ЛЕКЦИЯ №17.

ТЕМА: РОДОВЫЕ ТРАВМЫ.

Разрыв матки.

Разрыв матки во время беременности и в родах является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма. Частота его coставляет 0,015-0,1% от общего числа родов. Высока летальность при разрыве матки - 12,8-18,6%. Это связано с обширной травмой, массивной кровопотерей, шоком, гнойно-септическими осложнения что требует всегда квалифицированного хирургического вмешательства, целенаправленных реанимационных мероприятий и длительной интенсивной терапия.

Классификация разрывов матки, разработанная Л.С.Персианиновым в 1964 г., в настоящее время уточнена и изменена М.А. Репиной с учетом особенностей современного акушерства.

1. По патогенезу.

Самопроизвольный разрыв матки: 1) при морфологических изменениях миометрия; 2) при механическом препятствии рождению плода; 3) при сочетании морфологических изменений миометрия и механического препятствия рождению плода.

Насильственный разрыв матки: 1) чистый (при родоразрешающих влагалищных операциях, при внешней травме); 2) смешанный (при разных сочетаниях насильственного фактора, морфологических изменений миометрия, механического препятствия рождению ребенка). 2. По клиническому течению. Риск разрыва матки. Угрожающий разрыв матки. Свершившийся разрыв матки. 3. По характеру повреждения. Неполный разрыв матки (не проникающий в брюшную полость).

Полный разрыв матки (проникающий в брюшную полость). 4. По локализации.

Разрыв в низшем сегменте матки: 1) разрыв передней стенки; 2) боковой разрыв; 3) разрыв задней стенки; 4) отрыв матки от влагалищных сводов.

Разрыв в теле матки: 1), разрыв передней стенки, 2) разрыв задней стенки. Разрыв в дне матки.

Практическая значимость изложенной классификации диктует необходимость выделения группы риска по возникновению разрыва матки. Ее формируют:

- беременные с рубцами на матке после перенесенного кесарева сечения, консервативной миомэктомии, перфорации матки во время искусственного аборта;

- беременные с отягощенным акушерским анамнезом (многорожавшие, имевшие несколько абортов, осложненное течение послеабортного периода);

- беременные и роженицу, угрожаемые по клиническому несоответствию между головкой плода и тазом матери (крупный плод, узкий таз, неправильные вставления головки плода, гидроцефалия плода );

- беременные с многоплодием, многоводном, поперечным положением плода;

- роженицы с аномалиями родовой деятельности и необоснованным применением родостимулирующей терапии.

К особенностям разрывов матки на современном этапе относится уменьшение частоты самопроизвольных разрывов матки в силу механических причин. Редко встречаются насильственные разрывы (грубая травма, неграмотное проведение акушерских вмешательств, неуместное применение родостимулирующих средств). Однако взросла роль разрывов матки, обусловленных рубцовыми изменениями ее стенки. Это связано с нарастанием частоты операции кесарева сечения до 9-10% в нашей стране и до 20% за рубежом, большим количеством абортов, нередко осложняющихся перфорацией матки, в воспалительным процессом матки, а также с увеличением числа консервативно-пластических операций при миоме у молодых женщин.

Этиология и патогенез . Структурные изменения матки слезет рассматривать как предрасполагающий фактор,

 а механическое препятствие - как фактор выявляющий. От взаимоотношения этих факторов, преобладания того или иного зависит клиника разрыва матки.

По теории Бандля, разрыв матки является следствием перерастяжения ее нижнего сегмента, связанного с наличием с наличием механического препятствия для прохождения головки плода (сужения таза, крупный плод, гидроцефалия, неправильные вставления головки плода, неправильные положения плода, рубцовые изменения шейки матки или влагалища, экзостозы, фиксированные в малом тазу опухоли яичника или матки).

Гистопатический характер разрывов обусловлен неполноценностью миометрия при рубцах на матке, инфантилизме, пороках развития, повреждениях миометрия при абортах, при метроэндометритах.

