

Родовая травма

***Доцент кафедры акушерства и гинекологии
лечебного факультета СГМУ, к.м.н. Т.И. Турлупова.***

**Травматические повреждения в процессе родов
возможны на любом участке родового канала:**

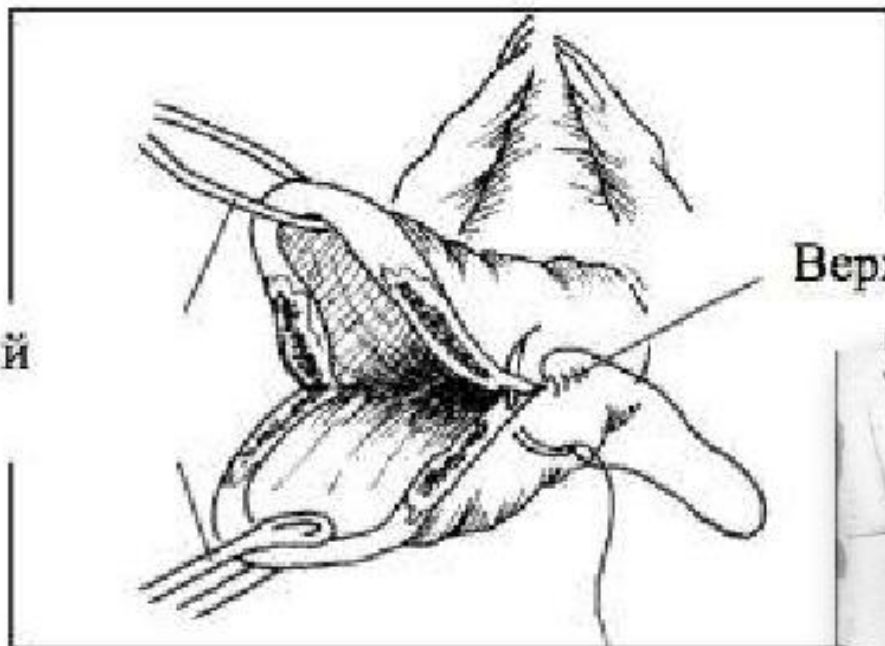
- на наружных половых частях;
- на промежности;
- во влагалище;
- на шейке матки;
- в костном кольце;
- в теле матки.

Они могут быть:

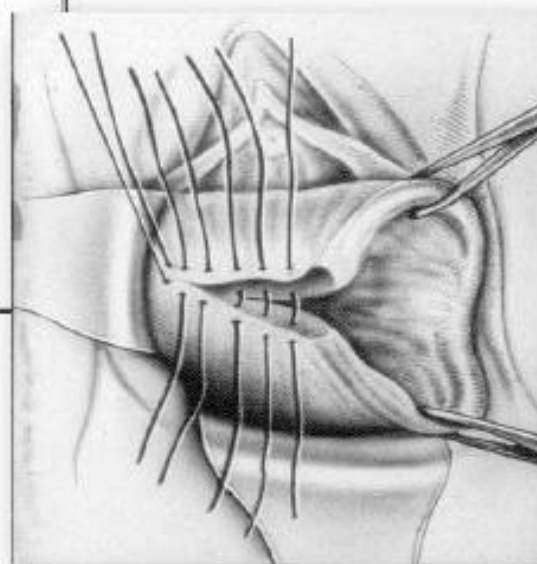
- незначительными по протяженности;
- нежизнеопасными (трещина в области задней спайки);
- обширны и смертельно опасны - разрыв матки.

