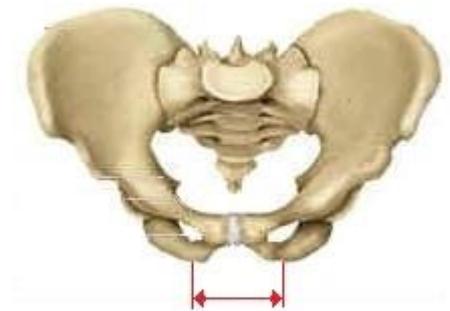
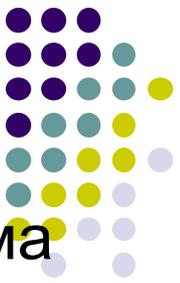


Узкий таз. Родовой травматизм матери

Кафедра акушерства и гинекологии
Гомельского государственного медицинского
университета
к.м.н. доцент Эйныш Елена Александровна



Женский таз



- **Узкий таз** - одна из причин родового травматизма матери и плода, перинатальной смертности и детской инвалидности. Частота узкого таза - **1% - 7,7%**.
- **Анатомически узкий таз** - таз, в котором все или хотя бы один из размеров укорочен по сравнению с нормальным на 1,5-2 см и более
- **Клинически узкий таз** - несоответствие между головкой плода и тазом матери независимо от его размера

Этиология



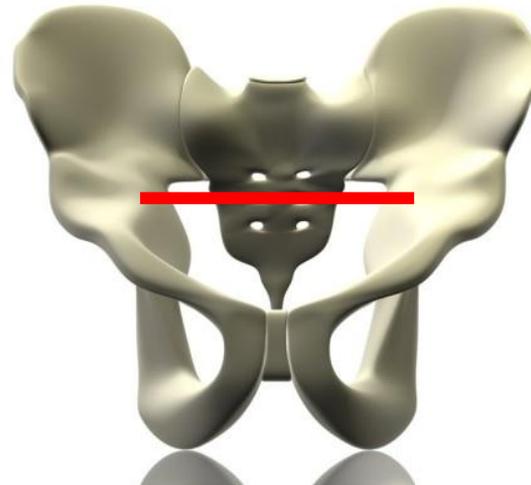
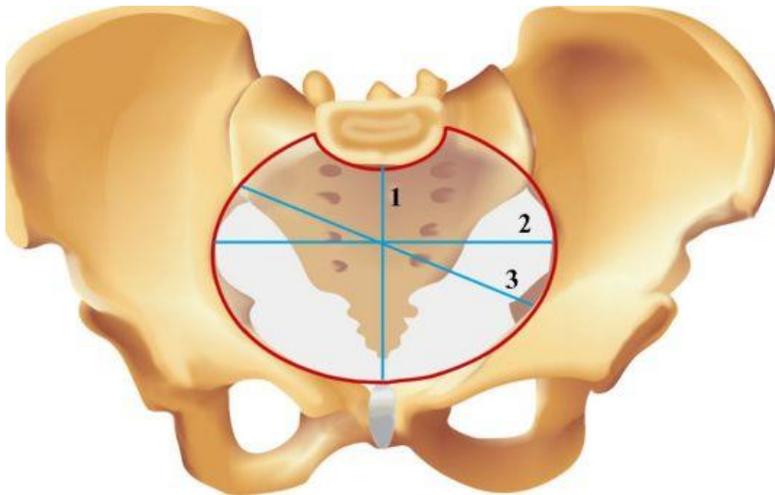
- неблагоприятные условия внутриутробного развития (акушерская и соматическая патология матери во время беременности);
- частые острые и хронические инфекционные заболевания;
- физические и эмоциональные перегрузки в детстве и пубертатном возрасте, нарушения менструального цикла, задержка полового развития;
- нерациональное питание, нарушения минерального обмена;
- травмы костей и сочленений таза;
- заболевания позвоночника и суставов (туберкулез, рахит, опухоли)

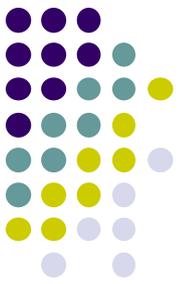
Классификация анатомически узких тазов по форме сужения



А. Часто встречающиеся формы:

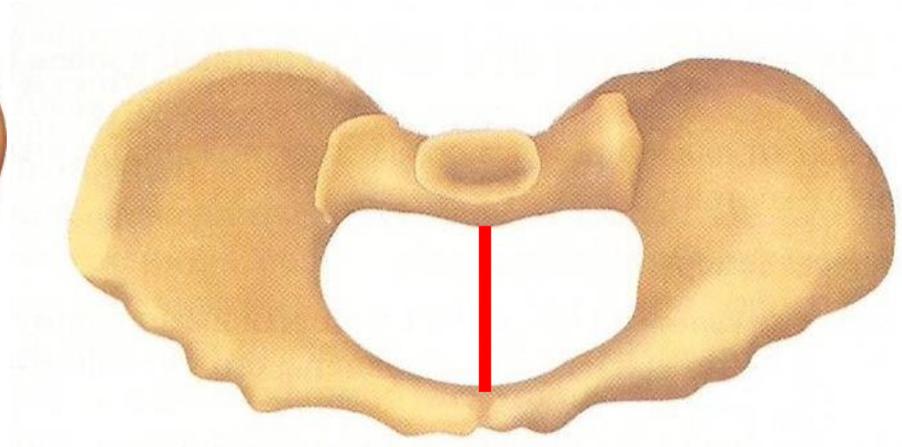
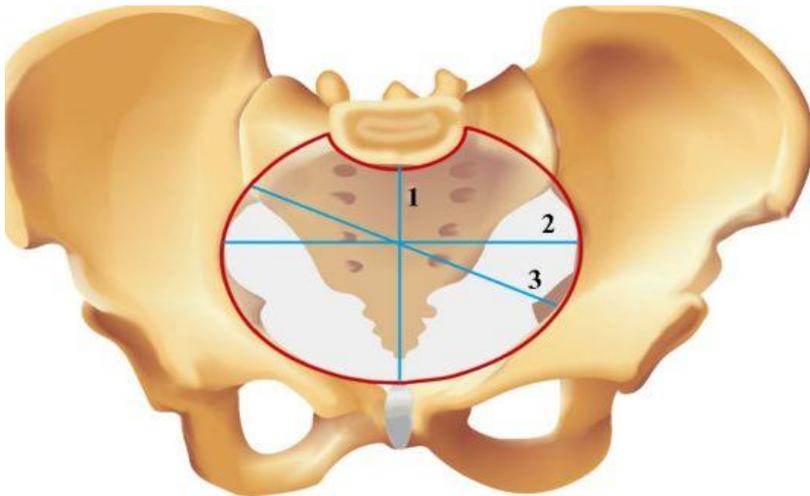
- **Поперечносуженные** (61,7%) - тазы с уменьшением поперечных размеров





Классификация анатомически узких тазов по форме сужения

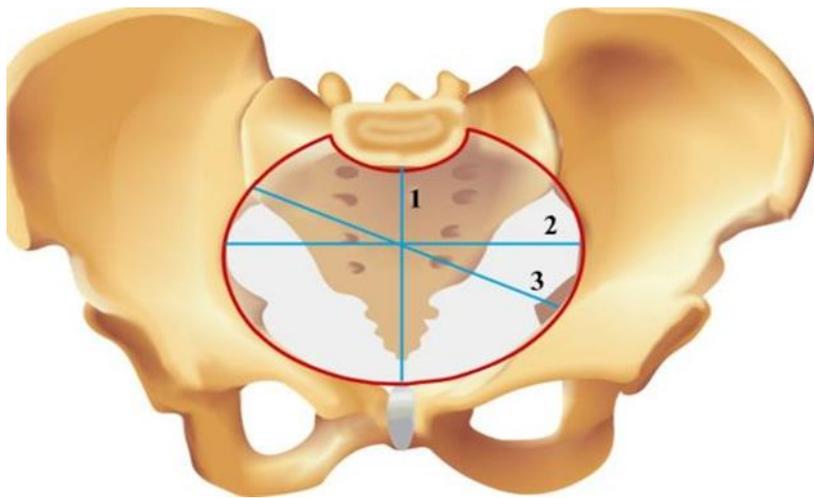
- **Плоские** (19,2%) -
 - тазы с уменьшением прямых размеров
 - Простой плоский таз
 - Плоскорахитический таз
 - Таз с уменьшением широкой части полости



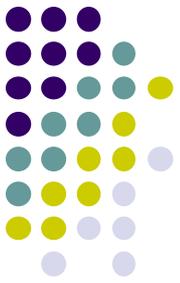


Классификация анатомически узких тазов по форме сужения

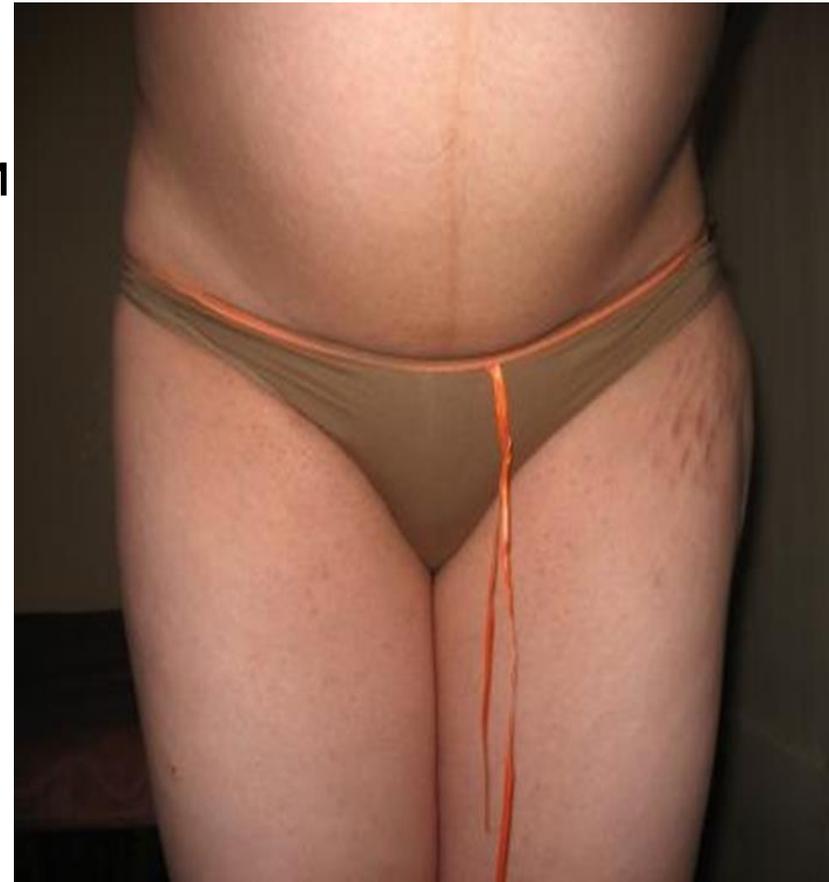
- **Общесуженные** (18,8%) - тазы с уменьшением прямых и поперечных размеров



