполный* разрыв - не проникающий в брюшную полость, захватывающий только слизистую оболочку и мышечный слой,
- 3) *полный* разрыв — проникающий в брюшную полость, захватывает все мышечные слои.

V. По локализации:

- 1) разрыв в дне матки,
- 2) разрыв в теле матки;
- 3) разрыв в нижнем сегменте,
- 4) отрыв матки от сводов влагалища

Этиология и патогенез.

Теория **Бандля** [Bandl, 1875] - механическая теория происхождения разрывов матки.

Непременным условием разрыва матки, согласно его учению, является *механическое препятствие рождению плода* через естественные родовые пути на фоне бурной родовой деятельности.

Второе направление возникло в начале XX в., когда Н.З. Иванов (1901), а за ним **Я.Ф.Вербов** (1911) установили, что основными причинами разрывов матки в родах являются *глубокие патологические процессы в мускулатуре последней — воспалительные, дегенеративные, возникающие до и во время беременности или даже во время текущих родов.*

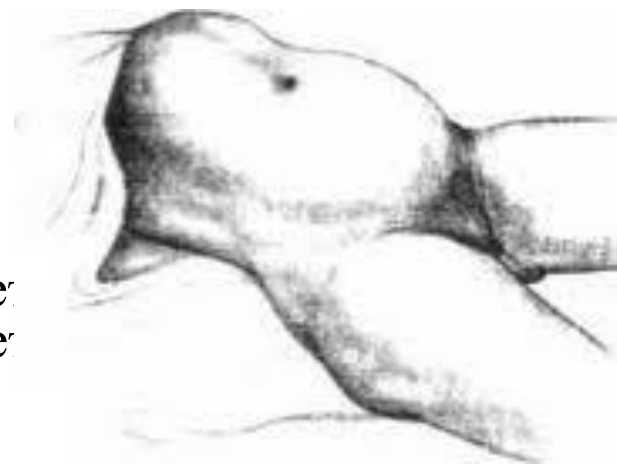
Клиническая картина.

"Типичный" классический разрыв матки.

- В своем клиническом развитии разрыв матки обычно проходит три стадии: угрожающего, начавшегося и совершившегося.
- Клинические признаки угрожающего разрыва матки обусловлены перерастяжением нижнего сегмента.

Для этой стадии разрыва характерна:

1. бурная родовая деятельность;
2. беспокойное поведение роженицы;
3. изменение формы матки за счет перерастяжения нижнего сегмента;
4. высокое стояние контракционного кольца, которое имеет еще и косое направление;
5. напряжение круглых связок;
6. повышенный тонус матки;
7. резкая болезненность при пальпации матки;
8. отсутствие продвижения головки плода;
9. большая родовая опухоль на предлежащей части;
10. сердцебиение плода нередко выслушивается;
11. развивается острая гипоксия плода, может
12. ущемление передней губы шейки матки и ее отек
13. отек влагалища, наружных половых органов;
14. постоянное подтекание околоплодных вод.





Матка в виде «песочных часов»

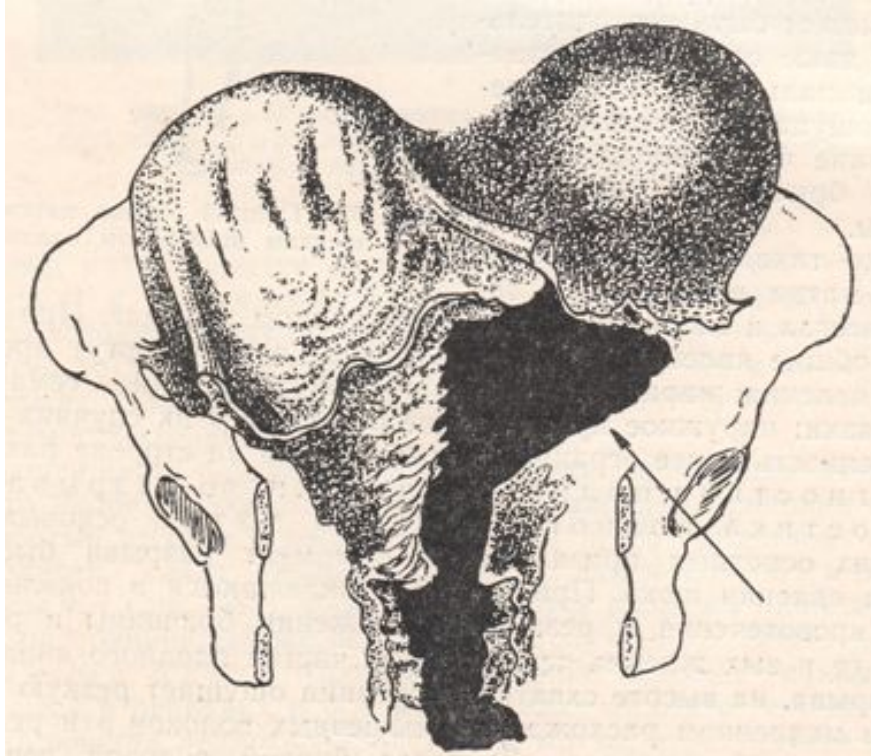
Матка в виде «песочных часов»