Ушивание разрывов шейки матки

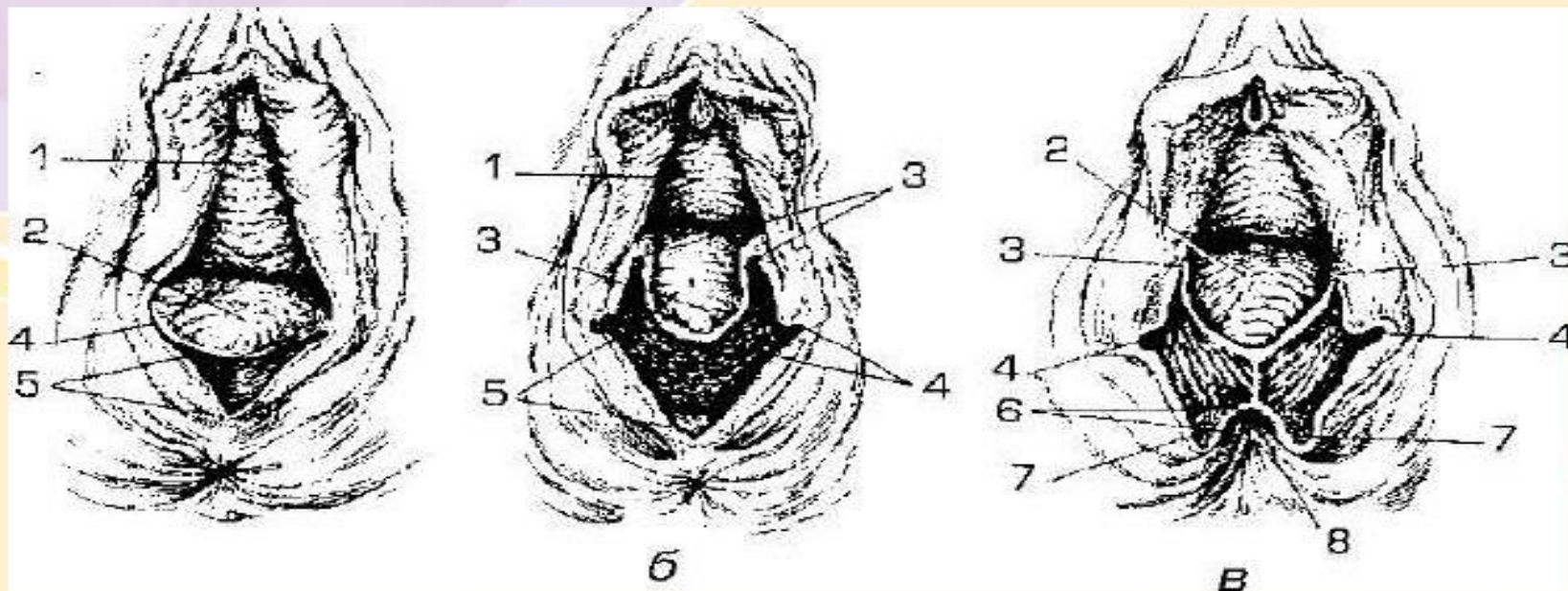
Окончатый
зажим



Верхушка



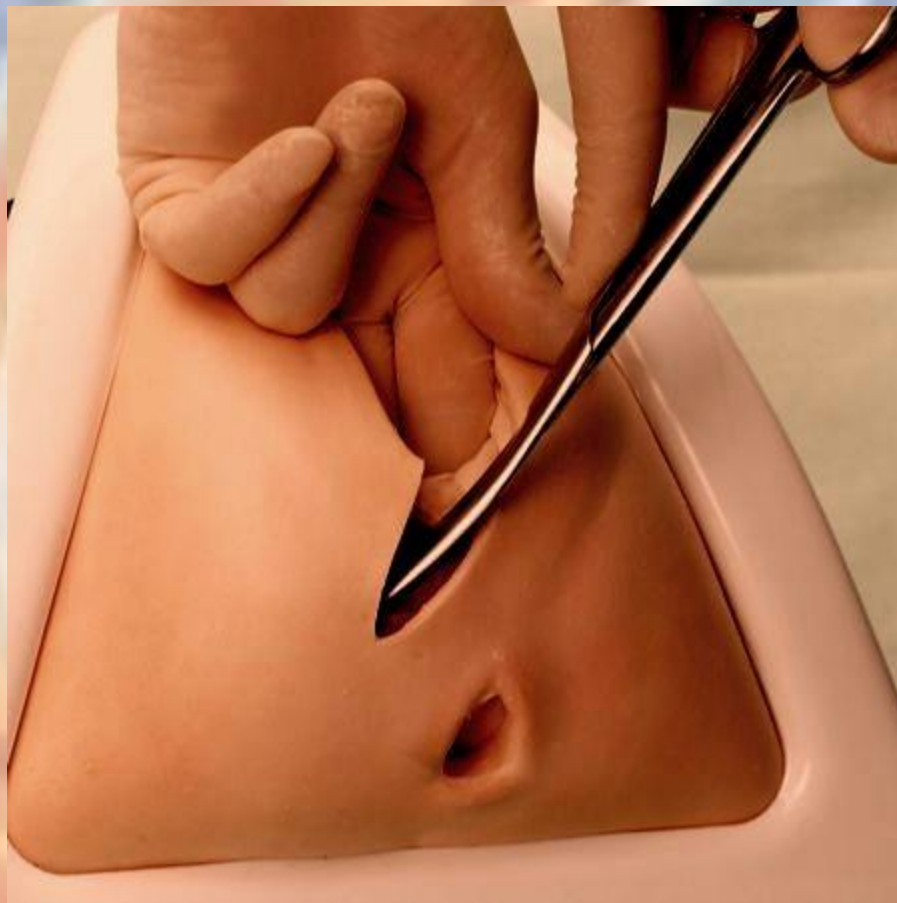
Различают четыре степени разрыва промежности.