Классификация анатомически узких тазов по форме сужения



- Б. Редко встречающиеся формы узкого таза
 - тазы, суженные экзостозами,
 - костными опухолями,
 - деформированные переломами
 - косо смещенные тазы



Классификация анатомически узких тазов по степени сужения (в зависимости от размера истинной конъюгаты):



- I степень – 11-9 см
- II степень – 9-7,5 см
- III степень – 7,5-6 см
- VI степень – менее 6 см

Алгоритм диагностики анатомически узкого таза



Анамнез

- Инфекционный индекс
- Возраст наступления менархе
- Нарушения менструального цикла
- Психофизические нагрузки в пубертатном возрасте
- Эндокринная патология
- Заболевания костной системы
- Травмы таза
- Особенности течения предыдущих беременностей

Осмотр, наружное акушерское исследование

- Рост, масса тела
- Длина стопы, кисти, пальцев
- Наружные размеры таза
- Ромб Михаэлиса
- размеры плоскости выхода
- Окружность живота, высота стояния дна матки
- Расположение головки плода
- Предполагаемая масса плода

↓
Данные вагинального исследования, измерение ДК, оценка рельефа костей таза

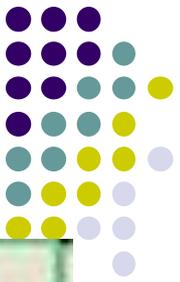
Инструментальные методы исследования – УЗИ, МРТ

Диагностика анатомически узкого таза



Акушерский
тазомер

Наружная пельвиометрия

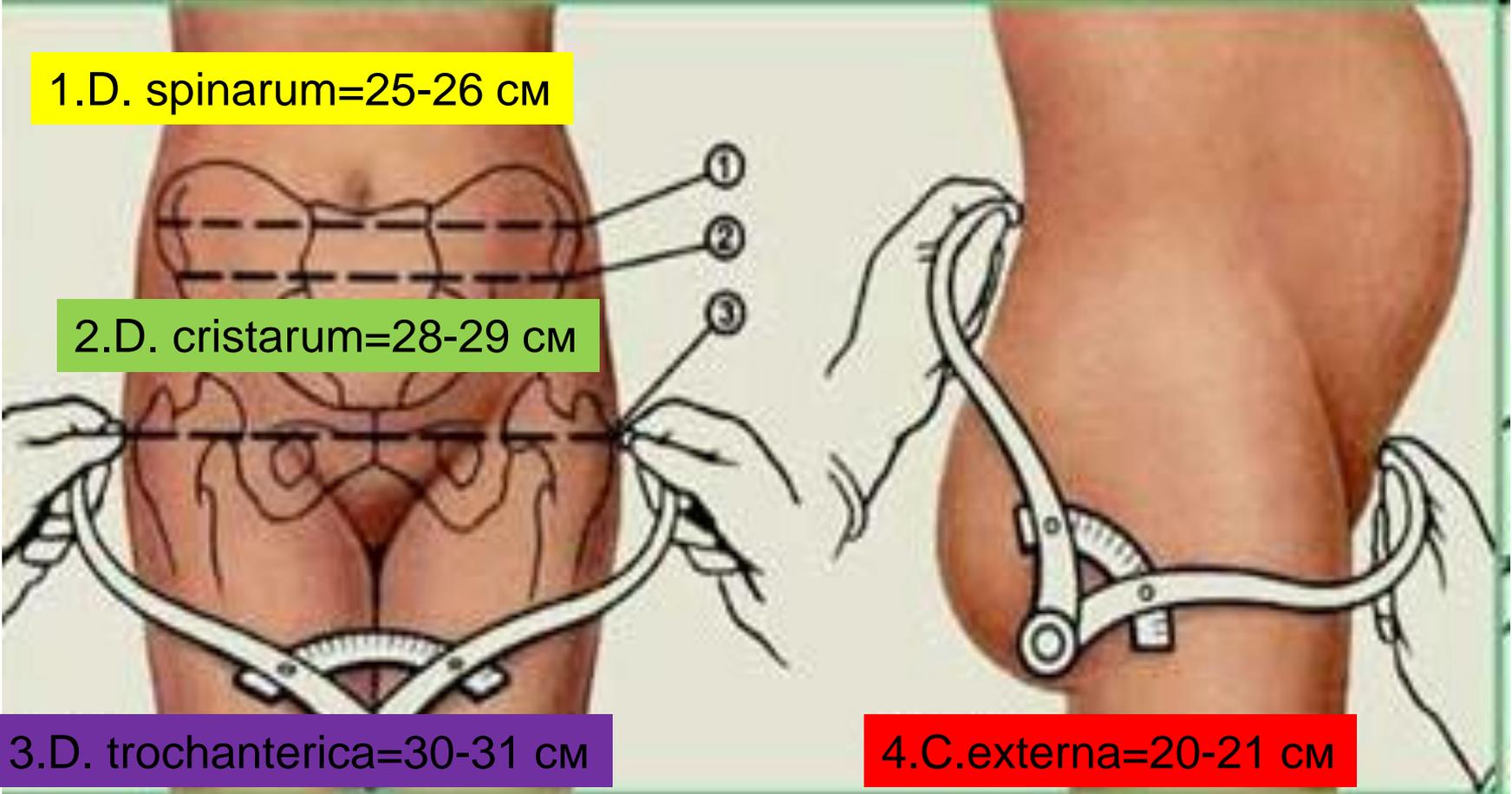


1.D. spinarum=25-26 см

2.D. cristarum=28-29 см

3.D. trochanterica=30-31 см

4.C. externa=20-21 см

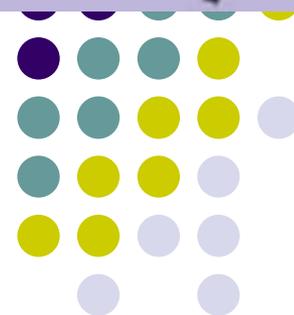
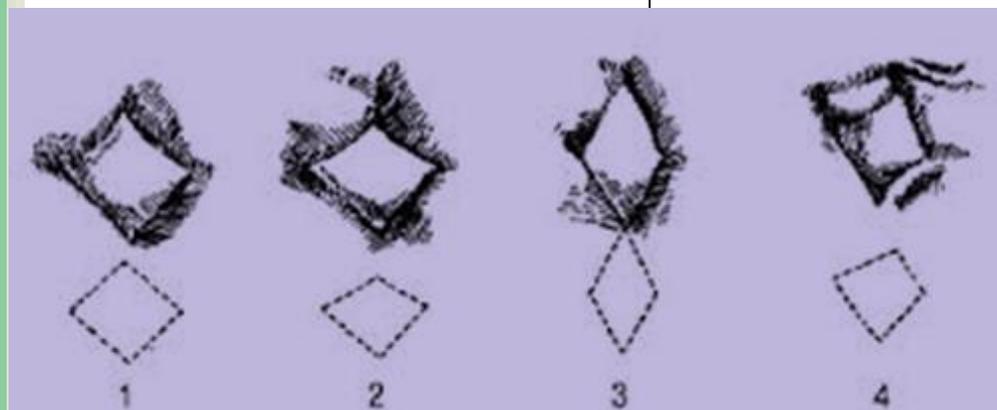
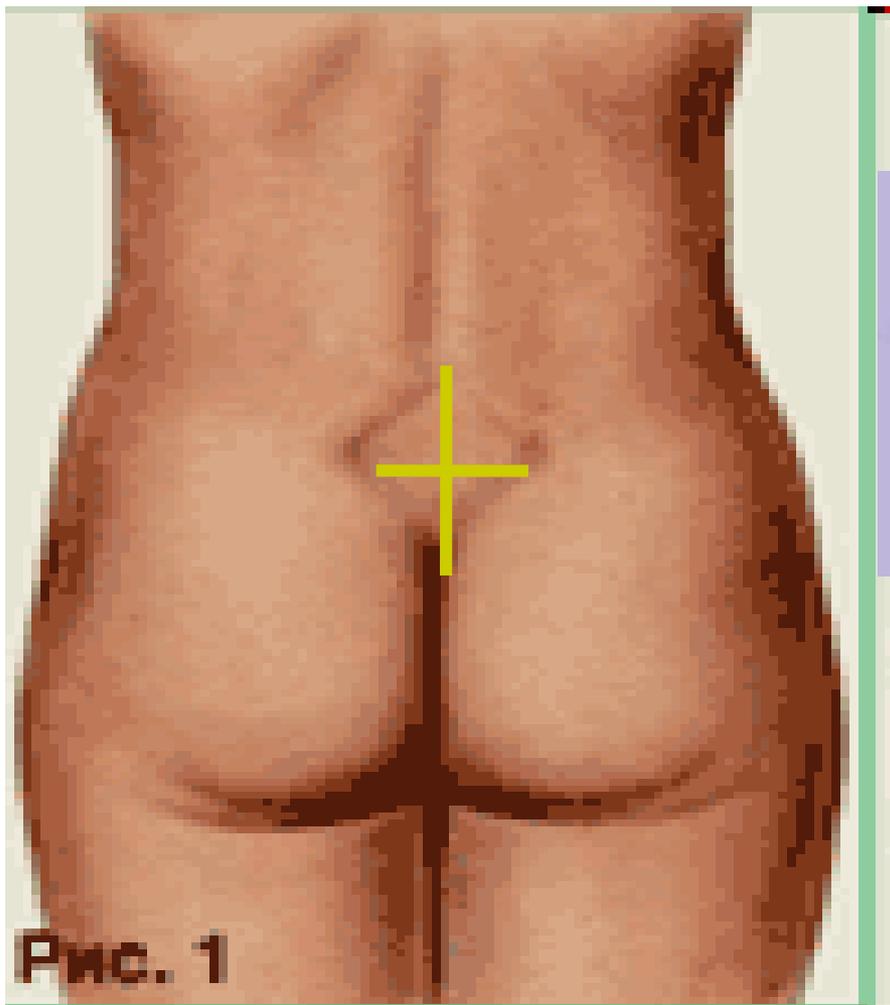


