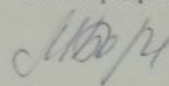


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор
Базина М.И.



РЕФЕРАТ

Родовой травматизм: разрывы промежности

Выполнил:
клинический ординатор
Исакова О.И.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «Акушерство и гинекология» клинического ординатора Исаковой О.И. на тему: «Родовой травматизм: разрывы промежности»

Реферат посвящен актуальной теме, так как разрыв промежности — наиболее частый вид акушерского травматизма, вследствие неадекватного восстановления или заживления вторичным натяжением разрыва, возникают серьезные последствия.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной — логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое — знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью для врачей акушеров-гинекологов.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».

Исакова

Оглавление

Введение.....	2
Определение.....	2
Классификация.....	2
Патогенез	2
Клиническая картина	2
Диагностика	2
Хирургическое лечение.....	3
Прогноз.....	4
Литература.....	5

Введение

Разрывы промежности — наиболее частый вид акушерского травматизма, они встречаются в 7-15% всех родов, причем у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих.

Неадекватное восстановление или заживление вторичным натяжением разрыва промежности III—IV степени может привести к недержанию газов и кала, а в дальнейшем — к несостоятельности мышц тазового дна, опущению и выпадению стенок матки, мочевого пузыря и прямой кишки.

Определение

Разрыв промежности - нарушение целостности тканей промежности в процессе изгнания плода.

Классификация

Разрывы промежности могут быть **самопроизвольными и насильственными**. Насильственными считают разрывы, возникающие вследствие нерационального ведения родов (акушерская «агрессия») или в связи с техническими погрешностями при выполнении родоразрешающих операций.

По глубине повреждения все разрывы промежности разделяют на четыре степени/

- **Разрыв I степени** — нарушена целостность нижней трети влагалища, задней спайки и кожи промежности, не более 2 см (без повреждения мышц промежности).
- **Разрыв II степени** — нарушена целостность задней стенки влагалища, задней спайки, кожи промежности и мышц тазового дна
- **Разрыв III степени** - (помимо повреждения перечисленных выше образований происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки).
- **Разрыв IV степени** — помимо повреждения перечисленных выше образований происходит разрыв передней стенки прямой кишки. При правильном ведении родов встречается редко.

Центральный разрыв промежности. Ни задняя спайка, ни наружный сфинктер прямой кишки не повреждены, а рвутся ткани, лежащие между этими образованиями. В результате плод может родиться через образовавшееся отверстие, а не через половую щель.

Классификация по клиническому течению:

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

Код по МКБ-10

- 070 Разрывы промежности при родоразрешении (включено: эпизиотомия, продолженная разрывом).

Патогенез

Растяжимость мягких тканей родового канала имеет определенные границы и существенно уменьшается при дисбиозах и воспалениях влагалища и шейки матки. Продвигающаяся по родовому каналу предлежащая часть плода все сильнее давит на окружающие структуры, растягивая их, что ведет сначала к угрозе травмы, а затем к разрыву тканей. Разрыв промежности происходит при прорезывании головки, реже - при рождении плечиков плода.

Механизм травмы промежности происходит в следующей последовательности.

Первоначально в результате сдавления венозного сплетения нарушается отток венозной крови и лимфы, что клинически проявляется цианозом кожи промежности (венозный застой) и/или отеком кожи (пропотевание жидкой части крови из сосудов в ткани).

Позднее развивается ишемия тканей за счет сдавления артерий. Появляются своеобразный блеск и бледность кожи.

Происходят метаболические нарушения, снижается тургор и прочность тканей, промежность рвется.

Разрыв промежности может начинаться с разрыва задней или боковой стенки влагалища, однако чаще он начинается с задней спайки с последующим переходом на промежность и заднюю стенку влагалища.

Клиническая картина

Признаки разрыва промежности:

- значительное выпячивание;
- цианоз;
- отек;
- затем — блеск и побледнение кожи.

Принципиально: описываемые иногда как угрожающие признаки указывают на уже совершенный разрыв всех тканей, кроме кожи. Выполняемые в этот момент разрезы промежности не позволяют использовать все преимущества резаной раны, восстановление целостности промежности и тазового дна следует считать ответственной задачей. Выполнять ее должен квалифицированный специалист.

Появление незначительных мелких трещин эпидермиса указывает на начавшийся разрыв промежности.

При совершившемся разрыве промежности обнаруживают зияние и асимметрию вульвы, при разрывах IV степени — недержание газов и кала.

В большинстве случаев разрывы сопровождаются кровотечением, при варикозном расширении вен кровотечение может быть массивным.

Диагностика

Необходима полная оценка состояния родовых путей после родов. При необходимости допустимо ректальное исследование.

Хирургическое лечение

Лечение всех разрывов и разрезов промежности только хирургическое — послойное восстановление целостности поврежденных тканей (одновременно проводят гемостаз).

Своевременное рассечение промежности профилактирует разрыв прямой кишки и ее сфинктера, а ровные края резаной раны сопоставляются и заживают лучше.

Разрыв промежности зашивают сразу после рождения последа. Перед осмотром шейки матки и стенок влагалища родильницу обезболивают, затем приступают к зашиванию разрывов.

Распознанные разрывы промежности должны быть защищены в течение первого часа после родов.

Зашивание производят при соблюдении всех правил асептики и антисептики в родовом боксе или малой операционной. Операционное поле и руки хирурга и ассистентов обрабатывают по общепринятым в хирургии правилам.