Разрывы промежности I (а), II (б), IV (в) степени:

- 1 - передняя стенка влагалища; 2 - задняя стенка влагалища;
3 - верхний край разрыва; 4 - задняя спайка; 5 - кожа промежности;
6 - слизистая оболочка прямой кишки;
7 - наружный сфинктер прямой кишки; 8 - задний проход

Разрывы промежности



ЭПИЗИОТОМИЯ.



Выворот матки в родах



К наиболее тяжелой акушерской патологии относится разрыв матки, который

даже при благоприятном исходе чаще всего приводит к инвалидизации женщины сопровождается высокой материнской летальностью

занимает 4-е место по частоте среди причин материнской смертности

сопровождается высокой перинатальной смертностью

В настоящее время в нашей стране 1 разрыв матки приходится на 2000 родов.

Теории и взгляды на причины разрыва матки.

1. Теория BANDL (1875 г) - разрыв матки происходит из-за нарушения взаимодействия между функционально активным телом матки и пассивно растянутым нижним сегментом при наличии механического препятствия на пути продвигающейся головки плода. Этим автором впервые описана картина угрожающего разрыва матки.

2. Теория Вербова (1911 г.)- РМ может возникать:

- во время беременности;
- в самом начале родового акта, на фоне нормальной или даже слабой родовой деятельности;
- при целом плодном пузыре, т.е, в условиях когда механического препятствия рождающемуся плоду и пространственного несоответствия еще нет.

Вербов обратил внимание на то, что в родах во многих случаях отсутствуют симптомы, характерные для т.н. Бандлевского разрыва. **Основная причина РМ по Вербову глубокие патологические изменения миометрия воспалительного и дегенеративного характера**, которые могут возникать задолго до беременности, во время беременности или в процессе родового акта, осложненного эндометритом.

Согласно современным представлениям разрыву матки способствуют:

- все воспалительные и дегенеративные процессы в стенке матки
- общие септические заболевания;
- акушерская патология-приращение, предлежание плаценты, преждевременная ее отслойка;
- факторы, ведущие к перерастяжению стенки матки- многоводие, многоплодие, крупный плод, особенно в сочетании с переношенной беременностью;
- использование окситотических препаратов при клинически узком тазе;
- грубое выполнение родоразрешающих операций без учета показаний и условий.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ. (Персианинов Л.С.,1952г.)

1. Самопроизвольный

- механический при механическом препятствии для родоразрешения и здоровой маточной стенке);
- гистопатический (при патологических изменениях маточной стенки);
- сочетанный механико – гистопатический.

2. Насильственный

- травматический от грубого вмешательства в родах;
- от случайной травмы во время беременности.

