**Государственное Бюджетное профессиональное образовательное учреждение**

**«Дербентский медицинский колледж»**

**им. Г.А. Илизарова»**

**Учебное пособие по всем специальностям**

**« Акушерский травматизм »**

****

**Г.Дербент**

**2019 год**

**Аннотация**

В методическом пособии для практических занятий « Акушерский травматизм» представлен материал, раскрывающий основные понятия темы, способствующие формированию у студентов четких знаний, умений, а впоследствии и профессионализма при встрече акушерского травматизма на практике.

Автор методически грамотно, творчески решил задачу помощи студентам в изучении данной темы .

Для изучения темы и закрепления знаний студентов, разработан теоретический и дидактический материал-тесты, контрольные вопросы, ситуационные задачи, практические манипуляции по данной теме, глоссарий

Данное пособие способствует формированию общих и профессиональных компетенций будущего специалиста.

1 Профессиональные:

ПК 4.1. Участвовать в проведении лечебно-диагностических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской и экстрагенитальной патологией .

* ПК 4.2. Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.
* ПК 4.3. Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.
* ПК 4.4. Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии.

1. Общие:

* ОК.1 - Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.
* ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.
* ОК.3 - Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
* ОК.4 - Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.
* ОК.5 - Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.
* ОК.9 - Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.
* ОК. 12 - Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с программой обучения и может быть использовано студентами, в качестве пособия для изучения темы «Акушерский травматизм матери» на теоретических и практических занятиях.

Методические рекомендации по теме разработаны на основании Федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения, и обсуждены и утверждены на заседании цикловой комиссии акушерства и гинекологии .

Автор- преподаватель акушерства и гинекологии ДМК высшей квалификационной категории - Камилова Т.С.

**Пояснительная записка**

Данное пособие обучающего типа создано, как один из вариантов помощи в самостоятельной работе студентов 3 курса, специальности « Акушерское дело» ,по теме « Акушерский травматизм» ПМ 04.МДК 04.01. «Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода». В нем подробно разработана тема занятия « Акушерский травматизм матери» и отражены те важнейшие вопросы, знание которых необходимо при изучении данной темы.Информация систематизирована, имеется необходимый теоретический и практический материал. Предусматривается использование дополнительного дидактического материала для более эффективной самостоятельной работы, как в подготовке, так и на практическом занятии.

Методическое пособие по теме « Акушерский травматизм матери» составлен **с** целью:

**1**Прививать студентам чувства долга, ответственности, требовательности к себе.

**2** Научить студентов осмыслить исключительную возможность применения полученных теоретических знаний на практике;**3** Прививать любовь к выбранной профессии.

Для лучшего усвоения материала, реализации ОК и ПК используются разные методы, и приёмы обучения: фронтальный опрос, тестовый контроль для определения исходного уровня знаний, Профессиональные навыки по технике выполнения процедур и манипуляций с алгоритмом выполнения и обоснованием каждого этапа .отрабатываются так же путем решения ситуационных задач по теме .При контроле знаний учитывается не только качество выполнения процедур и манипуляций, но и обязательное теоретическое обоснование, а так же самостоятельное выполнение приобретенных навыков и умений.

Родовой травматизма матери и его неблагоприятные последствия для организма женщины до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем в акушерстве . Несмотря на усовершенствование ведения родов, частота травматизма не имеет тенденции к снижению и составляет от 10 до 39% .А неблагоприятные отдаленные последствия отрицательно влияют на репродуктивную функции женщины в дальнейшем.

 Во все времена разрывы матки относятся к одним из самых тяжелых осложнений в акушерстве, так как они всегда сопровождаются кровотечением, тяжелым сочетанным шоком (травматическим и геморрагическим), нередко смертью плода, а иногда и женщины.

Несмотря на высокий уровень современной акушерской помощи населению, повреждения мягких тканей родовых путей матери , остаются еще высокими. Это объясняется недостаточной физической подготовкой женщин к выполнению родового акта, увеличением количества родов у женщин более старшего возраста как первородящих, так и повторнородящих, имеющих отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнезы, повышением весовых категорий новорожденных (свыше 3500), увеличением частоты операций кесарева сечения.

Интегративные связи

Внутридисциплинарные связи

**Теоретический материал по теме .«Акушерский травматизм матери»**

**Цели занятия :**

**Учебные цели:**

Сформировать представление о причинах, механизмах и **в**идах акушерской травмы и путях ее профилактики.

**Воспитательная цель:**

Воспитывать у студентов чувство ответственности за жизнь и здоровье женщины и ребенка

**Развивающая цель:**

Развивать у студентов способность логически мыслить, принимать правильные решения в той или иной акушерской ситуации.

**Материально-техническое оснащение занятия:**

Акушерское кресло, акушерский фантом, кукла-фантом плода. Влагалищные створчатые и ложкообразны зеркала, пинцет, корнцанг, спирт, хлоргекседин, йод,иглы, иглодержатель,

**Методическое оснащение занятия:**

Методическая разработка практического занятия, методическое пособие, раздаточный материал для студентов, плакаты (Анатомия половых органов. Классификация акушерского травматизма).Видиофильм, презентация по теме.

**Требования к знаниям и умениям**

**Входные компетенции:**

Знание диагностики и ведения 2 периода родов. Знание клинической анатомии наружных и внутренних половых органов, понятие о ходе основных магистральных сосудов матки, строения мышц тазового дна.

**После завершения занятия студент должны знать:**

Классификацию родового травматизма матери.Причины разрывов родовых путей. Клиническое течение и ведение рожениц с угрожающим, начавшимся и совершившимся разрывом промежности,матки.Диагностику акушерских травм . Профилактику родового травматизма.

**После завершения занятия студент должен уметь:**

Собрать общий и специальный анамнез у беременной или роженицы.Провести общее и наружное акушерское исследование. Оценить прогноз родов относительно возможного травматизма родовых путей матери, и выбрать метод родоразрешения.

На муляже провести перинео или эпизиотомию. Диагностировать родовую травму у родильницы. Наложить швы на разрыв промежности 1 степени , влагалища при неглубоких разрывах , восстановить целостность шейки матки при разрыве I-II степени.

****

**Теоретический аспект темы**

**Введение. Актуальность темы.**

1.Этиология акушерских травм

2.Разрывы вульвы.

3.Разрывы клитора.

4.Разрывы влагалища.

5.Гематомы вульвы и влагалища.

6.Разрывы промежности.

7.Разрывы шейки матки.

8.Послеродовые свищи.

9. Расхождение и разрыв лонного сочленения.

10.Острый выворот матки.

11.Разрывы матки.

**Введение. Актуальность темы.**

Травматические повреждения родовых путей, это - наиболее частое осложнение родов. При определенных отягчающих моментах они могут быть значительными и даже инвалидизирующими женщину и ребенка. Поэтому знание принципов своевременной диагностики и оказание квалифицированной помощи необходимо для врача-акушера и неонатолога.