В последние годы выделяют новые факторы, названные "биохимической травмой матки и". Такое состояние возникает при затяжных родах, дискоординированной родовой деятельности, когда вследствие нарушения энергетического метаболизма, накапливания недоокисленных соединений мышца становится дряблой и легко рвется.

Клиника и диагностика . Клиника разрыва матки завысит от причины, приводящей к разрыву, стадии, локализации, характера повреждения. На скорость и тяжесть развития геморрагического шока (основной причины гибели больных) оказывает влияние фон, на котором наступил разрыв матки: сопутствующие хронические заболевания паренхиматозных органов, токсикозы беременных, истощение физических и духовных сил роженицы, присоединение инфекции.

Клиника угрожающего разрыва матки .

Механический разрыв матки, описанный Бандлем, называется типичным и характеризуется следующими симптомами: роженица очень беспокойна, кричит от боли, которая почти не уменьшается между схватками, лицо гиперемировано и выражает испуг. Тахикардия, температура несколько повышена, язык сухой. Схватки бурные, принимающие характер потуг. Матка между схватками не расслабляется, вытянута, контракционное кольцо располагается на уровне пупка, или выше матка имеет необычную форму песочных часов, пальпаторно

напряжена, болезненна в нижних отделах, круглые связки резко натянуты. Части плода, как правило, прощупать не удается. Сердцебиение плода измеряется или отсутствует. Имеется отек наружных гениталий вследствие ущемления передней губы шейки матки, что из-за неопытности врача может быть расценено как неполное раскрытие. Родовая опухоль на головке плода резко выражена, в связи с чем затруднено определение характера вставления головки.

Широкое использование в настоящее время анестезиологического пособия в родах и спазмолитических препаратов может привести к запоздалой диагностике угрожающего разрыва матки, так как симптоматика разрыва становится нечеткой. Поэтому основанием для диагноза угрожающего разрыва матки должны служить признаки диспропорции между плодом и тазом матери, факторы риска несостоятельности матки.

Диагностика угрожающего разрыва матки гистопатического характера при наличии рубца на матке существенно облегчается знанием факта операции и состояния рубца на основании анамнеза. Признаки неполноценного рубца следующие:

- кесарево сечение проведено менее чем за 2 года до настоящей беременности;

- послеоперационное течение с лихорадкой;

- нагноение швов передней брюшной стенки в послеоперационном периоде;

- рубец после корпорального кесарева сечения;

- наличие болей в животе и скудные кровянистые выделения задолго до родов, диагностика облегчается с помощью УЗИ.

В родах характерными признаками являются: 1) боли в области послеоперационного рубца, на матке или в низу живота, сохраняющиеся вне схватки; 2} болезненность всего рубца матки или его участков, истончение, наличие ниш; 3) беспокойство роженицы, не адекватное силе схватки; 4) неэффективность родовой деятельности; 5) появление непродуктивных потуг при высокостоящей головке.

Клинические проявления угрозы разрыва матки при других структурных изменениях стенки аналогичны таковым при разрывах по рубцу. В таких случаях разрыву матки предшествуют слабость родовой деятельности, являющаяся функциональным отражением морфологических изменений матки, родостимуляция (особенно опасно внутривенное капельное введение окситоцина и необоснованное назначение родостимуляции ).

Клиника совершившегося разрыва матки .

При типичном разрыве матки наступает "затишье" после бурной клинической картины: схватки внезапно прекращаются, боли стихают. На глазах меняются форма живота, контуры матки (неправильная форма), постепенно развивается вздутие кишечника, живот становится болезненным, особенно в нижних отделах. При полном разрыве матки и изгнании плода в брюшную полость легко пальпируются его части, плод становится подвижным, фиксированная головка отходит кверху. Рядом с плодом может прощупываться сокращенная матка. Сердцебиение плода исчезает. Нарастают симптомы шока и aнeмии в результате кровотечения.