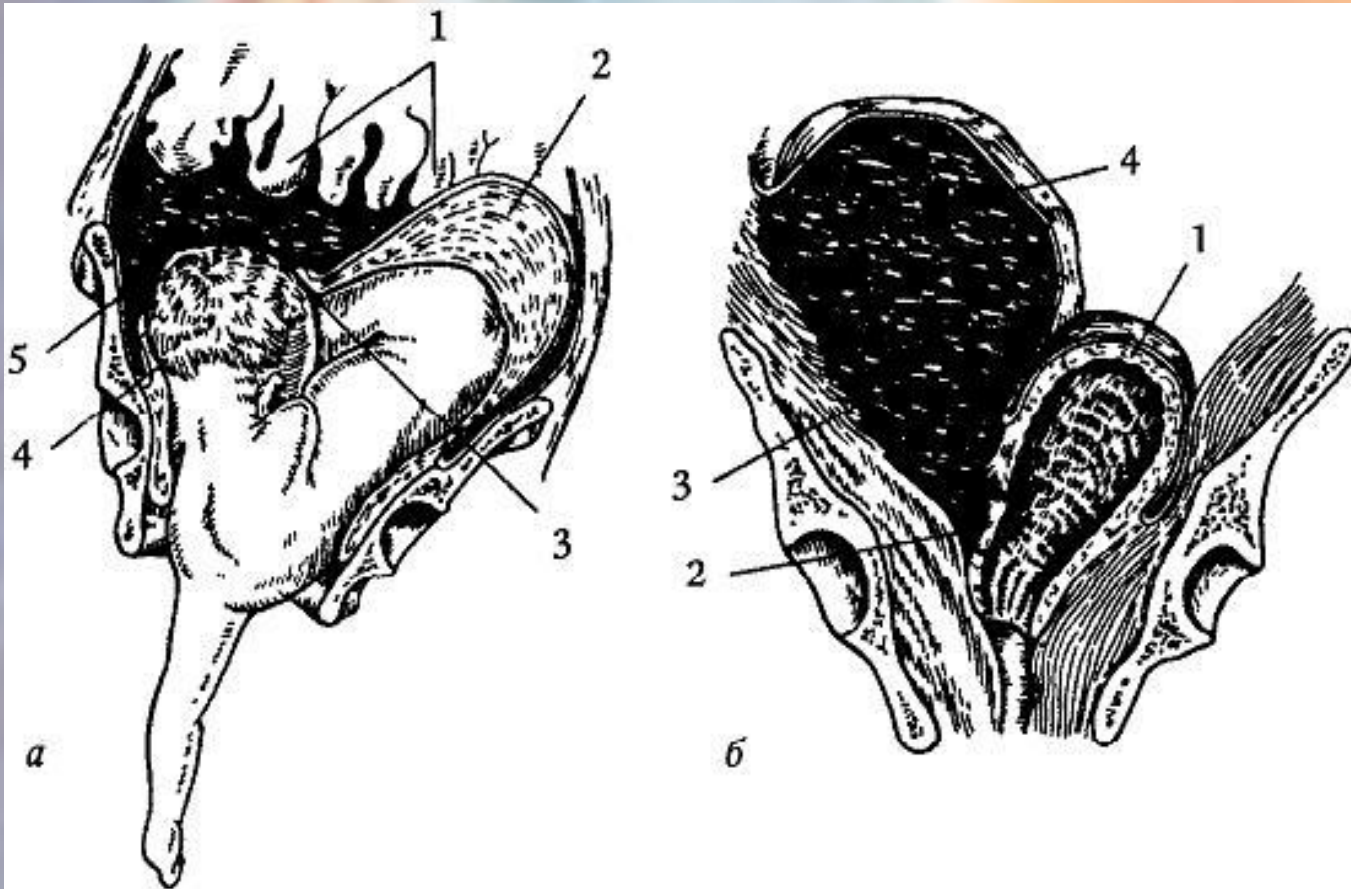
По клиническому течению:

1. Угрожающий;
2. Начавшийся (признается не всеми);
3. Свершившийся.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ. (Персианинов Л.С., 1952г.)

По характеру повреждения:

1. Неполный - не проникающий в брюшную полость;
2. Полный - проникающий в брюшную полость, который встречается в 10 раз чаще неполного.



Разрывы матки:

а — полный разрыв матки: 1 — кишечник; 2 — тело матки; 3 — верхний край разрыва; 4 — нижний край разрыва; 5 — кровь в брюшной полости;

б — неполный разрыв матки: 1 — тело матки; 2 — разрыв нижнего сегмента; 3 — гематома; 4 — брюшина

**Неполный разрыв матки по левому ребру с
образованием межсвязочной гематомы**



Figure: Posterior aspect of uterus showing Lt. broad ligament hematoma.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ. (Персианинов Л.С., 1952г.)

По локализации:

1. В нижнем сегменте -встречается чаще всего в 60-75% всех случаев, в основном повреждается передняя стенка, иногда с переходом на ребро матки;
2. В теле матки;
3. В дне матки, в области трубных углов при произведенном ранее иссечении маточной трубы по поводу беременности в интерстициальном отделе;
4. Отрыв матки от сводов (colpororexis).