Во время родов нередко возникают повреждения мягких тканей родового канала

(вульвы, промежности, влагалища, шейки матки), носящие характер поверхностных ссадин и трещин, которые протекают бессимптомно и самостоятельно заживают в первые сутки после родов. При патологических родах, несвоевременно и неквалифицированно оказанном акушерском пособии, или в результате акушерских операций происходят разрывы НПО, промежности, влагалища и шейки матки. А также могут быть гематомы, повреждение сочленений таза, травмы костей таза, мочевого пузыря и прямой кишки, мочеполовые и кишечно-влагалищные свищи.

Во время родов может произойти выворот матки и разрыв матки. Частота встречаемости 20%. Различают родовые травмы самопроизвольные и насильственные, возникшие в результате акушерских вмешательств. Выделяют механические (связанные с перерастяжением тканей), морфологические (обусловленные гистохимическими изменениями в тканях) и смешанные (механо-гистопатические) причины родового травматизма.

**Повреждения НПО.**

Разрывы в области вульвы и входа во влагалище обычно наблюдаются у первородящих.

**Разрыв вульвы -** нарушение целостности мягких тканей вульвы в процессе изгнания плода.

Поверхностные повреждения, не сопровождающиеся кровотечением, не требуют врачебного вмешательства. Глубокие трещины, особенно в области клитора и уретры, могут осложниться кровотечением.

Этиология.

Зачастую причинами служат ограниченные возможности растяжения тканей, применение акушерских операций или неправильно проведённая защита промежности. Иногда могут встречаться при совершенно нормальных родах без видимой причины.

Диагностика не вызывает затруднений. Диагноз ставят на основании непосредственного осмотра НПО.

Лечение.

**Разрыв клитора** – даёт очень сильное кровотечение.

Операционное поле обрабатывают раствором антисептика.

Методы обезболивания:

* местная инфильтрационная анестезия.
* эпидуральная анестезия (если катетер был установлен в родах).

Техника операции:

* целостность тканей восстанавливают отдельными или непрерывными кетгутовыми или тонкими викриловыми швами.
* при зашивании разрывов в области клитора и уретры в уретру вводят металлический катетер, и отдельные швы накладывают без захвата подлежащих тканей (опасность кровотечения из пещеристых тел).

Особенности ведения послеоперационного периода.

НПО обрабатывают или 0,02% раствором калия перманганата, или раствором хлоргексидина 3раза в сутки или чаще, в течение первых 2-3дней. Проводят сухую обработку поверхностно расположенных швов 3раза в день (5% раствором калия перманганата, 5% раствором йода, бриллиантовым зелёным).

Состояние тканей промежности после родовой травмы контролируют через 3-6 месяцев после родов. Последствиями могут быть опущение стенок влагалища, опущение матки, стрессорное недержание мочи.

Осложнения – расхождение швов, заживление вторичным натяжением, нагноение.

**Разрыв влагалища** – нарушение целостности влагалища в процессе изгнания плода. Разрыв влагалища часто является продолжением разрыва промежности, но может быть и изолированным.

Этиология – возникают разрывы при недостаточной растяжимости его стенок, инфантилизме, оперативных родах, разгибательных предлежаниях, крупной головке плода, затяжных родах.

Может быть разрыв в нижней, средней и верхней его трети. Повреждения могут быть поверхностными, или проникать в клетчатку малого таза, или в брюшную полость, вызывая образование гематом.

Клиника. Могут быть массивные кровотечения вплоть до ГШ.

Техника операции.

Зашивание отдельными или непрерывными кетгутовыми швами. Швы накладывают после обнажения раны с помощью влагалищных зеркал. После восстановления глубоких разрывов задней стенки влагалища проводят пальцевое исследование передней стенки анального канала и ампулы прямой кишки для исключения их прошивания. При обнаружении прошивания стенки прямой кишки следует распустить все швы, обработать операционное поле, руки хирурга, поменять перчатки. Повторно восстановить целостность тканей влагалища, прибегнув к помощи ассистента (палец ассистента для контроля находится в прямой кишке). Во время операции желательно провести а/б терапию.

Осложнения.

Расхождение швов, заживление вторичным натяжением, нагноение.

Особенности ведения послеоперационного периода.

НПО обрабатывают дез. растворами, при глубоких разрывах влагалища можно проводить а/б терапию, спринцевания влагалища 0,02-0,1% р-ром калия перманганата, р-ром гидроксиметилхиноксилиндиоксида с 3-4 суток после родов.

**Гематомы вульвы и влагалища**.

Возникают в родах вследствие длительного или, наоборот быстрого периода изгнания плода, а также после операции наложения акушерских щипцов. Под воздействием травмы происходит разрыв сосудов в глубине мягких тканей без нарушения целости окружающих тканей, кровь скапливается и образуется гематома.

Клиника: появляется сине-багровая опухоль в области НПО или влагалища. Вход во влагалище будет расположен эксцентрично. Возникает чувство давления, распирания и резкая боль в этой области.

Диагностика – при осмотре. Мелкие гематомы консервативно лечат (холод к месту гематомы, затем рассасывающая терапия). При быстро нарастающей гематоме и больше 4-5см – разрез, опорожнение гематомы, отыскивание и перевязка кровоточащего сосуда и зашивание раны.

Особенности ведения послеоперационного периода.

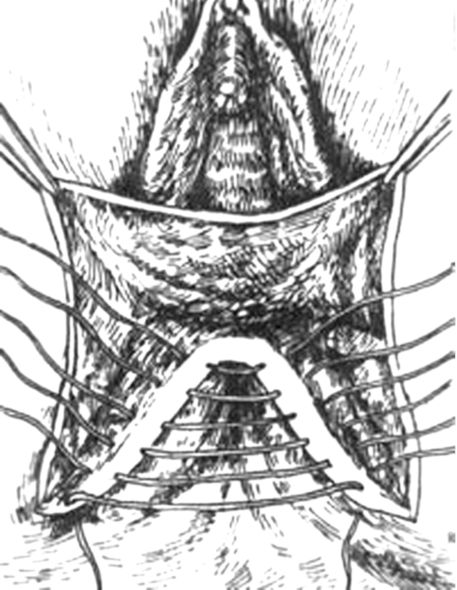
Консервативное лечение: холод, физиотерапия. Для профилактики инфицирования в течение 7 дней а/б. Проводят профилактику и лечение анемии.

Местное лечение заключается в обработке швов.

**Разрыв промежности** – нарушение целостности тканей промежности в процессе изгнания плода – наиболее часто встречающаяся родовая травма матери.

Не всегда, даже при умелой защите промежности, удаётся избежать травмы промежности.

**Разрывы промежности легко инфицируются и могут быть источником развития ПГСЗ**.

 **Зашивание разрывов промежности**

**Зашивания разрыва промежности III степени - восстановление стенки прямой кишки (викриловыми или полигликолидовыми атравматичными швами) без прокалывания слизистой оболочки**

Даже незначительные разрывы промежности в дальнейшем предрасполагают к формированию функциональной недостаточности мышц тазового дна, что приводит к опущению и выпадению тазовых органов. При разрыве 3 степени может возникнуть недержание газов и кала. Через 2-3года после травматичных родов могут возникнуть эктропион и лейкоплапия шейки матки, недержание мочи, снижение либидо, диспареуния, аноргазмия.