Индекс таза



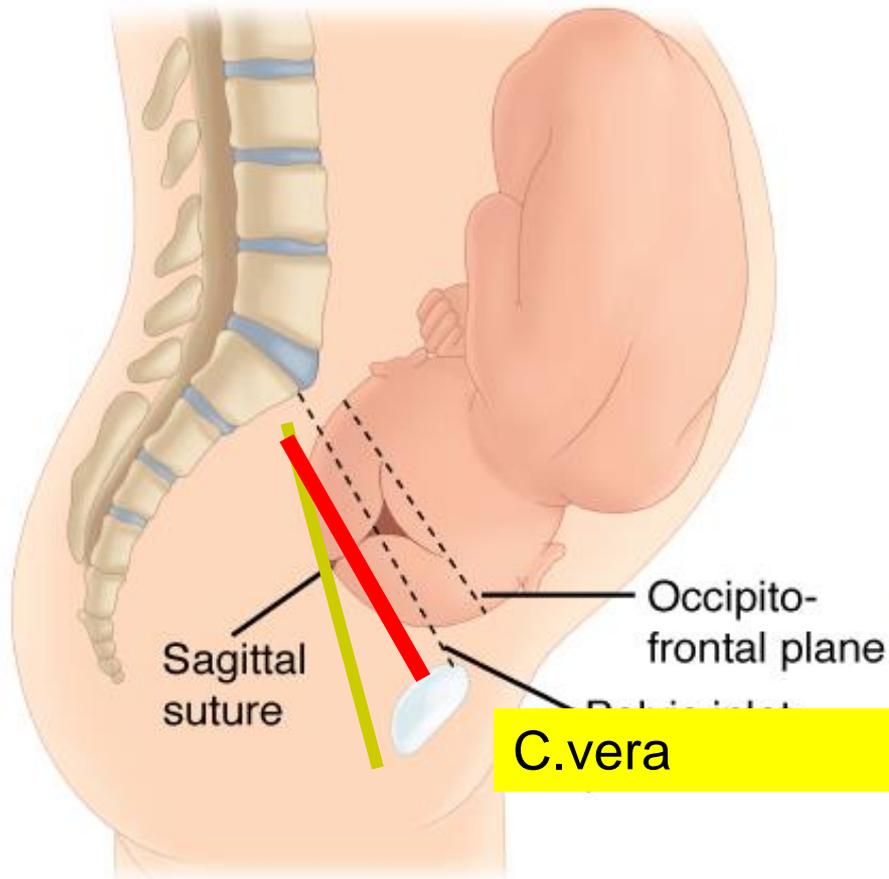
Формы таза	D. spinarum	D. cristarum	D. trochanterica	C. externa	C. diagonalis	C. vera
Нормальный	25-26	28-29	30-31	20	12,5-13	11
Поперечносуженный	23-24	26-27	28-29	20	12,5	11
Простой плоский	25-26	28-29	30-31	18	11	9
Плоскоррахитический	26	26	30-31	17	10	9
С уменьшением прямого размера широкой части полости таза	26	29	30	20	12,5	11
Общеравномерносуженный	23-24	26-27	28-29	18	11	9

Ромб Михаэлиса



Длинник крестцового ромба = С. vera

Измерение диагональной конъюгаты при вагинальном исследовании



$C. vera = C. diagonalis - 2,5 \text{ cm}$

C. Diagonalis (13-13,5 cm)

Особенности течения беременности при анатомически узком тазе



- головка плода не опускается в малый таз, растущая матка поднимается вверх и значительно затрудняет дыхание - рано появляется одышка, сердцебиение, утомляемость, они более выражены, чем при беременности с нормальным тазом
- формирование неправильных положений плода - поперечных и косых
- формирование тазового предлежания плода
- преждевременное излитие околоплодных вод - не образуется пояс соприкосновения между головкой и костями таза в связи с отсутствием вставления головки

Особенности ведения беременности при анатомически узком тазе



Беременные с узким тазом относятся к группе высокого риска развития акушерской и перинатальной патологии

- профилактика крупного плода
- своевременное выявление аномалий положения плода и проведение их коррекции
- точное определение срока родов, профилактика перенашивания беременности
- госпитализация в отделение патологии беременности за 2 недели до срока родов для уточнения диагноза и выбора рационального метода родоразрешения

Показания к кесареву сечению у пациенток с анатомически узким тазом во время беременности



сочетание узкого таза 1 степени

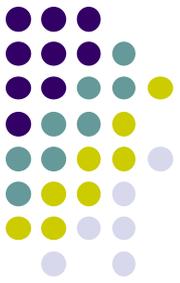
Абсолютные

- анатомически узкий таз II-IV степени сужения;
- наличие костных опухолей в малом тазе, препятствующих прохождению плода;
- резкие деформации таза в результате перенесенной травмы;
- наличие при предыдущих родах разрывов лонного сочленения или других повреждений таза.
- разрыв промежности 3 ст.

Относительные

- с крупными размерами плода
- с перенашиванием беременности
- с хронической гипоксией плода
- с тазовым предлежанием
- с аномалиями развития половых органов
- с рубцом на матке после кесарева сечения и других операций
- с указанием на наличие бесплодия в анамнезе
- с возрастом первородящей старше 30 лет и т.д.

Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе:



- вставление головки стреловидным швом в косом или прямом размере плоскости входа в малый таз (**высокое прямое стояние головки**)
- если затылок обращен кпереди, головка сгибается и проходит все плоскости без внутреннего поворота (**отсутствие внутреннего поворота головки**)
- если затылок обращен кзади, головка не может сильно согнуться, возникают симптомы клинически узкого таза
- **затрудненное образование точки фиксации** – травма промежности



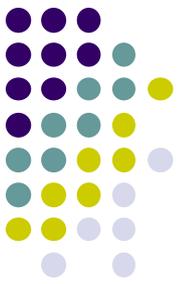
Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе:

- вставление головки **в поперечном размере** плоскости входа в малый таз
- небольшое **разгибание** головки при входе в таз
- **асинклитическое вставление** головки
- **отсутствие внутреннего поворота головки**
– низкое поперечное стояние головки
- отсутствие точки фиксации для разгибания головки



Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:

- Длительное стояние головки в плоскости входа в малый таз – **стреловидный шов в поперечном размере, разгибание головки, выраженное асинклитическое вставление**
- **Быстрое прохождение головкой всех остальных плоскостей** таза с родовым травматизмом матери и плода



Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе:

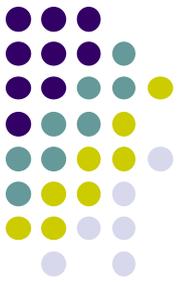
- **выраженное сгибание** головки в плоскости входа в малый таз
- **максимальное сгибание головки** при переходе ее из широкой плоскости таза в узкую
- **медленное** совершение внутреннего поворота головки



Осложнения родов через естественные родовые пути при анатомически узком тазе

- несвоевременное излитие околоплодных вод (44,7%)
- острая гипоксия плода (22,5%) в результате выпадения пуповины и мелких частей плода
- аномалии родовой деятельности (20,1%),
- затяжное течение родов
- клинически узкий таз (11,0%)
- дистоция плечиков (5,3%)
- внутриутробная гипоксия и травма плода
- родовой травматизм матери (травмы мягких тканей, разрыв матки, свищи)
- послеродовые гнойно-септические заболевания

Принципы ведения родов при узком тазе



- адекватное поэтапное обезболивание
- кардиомониторное наблюдение за состоянием плода и сократительной деятельностью матки
- профилактика гипоксии плода
- **функциональная оценка таза**
- перинео- (эпизиотомия)
- профилактика кровотечения в раннем послеродовом периоде, ГСЗ в послеродовом периоде



- **Клинически узкий таз** - несоответствие между предлежащей частью (головкой) плода и тазом матери независимо от его размера
- **Причины клинически узкого таза:**
 - Анатомически узкий таз матери
 - Крупный плод
 - Неправильные положения и предлежания плода
 - Врожденные пороки развития плода (гидроцефалия)