Разрыв матки



Рис. 2.10.28. Разрыв матки по старому рубцу после горизонтального кесаревого разреза



Рис. 2.10.29. Разрыв нижнего сегмента и шейки матки

Полный разрыв матки в нижнем сегменте



Полный разрыв матки в нижнем сегменте



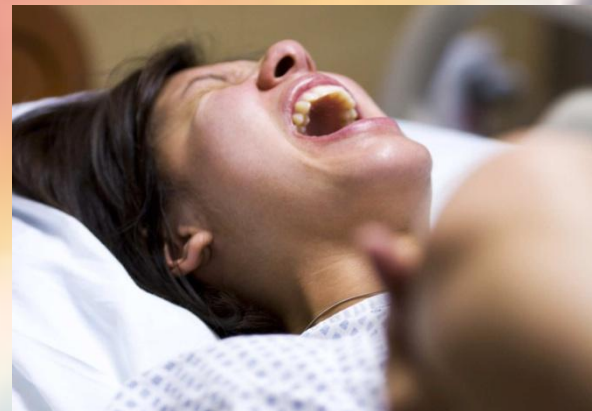
Полный разрыв матки с выходом плода в брюшную полость



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА УГРОЖАЮЩЕГО И НАЧАВШЕГОСЯ РАЗРЫВА.

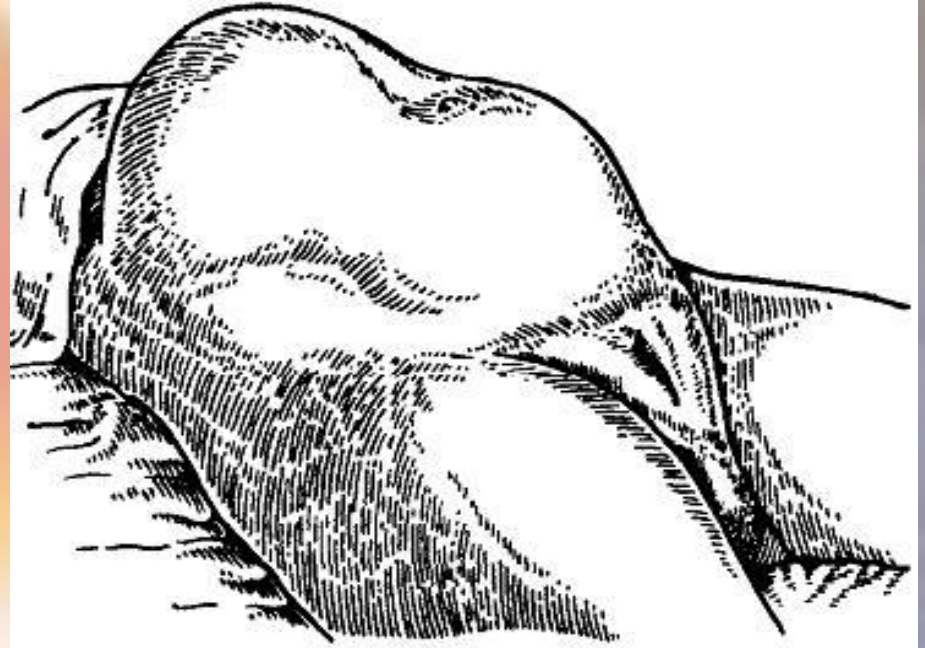
Угрожающий разрыв матки это состояние, предшествующее самопроизвольному разрыву матки. Его классическая картина описана Бандлем.

- Родовая деятельность носит бурный характер, схватки следуют одна за другой, принимают судорожный вид. Матка в паузах между схватками не расслабляется;
- Роженица крайне беспокойна, она чувствует распирающую боль в животе, хватается руками за живот, кричит не только при схватках, но и в паузах между ними. Лицо женщины гиперемировано. Язык и губы сухие. В глазах страх. Пульс и дыхание учащены, повышается температура.



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА УГРОЖАЮЩЕГО И НАЧАВШЕГОСЯ РАЗРЫВА.