Частота встречаемости 7-15%, у первородящих в 2-3раза чаще.

Причины: ригидность тканей из-за инфантилизма, у возрастных первородящих, высокая промежность, рубцовые изменения тканей. А также крупный плод, роды при разгибательных вставлениях, при заднем виде затылочного предлежания, УТ. Быстрые или стремительные роды, оперативное родоразрешение, неправильное оказание акушерского пособия.

По клиническому проявлению различают:

Угроза разрыва промежности - при прорезывании головки промежность куполообразно выпячивается, появляется цианоз, отёк ткани из-за нарушения венозного оттока, к которому присоединяются признаки обескровливания - кожа промежности бледнеет, становится блестящей.

Начавшийся разрыв промежности – появляются мелкие трещины эпидермиса на глянцевой поверхности кожи.

Совершившийся разрыв промежности – вульва зияет, появляется незначительное, умеренное кровотечение, а при разрывах 3-4 степени – недержание газа и кала.

Различают 4 степени разрыва:

1-ая степень – нарушается целостность только задней спайки - повреждается кожа промежности без повреждения мышц, п/к жировая клетчатка задней спайки больших половых губ и часть задней стенки влагалища.

2-ая степень – помимо задней спайки и кожи промежности повреждается сухожильный центр промежности и идущие к нему луковично-губчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности. Сухожильный центр промежности расположен в центре акушерской промежности - посередине между задней спайкой губ и наружным отверстием прямой кишки – в этом месте сходятся мышцы и фасции всех трёх этажей тазового дна.

3-ая степень - также разрыв наружного сфинктера прямой кишки без повреждения стенки прямой кишки – неполный разрыв 3-ей степени.

4-ая степень – нарушение целостности наружного сфинктера заднего прохода с повреждением передней стенки прямой кишки - полный разрыв 3степени. Очень серьёзное осложнение, ведёт к инфицированию, опущению и выпадению половых органов, недержанию газов и кала.

**Лечение.**

Любой разрыв должен быть зашит, необходимо максимально точно восстановить нормальные анатомические отношения.

Необходимые инструменты для зашивания: иглодержатель, иглы, кровоостанавливающие зажимы, ножницы. Разрывы 1 и 2 степени под местной инфильтративной или ишиоректальной анестезией 0,25-0,5% р-ра новокаина, 3-ей степени под наркозом.

Лечение1и 2 степени разрывов ушивают акушерки. Обнажают рану промежности при помощи зеркал – для лучшей ориентации накладывают 1 кетгутовый шов на верхний угол раны, находящийся на стенке влагалища, концы берут зажимом и оттягивают кверху. Рану раскрывают, высушивают тампонами и осматривают. Необходимо срезать размозжённые, оборванные участки краёв раны.

При 1-ой степени накладывают кетгут на расстоянии 1см на слизистую влагалища, начиная с верхнего угла разрыва. Иглу проводят под всей раневой поверхностью, иначе останутся «карманы», где будет накапливаться кровь.

Края кожной раны соединяют косметическим швом (викрил, дексон), в редких случаях отдельные шёлковые швы на кожу. Линию швов обрабатывают антисептиком.

При 2-ой степени накладывают первый шов на верхний угол разрыва, затем отдельные, погружные, те наложенные без захватывания стенок вульвы и влагалища швы на разорванные мышцы. Далее как при 1-ой степени.

3 степень разрывов ушивает врач – сначала отыскивают концы разорвавшегося сфинктера прямой кишки и сшивают отдельными кетгутовыми швами, затем после смены инструментов, перевязочного материала, перчаток ушивают как при 2-ой степени.

При разрывах 4-ой степени – сначала зашивают стенку прямой кишки отдельными швами синтетическими нитями с захватыванием слизистого и мышечного слоёв кишки и завязыванием лигатуры в просвете кишки, затем после смены инструментов, перевязочного материала, перчаток накладывают погружные отдельные швы на сфинктер прямой кишки, а дальше как при 2-ой степени.

Уход за родильницами с разрывом промежности:

Туалет родильниц, обработка швов, дополнительный туалет после мочеиспускания и дефекации. Поверхность швов должна содержаться в чистоте, но область швов не обмывают, а осторожно обсушивают стерильными тампонами и обрабатывают 10% р-ром перманганата калия или 5% йодной настойкой. При отёке тканей промежности назначают пузырь со льдом или физиолечение (терапевтический лазер, ультразвук). При разрыве 1-2 степеней разрешают ходить через 8-10часов, нельзя сидеть не менее 10дней. На 3-е сутки слабительное, на 4-е сутки проводят очистительную клизму, на 5-е сутки снимают швы.

При разрыве 3-4 степеней особая диета, чтоб не было стула до 6-7дней, вазелиновое масло внутрь с первых суток после операции (по 1чайной ложке 3раза в день), постельный режим в течение 3суток. На 6-ой день масляная клизма и в этот же день снимаются шёлковые швы. Сидеть разрешают не ранее, чем через 14дней. Швы снимают на 7-е сутки.

**Технически неправильное восстановление целостности промежности способствует в дальнейшем развитию опущений и выпадений ЖПО, а при 3 и 4-ой степени разрыва может развиться недержание газов и кала ил образоваться влагалищно-прямокишечный свищ.**

Профилактика разрывов – своевременная эпизио- или перинеотомия.

**Разрыв шейки матки** – нарушение её целостности вследствие повреждений при родовом акте. Частота встречаемости - от 6 до 15%, при первых родах в 4раза чаще.

Причины:

* Изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения.
* Ригидность шейки матки у возрастных первородящих.
* Чрезмерное растяжение шейки при крупном плоде, при разгибательных вставлениях головки.
* Быстрые и стремительные роды.
* Оперативные роды.
* Нерациональное ведение 2-го периода родов.

К факторам, способствующим разрывам шейки матки в родах относят:

* изменения воспалительного и дистрофического характера (эрозия шейки матки, рубцовые изменения шейки матки, как последствия электродиатермокоагуляции);
* длительное сдавление шейки матки, её ущемление между головкой плода и стенками таза;
* чрезмерное растяжение маточного зева.

Разрывы бывают самопроизвольными и насильственными. Различают 3степени разрывов:

1-ая степень - разрывы с1-ой или 2-х сторон не более 2см.

2-ая степень больше 2см, не доходя до сводов влагалища на 1см.

3-ая степень - доходит до сводов и переходит на них.

Клиника: неглубокие разрывы шейки длиной 0.5-1,0см обычно бессимптомны. Более глубокие разрывы сопровождаются кровотечением различной интенсивности из влагалища при хорошо сократившейся матке после рождения плода и последа. Кровь алая, кровотечение сохраняется и после отделения последа и при хорошо сократившейся матке. При глубоком разрыве могут образоваться гематомы в параметральной клетчатке.