Клиника совершившегося разрыва матки

отличается разнообразием, и в то же время можно выделить несколько обязательных симптомов.

- Резкая боль в животе.
- Внезапным прекращением родовой деятельности (**внезапное "затишье" после "бури"**),
- При полных разрывах матки со скоплением в брюшной полости крови имеются симптомы раздражения брюшины.
- Главным симптомом совершившегося разрыва матки является снижение артериального давления.
- При рождении плода в брюшную полость легко определяются части плода, расположенные как бы непосредственно под передней брюшной стенкой.
- Состояние больной очень тяжелое, отмечается вынужденное положение, при перемене которого имеет место усиление болей, ухудшение общего состояния.
- Кровотечение. Оно может быть наружным, внутренним и сочетанным.



Полный разрыв матки

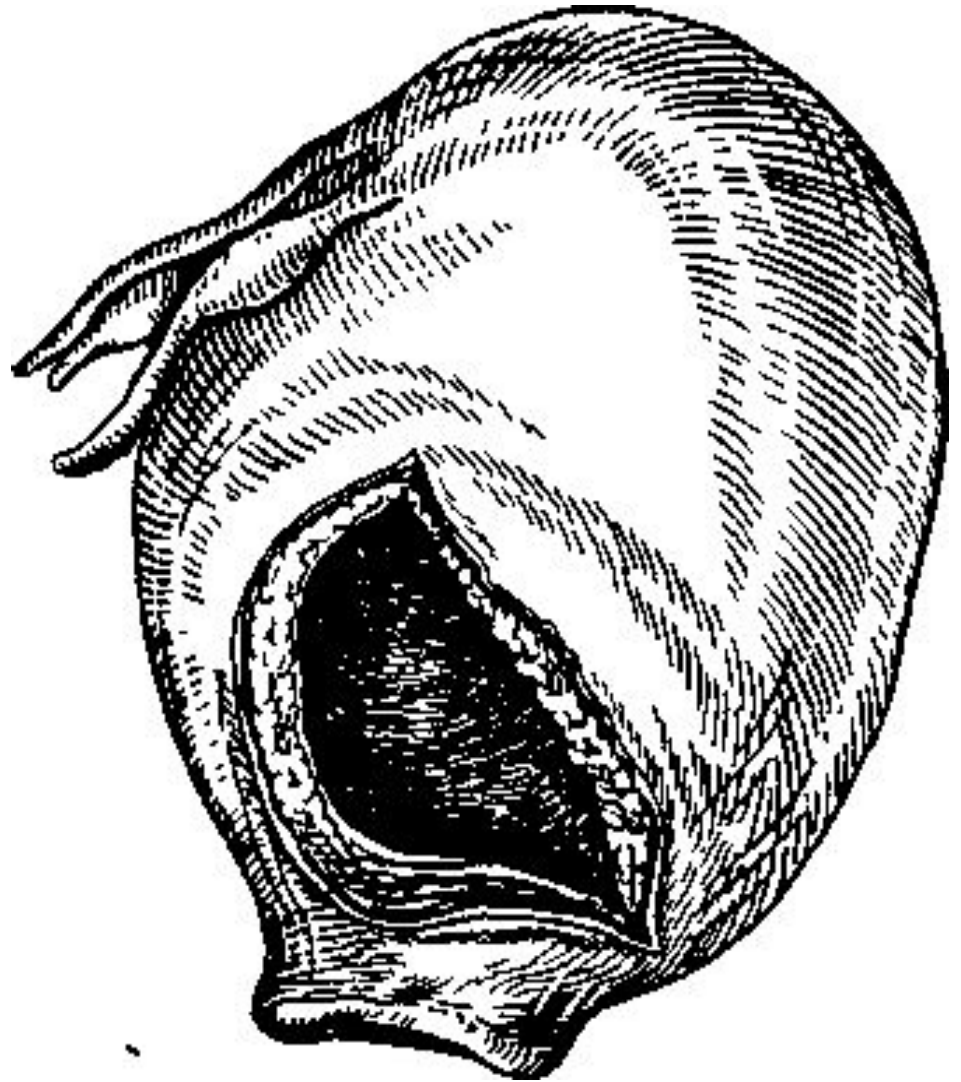
Клиника угрожающего разрыва матки при наличии рубца или патоморфологических изменений миометрия