- При осмотре выявляется изменение формы матки. Она вытянута в длину, резко напряжена, чаще отклонена вправо. Между телом и нижнем сегментом матки расположено контракционное кольцо в виде косо идущей вверх борозды. Борозда может находиться на уровне пупка или выше, в связи с чем матка приобретает вид «песочных часов». Перерастянутый нижний сегмент имеет расплывчатые контуры, резко напряжен и резко болезненный даже при легкой пальпации. Напряжены и растянуты круглые связки.
- Определить части плода в связи с болезненностью нижнего сегмента и напряжением миометрия не удастся, но весь он как бы находится в нижнем сегменте, который превратился в плодовместилище.



Матка в форме «песочных часов»



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА УГРОЖАЮЩЕГО И НАЧАВШЕГОСЯ РАЗРЫВА.

- Отечны наружные половые органы, что связано с длительным стоянием головки плода во входе в таз и нарушением трофики мягких тканей.
- При внутреннем исследовании, которое следует проводить под обезболиванием, определяется большая родовая опухоль на предлежащей части, которая может достигать своим нижним полюсом вход во влагалище, создавая ложное впечатление об опустившейся головке.
- При осмотре в зеркалах обнаруживается отечная синюшно - багрового цвета шейка матки, передняя ее губа нередко ущемляется между предлежащей головкой и лонными костями и свисает в виде лопасти, которая в дальнейшем может отогнуться.

Такая четкая картина, имеет место лишь при наличии механического препятствия к продвижению головки, при бурной родовой деятельности; и при здоровой маточной стенке. В настоящее время такой тип разрыва матки встречается все реже в связи с совершенствованием акушерской тактики.

При патологических изменениях стенки матки разрыв ее происходит атипично.

Но "атипично", не значит "бессимптомно".

КЛИНИКА УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ ПРИ ИЗМЕНЕННОЙ СТЕНКЕ МАТКИ.

1. Слабые, часто некоординированные сокращения матки. "Не сила, а слабость есть источник разрыва" писал Вербов.
2. Несоответствие между силой родовых схваток и их болезненными проявлениями – боли, постоянно нарастая в своей интенсивности, становятся непереносимыми, принимая иногда определенную локализацию, нередко совпадающую с местом будущей травмы.
3. Перерастяжения нижнего сегмента нет, но при пальпаторном исследовании он болезненный.
4. Появляются дизурические расстройства - задержка мочеиспускания.
5. Ухудшается состояние внутриутробного плода.

НАЧАВШИЙСЯ РАЗРЫВ.

Характеризуется перечисленными симптомами в различном их сочетании, но присоединяются и новые:

1. Появляются кровянистые выделения из родовых путей.
2. Обнаруживается припухлость чаще всего над лоном (если разрыв локализуется в нижнем сегменте).
3. Появляется примесь крови в моче (нарушается трофика при длительном стоянии головки в одной плоскости).
4. Продолжает ухудшаться состояние плода.

Если своевременная квалифицированная помощь не будет оказана, угрожающий, а тем более начавшийся, разрыв матки непременно перейдет в свершившийся.

Разрыв происходит обычно на высоте одной из схваток. Роженица вскрикивает, т.к. в этот момент она ощущает сильную режущую боль. Некоторые женщины указывают на то, что в животе что-то "лопнуло" или "разорвалось" Роженица хватается руками за живот. Затем ее поведение резко меняется - она больше не кричит и не мечется, лишь иногда стонет. Кожа и слизистые быстро и резко бледнеют. Быстро нарастает жажда. Роженица покрывается холодным потом, появляется тошнота, затем рвота, падает АД, нарастает тахикардия. Схватки полностью прекращаются.

НАЧАВШИЙСЯ РАЗРЫВ.

Живот приобретает неопределенную форму, по определению Гентера "выявляются симптомы другого живота":

- нет больше бурно сокращающегося плодовместилища;
- движения плода отсутствуют, а сердцебиение не выслушивается;
- исчезло контракционное кольцо;
- пальпация живота резко болезненна, положителен симптом Щеткина;
- под брюшной стенкой ясно определяются части плода;
- сократившаяся матка оттесняется в сторону, прощупывается где-то рядом с плодом в виде плотной опухоли;
- появляется вздутие живота, подкожная эмфизема.

Наружное кровотечение может быть весьма умеренным. Преобладают симптомы внутреннего кровотечения, ведущего к быстрому нарастанию острой анемии и к геморрагическому шоку. В результате раздражения рецепторов брюшины родившимся в брюшную полость плодом к описанной картине присоединяется шок травматический, такое сочетание и дает столь тяжелое течение процесса.