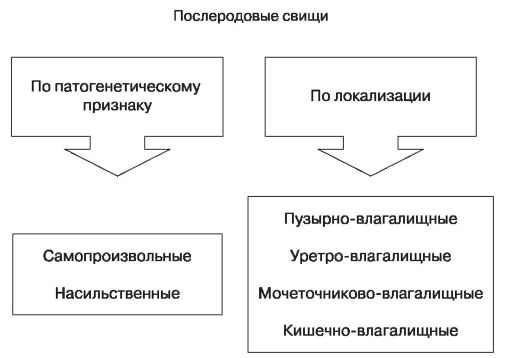
После родов всем без исключения родильницам проводят осмотр шейки в зеркалах с помощью широких зеркал и мягких зажимов. Обнаруженные разрывы ушиваются сразу для остановки кровотечения, профилактики развития параметрита. Незашитые разрывы могут привести к ИЦН, к развитию воспалительных и предраковых заболеваний.

При разрывах шейки матки 2-3степени родильнице проводят общее обезболивание.

Инструменты: два широких ложкообразных зеркала, два корнцанга, длинный анатомический пинцет. Для зашивания разрывов применяются рассасывающиеся шовные нити – кетгут, викрил. Важно хорошо сопоставить края раны, что способствует заживлению. Улучшить репарацию можно нанесением на зашитую рану полимерной плёнки (нитрофурал). На 4-5-й день, учитывая деструкцию полимерной плёнки, обработку следует повторить.

Обнажают влагалищную часть шейки матки широкими длинными зеркалами и осторожно захватывают окончатыми зажимами переднюю и заднюю губу шейки матки. Отдельные кетгутовые швы накладывают от верхнего края разрыва по направлению к наружному зеву, причём первую лигатуру – несколько выше места разрыва. Чтобы края разорванной шейки при зашивании правильно сопоставились, вкол иглы делают непосредственно у края, а выкол – на 0,5см отступя от него. Переходя на противоположный край разрыва, иглу вкалывают на 0,5см отступя от него, а выкалывают непосредственно у края. Швы при таком наложении не прорезываются, так как прокладкой служит толща шейки. После сращения линия швов представляет собой тонкий, ровный, почти незаметный рубец.

**Свищи** – это противоестественные сообщения между мочевым пузырём, уретрой или прямой кишкой и влагалищем, реже между мочевым пузырём и каналом шейки матки. После родов образуются мочеполовые и кишечнополовые свищи.



Причины:

Неправильное ведение родов – особенно с УТ. При длительном сдавлении мягких тканей родовых путей и соседних органов между стенками таза и предлежащей частью. Причины сдавления мягких тканей:

* КУТ;
* Аномалии вставления и предлежания плода;
* Самопроизвольные роды крупным плодом, особенно при затяжном течении родов;
* Длительный безводный промежуток и проведение на этом фоне акушерских родоразрешающих операций.

Одна из главных причин формирования генитальных свищей – оперативные роды.

Ранение инструментами.

Свищи возникают на 6-7день после родов.

Клиника: выделение мочи из влагалища вне мочеиспускания, выделение газов и кала во влагалище. Жалобы на жжение, зуд во влагалище вследствие мацерации слизистой оболочки вокруг свища. Присоединяются неврологические расстройства – от сравнительно небольшой неврастении до выраженных психозов.

Диагностируется при осмотре с помощью зеркал, при цистоскопии, при пальцевом ректальном обследовании и при ректоскопии.

Лечение: мелкие свищи рубцуются сами при соответствующей диете и гигиене. Уход сводится к гигиеническому содержанию больных, смазыванию кожи промежности защитными мазями (паста Лассара, цинковая мазь). Назначают препараты, улучшающие регенерацию (актовегин, солкосерил) и местные противовоспалительные средства (эмульсии с хлорамфениколом во влагалище). Все остальные нуждаются в пластической коррекции через 3-4месяца после родов.

**Растяжение и разрыв лонного сочленения**.

Во время беременности происходит серозное пропитывание сочленений и связочного аппарата. Происходит размягчение и расхождение лонных остей. Чрезмерное размягчение сочленений таза называется симфизитом или симфизиопатией.

При родах крупным плодом или при переношенной беременности, при плодоразрушающих операциях и при акушерских щипцах может произойти разрыв. Лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние 5-7мм.

При разрыве могут быть смещение лонных костей, повреждение мочеиспускательного канала, клитора, мочевого пузыря. При этом растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения. В суставах образуются кровоизлияния, и в них может развиться воспалительный процесс.

Клиника. Сильные боли в области симфиза, крестца, копчика на 2-ой день после родов. Боль усиливается при ходьбе, а также при разведении ног согнутых в коленных и тазобедренных суставах, нарушается походка.

Лечение: консервативное – покой, тугое бинтование, ношение корсета, при значительном расхождении костей таза хирургическое лечение.



Разрыв лонного сочленения

**Острый выворот матки.** Матка выворачивается наизнанку, снаружи располагается слизистый слой.

Причины: слабый связочный аппарат матки в случае её гипотонии и атонии, открытый маточный зев, неправильное ведение родов, травмирующий наружный массаж матки, методы выделения последа, неправильный приём последа.

Клиника: острая боль в животе, шок, кровотечение. Бледность кожных покровов, тахикардия, снижение АД, тошнота, рвота, обморочное состояние.

Из половой щели – вывернутая матка ярко-красного цвета.

Лечение: под наркозом осторожное вправление матки, тампонада влагалища. Борьба с шоком и инфекцией.

**Разрыв матки** это нарушение целостности стенки матки. Встречается 0,1% от общего числа родов.

Этиопатогенез:

В 1875году учёный Бандль выдвинул механическую теорию разрыва матки – несоответствие между предлежащей частью плода и тазом матери, в связи с чем, происходит сильное растяжение нижнего сегмента. Причины: УТ, неправильное предлежание и вставление головки, крупный плод, неправильное положение плода, переношенная беременность, опухоли в области малого таза.

Теория Вербова (гистопатическая)– несостоятельная стенка матки вследствие глубоких патологических изменений в мускулатуре матки воспалительного и дегенеративного характера. Причины – многорожавшие женщины, много абортов, воспалительные заболевания матки, рубцы на матке.

Оценка состояния рубца на матке после операции кесарево сечение:

УЗИ с влагалищным датчиком.

К несостоятельным относят рубцы:

* предыдущее КС сделано менее 2лет назад;
* в послеоперационном периоде была лихорадка;
* рубец заживал вторичным натяжением;
* разрез на матке корпоральный;
* во время беременности были боли в животе или кровянистые выделения задолго до родов;
* болезненность рубца при его пальпации или при шевелении плода;
* кожа в области рубца спаяна с подлежащими тканями передней брюшной стенки;
* рубец общей толщиной менее 5мм;
* с отдельными участками истончения до 3мм и меньше;
* гетерогенные, с большим количеством акустических уплотнений (свидетельствует о разрастании соединительной ткани в толще передней стенки нижнего сегмента матки). – УЗИ
* Классификация

1.По времени происхождения:

Во время беременности;

Во время родов.

2.По патогенетическому признаку:

Самопроизвольные (типичные и атипичные).

Насильственные (травматические и смешанные).