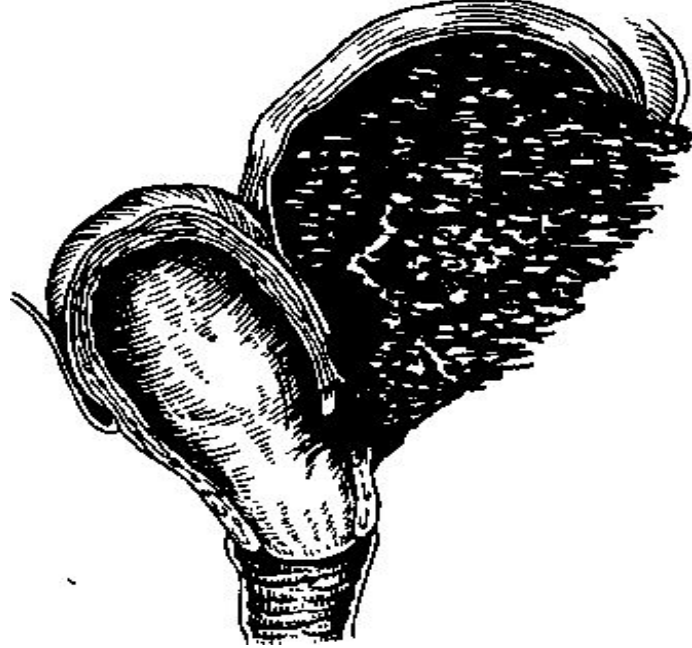
Типичным осложнением беременности при неполноценной структуре миометрия являются угрожающие преждевременные роды в сроки 30-35 нед, когда имеет место максимальное растяжение матки.

Чаще всего отмечают:

1. боли в эпигастральной области, которые затем локализуются внизу живота и в пояснице (иногда без четкой локализации).
2. гипертонус матки,
3. *рефлекторно* возникают тошнота, рвота,
4. ухудшение состояния плода;
5. артериальная гипотония;
6. небольшие кровянистые выделения из половых путей;

**Полный разрыв
нижнего
сегмента матки**





Неполный разрыв матки с образованием гематомы

Диагноз разрыва матки ставится на основании совокупности перечисленных выше клинических признаков.

Уточнить диагноз возможно при УЗИ.

Послеродовые гнойно – септические заболевания



В ряде случаев послеродовой период осложняется возникновением **инфекционных гнойно-септических заболеваний**.

Послеродовые септические заболевания возникают в результате проникновения микробов через «**входные ворота**» в половую систему роженицы.