Непостоянным симптомом является наличие крови в моче, что наблюдается при травме мочевого пузыря и при длительном стоянии головки в одной плоскости.

НАЧАВШИЙСЯ РАЗРЫВ.

В неясных случаях бурной картины может и не быть. При этом тяжесть нарастает постепенно, родовая деятельность может не прекратиться и иногда роды могут произойти самопроизвольно, т.к. плод оставался в полости матки.

При неясной, «смазанной» клинике важным подспорьем для диагностики является ручное обследование полости матки после рождения плода, которое совершенно обязательно во всех сомнительных случаях.

Для неполного разрыва матки характерно образование забрюшинной гематомы, уходящей к стенке таза и почечной области. При наружном осмотре гематома может определяться даже через переднюю брюшную стенку в виде опухоли, располагающейся рядом с маткой. При этом постепенно нарастает анемия, может появиться наружное кровотечение при отодвигании головки плода при влагалищном исследовании. После рождения плода может одновременно извергнуться скопившаяся в матке кровь. Явления внутреннего кровотечения и шока выражены слабее чем при полном разрыве.

ТЕРАПИЯ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ.

Состояние угрожающего разрыва матки требует немедленной помощи и «помощь единственно мыслимая - есть немедленное родоразрешение» - Гентер, т.к. разрыв матки может произойти в любой момент. В создавшейся ситуации есть **2 варианта завершения родов - абдоминальное кесарево сечение или плодоразрушающая операция.**

Для других родоразрешающих вмешательств - **щипцы, поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец при угрозе разрыва время уже упущено, и они противопоказаны категорически.**

Для прекращения родовой деятельности существует единственный способ - глубокий наркоз, расслабляющий мускулатуру матки, что позволяет выполнить последующие акушерские манипуляции без риска спровоцировать разрыв матки.

ТЕРАПИЯ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ.

Метод родоразрешения зависит от акушерской ситуации:

- при возникновении угрозы разрыва во время беременности и в 1-м периоде родов вопрос решается только в пользу кесарева сечения независимо от состояния плода.
- во 2-м периоде родов, если возможности для получения живого ребенка абдоминальным путем нет, показана плодоразрушающая операция.

ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВА МАТКИ включает срочное и одновременное выполнение:

- оперативного вмешательства;
- адекватного анестезиологического пособия;
- адекватной инфузионно - трансфузионной терапии;
- коррекции нарушений гемокоагуляции.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВА МАТКИ.

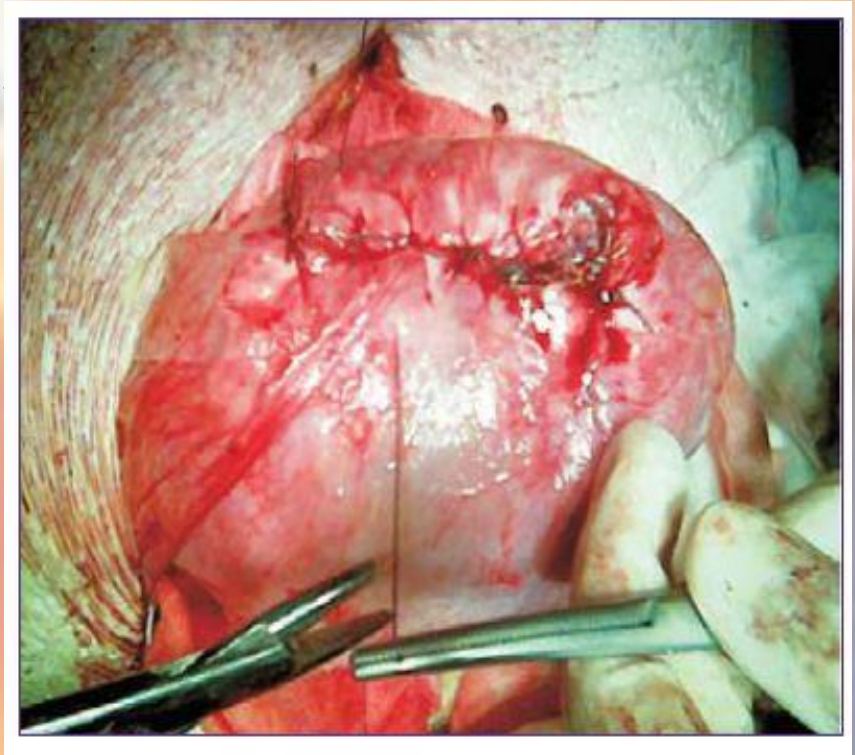
Выбор объема операции основан на целесообразности того мероприятия, которое позволит сохранить жизнь больной.