3.По клиническому течению:

Угрожающий разрыв матки.

Начавшийся разрыв.

Совершившийся разрыв.

4. По характеру повреждения:

Трещина (надрыв).

Неполный разрыв (не проникает в брюшную полость)

Полный разрыв.

5.По локализации:

В дне матки.

В теле матки.

В нижнем сегменте.

Разрыв матки от стенок влагалища

**Клиника угрожающего разрыва матки.**

Это когда нет ещё ни разрыва, ни надрыва стенки матки. Симптомы:

* бурная родовая деятельность, сильные болезненные схватки.
* Матка вытянута в длину, дно отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены, болезненны, могут располагаться ассиметрично.
* Контракционное кольцо расположено высоко над лоном, часто на уровне пупка и косо. Матка приобретает форму песочных часов.

Нижний сегмент истончён, перерастянут. При пальпации вне схваток матка резко болезненна, в результате невозможно определить части плода. Отёк шейки матки вследствие прижатия её к стенкам малого таза, края шейки в виде бахромы свисают во влагалище. Из-за прижатия уретры или мочевого пузыря головкой происходит отёк околопузырной клетчатки и самостоятельное мочеотделение затруднено. Часто появляются непроизвольные потуги при высоко стоящей головке. Беспокойное поведение роженицы. Ухудшается или исчезает с/б плода. Симптомы угрожающего разрыва матки:

* болезненные схватки, вызывающие беспокойство у роженицы, даже при объективно слабых сокращениях матки;
* появление непроизвольных безрезультатных потуг при высоко стоящей головке плода;
* наличие выпячивания или припухлости над лоном вследствие отёка околопузырной клетчатки, перерастяжение мочевого пузыря, затруднённое мочеиспускание.

Клиника начавшегося разрыва матки.

Схватки приобретают судорожный характер, вне схваток матка не расслабляется. Появляются сукровичные или кровянистые выделения из влагалища. В моче примесь крови. Начинает сильнее страдать плод: учащение или урежение с/б, повышенная двигательная активность плода, гибель плода.

Роженица возбуждена, кричит из-за сильных непрекращающихся болей, жалуется на слабость, головокружение, чувство страха, боязнь смерти.

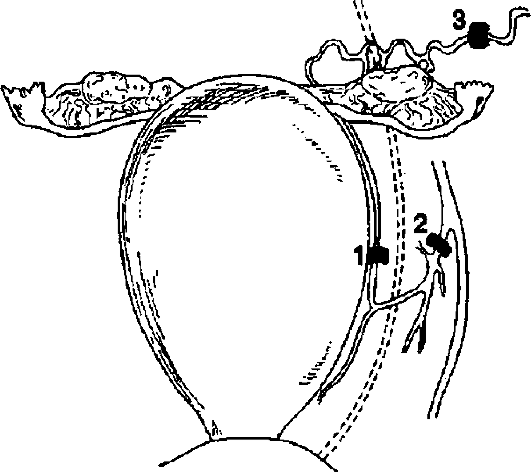
Симптомы:

* схватки становятся резко болезненными и принимают судорожный характер;
* из родовых путей появляются кровянистые выделения;
* припухлость над лоном увеличивается;
* в моче обнаруживается кровь;
* сердцебиение плода становится приглушённым;
* появляются активные движения плода;
* околоплодные воды окрашиваются меконием.

Совершившийся разрыв матки.

* В момент разрыва женщина ощущает резкую боль в животе, жжение, как будто что-то лопнуло, разорвалось.
* Сразу прекращается родовая деятельность, роженица перестаёт кричать, становится апатичной, угнетённой.
* Кожа бледнеет, холодный пот, тахикардия. Картина ГШ и болевого шока.
* Вздутие кишечника, болезненность при пальпации особенно в нижних отделах брюшной полости.
* Плод частично или полностью выходит в брюшную полость, части его пальпируются под брюшной стенкой. С/б исчезает. Рядом с плодом можно определить сократившуюся матку.

В настоящее время преобладает стёртая клиническая картина разрывов матки, что связано с применением обезболивающих и с/л средств в родах. В неясных случаях при подозрении на разрыв показано контрольное ручное обследование стенок полости матки.



Перевязка сосудов при органосохраняющих операциях: 1 - перевязка маточных артерий; 2 - перевязка внутренних подвздошных артерий; 3 - перевязка яичниковых артерий.

Принципы оказания неотложной помощи.

При появлении симптомов угрожающего разрыва необходимо остановить родовую деятельность и закончить роды оперативно в зависимости от состояния плода (живой - КС, мёртвый - плодоразрушающие операции).

**Для исключения травмы матки после удаления плода и детского места необходимо контрольное ручное обследование стенок полости матки.**

При начавшемся и совершившемся разрыве матки – лапаротомия, целью которой является устранение источника кровотечения, восстановление анатомии органов малого таза, предупреждение распространения инфекции. Чем меньше времени пройдёт от начала разрыва до операции, тем лучше её непосредственные результаты.

**Материалы для оценки знаний студентов по изучаемой теме.**

**1**. Контрольные вопросы.

2. Тестовые задания.

4. Ситуационные задачи.

5. Занятия на фантоме.

**Контрольные вопросы по теме :**

1 Актуальность темы родового травматизма

2 Частота родового травматизма.

3. Причины разрывов матки.

4. Классификация разрывов матки.

5. Клиника угрожающего разрыва матки

6. Клиника начавшегося разрыва матки.

7. Клиника совершившегося разрыва матки

8. Лечение угрозы разрыва матки

9. Лечение начавшегося разрыва матки.

10. Лечение совершившегося разрыва матки.

11 Самопроизвольные и насильственные разрывы шейки матки.

12. Причины разрывов шейки матки.

13. Классификация разрывов шейки матки.

14. Методы зашивания разрывов шейки матки.

15 Причины разрывов промежности

16. Классификация разрывов промежности.

17. Клиника угрозы разрыва промежности.

18. Техника зашивания разрыва промежности I-II степени

19. Техника зашивания разрыва промежности III степени

20 . Ведение послеоперационного периода при разрывах шейки матки, влагалища и промежности.

21. Диагностика и лечение послеродовых гематом наружных половых органов и влагалища.

22. Диагностика, лечение и профилактика послеродовых свищей.

23 Расхождения и разрывы соединений таза

**Задача № 1**

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок.

Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными ро­дами в срок, дети живые, шестая - искусственным абортом без осложнений, седьмая -срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременно­сти женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болез­ненные потуги, которые вскоре приняли почти беспрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающася при измене­нии положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вы­звать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатич­ность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки блед­ные, черты лица заострены. Температура тела - 35,8 °С. АД - 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс - 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких па­тологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность - 112 см, болезнен при пальпации, сим= птом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отло­гих местах. Контуры матки определяются не четко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление от­сутствует более часа. Размеры таза: distantia spinaram-26 см, distantia cristaram-28 см, dis-tantia trochanterica-30 см, conjugata externa-21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не опре­деляется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

**Вопросы**

1. Ваш диагноз. Какое осложнение родов имеет место?
2. Что называется разрывом матки?
3. Приведите классификацию разрывов матки.
4. Назовите причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю.
5. Перечислите клинические признаки разрыв матки, которые описаны в данной задаче.
6. Тактика ведения?
7. Какой таз у данной женщины?
8. Как вы оцениваете состояние гемодинамики у данной женщины?
9. Чем обусловлено тяжелое состояние роженицы?
10. Какие профилактические мероприятия могли бы предотвратить данное осложнение родов?