Диагностика клинически узкого таза - функциональная оценка таза в родах

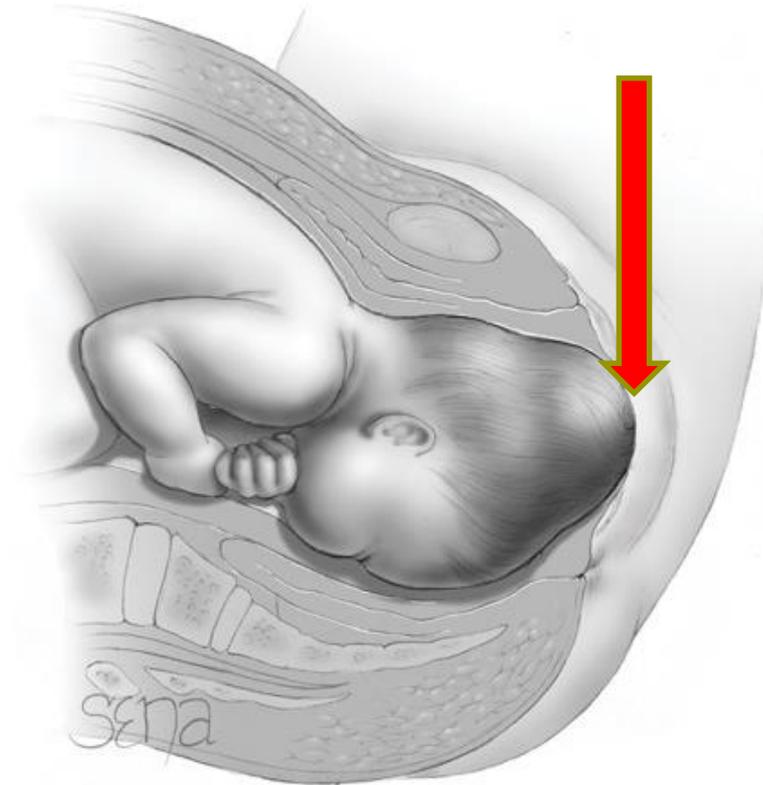
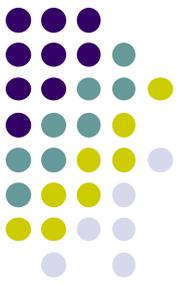
- В конце 1 периода родов или во 2 периоде родов при условиях:
 - почти полное (более 7 см) или полное раскрытие маточного зева
 - отсутствие плодного пузыря
 - хорошая родовая деятельность
 - опорожненный мочевого пузырь

Симптомы клинически узкого таза:



- Отсутствие поступательного движения головки на схватку
- Потуги при прижатой ко входу в малый таз головке плода
- Положительные симптомы Вастена и Цангемейстера, которые направлены на определения соотношения размеров головки и входа в малый таз
- Особенности вставления головки: нарушения нормального биомеханизма родов, выраженная конфигурация головки, асинклитическое вставление, выраженная родовая опухоль
- Вторичная слабость родовой деятельности
- Признаки угрожающего разрыва матки

Родовая опухоль на головке плода и новорожденного



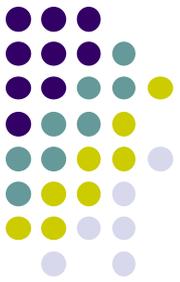


Сколько времени нужно, чтобы поставить диагноз

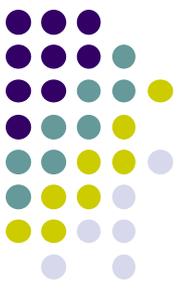
При отсутствии признаков угрожающего разрыва матки диагноз «Клинически узкий таз» ставят в течение **1 часа**. Проводят родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке

При появлении признаков угрожающего разрыва матки показано немедленное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

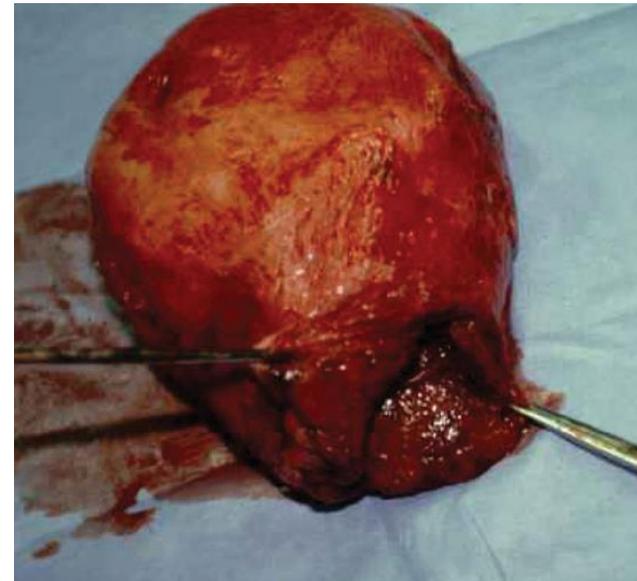
Родовой травматизм матери



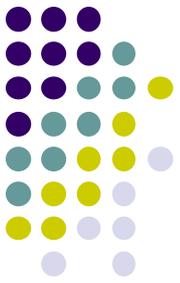
- разрывы тела матки, шейки матки, влагалища, наружных половых органов, промежности,
- гематомы наружных половых органов и влагалища,
- острый выворот матки,
- растяжение и разрывы сочленений малого таза,
- мочеполовые и кишечно-половые свищи.



- **Под разрывом матки понимают нарушения целостности одного либо всех ее слоев**
- Частота - **0,015-0,1%** от общего числа родов при неоперированной матке,
- **0,2-0,8%** - после предшествующего кесарева сечения;
- **1,7%** - после миомэктомии.
- Летальность - **3-4%**. Это связано с обширной травмой, массивной кровопотерей, шоком, гнойно-септическими осложнениями
- Гибель плода - до **100%** случаев
- Разрыв матки всегда требует квалифицированного хирургического вмешательства, реанимационных мероприятий и длительной интенсивной терапии



Этиология и патогенез разрыва матки:



- механическая теория (Бандль 1875 г.)
- клинически узкий таз
- гистопатическая теория (Н.З. Иванов, Я.В. Вербов, начало XX века) – рубец на матке
- механогистопатическая теория (1+2).

Механическая теория (Бандль, 1875):

Разрыв - это завершение перерастяжения нижнего сегмента матки при диспропорции между размерами головки плода и таза матери



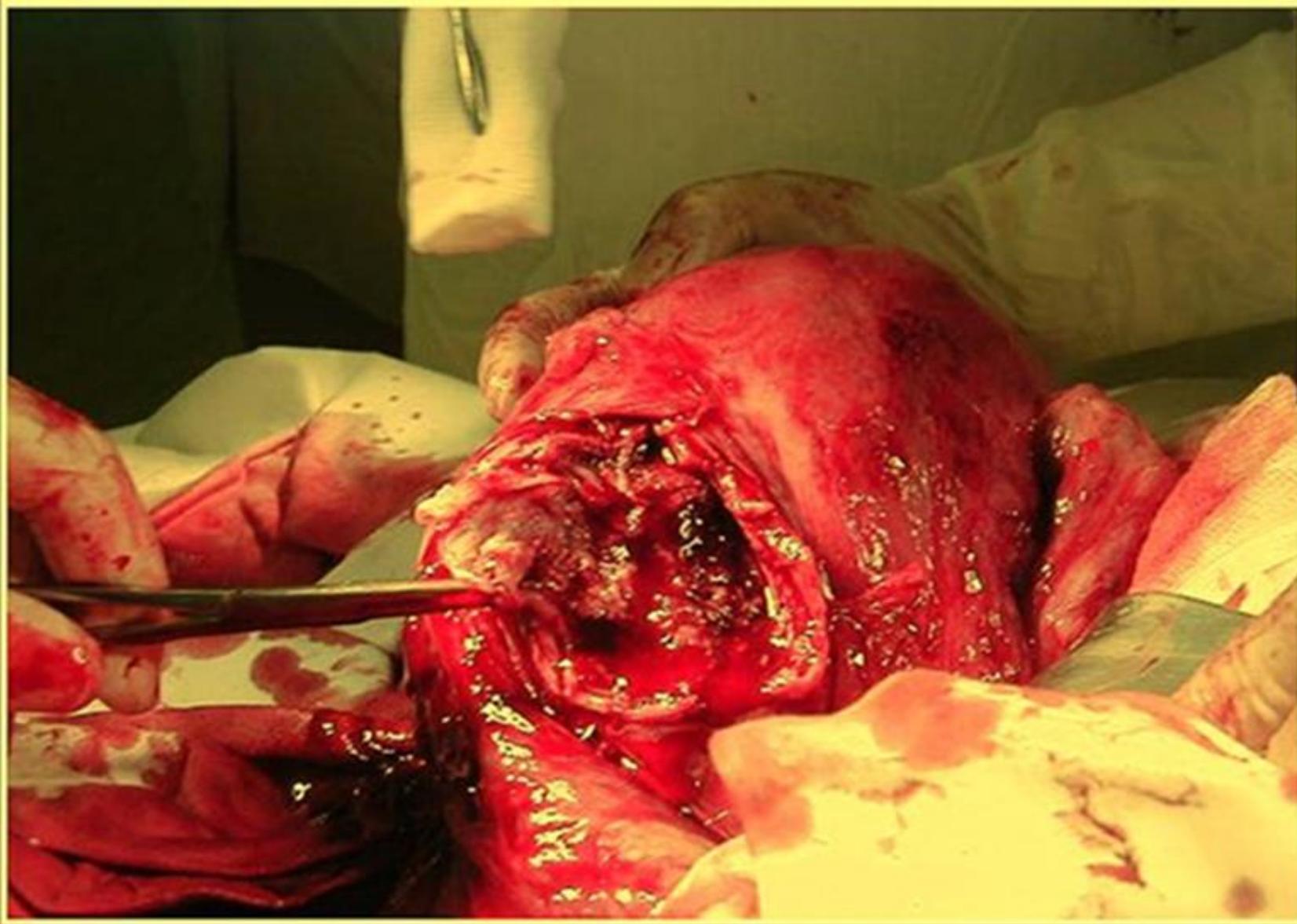
Причины механического разрыва

Материнские факторы

- анатомически узкий таз
- опухоли в области малого таза, экзостозы, рубцовые сужения мягких родовых путей

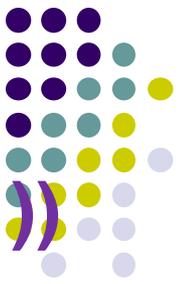
Плодовые факторы

- неправильные положения плода
- разгибательное предлежание головки
- асинклитическое вставление
- крупный плод
- гидроцефалия
- переношенная беременность