Это может быть:

- ушивание разрыва;
- надвлагалищная ампутация матки
- экстирпация матки.

Выбор объема зависит от:

- тяжести состояния больной,
- характера повреждения,
- сопутствующего инфицирования матки,
- возможности быстро и эффективно остановить кровотечение.



Преимущества органосохраняющих операции очевидна, однако, их выполнение возможно лишь в тех случаях, когда:

- нет подозрения на инфекцию в матке;
- имеется короткий интервал от разрыва до оперативного лечения;
- нет обширных повреждений органа;
- локализация разрыва «благоприятная»- передняя или задняя стенка, дно, неосложненный разрыв по рубцу;
- нет стабильной гемодинамики и удаление матки может оказаться опасной дополнительной травмой.

Обширная травма, сопровождающаяся массивной кровопотерей, отрывом матки от сводов, разрывом по ребру с образованием параметральной и забрюшинной гематомы, повреждением сосудистого пучка требует удаления матки.

В настоящее время говорят о "**болезни оперированной матки**", одним из проявлений которой может быть разрыв матки по рубцу. Разрыв может произойти не только с началом родовой деятельности, но и во время беременности.

Особенностью клиники такого разрыва является: стертость симптомов - матка как бы «расползается», что ведет к запоздалой диагностике.

Моменты, на которые следует обратить особое внимание при ведении беременной с рубцом на матке:

- показания к выполненной ранее операции;
- условия, в которых операция выполнена (длительность безводного промежутка, хориоамнионит в родах);
- методика кесарева сечения;
- течение послеоперационного периода;
- течение настоящей беременности, наличие или отсутствие болевого синдрома при пальпации, шевелении плода, перемене положения тела;

Моменты, на которые следует обратить особое внимание при ведении беременной с рубцом на матке:

- объективные данные:

1. Состояние рубца на передней брюшной стенке- внешний его вид, спаянность с подлежащими тканями;
2. Наличие грыжеподобных выпячиваний или грыж на передней стенке матки в области рубца;
3. Состояние миометрия, истончение его в нижнем сегменте при выполнении кесарева сечения в этой зоне;
4. Изменение миометрия в теле матки после корпорального кесарева сечения;
5. Болезненность при пальпации в зоне рубца.

Вопрос о методе родоразрешения беременных с рубцом на матке решается чаще всего в пользу повторного планового кесарева сечения, которое проводится при сроке беременности 38-39 недель. Показания для экстренного родоразрешения абдоминальным путем могут появиться при любом сроке беременности в связи с развитием клиники угрожающего разрыва матки по рубцу. Следует отметить, что при разрыве матки по рубцу может не быть основного грозного осложнения - внутреннего кровотечения, поскольку края раны обычно бывают каллезными.

Дородовая госпитализация беременных с рубцом на матке при благоприятном течении беременности осуществляется не позднее 37-й недели гестации. После повторного кесарева сечения женщине должна быть предложена стерилизация.

РАЗРЫВЫ МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ



ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВА МАТКИ

возможна при включении в постоянную работу акушеров-гинекологов 2-х элементов:

1. Квалифицированное и внимательное ведение беременной и роженицы как на этапе консультации так и в акушерском стационаре;
2. Комплексная оценка акушерской ситуации в динамике:
 - знание во всех деталях акушерского и гинекологического анамнеза;
 - четкое представление о размерах плода, его положении и предлежании;
 - правильная оценка характера родовой деятельности;
 - постоянный контроль за состоянием внутриутробного плода;
 - оценка в динамике общего состояния беременной и роженицы, ее жалоб и поведения;
 - своевременная и по показаниям родостимулирующая и анальгизирующая терапия;

ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВА МАТКИ

- бережное выполнение родоразрешающих операций с соблюдением необходимых условий, что касается и влагалищных и абдоминальных методов;
- разумное отношение к формированию показаний к операции кесарева сечения;
- активное внедрение адекватных методов контрацепции женщинам входящим в группу риска по разрыву матки.

БЛАГОДАРЮ



ЗА

ВНИМАНИЕ!