11Назовите, кто относится к группе риска по возникновению данного осложнения родов?

**Задача 2**

Роженица 20 лет, первородящая, роды в срок. Размеры таза 23 – 26 – 28 – 19. Окружность живота 100 см, высота дна матки – 41 см. Через 7 часов от начала родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные болезненные потуги, которые вскоре приняли беспрерывный характер. Объективно: женщина возбуждена, матка в форме «песочных часов», в промежутках между схватками не расслабляется, сердцебиение плода определяется только с помощью фетального монитора, ЧСС плода – 110 уд/мин. При влагалищном исследовании: края шейки матки свисают «парусом», открытие маточного зева полное, передняя губа шейки матки резко отечна. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата к входу в малый таз, опознавательные пункты на волосистой части головы не определяются из-за выраженной родовой опухоли. Диагональная конъюгата 11,5 см. Выделения скудные кровянистые.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Причина возникшего осложнения.
3. Какова предполагаемая масса плода.
4. Выберите тактику ведения больной.
5. Возможные осложнения, их профилактика.

**Задача 4**

В родильный дом на носилках доставлена женщина при беременности 38 недель. Беременность 12, мед. абортов – 8, родов – 3, последние – 2 года назад закончились операцией кесарева сечения по поводу преждевременного излития околоплодных вод и упорной слабости родовых сил, послеоперационный период осложнился эндометритом. Со слов сопровождающего, после тяжелой физической работы у беременной появилась резкая боль в животе, слабость, головокружение, тошнота. При поступлении сознание спутанное, кожа бледная с мраморным рисунком, отмечается цианоз, систолическое артериальное давление ниже 60 мм рт.ст. пульс частый, слабого наполнения, сердцебиение плода не выслушивается. Родовой деятельности нет. Шейка матки сохранена, плодный пузырь цел, предлежит головка плода, из влагалища – кровянистые выделения.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Какие клинические признаки послужили основанием для постановки диагноза.
3. Оцените состояние плода.
4. Какова причина развившегося осложнения родов.
5. Акушерская тактика.
6. Возможные осложнения, их профилактика.

**Задача 5**

Первородящая 22 лет поступила в родильный дом с жалобами на схватки потужного характера, задержку мочеиспускания. Беременность доношенная. Женскую консультацию посещала регулярно. Схватки начались 6 часов назад, воды излились 4 часа назад. Объективно: рост 140 см, размеры таза: 20 – 23 – 26 – 16 см. ОЖ – 98 см, ВДМ – 38 см. Температура тела при поступлении 36,5°, схватки болезненные, потужного характера через 2-3 мин, в промежутках между ними матка полностью не расслабляется. Предлежит головка – над входом в малый таз. Сердцебиение плода 130 ударов в мин. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена до 1 см, открытие маточного зева 5 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Деформаций костей таза нет. Мыс крестца достижим. Диагональная конъюгата 8,5 см. Выделения из половых путей – светлые околоплодные воды.

**Вопросы:**

1. Какой период и фаза родов.
2. Оцените таз роженицы.
3. Какова истинная конъюгата.
4. Какова предполагаемая масса плода.
5. Есть ли осложнения в течение родов.
6. Сформулируйте диагноз при поступлении, обоснуйте его.
7. Акушерская тактика.
8. Какие осложнения могут возникнуть, их профилактика.
9. Есть ли упущения врача женской консультации при диспансерном наблюдении беременной

**Задача 6**

Первородящая 22 лет поступила в родильный дом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, подтекание околоплодных вод. Из анамнеза выяснено, что в прошлом было 2 медицинских аборта, один самопроизвольный выкидыш. За время настоящей беременности дважды находилась на лечении в стационаре по поводу угрозы прерывания беременности. Объективно: положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 удара в минуту. Влагалищное исследование: шейка сглажена, края тонкие, открытие 8 см, плодного пузыря нет, предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз, вставление правильное. Во втором периоде родов родовая деятельность ослабла, начато введение родостимулирующей смеси с окситоцином. Головкой занята середина крестцовой впадины, середина лонного сочленения, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок у лона. На кардиомониторе зафиксировано урежение сердцебиения плода до 90-100 ударов в одну минуту. После введения пирацетама, аскорбиновой кислоты, кокарбоксилазы – сердцебиение осталось прежним.

**Вопросы:**

1. Диагноз, обоснование диагноза.
2. Причины возникших осложнений в родах.
3. Оцените состояние плода.
4. В какой части малого таза находится головка.
5. Акушерская тактика.

**Эталоны ответов к задачам по теме «Родовой травматизм** **матери, причины, диагностика,**

**принципы лечения .**

**Эталоны ответов к задаче № 1**

1. Беременность 40 недель. Роды седьмые, срочные. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.
2. Разрывы матки - это нарушение ее целости во время беременности (редко) и в родах.
3. Классификация:I. По времени происхождения: разрывы вовремя беременности, разрывы во время родов. II. По патогенетическому признаку:1) самопроизвольные разрывы матки, механические, гистопатические, механогистопатические 2)насильственные разрывы матки: травматические, смешанные. III. По клиническому течению: угрожающий разрыв, начавшийся разрыв, совершившийся разрыв. IV. По характеру повреждения: трещина (надрыв), неполный разрыв, полный разрыв. V. По локализации: разрыв в дне матки, разрыв в теле матки, разрыв в нижнем сегменте, отрыв матки от сводов влагалища.
4. Гистопатические (многорожавшая, воспаление матки в анамнезе, медицинский аборт и ручное обследование полости матки в анамнезе).
5. Прекращение активной родовой деятельности после острой боли в животе, отчетливая пальпация плода через переднюю брюшную стенку, пальпация нечетких контуров матки, отсутствие сердцебиенияплода, тяжелое состояние женщины ( геморрагический шок ), кровянистые выделения из половых путей, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, появление перкуторной тупости в отлогих местах живота.

6. Экстренная лапаротомия, а затем производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.

1. Нормальные размеры таза.

8 Шок I ст тяжести

9. Тяжёлое состояние роженицы связано с шоком и нарастающей кровопотерей.

10 Наблюдение в женской консультации, дородовая госпитализация в стационар, роды в специальном учреждении.

11К этой группе риска относятся беременные с узким тазом, неправильным положением плода, переношенной беременностью (крупный плод), многорожавшие женщины с дряблой брюшной стенкой и дряблой маткой, имеющие отягощенный акушерский анамнез (патологические роды, осложненные аборты, послеродовые и послеабортные воспалительные заболевания ), перенесшие кесарево сечение и другие операции на матке.