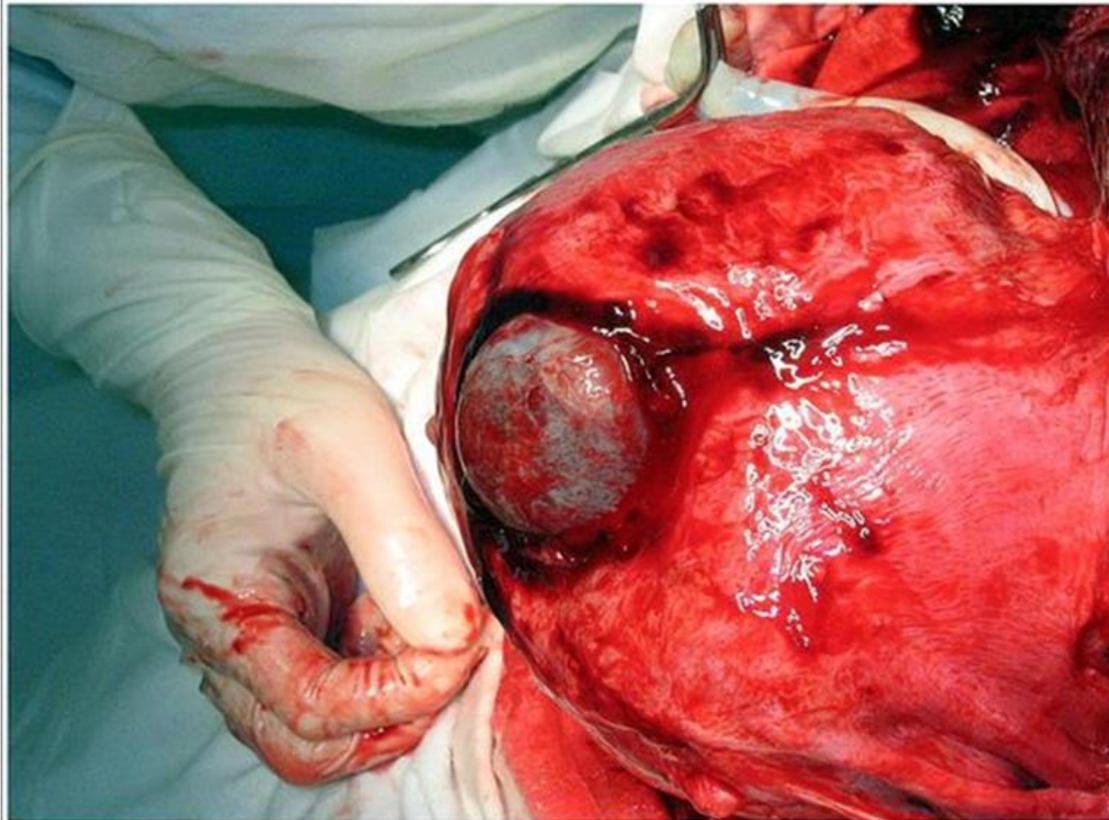


Гистопатическая теория

(Н.З.Иванов (1901), Я.В. Вербов (1911))



- Основа гистопатических разрывов - морфофункциональная несостоятельность стенки матки, обусловленная локальным замещением мышечной ткани соединительной.



Группа риска по возникновению разрыва матки



- беременные и роженицы, угрожаемые по клинически узкому тазу (крупный плод, узкий таз, неправильные вставления головки плода, гидроцефалия плода, поперечное положение плода)
- беременные с рубцами на матке после перенесенного кесарева сечения, консервативной миомэктомии, перфорации матки во время искусственного аборта
- беременные с ОАА (многорожавшие, имевшие несколько абортов, осложненное течение послеабортного периода, многоводие)
- роженицы с аномалиями родовой деятельности и необоснованным применением родостимулирующей терапии

Классификация разрывов матки по Л.С. Персианинов (1954)



I. По времени происхождения:

- Разрыв во время беременности.
- Разрыв во время родов.

II. По патогенетическому признаку:

--*Самопроизвольные:*

- Механические
- гистопатические
- механическо-гистопатические

-*Насильственные*

-*Смешанные*

III. По клиническому течению:

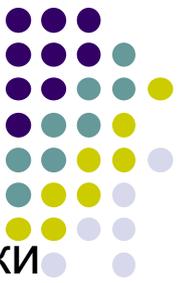
- Угрожающий разрыв.
- Начавшийся разрыв.
- Совершившийся разрыв.

IV. По характеру повреждения:

- Трещина (надрыв).
- Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость).
- Полный разрыв (проникающий в брюшную полость).

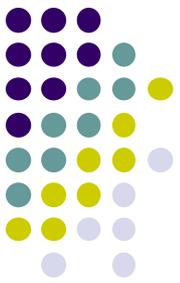
V. По локализации:

- Разрыв в дне матки.
- Разрыв в теле матки.
- Разрыв в нижнем сегменте. -Отрыв матки от сводов влагалища.



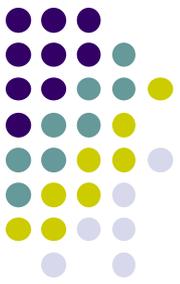
Клиническая картина угрожающего разрыва матки:

- **бурная родовая деятельность**, сильные, болезненные схватки
- матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, **круглые связки напряжены, болезненны**
- контракционное кольцо расположено на уровне пупка и косо, матка приобретает форму **песочных часов**
- нижний сегмент матки истончен, перерастян, **при пальпации вне схваток - резко болезненный**, определить предлежащую часть невозможно
- **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 влагалища и наружных половых органов**
- вследствие прижатия уретры или мочевого пузыря головкой плода происходит отек околопузырной клетчатки, **самостоятельное мочеотделение затруднено**
- **непроизвольные потуги** при высоко стоящей головке плода, полном открытии шейки матки и отсутствии плодного пузыря
- **беспокойное поведение роженицы.**



Клиническая картина начавшегося разрыва матки:

- в связи с появлением кровоизлияния в мышце матки схватки приобретают **судорожный характер**, вне схваток матка не расслабляется
- появляются сукровичные или **кровяные выделения из влагалища, в моче - примесь крови**
- вследствие бурных, судорожных схваток **появление признаков гипоксии плода** (учащение или урежение сердцебиения плода, повышение двигательной активности, при головных предлежаниях - появление мекония в водах, иногда гибель плода).
- **роженица возбуждена**, кричит из-за сильных, непрекращающихся болей. Жалуется на слабость, головокружение, чувство страха, боязнь смерти.



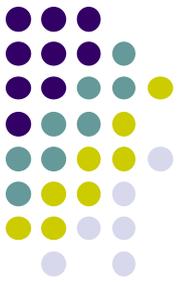
Клиническая картина совершившегося разрыва матки :

- **острая боль в нижних отделах живота, прекращение родовой деятельности**
- **внезапное ухудшение состояния роженицы или родильницы, сопровождающееся учащением пульса, падением АД, бледностью кожных покровов, слабостью при сохраненном сознании(болевогой , геморрагический шок)**
- **симптомы раздражения брюшины, вздутие живота, тошнота, рвота, ощущение "хруста" при пальпации передней брюшной стенки**
- **подвижность** до того фиксированной ко входу в малый таз **головки плода, рядом с плодом пальпируется плотная матка**
- **кровотечение из влагалища**
- **отсутствие сердцебиения плода**, пальпация его частей под передней брюшной стенкой.

При угрожающем разрыве матки необходимо предупредить наступление разрыва:



- немедленное снятие сократительной деятельности матки
- срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения



Лечение совершившегося разрыва матки :

- 1) оперативное вмешательство
- 2) адекватное анестезиологическое пособие
- 3) инфузионно-трансфузионная терапия
- 4) коррекция нарушений гемокоагуляции