При операции необходимы помощь операционной медицинской сестры и ассистента, стерильный материал (тампоны, салфетки), инструментарий для влагалищных операций, шовный материал (синтетические рассасывающиеся нити для восстановления мышц промежности и косметического кожного шва).

Обезболивание:

- при разрыве промежности I степени его зашивают под местной инфильтрационной анестезией;
- при разрыве II степени необходимо тщательное обезболивание (регионарная, инфильтрационная или пудендальная анестезия);
- при разрыве III—IV степени применяют внутривенную или регионарную анестезию.

Если роды проводили под ЭДА, ее продолжают для осмотра и зашивания.

Техника операции.

Разрывы I степени принято считать незначительными (не повреждается мышечный слой промежности); они могут быть защищены однорядным узловым швом с использованием рассасывающихся нитей.

При разрыве I степени рану промежности обнажают с помощью влагалищных зеркал. На верхний угол раны накладывают шов, концы нитей захватывают зажимом и оттягивают вверх. Рану раскрывают, высушивают тампонами и осматривают. Размозженные участки краев раны иссекают. Затем на стенку влагалища накладывают непрерывный или отдельные швы на расстоянии 1 см друг от друга. Иглу необходимо проводить под всей толщиной тканей, в противном случае будут оставаться пространства («карманы»), где скапливается кровь, препятствующая заживлению.

Края кожной раны соединяют подкожным косметическим швом синтетическими рассасывающимися нитями. Линию швов обрабатывают антисептиком.

Для разрывов II степени характерно повреждение (помимо кожи и слизистой) поверхностных бульбокавернозных и поперечных мышц тазового дна,

но без вовлечения наружного анального сфинктера. Зашивание разрывов стенки влагалища II степени проводят путем наложения 3-4 узловых рассасывающихся швов, зашивание мышц тазового дна (промежности) — с наложением 3-4 узловых «погружных» рассасывающихся швов. Кожу целесообразно восстановить непрерывным рассасывающимся внутрикожным швом (для профилактики раневой инфекции).

Во многих странах при разрывах I и II степени рану промежности послойно зашивают непрерывным швом на атравматичных иглах.

Рану промежности при разрывах I и II степени можно зашивать по методу Шуте (1959). Восьмиобразные швы накладывают сверху вниз на расстоянии 1 см друг от друга, захватывая одновременно все слои промежности (включая глубокий).

В результате наложения швов по Шуте в толще промежности не образуются узлы нитей, и все слои тканей промежности приходят в плотное соприкосновение.

Зашивание разрывов III и IV степени — ответственная операция, требующая точной ориентировки в анатомии и топографии промежности и высокой оперативной техники, поэтому его должен выполнять опытный хирург.

При разрывах III степени сначала отыскивают концы разорвавшегося сфинктера прямой кишки и сшивают их отдельными П-образными швами. Далее рану промежности зашивают в том же порядке, что и при разрывах промежности II степени.

При разрывах IV степени операция состоит из двух этапов:

- Сначала зашивают стенку прямой кишки отдельными швами синтетическими нитями с захватыванием слизистого и мышечного слоев и завязыванием лигатур в просвете кишки.
- Затем «грязный» операционный стол (инструменты и материал) и перчатки меняют на «чистые», обрабатывают руки и приступают к зашиванию разорвавшегося сфинктера прямой кишки и разрыва промежности.

Послеоперационный период.

Швы следует содержать в чистоте. Туалет промежности производят после каждого мочеиспускания или дефекации. Область швов не обмывают, а осторожно обсушивают стерильными тампонами и проводят сухую обработку. При отеке тканей промежности прикладывают пузырь со льдом и/или назначают физиотерапию (терапевтический лазер, ультразвук и др.).

При разрывах промежности I-II степени разрешают ходить через 6 ч. Родильнице рекомендуют не употреблять

овощи, фрукты и свежий хлеб для задержки стула. При отсутствии стула на 3-й день родильнице назначают слабительное.

При разрывах III—IV степени назначают постельный режим в течение 2 сут. В первые 6 дней для задержки стула родильница получает жидкую пищу (бульон, сырое яйцо, чай), назначают вазелиновое масло (одна столовая ложка 3 раза в день) и антибактериальную терапию. Слабительное дают на 6-й день после родов. Общий стол назначают с 10-го дня.

Осложнения: расхождение швов, нагноение раны, заживление раны вторичным натяжением. При разрывах III—IV степени и расхождении швов могут сформироваться ректовагинальные свищи.

Разрывы промежности легко инфицируются и могут стать источником послеродовых септических заболеваний

Прогноз

При правильном хирургическом восстановлении поврежденных тканей промежности и неосложненном течении послеродового и послеоперационного периода прогноз благоприятный.

Технически неправильное восстановление целостности промежности приводит к опущению и выпадению половых органов. При разрывах III-IV степени могут появиться недержание газов и кала, образоваться влагалищно-прямокишечный свищ.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. Гриф УМО по медицинскому образованию. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
2. Акушерство: курс лекций. Гриф УМО по медицинскому образованию. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Буданов П.В., Баев О.Р. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
3. Оперативное акушерство Манро Керра. Томас Ф., Баскетт Эндрю А Калдер, Рид Элсивер, М., 2010.
4. Руководство по акушерству. Бумм Э. 2007 г. Издательство: МИА
5. Руководство по акушерству. Гриф УМО по медицинскому образованию. Кулаков В.И., Сидорова И.С., Макаров И.О. 2006 г. Издательство: Медицина.
6. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. Гриф Минздравсоцразвития РФ. 2007 г. Радзинский В.Е., Прилепская В.Н. Кулаков В.И. Издательство: Гэотар-Медиа.