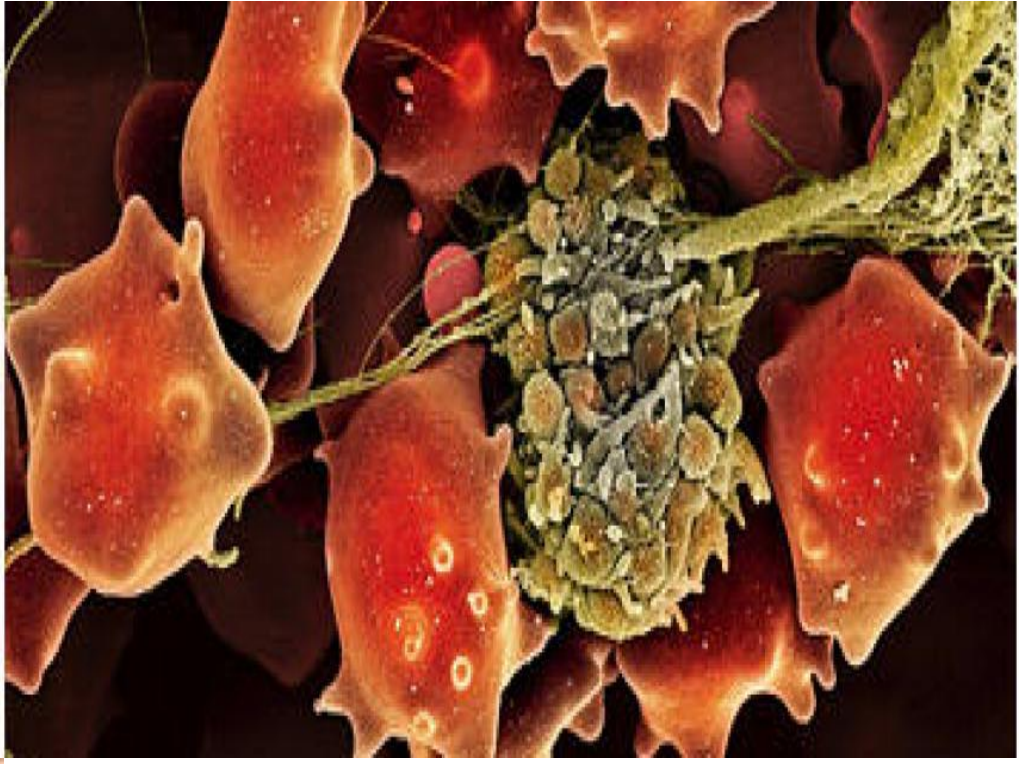
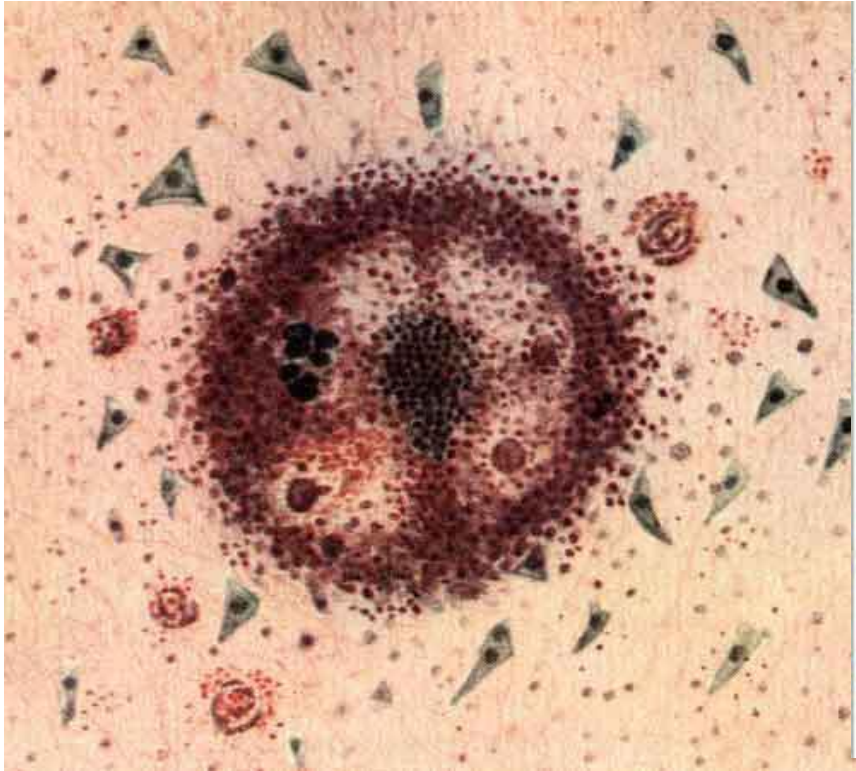
Наиболее *частыми возбудителями* являются:

- стафилококки, стрептококки;
- кишечная палочка, неспорообразующие анаэробы и др.

Входными воротами являются:

- раневая поверхность в т.ч.:
 - образовавшаяся во время родов;
 - возникшая при разрывах шейки матки, влагалища и промежности;
 - после рассечения передней брюшной стенки и матки во время операции (кесарево сечение, ампутация или экстирпация матки)
- трещины сосков.