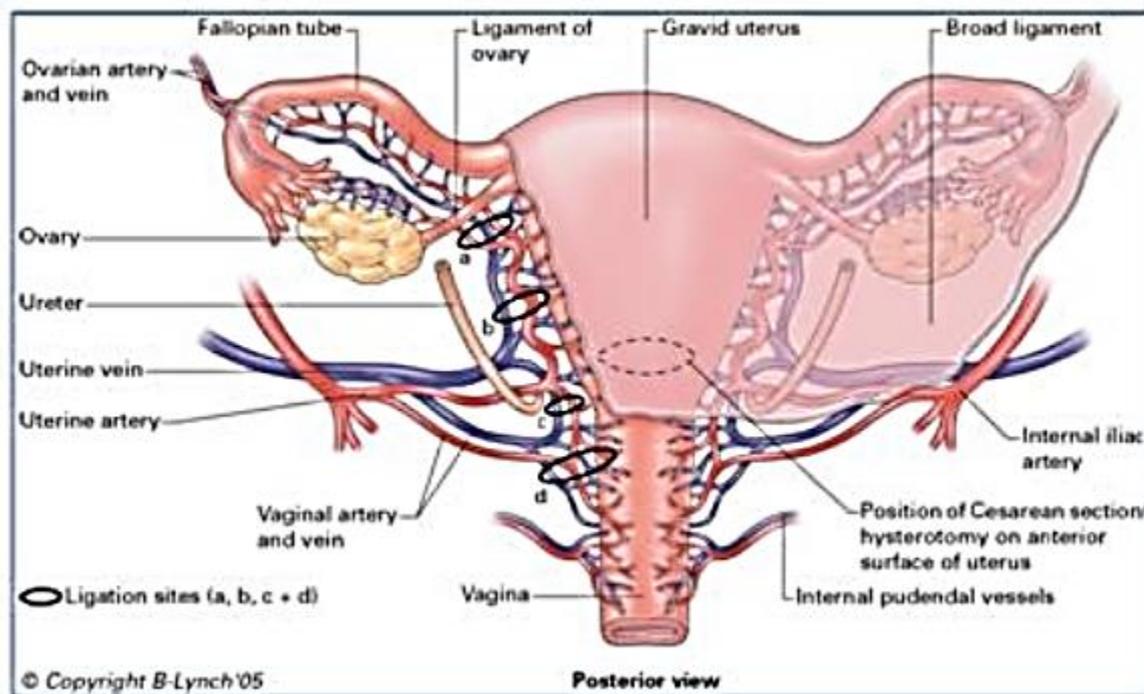
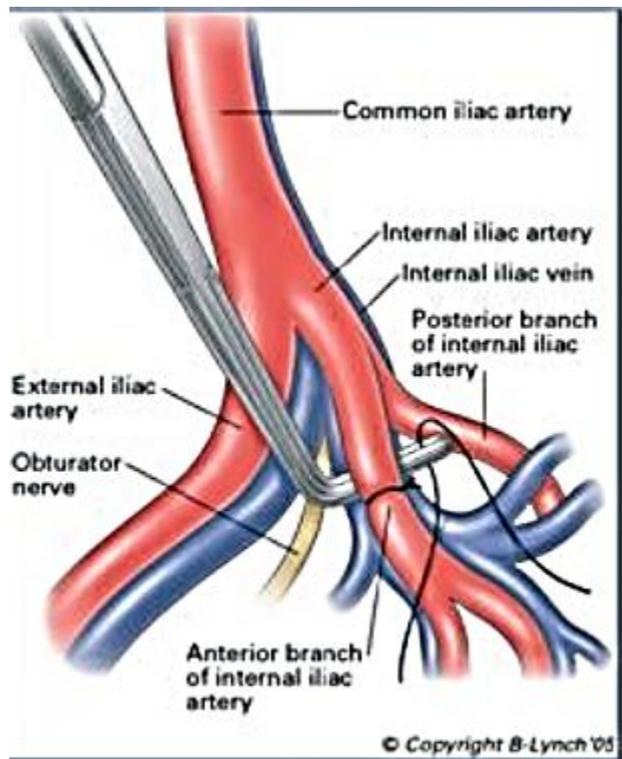
Особенности оперативного вмешательства при разрыве матки:



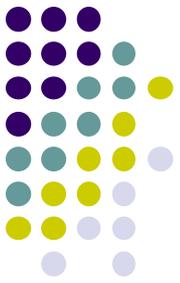
- Лапаротомия.
- Кесарево сечение или извлечение плода из брюшной полости.
- Ушивание разрыва матки.
- Ампутация матки при невозможности ушивания разрыва после остановки кровотечения и выведения больной из шока.
- Экстирпация матки при разрыве, проходящем через шейку матки, и невозможности его ушивания после остановки кровотечения и выведения больной из шока.
- Экстирпация матки с трубами при наличии признаков воспалительного процесса в органе.
- Гистологическое исследование операционного материала.



С целью уменьшения кровопотери во время операции целесообразна перевязка или эмболизация маточных артерий, перевязка или временная эндоваскулярная баллонная окклюзия внутренних подвздошных артерий

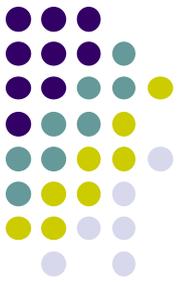


ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

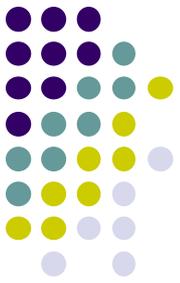


- Интенсивная терапия во время операции и в послеоперационном периоде:
- адекватная инфузионная и трансфузионная терапия для восполнения кровопотери, коррекции гемостаза, анемии
- антибактериальная терапия для профилактики ГСИ
- профилактика пареза кишечника
- профилактика ТЭО

САМОСТОЯТЕЛЬНО:



- Дистоция плечиков
- Разрывы мягких тканей родовых путей (шейка матки, влагалище, промежность, гематомы половых органов)
- Послеродовой выворот матки
- Послеродовые свищи



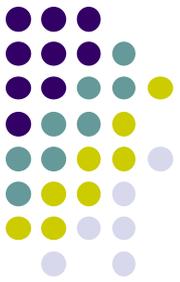
Разрыв шейки матки

- Частота разрывов шейки матки 3-25%.
- При первых родах в 4 раза чаще, чем при повторных.

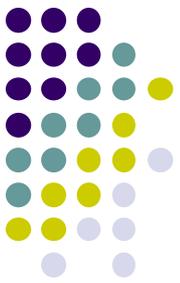
Причины разрывов шейки матки :

- Изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения.
- ригидность шейки матки у пожилых первородящих.
- чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, разгибательных предлежаниях головки плода.
- 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.
- плодоразрушающие операции.
- нерациональное ведение II периода родов - ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки



Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY: *Williams Obstetrics, 23rd Edition*: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.
Repair of cervical laceration with appropriate surgical exposure.



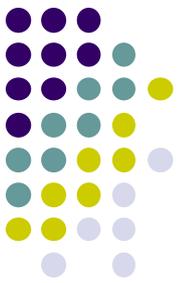
Классификация разрывов шейки матки:

- Самопроизвольные и насильственные. Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают без оперативных вмешательств, насильственные - 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.



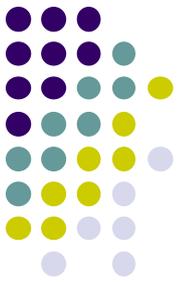
Клиническая картина и диагностика разрыва шейки матки:

- кровотечение из влагалища при хорошо сократившейся матке после рождения плода и последа. Вытекающая кровь имеет алый цвет.
- окончательный диагноз устанавливается после осмотра шейки матки в зеркалах: при соблюдении правил асептики и антисептики, без предварительного обезболивания производится последовательный осмотр шейки матки по часовой стрелке. Осмотр осуществляют путем попеременного наложения на края зева окончательных зажимов и растягивания ими края зева.



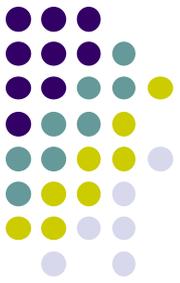
Лечение:

- Ушивание разрыва шейки матки: на разрыв шейки накладывают отдельные узловатые 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.
- Предлагают различные модификации швов на шейку матки (однорядные, непрерывные кетгутовые швы, двухрядные, отдельные кетгутовые швы), различный шовный материал (хромированный кетгут, викрил).
- Ведение послеродового периода обычное. Специальный уход за шейкой матки не требуется.



Осложнения разрывов шейки матки:

- кровотечение
- гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде
- истмико-цервикальная недостаточность и недонашивание беременности
- воспалительные и предраковые заболевания шейки матки.



Разрывы промежности

- Частота 7-15%
- У первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих.

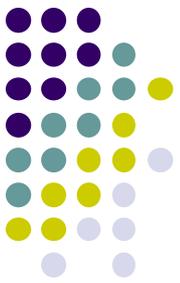
Причины разрывов промежности:

- 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).



Классификация разрывов промежности:

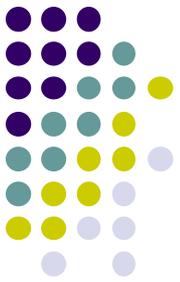
- самопроизвольные и насильственные, которые возникают вследствие технических погрешностей при оказании акушерского пособия и родоразрешающих операций.
- по клиническому течению: угрожающий, начавшийся, совершившийся
- по глубине повреждения травмы промежности делят на три степени:
 - I степени - это нарушение целостности кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки.
 - II степени - нарушены кожа промежности, подкожная жировая клетчатка, мышцы тазового дна, в том числе *m. levator ani*, задняя или боковые стенки влагалища.
 - III степени - кроме вышеперечисленных образований происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки, а иногда и передней стенки прямой кишки.
 - центральный разрыв промежности



Классификация разрывов промежности:

- самопроизвольные и насильственные, которые возникают вследствие технических погрешностей при оказании акушерского пособия и родоразрешающих операций.
- по клиническому течению: угрожающий, начавшийся, совершившийся
- по глубине повреждения травмы промежности делят на три степени:
 - I степени - это нарушение целостности кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки.
 - II степени - нарушены кожа промежности, подкожная жировая клетчатка, мышцы тазового дна, в том числе *m.levator ani*, задняя или боковые стенки влагалища.
 - III степени - кроме вышеперечисленных образований происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки, а иногда и передней стенки прямой кишки.
 - центральный разрыв промежности

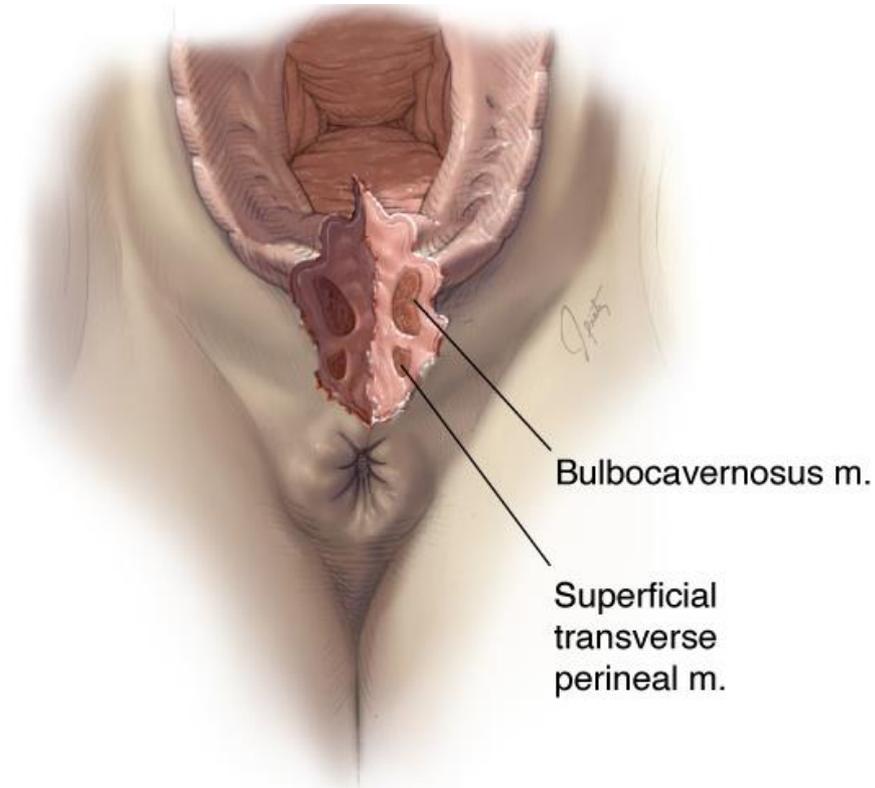
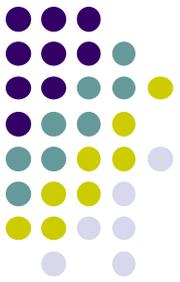
Разрыв промежности 1 степени