**Эталоны ответов к задаче 2**

1. Угрожающий разрыв матки. Клинически узкий таз при беременности 39-40 недель. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз сужение 1 степени. Фетоплацентарная недостаточность декомпенсированная форма, острая внутриутробная гипоксия плода.
2. Причиной угрожающего разрыва матки явилось клиническое несоответствие между крупными размерами плода и общеравномерносуженным тазом матери.
3. Предполагаемая масса плода 4100 гр.
4. Экстренное оперативное родоразрешение операцией кесарева сечения по абсолютным показаниям.
5. Во время операции возможно гипотоническое кровотечение из-за перерастяжения матки.

**Эталоны ответов к задаче 4**

1. Совершившийся разрыв матки при беременности 38 недель. Геморрагический – травматический шок 3 степени. ОАА. Хр. фетоплацентарная недостаточность декомпенсированная форма.
2. Диагноз выставлен на основании данных анамнеза – перенесенное кесарево сечение 2 года назад, осложненное течение послеоперационного периода. Внезапно возникших болей в животе, сопровождающихся симптомами острого кровотечения – тошнота, слабость, тахикардия, снижение АД до критических цифр.
3. В задаче не указано состояние плода, но, учитывая совершившийся разрыв матки, геморрагический и травматический шок, следует думать об антенатальной гибели плода.
4. Причиной возникшего осложнения явился несостоятельный рубец на матке после перенесенного кесарева сечения.
5. Экстренное оперативное лечение с одновременным проведением реанимационных мероприятий и анестезиологического пособия. Объем операции – экстирпация матки.
6. Во время операции и в послеоперационном периоде возможно развитие ДВС на фоне массивной кровопотери.

**Эталоны ответов к задаче 5**

1. Первый период родов, активная фаза.
2. Общеравномерносуженный таз, сужение 2 степени.
3. Диагональная коньюгата 7 см.
4. Предполагаемая масса плода 3730 гр.
5. Беременность 39-40 недель, общеравномерносуженный таз сужение 2 ст., функционально узкий таз. Раннее излитие околоплодных вод. 1 период родов.
6. Экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения по абсолютным показаниям.
7. Во время операции и в послеоперационном периоде возможно гипотоническое кровотечения из-за перерастяжения матки крупным плодом.
8. Врач женской консультации, наблюдавший женщину, должен был направить беременную на дородовую госпитализацию на сроке 38 недель с анатомически узким тазом и относительно крупным плодом.

**Эталоны ответов к задаче 6**

1. Беременность 39-40 недель. ОАА. Вторичная родовая слабость. Раннее излитие околоплодных вод. Хроническая фетоплацентарная недостаточность субкомпенсированная форма. Острая внутриутробная гипоксия плода. Медикаментозная родостимуляция окситоцином. Диагноз выставлен на основании прекращения продвижения плода по родовому каналу, урежению сердцебиения плода по КТГ.
2. Причиной слабости родовых сил явились перенесенные аборты до настоящей беременности, что привели к гистопатическим изменениям стенки матки и снижению сократительной способности в родах.
3. Внутриутробная гипоксия плода тяжелой степени
4. Головка находится в широкой части малого таза.
5. Отсутствуют условия для кесарева сечения, но нахождение головки плода в широкой части малого таза позволяет закончить роды наложением полостных акушерских щипцов.

Тестовый контроль по проверке полученных знаний  
  
**1 Показанием к рассечению промежности при прорезывании головки является:**

1. 1 угроза разрыва промежности  
   2 острая внутриутробная гипоксия плода  
   3 преждевременные роды

4 запоздалые роды

**2 Разрывы мягких тканей родового канала подразделяют на:**

1. разрывы вульвы
2. разрывы влагалища
3. разрывы шейки матки
4. разрывы матки

**3 По степени вовлечения в разрыв тканей при свершившемся разрыве промежности различают:**

1. разрыв промежности 1 степени  
2. разрыв промежности 2 степени  
3. разрыв промежности 3 степени  
4. центральный разрыв промежности

**4. Укажите клинические признаки угрожающего разрыва матки:**  
1. беспокойное поведение роженицы  
2. постоянный тонус матки  
3. перерастяжение и болезненность нижнего сегмента матки  
4. кровянистые выделения из половых путей

**5. По клиническому течению разрывы промежности различают:**

1.угрожающий разрыв

2 .начавшийся разрыв   
 3 .совершившийся разрыв

4 .неполный разрыв

**6.При разрыве промежности 1 степени нарушается:**

1. задняя спайка

2. кожа промежности

3. мышцы промежности

4 .слизистый слой

**7. Центральный разрыв промежности характеризуется:**

1повреждением задней стенки влагалища

2 мышц тазового дна

3 кожи промежности

4сфинктера прямой кишки

**8Цель акушерского пособия в родах:**

1 защита мягких тканей родового канала  
 2 бережное выведение плода из родовых путей

3 наблюдение за прорезыванием головки плода

4 сосчитывание сердцебиения плода в родах

**9. Показания к рассечению вульварного кольца (эпизио-, перинеотомия):**

1угрожающий разрыв промежности

2 тазовое предлежание плода

3 длительное стояние головки на тазовом дне  
 4 угрожающая внутриутробная гипоксия плода

**10. Укажите причины травм мягких тканей родового канала:**  
 1 неправильная защита промежности в родах  
 2 крупный плод

3 стремительные роды

4 узкий таз

**11. Разрывы влагалища классифицируют**  
 1 по этиологии  
 2 по локализации  
 3 по глубине повреждения  
 4 по длине разрыва

**12. Профилактик а разрывов промежности включает:**  
 1. квалифицированное оказание акушерского пособия   
 2. своевременное рассечение промежности  
 3. проведение влагалищных родоразрешающих операций  
 4. внимательное наблюдение за течением 2-го периода родов  
  
  
**13. При лечении выворота матки производят:**  
 1вправление вывернутой матки под глубоким наркозом  
 2 тампонаду влагалища стерильным бинтом  
 3 хирургические методы лечения  
 4 в/венное введение утеротоников

**14. Диагноз мочеполовых и кишечно-половых свищей ставят на основании:**  
 1 клинической картины  
 2 цистоскопии

3 введении в мочевой пузырь метиленового синего

4данных УЗИ

**15. Клиническая картина свершившегося разрыва матки характеризуется следующими признаками**:  
  
 1 чрезвычайно острая (кинжальная) боль в животе  
 2 четкой пальпацией частей плода в брюшной полости  
 3 отсутствием сердцебиения у плода  
 4 массивным наружным кровотечение

**16Причины разрыва промежности в родах:**

1. Высокая, плохо растяжимая промежность
2. Возрастная первородящая
3. Крупный плод
4. Быстрые и стремительные роды
5. Верно А, В
6. Все ответы верные

**17Разрыв промежности III степени – это:**

1. Разрыв задней стенки влагалища и кожа промежности
2. Повреждается кожа промежности, стенка влагалища и мышцы тазового дна
3. Нарушается целостность только мышц тазового дна
4. Нарушается наружный сфинктер прямой кишки и передняя стенка прямой кишки
5. Все перечисленное