Предрасполагающими факторами к развитию

инфекции у родильниц являются:

- нарушения санитарно-гигиенического режима в акушерском стационаре,
- несоблюдение правил личной гигиены родильницами и обслуживающим персоналом,
- осложнения в родах (преждевременное излитие околоплодных вод, затяжные роды, кровопотеря в родах ...)
- проведение акушерских операций,
- неполноценное кровезамещение,
- наличие местных инфекционных процессов,
- общее истощение и ослабление организма родильницы и др.

Имеет значение внутригоспитальная (внутрибольничная) инфекция.

Классификация послеродовых заболеваний

С. В. Сазонов и А. В. Бартельс разработали классификацию послеродовых септических заболеваний, которая основывается на том, что разные формы послеродовых заболеваний рассматриваются как отдельные этапы единого развивающегося инфекционного (септического) процесса.

Различают четыре этапа развития инфекционного процесса в половой системе родильницы:

1 этап – инфекция ограничена областью входных ворот (клинические формы – послеродовая язва, эндометрит);

2 этап – инфекция вышла за пределы входных ворот, но осталась локализованной в пределах малого таза

(метрит, метротромбофлебит, параметрит, тромбофлебит вен таза, матки, конечностей, пельвеоперитонит);

3 этап – инфекция вышла за пределы малого таза и близка к генерализованной

(разлитой перитонит, прогрессирующий тромбофлебит);

4 этап – инфекция носит генерализованный характер

- (сепсис с метастазами – **септикопиемия**,
- сепсис без метастазов – **септицемия**).



Послеродовая язва

Заболевание возникает, как правило, на 3-4 сутки после родов, в месте «входных ворот» вследствие инфицирования ссадин, трещин, разрывов слизистой оболочки, вульвы и влагалища.

Общее состояние не страдает. В месте появления язвочки ткань гиперемирована, отёчна, могут быть гнойные выделения.

То же самое наблюдается *при нагноении швов на промежности*.

Вокруг швов развивается отёк, гиперемия, инфильтрация тканей, швы покрываются грязно-серым гнойным налётом, при надавливании около швов просачиваются серозно-гнойные выделения.

Швы долго (до 2-х недель) не эпителизируются.



Послеродовый эндометрит

Послеродовый эндометрит – это воспаление внутренней поверхности матки и близлежащих слоёв миометрия. Он может быть в острой и стёртой форме.

При острой форме первые признаки появляются на 2-4 сутки после родов.

У рожениц повышается температура тела (до 38-39 °С), появляется тахикардия, озноб, слабость.

При пальпации матка болезненна, медленно сокращается, беспокоят схваткообразные боли, *лохии* приобретают гнилостный вид и запах.

Общее состояние зависит от степени интоксикации.

При стертых формах эндометрита выраженной симптоматики нет, основным показателем является субинволюция матки.



Послеродовый мастит

Это одно из наиболее частых осложнений послеродового периода. Инфекция проникает через трещины сосков и молочные ходы. При лактостазе мастит встречается чаще.

По клиническому течению выделяют серозный, инфильтративный, гнойный, флегмонозный и гангренозный мастит.

При серозном мастите начало острое.

На 2-4 день повышается температура тела, появляется озноб, боль в молочной железе, слабость, головная боль, разбитость. Молочная железа увеличивается, кожа в месте развивающегося процесса гиперимируется.

При недостаточном лечении процесс может перейти в **инфильтративную форму** – локализуется плотный болезненный инфильтрат.

При неадекватной терапии инфильтрат нагнаивается и происходит его расплавление.

Послеродовый тромбофлебит

Тромбофлебит – это воспаление стенки вены с последующим образованием тромба, который закупоривает просвет вены и тем самым нарушает кровообращение.

После родов наблюдается тромбофлебит вен матки, таза, бедра и голени.

Тромбофлебит вен матки (метротромбофлебит) возникает на фоне метроэндометрита.

Характерны задержка инволюции матки, длительные кровянистые выделения.

При неблагоприятных условиях процесс распространяется на вены таза, которые прощупываются при влагалищном исследовании виде извитых болезненных тяжей.

Ухудшается общее состояние: повышается температура, появляется озноб, боли в области малого таза.



При дальнейшем распространении процесса возникает тромбоз подвздошных вен, а затем вен бедра и голени.

Заболевание возникает на 2-3 недели послеродового периода с появления боли в ноге по ходу вены.

Конечность отечна, уплотнение и болезненность по ходу вены. Присоединяется озноб, повышение температуры тела, головная боль, бессонница.



