



АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

ПМ02. «Лечебная деятельность»
МДК 02.03. «Оказание акушерской помощи»
Специальность 060101
«Лечебное дело»

Вопросы лекции

- Факторы, способствующие разрывам ПО в родах,
- Причины и основные виды травматизма,
- Клиника и диагностика разрывов НПО,
- Угрожающий и совершившийся разрыв промежности,
- Разрывы влагалища и ш/матки,
- Причины, классификация разрывов матки,
- Клиника разрыва матки,
- Неотложная помощь,
- Причины, клиника выворота матки,
- о. Разрыв лонного сочленения, причины, клиника,
- 1. Профилактика родового травматизма.

Степени разрыва промежности

Три степени разрыва промежности:

- **I степень** характеризуется нарушением целостности кожи и п/к основой промежности;
- **II степень** – повреждаются мышцы промежности;
- **III степень** - кроме кожи и мышц промежности, разрывается и наружный сфинктер прямой кишки, а иногда и стенка прямой кишки;
- Каждый разрыв должен быть диагностирован сразу после родов. Перед зашиванием иссечь разможденные и некротизированные ткани.

Зашивание разрывов

- Наложение швов после рождения последа, с соблюдением всех правил асептики;
- Инструменты: влагалищные зеркала (2) и подъемники (2), корцанги (2), пинцет, ножницы, иглодержатель, игла, металлический катетер, шприц с иглами для м/а. Салфетки, тампоны.
- Ушивание под м\а р-р лидокаина 2% - 2 мл;
- Кетгут, викрил, дексон для погружных швов, редкие шелковые швы – на кожу;
- Ушивание изнутри кнаружи: на угол раны во влагалище до задней спайки, на расстоянии 1 см друг от друга;
-

Разрыв II степени

- Сначала шов на верхний угол разрыва стенки влагалища,
- Погружные швы (отдельные) соединяют разорванные мышцы промежности,
- Затем швы на стенку влагалища до задней спайки, края кожной раны соединяются отдельными узловыми швами или п\к косметическим швом,
- Линию швов обрабатывают антисептиком.
- При наложении швов обязательно подхватить дно раны, профилактика образования гематом;

Зашивание разрыва III степени

- Сначала отыскивают концы разорвавшегося сфинктера прямой кишки и сшивают их отдельными кетгутовыми швами,
- Далее рану промежности зашивают в том же порядке, что при разрывах второй степени.
- Технически неправильное восстановление целостности промежности способствует опущению и выпадению ПО, м.б. недержание газов и кала, и образовываться влагалищно – прямокишечные свищи.

Гематомы влагалища и НПО

- скопление крови в толще тк. стенки влагалища или НПО вследствие кровотечения из поврежденного венозного или артериального сосуда;
- Возникаю вследствие длительного или быстрого периода изгнания плода или при извлечении плода с помощью ак. щипцов;
- Происходит разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается неповрежденной.
- Излившаяся кровь из поврежденных сосудов скапливается в тк. и клетчатке,

Диагностика, лечение.

- Распознают при осмотре НПО и влагалища, при влагалищном исследовании,
- При осмотре – видна сине-багровая опухоль,
- Вход во влагалище м.б. расположен эксцентрично.
- Дополнительный метод – УЗИ,
- Гематомы более 4-5 см вскрывать, с последующим ушиванием,
- Небольшие гематомы рассасываются самостоятельно,
- Возможно нагноение гематом.

Разрывы шейки матки

- Чаще у первородящих, от 6 до 15%,
- Самопроизвольные и насильственные,

Классификация:

I степень – разрыв не более 2 см,

II степень – более 2см, но не доходят до сводов влагалища,

III степень – разрывы, доходящие до сводов или переходящие на него,

КЛИНИКА

- Единственный с-м- кровотечение из половых путей, которое возникает сразу после рождения плода при хорошо сократившейся матке,
- Интенсивность разная, кровь алая,
- Диагноз разрывов устанавливают после родов, при осмотре на зеркалах, проводят всем родильницам,
- Разрывы ушивают без обезболивания, синтетической рассасывающейся нитью.
- Швы накладывают ч\з все слои ш/м, начиная от угла раны, по направлению к наружному зеву,
- Особого ухода в ПП не требуется.

Атипичный угрожающий разрыв

- Разрыв матки по старому рубцу во время беременности, боли локальные в области рубца в последние недели бер-ти,
- Боль усиливается с началом родов, не исчезает вне схватки,
- Состояние удовлетворительное, с/биение и двигательная активность плода не меняются,
- Боли в области рубца усиливаются, присоединяется тошнота, рвота, головокружение,
- Пальпация рубца на матке болезненна, м.б. выпячивание его или западание ткани,
- Иногда женщина принимает вынужденное положение.

Оценка состояния рубца

Д.б. комплексной и включать уточнение анамнеза, жалобы, клинику, паритет, течение настоящей беременности,

- Тщательное физикальное обследование бер-й,
- Общее клиническое обследование берем-й,
- УЗИ в динамике ч\р 7-10 дн.
- Доплерометрия,
- КТГ плода,
- Увеличивает угрозу разрыва матки по рубцу промежуток времени 2 года и менее между перенесенной операцией и настоящей беременностью.