В патогенезе шока при разрыве матки имеет значение кровопотеря, болевой и травматический компоненты. Кровотечение может быть наружным, внутренним и комбинированным. При неполных разрывах образуется подбрюшинная гематома, располагающаяся сбоку от матки, смещающая ее кверху и в противоположную сторону. В некоторых случаях гематомы распространяются далеко вверх , захватывая околопочечную область. При этом гематома пальпируется как болезненная опухоль тестоватой консистенции, с неровными контурами, сливающимися со стенками таза.

Усиление кровотечения связано с гипотоническим состоянием матки и развитием синдрома ДВС. Кровопотеря может быть сразу очень значительной и приводить к быстрой смерти больной. Чаще кровопотеря и геморрагический шок нарастают медленно, поскольку источником кровотечения нередко являются сосуды небольшого калибра, питающие данный участок матки. Реже источником кровотечения является маточная артерия или ее ветви.

Разрыв матки может наступить в конце родов, симптомы его при этом могут оказаться стертыми. Заподозрить разрыв матки помогут следующие симптомы: кровотечение в процессе родов неясного происхождения, признаки гипоксии плода, ухудшение состояния роженицы сразу после рождения ребенка. В этом случае следует произвести ручное обследование полости матки. С целью исключения разрыва матки эту операцию необходимо также произвести после плодоразрушающих операций, комбинированного акушерского поворота плода, после родов у женщины с рубцом на матке. Клинические признаки совершившегося разрыва матки по рубцу следующие: 1) быстрое нарастание имевших место болей в рубце и болезненность; 2) кровянистые выделения из влагалища; 3) присоединение болей и 'чувства тяжести в эпигастрии, тошнота, рвота 4) кратковременное обморочное состояние, небольшой парез кишечника, неотчетливые симптомы раздражения брюшины; 5) изменение сердцебиения плода.

Клиническая картина может быть не отягощена шоком и анемией в случае ограничения разрыва областью старого рубца или может быть стерта за счет спаечного процесса в области рубца, при этом имеют место только небольшие боли в низу живота.

Лечение разрыва матки зависит от стадии процесса (угрожающий или совершившийся), но всегда - это немедленное чревосечение.

При наличии рубца на матке тактика едина - немедленное чревовосечение, поскольку невозможно достоверно разграничить клинику угрожающего и совершившегося разрыва. Предварительно проводят снятие сократительной деятельности матки.

При разрыве матки механического генеза врачебная тактика несколько различается при угрожающем и совершившемся разрыве матки. Так, при угрозе разрыва матки задача врача состоит в предупреждении наступления разрыва, что достигается следующим способами:

- немедленным снятием сократительной деятельности матки. С этой целью используется ингаляционный наркоз фторотаном, который должен быть достаточно глубоким (передозировка фторотана может спровоцировать атоническое маточное кровотечение);

- срочным родоразрешением путем абдоминального кесарева сечения или путем плодоразрушающей операции (при мертвом плоде или сомнительной его жизнеспособности) в случае наличия условий для ее проведения.

Лечение совершившегося разрыва матки состоит из одновременного выполнения следующих мероприятий: 1) оперативного вмешательства 2) адекватного анестезиологического пособия, 3) инфузионно-трансфузионной терапии, адекватной кровопотере и тяжести состояния больной, 4) коррекции нарушений гемокоагуляции.

Оперативное вмешательство проводится немедленно после постановки диагноза с использованием эндотрахеального наркоза с ИВЛ. Цель хирургического лечения:

а) устранение источника кровотечения, б) восстановление нарушенных травмой анатомических соотношений, в) ликвидация входных ворот для внедрения инфекции в брюшную полость и забрюшинное пространство. Производится только нижняя срединная лапаротомия, из брюшной полости удаляют плод, послед и с помощью электроотсоса кровь и околоплодные воды, определяют характер повреждения и производят гемостаз.

Объем операции строго индивидуален и выбирается в зависимости от тяжести состояния больной, локализации повреждения, размеров повреждения, наличия инфекции и т.п. При отсутствии противопоказаний и наличии соответствующих условий следует стремиться к сохранению менструальной и репродуктивной функции.