A First degree

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Разрыв промежности 2 степени

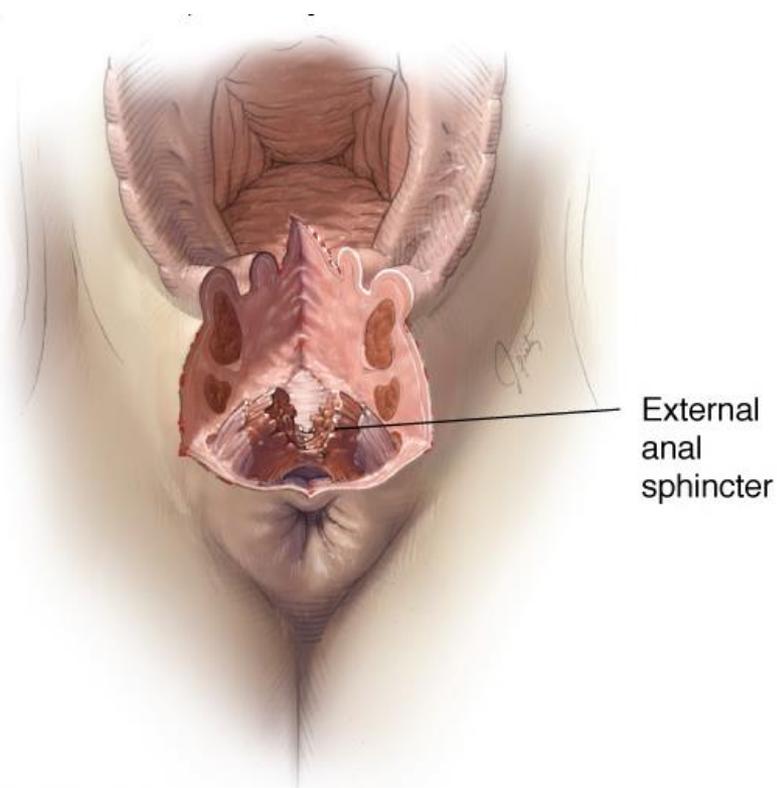


B Second degree

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CV:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

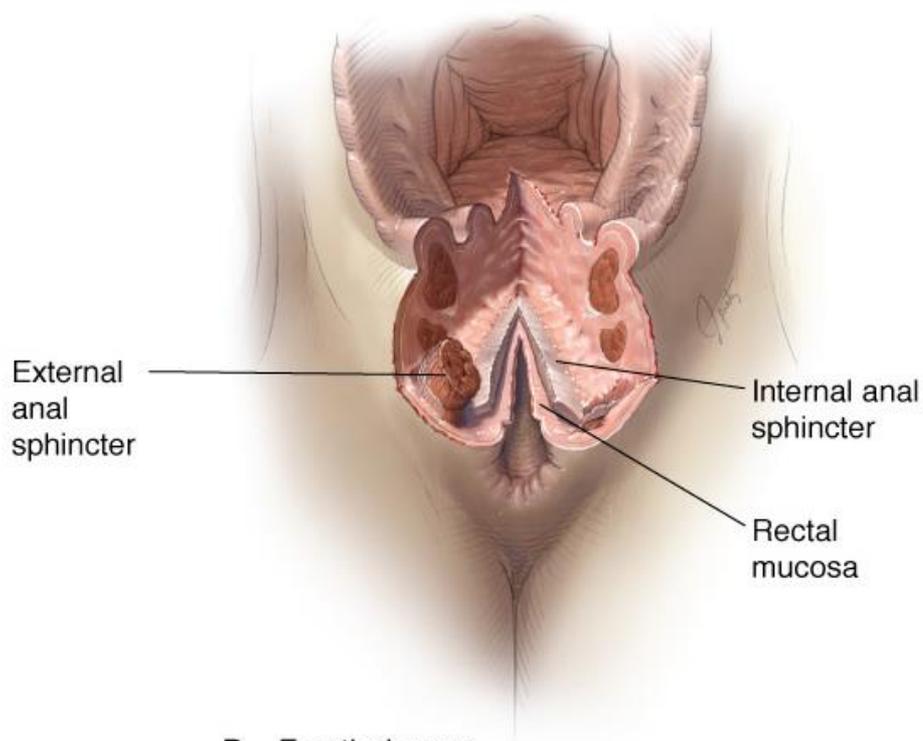


Неполный разрыв промежности 3 степени



C Third degree

Полный разрыв промежности 3 степени



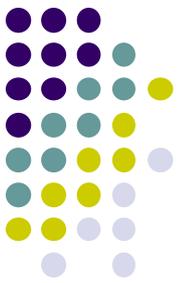
D Fourth degree

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



Лечение разрывов промежности

- 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 ишиоректальной анестезией 0,5-0,25% раствором новокаина, при разрывах III степени показано общее обезболивание.



Лечение разрывов промежности I и II степени

- наложение отдельного кетгутового шва на верхний угол раны стенки влагалища
- отдельными кетгутовыми швами соединяют мышцы тазового дна
- накладывают отдельные узловые или непрерывный кетгутовый шов на разрыв влагалища
- отдельные узловые кетгутовые швы на подкожную жировую клетчатку промежности
- отдельные узловые шелковые швы или косметический шов кетгутом на кожу промежности.

Ушивание разрыва промежности 2 степени

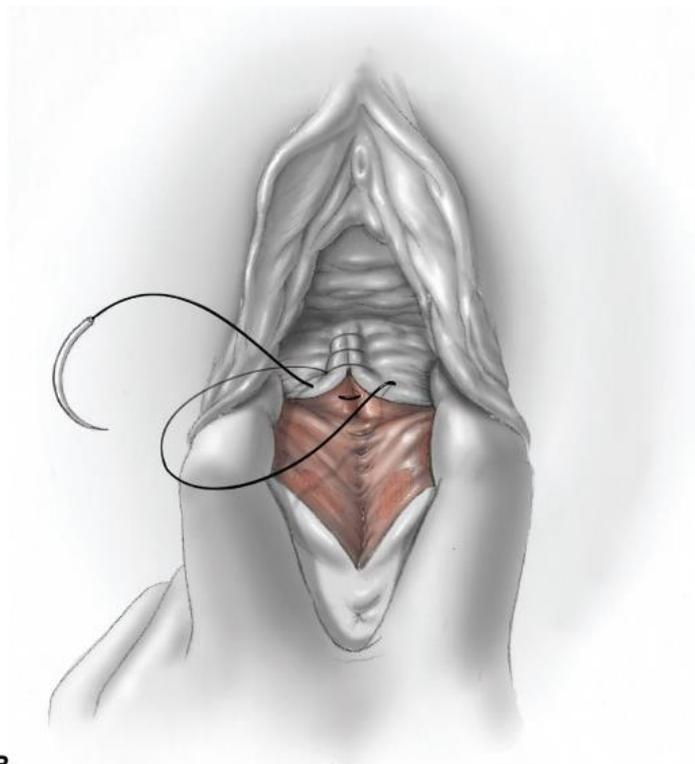


A

сена

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

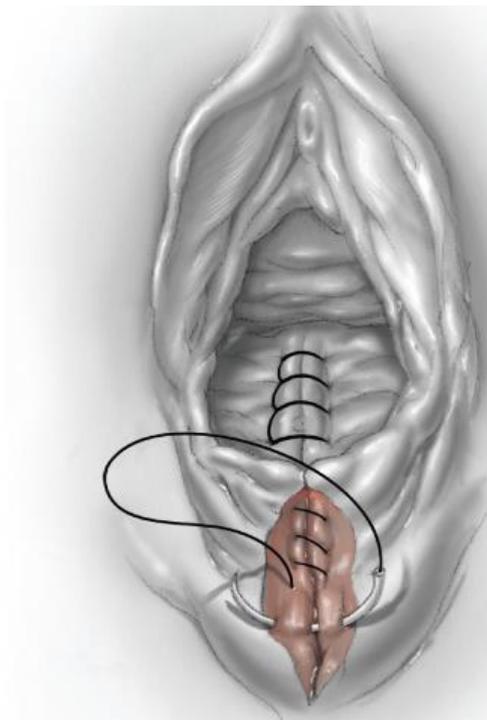
Ушивание разрыва промежности 2 степени



B

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

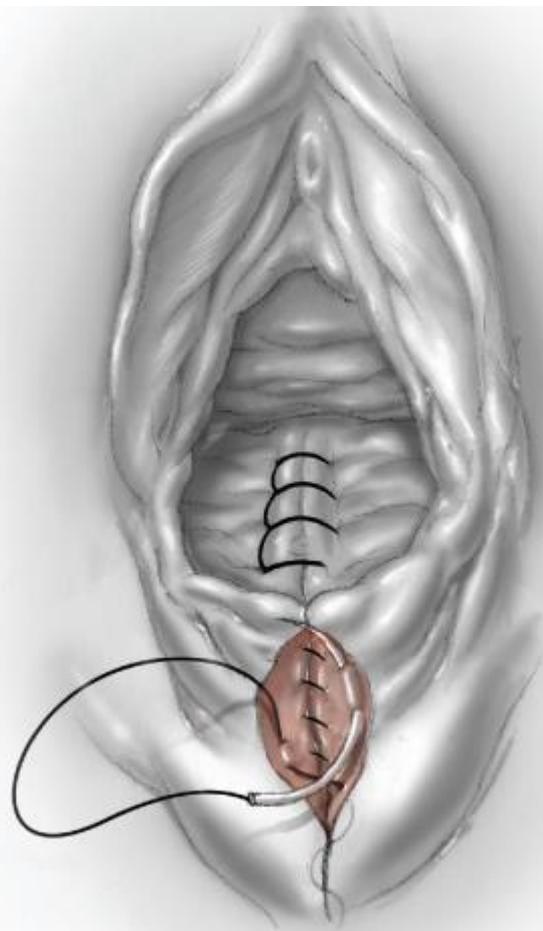
Ушивание разрыва промежности 2 степени

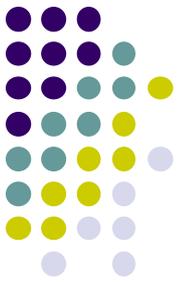


D

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Ушивание разрыва промежности 2 степени