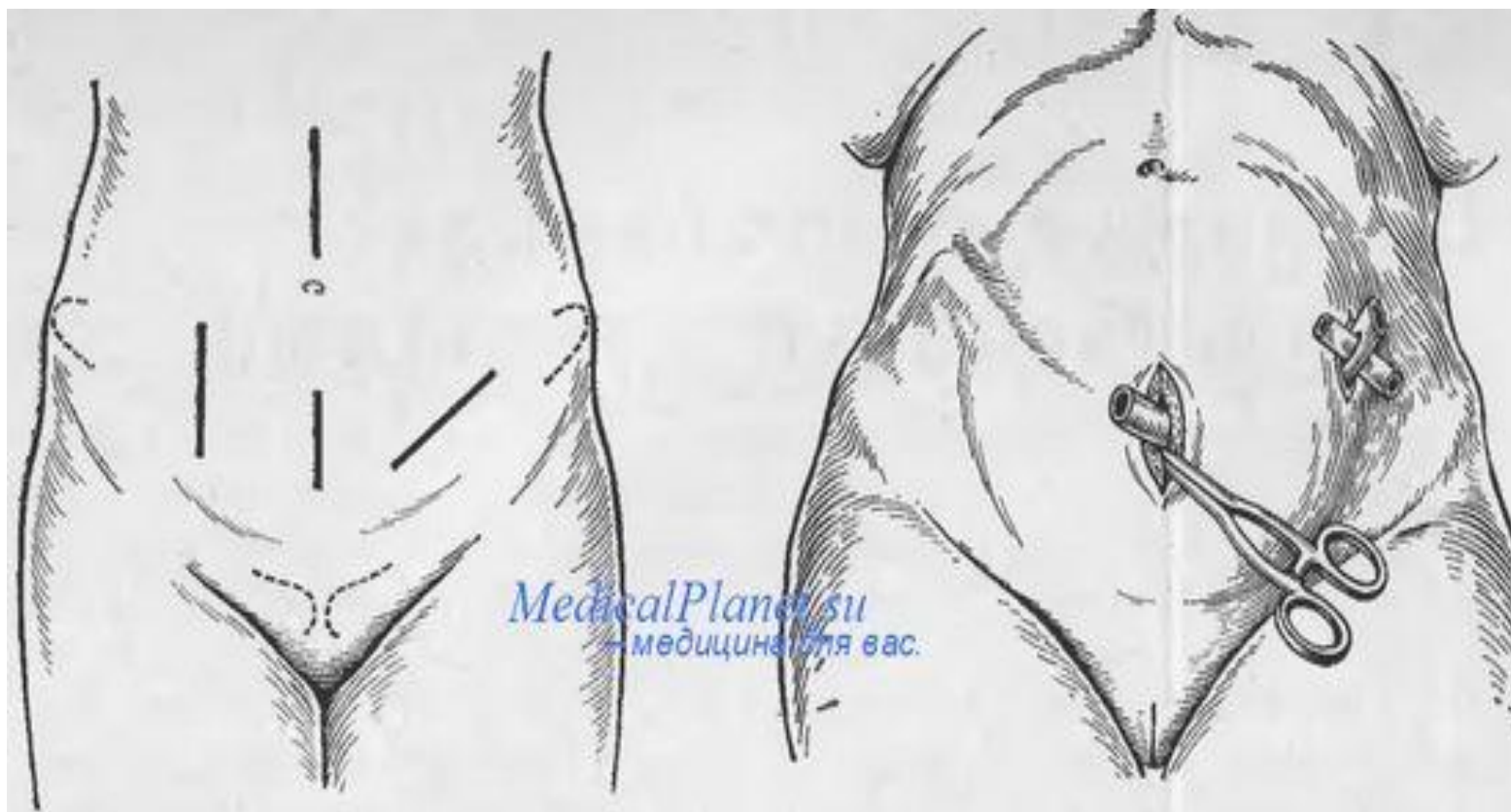
Акушерский перитонит

Наиболее частой причиной возникновения этого грозного осложнения является операция кесарево сечение.

Заболевание проявляется уже в первые-вторые сутки после операционного периода. У больной повышается температура тела, возникает *вздутие живота, задержка газов, перистальтика кишечника ослаблена или отсутствует.*

Язык сухой обложенный, пульс частый, дыхание учащенное. Клиника быстро развивается.

При перитоните после КС нередко отсутствуют симптомы раздражения брюшины, что делает затруднительной его диагностику.