Минимальный объем операции -ушивание разрыва. Удается выполнить при следующих условиях: отсутствии признаков инфекции, непродолжительном безводном промежутке, наличии свежего линейного разрыва (особенно по старому рубцу), сохранении сократительной способности матки. Предварительно края раны освежаются.

Расширение объема операции до надвлагалищной ампутации матки или ее экстирпации необходимо при наличии обширной раны с рваными размозженными краями, сложного хода разрыва, значительного кровоизлияния в стенку матки,

Максимальный объем операции -экстирпация матки - выбирается в случаях: грубых пoвpeждeний нижнего сегмента, перехода разрыва на шейку матки, отрыва матки от свода влагалища, перитонита. Дополнительно к экстирпации матки проводится дренирование забрюшинного пространства при обширных гематомах, доходящих до околопочечной области, и брюшной полости после ее тщательной санации при перитоните.

При всех операциях по поводу разрыва матки целесообразно оставлять в брюшной полости ниппельные дренажи для введения антибиотиков.

Адекватное анестезиологическое пособие необходимо оказывать на всех этапах: во время транспортировки больной, во время ручного обследования полости матки при подозрении на разрыв матки - и продолжить его при подтверждении диагноза разрыва матки. При меняется комбинированное общее обезболивайте.

Инфузионно-трансфузионная терапия адекватна кровопотере и тяжести состояния больной. Проведение коррекции нарушений гемокоагуляции.

Разрывы шейки матки (РШМ).

 Частота РШМ составляет 25% среди всех осложнений родов. РШМ требуют зашивания, поскольку за этим может последовать: непосредственно после разрыва - кровотечение (иногда обильное), а в отдаленные сроки - цервицит, распространение воспаления на внутренние гениталии, образование эктропиона шейки матки, эрозии и других предраковых заболеваний.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. РШМ могут быть самопроизвольными при обычных спонтанных родах и насильственными при форсированном или оперативном родоразрешении в случае неполного раскрытия маточного зева.

 Группу риска составляют беременные и роженицы при наличии:

1. крупного плода,
2. разгибательных вставлений головки плода,
3. переношенной беременности,
4. широкого плечевого пояса и тазового предлежания плода;
5. при стремительных родах,
6. дистоции шейки матки;
7. морфологических изменениях в тканях шейки в случаях длительного прижатия головкой плода при клинически узком тазе
8. инфантилизме
9. у пожилых первородящих
10. при воспалительных процессах
11. рубцовых изменениях после оперативных вмешательств на шейке (диатермокоагуляция, диатермоэкцизия, хирургичесакие ампутация шейки, пластические операции по поводу свищей, старых разрывов)
12. предлежание плаценты.

КЛАССИФИКАЦИЯ.

 Выделяют 3 степени РШМ с одной или с обеих сторон:

1 степень - разрыв длиной до 2 см, 2 степень - разрыв длиной более 2 см и не доходящий на 1 см до влагалищного свода, 3 степени - разрыв, доходящий до свода или захватывающий свод.

 По форме РШМ в большинстве случаев бывают линейные, соответствующие продольной оси, а по расположению - боковые, одно- или двусторонние.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА.

 Основной признак РШМ - кровотечение из родовых путей разной интенсивности при хорошо сократившейся матке. Окончательный диагноз устанавливается после осмотра шейки матки в зеркалах: после завершения последового периода, 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 геморроидальных или пулевых щипцов, растягивая ими края зева.

ЛЕЧЕНИЕ.

 Заключается в ушивании разрывов 1-3 степени отдельными кетгутовыми швами (кетгут №3-4), не захватывая при этом слизистую цервикального канала. Первый шов накладывается выше вершины разрыва, чобы лигировать кровоточащий сосуд. Далее швы располагают сверху вниз на расстоянии 1.5 - 2 см, вкол и выкол делается на расстоянии 1 - 1.5 см от края разрыва.

Профилактика РШМ состоит в рациональном ведении родов ( применении спазмолитиков, регуляция родовой деятельности) и грамотном оперативном родоразрешении.