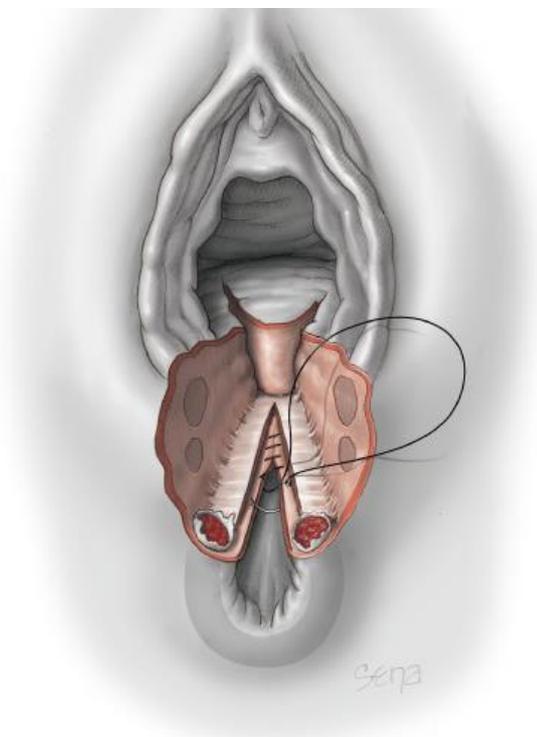


Лечение разрывов промежности III степени

- зашивают стенку прямой кишки отдельными узловыми швами (тонкий шелк, кетгут, викрил) с погружением швов в просвет кишки
- после смены инструментов и перевязочного материала, перчаток, накладывают погружные отдельные кетгутовые швы на сфинктер прямой кишки
- восстанавливают целостность промежности в том же порядке, что и при разрывах I-II степени.



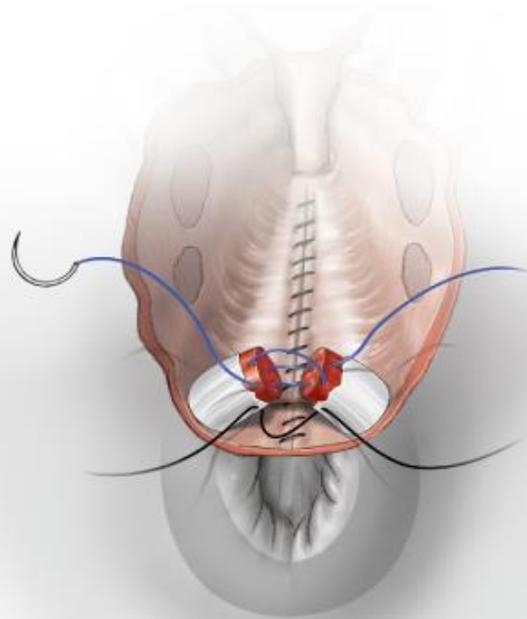
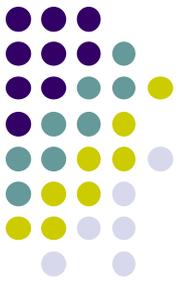
Ушивание разрыва промежности 3 степени



A

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Ушивание разрыва промежности 3 степени



D

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

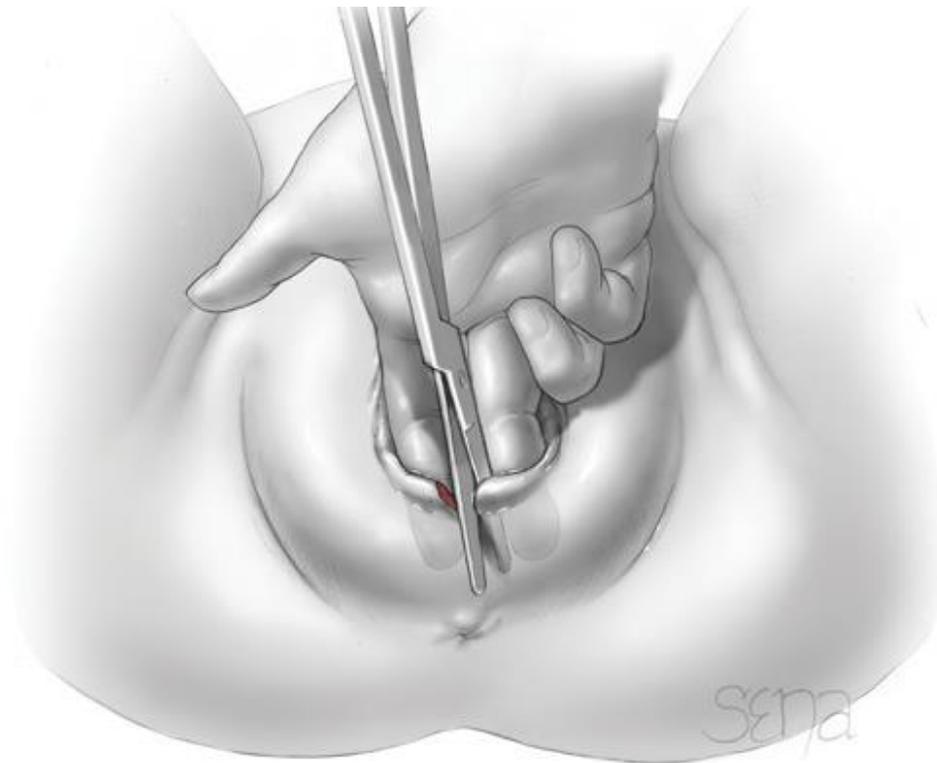
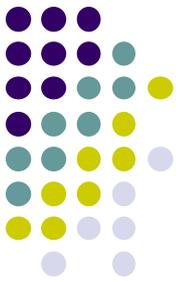


Ведение послеоперационного периода:

- Швы на промежности обрабатывают раствором антисептика 2 раза в сутки.
- Туалет промежности проводят после каждого акта мочеиспускания или дефекации.
- Ежедневно УФО на область швов.
- При разрыве промежности I-II степени на 3 сутки после операции родильнице - слабительное, на 5 сутки - снимают шелковые швы с кожи промежности.
- Запрещается сидеть 7 -10 суток

- При разрывах промежности III степени в послеоперационном периоде родильница в течение 5 дней получает жидкую пищу (бульон, сырое яйцо, чай, соки). На 6 сутки после родов - слабительное, на 7 сутки снимают швы с промежности.

Перинеотомия



Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Гематомы наружных половых органов и влагалища



Причины:

- в длительный или быстрый период изгнания плода, при извлечении головки плода с помощью акушерских щипцов.

Клиническая картина

- появление сине-багровой опухоли в области наружных половых органов или влагалища, вход во влагалище расположен эксцентрично.
- ощущение дискомфорта (чувство давления на прямую кишку и мочевого пузырь, чувство распирания) и резкая боль.
- при больших или прогрессирующих гематомах развивается картина геморрагического шока.

Диагностика:

- осмотр наружных половых органов и влагалища, влагалищное исследование.

Лечение:

- Мелкие гематомы не вскрывают.
- Прогрессирующие гематомы и гематомы более 4-5 см в диаметре вскрывают, кровоточащий сосуд лигируют, сгустки крови удаляют, рану зашивают наглухо. При невозможном лигировании – тугая тампонада.
- При признаках инфекции – вскрытие, дренирование раны и ее лечение по правилам гнойной хирургии.



Гематома половой губы



Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Мочеполовые и кишечно-половые свищи



Причины:

- вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 часов), при заживлении зашитых травм промежности вторичным натяжением
- Оперативные роды –при ранении мочевого пузыря и кишечника во время операции наложения акушерских щипцов, кесарева сечения, плодоразрушающих операций

Клиническая картина:

- образование свищей происходит на 6-7 день после родов
- выделение мочи, выделение газов и жидкого кала через влагалище вне акта мочеиспускания или дефекации
- местная воспалительная реакция во влагалище.

Диагностика:

- осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал, пальцевое ректальное исследование, цистоскопия, ректоскопия, ирригоскопия.

Лечение:

- Мелкие влагалищно-прямокишечные свищи могут закрыться сами при соблюдении соответствующей диеты, гигиены и местном противовоспалительном лечении.
- При не закрывшихся мочеполовых и кишечно-половых свищах необходимы пластические операции, которые выполняются через 4-6 месяцев после родов.



Спасибо за внимание!



Абсолютные показания к кесареву сечению при наличии рубца на матке:

- Рубец на матке после корпорального кесарева сечения
- Рубцы после 2 и более операций
- Несостоятельный рубей по клиническим и эхографическим признакам
- Прикрепление плаценты в области рубца на матке