родоразрешение

- Оценивается состояние рубца,
- При живом плоде – только КС,
- При мертвом плоде – плодоразрушающая операция,
- Госпитализация за 2 недели до родов – в 37-38 нед. Несостоятельность рубца фактически является угрожающим разрывом матки,
- Роды естественным путем возможны только при поперечном разрезе в нижнем сегменте матки, при не осложненном послеоперационном периоде и наличии одного КС в анамнезе;

Противопоказания к родам

- АУТ,
- Прикрепление плаценты в области рубца,
- Тазовое предлежание плода,
- Многоплодие,
- Крупный плод,
- Осложненное течение предыдущей операции.

Неблагоприятным фактором считается наличие рубца на матке после консервативной миомэктомии со вскрытием полости матки, а так же после удаления множественных миоматозных узлов,

Типичный совершившийся разрыв матки

- Нарушение целостности стенок матки,
- Общее состояние резко меняется, выражена эректильная фаза шока,
- Сам разрыв часто сопровождается «кинжальной» болью, кожные покровы бледнеют, покрываются холодным потом, беспокойное поведение сменяется вялостью,
- Родовая деятельность прекращается, А/Д снижается, пульс учащен, плохого наполнения, напряжения,
- Нарастает одышка, боль в надчечной области,

Неполный разрыв матки

- Клиника менее выражена, Плод при этих разрывах находится в матке, родовая деятельность не прекращается
- В правой или левой подвздошных обл. рядом с маткой появляется и нарастает забрюшинная гематома в виде мягкой без четких контуров опухоли,
- Боль в нижней конечности на стороне гематомы, выражена боль внизу живота, в крестце,
- Нарастает клиника внутреннего кровотечения, ГШ,
- Кровянистые выделения из половых путей м.б. различной интенсивности, усиливаются при влагалищном исследовании, при смещении головки плода,

лечение


- Срочная госпитализация в ближайший акушерский стационар,
- Снять родовую деятельность, токоитики, но-шпа, если нет симптомов ГШ,
- При неясном диагнозе анальгетики не назначаются;
- Родоразрешение бережно, в зависимости от акушерской ситуации,
- Борьба с шоком и кровопотерей по общепринятым принципам, коррекция гемокоагуляции,
- При транспортировке используют масочный наркоз закистью азота с кислородом в соотношении 1:2, 1:1,
- Начинают антибактериальную терапию,

Профилактика разрывов матки

На особый учет д.б. взяты :

- Беременные, перенесшие КС в анамнезе,
- Многорожавшие женщины,
- С АУТ любой степени сужения,
- Берем-е с эндометритом, с тяжелыми ВЗОМТ,
- Имеющие в анамнезе большое кол-во абортoв, особенно инфицированных или криминальных,
- С крупным плодом, с неправильным положением плода,
- Если в предыдущих родах бала АРД, родоусиление, кровотечения с ручным контролем полости матки,
- Госпитализация в род.дом. в 38 недель.

Острый выворот матки

- 
- Редкая тяжелая ак. патология, при которой тело матки выпадает за пределы входа во влагалище, выворачиваясь своей слизистой оболочкой наружу вместе с прикрепленной к ней плацентой,
 - Возникает в последовом или раннем ПП,
 - Насильственные вывороты возникают при потягивании за пуповину неотделившейся плаценты или при применении приемов по выделению последа;
 - Основной этиологический фактор – потеря тонуса всех отделов миометрия, повышение в\брюшного давления или воздействие на матку из вне, зияние наружного зева матки,

- При пальпации над лобком тело матки отсутствует,
- При остром вывороте смерть роженицы м. наступить от шока и кровопотери, а затем от сепсиса и перитонита,
- ЛЕЧЕНИЕ: заключается в немедленной противошоковой терапии и вправлении вывернутой матки на место под глубоким наркозом, предварительно отслаивается плацента,
- Профилактика - правильное ведение последового периода,
- При гипотонических и атонических состояниях матки не показан грубый массаж матки ч\р брюшную стенку,

Травмы костного таза

- При этом растягиваются и крестцово – подвздошные сочленения,
- В суставах образуются кровоизлияния, в последующем м.б. воспалительный процесс,
- Разрывы симфиза по величине расхождения лобковых костей делят на 3 степени:
 - I – расхождение равно 5 – 9 мм,
 - II – 10 – 20 мм,
 - III – более 20 мм,

лечение

- Фиксация костей таза с помощью «гамака», тугое бинтование, не менее чем на 3-4 недели, корсеты должна носить не менее 6 месяцев,
- При отсутствии эффекта от консервативного лечения применяют хирургичес. вмешательство,
- Вит Д по 5000 МЕ зр\день, препараты кальция – кальцеин,
- Диета, богатая кальцием, фосфором, микроэлементами, витаминами.

Мочеполовые и кишечные свищи

Тяжелая родовая травма, свищи дают увечье и делают женщину инвалидом,

- Нарушение половой, менструальной, детородной функций, вызывают эмоциональное расстройство,
- Причина инфекции в ПО, мочевыделительной системе,

СВИЩИ - это сообщение между половой и мочевыделительной системой (пузырно – влагалищные, мочеточниково – влагалищные, между уретрой и влагалищем), м/д половой системой и кишечником (кишечно - влагалищные).

лечение

- Мелкие влагалищно – прямокишечные свищи м. закрыться сами при соблюдении соответствующей диеты и гигиены,
- Незакрывшиеся мочеполовые и кишечные – половые свищи требуют пластической операции, которые технически сложны, м.б. выполнены не ранее чем через 6 месяцев после родов,
- Профилактика: правильное ведение родов,