Перитонит после кесарева сечения

Сепсис

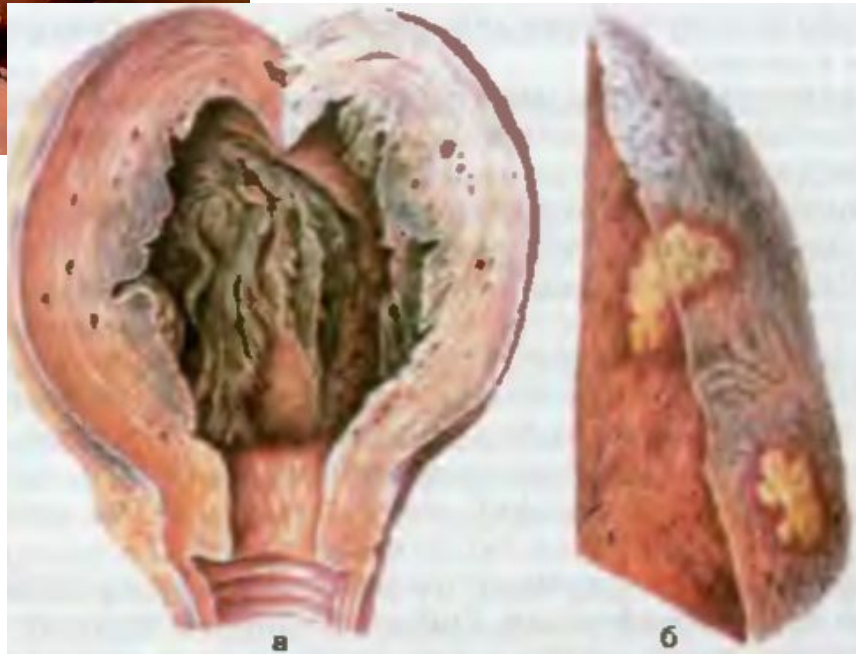
Сепсис – это редко встречающееся в настоящее время инфекционное послеродовое осложнение, связанное с попаданием инфекции в кровь.

Начало заболеваний может быть острым и заканчиваться летальным исходом в течение нескольких суток или же процесс может начинаться постепенно, тогда клинические симптомы мало выражены и процесс может протекать довольно длительно.

Наиболее выраженными симптомами являются:

- высокая температура тела – 39-40° С (нередко гектического характера);
- резкий озноб;
- проливные поты;
- кожа и видимые слизистые цианотичные с сероватым оттенком или желтушные;
- на коже появляются точечные кровоизлияния (петехии);
- со стороны психики появляются вялость, апатия, сонливость или наоборот развивается возбуждение, появляются судороги, менингеальные симптомы, бред;
- со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем появляются тахикардия, снижается АД, затрудняется и учащается дыхание;
- Нарушается функция паренхиматозных органов: печени, почек





Течение сепсиса волнообразно и по продолжительности различно.

Оно зависит от исходного состояния, степени распространения процесса, вида возбудителя, активности лечения и др. факторов.

Грозным осложнением сепсиса является эндотоксический шок, из которого вывезти родильницу чрезвычайно сложно.

Профилактика септической инфекции должна заключаться:

- в сохранении должной сопротивляемости организма беременной (санация очагов хронической инфекции, лечение анемии, питание);
- в своевременной диагностике и изоляции заболевших родильниц;
- в соблюдении правил асептики и антисептики;
- в соблюдении мер профилактики проникновения инфекции в родовые пути женщины при длительном безводном периоде, кровотечении, затяжных патологических родах.

Уход за больными родильницами с различными формами гнойно-септических послеродовых осложнений

- необходимо следить за их общим состоянием, окраской кожных и слизистых покровов,
- контролировать в динамике пульс, АД, температуру, физиологические отправления,
- следить за состоянием послеоперационной раны, выделениями из половых органов.
- Питание таких женщин строго сбалансированным, рациональным.
- Большая роль в выживании больных отводится **медицинской сестре**, от квалификации и добросовестности в выполнении всех назначений врача зависит результативность всего лечения, а также дальнейшая репродуктивная функция женщины.
- При выписке из стационара родильнице даётся ряд рекомендаций по соблюдению личной гигиены, рационального режима, ухода за молочными железами и т.д.

Следите за своим здоровьем и будьте здоровы!



- **Вопросы?**



Спасибо за внимание !