1. **Разрыв шейки матки степени 1 степени – это:**
2. Длина разрыва до 2 см
3. Длина разрыва не доходит до сводов влагалища
4. Разрыв доходит до сводов влагалища
5. Все ответы правильные
6. Все ответы неправильные

1. **Причины разрыва шейки матки:**
2. Дискоординированная родовая деятельность
3. Крупный плод
4. Насильственная травма при наложении акушерских щипцов, вакуум экстрактора
5. Экстракция плода за тазовый конец
6. Все правильно
7. Все ответы неверные

1. **Классификация разрыва матки по клиническому течению:**
2. Угрожающий разрыв
3. Начавшийся разрыв матки
4. Совершившийся полный  разрыв матки
5. Совершившийся  не полный разрыв
6. Все ответы  не правильные
7. Все ответы правильные
8. **Причины механического разрыва матки все, кроме:**
9. Морфологические изменения миометрия, предшествующие беременности
10. Крупный плод
11. Неправильные вставления головки
12. Гидроцефалия
13. Неправильные положения плода
14. **Симптомы угрожающего разрыва матки:**
15. Гипертонус матки
16. Высокое стояние контракционного кольца
17. Болезненность нижнего сегмента матки при пальпации
18. Потуги при высоко стоящей головке
19. Верно Б, Г
20. Верно все

1. **Характерный симптом начавшегося разрыва матки:**
2. Непроизвольная непродуктивная потужная деятельность при головке,  стоящей над входом в малый таз
3. Выраженная болезненность живота вне схваток или потуг
4. Кровянистые выделения из матки
5. Геморрагический шок
6. Все верно
7. Верно А, Б
8. **Симптомы свершившегося разрыва матки:**
9. Гемодинамические нарушения
10. Тяжелое состояние женщины, обусловленное шоком
11. Прекращение родовой деятельности
12. Распирающая боль в животе  
     Верно Б, В
13. Верно  все перечисленное
14. **Причины гистопатических разрывов матки все, кроме:**
15. Рубец на матке после перенесенного ранее кесарева сечения
16. Рубец на матке после консервативной миомэктамии
17. Повторяющиеся воспалительные процессы женских половых органов
18. Клиническое несоответствие между размерами таза матери и предлежащей частью плода
19. Перенесенные аборты
20. Все верно

1. **Неотложная помощь при угрожающем разрыве матки начинается**

**с:**

1. Медикаментозной родостимуляции с целью быстрого окончания родов
2. Немедленной дачи глубокого наркоза
3. Оперативного родоразрешения
4. Правильные ответы А, Б
5. Все ответы неверные

1. **Последовательность неотложной помощи при совершившемся разрыве матки:**
2. Дать наркоз с искусственной вентиляцией легких и терапией геморрагического шока
3. Произвести экстренную лапаротомию, с ревизией органов брюшной полости и остановкой кровотечения
4. При восстановлении гемодинамических показателей продолжить операцию
5. Верно все
6. Последовательность неверная

1. **Органосохраняющая операция при разрыве матки возможна:**
2. При линейной небольшой ране на матке
3. При разрыве в области дна
4. При обширной размозженной ране на матке
5. При отсутствии инфекции
6. Верно А, Б
7. Верно А, Г
8. **Объем операции при совершившемся разрыве матки определяется:**
9. Тяжестью больной
10. Характером повреждения
11. Наличием  или отсутствием инфицирования матки
12. Быстротой и надежностью остановки кровотечения
13. Верно А, Б
14. Верно все перечисленное

1. **Показания к экстирпации матки при совершившемся разрыве все, кроме:**
2. Разрыв нижнего сегмента матки с ранением крупных сосудов и образованием гематомы в параметрии
3. Отрыв матки от влагалищных сводов
4. Наличие инфекции
5. ДВС-синдром
6. Угрожающий матки по старому рубцу
7. **Порядок введения ложек акушерских щипцов следующий:**
8. левую ложку держат правой рукой и вводят в правую половину таза матери
9. правую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери
10. левую ложку левой рукой в левую половину матери, правую ложку правой рукой в правую половину матери
11. все перечисленные
12. ничего из перечисленного

1. **При наложении выходных акушерских щипцов ложки должны лечь на головку плода:**
2. В правом косом размере
3. В поперечном размере
4. В прямом размере
5. В левом косом размере
6. Не имеет значения
7. **Наложение акушерских щипцов противопоказано:**
8. При внутриутробном инфицировании плода
9. При эндомиометрите у матери
10. Внутриутробной гипоксии плода
11. Ни при чем из перечисленного
12. При всем перечисленном
13. **Во время влечения головки в акушерских щипцах тракции должны быть:**
14. Периодически вращательные
15. Периодически качательные
16. Периодически в виде рывков
17. Верно все перечисленное
18. Ничего из перечисленного
19. **Возможные осложнения при использовании акушерских щипцов:**
20. Разрыв промежности, влагалища
21. Высокий травматизм плода
22. Соскальзывание ложек щипцов
23. Неправильное размещение ложек щипцов на головке
24. Все перечисленное
25. Ничего из перечисленного.

**Ответы к контрольному тестированию**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1**-1,2,3. | **2**-1,2,3 | **3**-1,2,3 | **4**-1,2,3,4 | **5-**1,2,3 | **6**-1,2 | **7**-2,3 | **8**-1,2 |
| **9-**1,2,3,4 | **10**-1,2,3,4 | **11**-3,4 | **12**-1,2,4 | **13**-1 | **14**-1,2 | **15**-1,2,3 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **16**-6 | **17**-4 | **18**-1 | **19**-5 | **20**-5 | **2**1-1 | **22**-6 | **23**-3 | **24**-6 | **25**-3 | **26**-2 | **27**-4 | **28**-4 | **29**-6 | **30**-5 | **31**-3 | **32**-2 | **33**-4 |
| **34**-3 | **35**-5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Манипуляция**

**Влагалищное исследование родильницы**

***Цель занятия,*** освоить методику влагалищного исследования для дополнения данных наружного исследования, оценки состояния родовых путей, зрелости шейки матки, динамики продвижения головки и раскрытия шейки матки в родах, выявления отклонений от физиологической нормы.

***Место проведения:*** приемный покой родильного, родильный зал, симуляционный класс.

***Наглядные пособия:*** манекен-симулятор роженицы.

Во второй половине и в конце беременности влагалищное исследование производится у женщин, впервые обратившихся в консультацию. При влагалищном исследовании можно с большой вероятностью определить предлежание плода, если при наружном исследовании эти данные недостаточно отчетливы. Влагалищное исследование производят при тщательном выполнении всех правил асептики и антисептики. При исследовании беременная лежит на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и разведены в стороны, I и II пальцами левой руки раздвигаются большие и малые половые губы и осматриваются вульва, клитор, наружное отверстие уретры, промежность. Затем во влагалище вводятся ложкообразное зеркало и подъемник и осматриваются шейка матки, стенки влагалища. После извлечения зеркала и подъемника во влагалище вводят II и III пальцы правой руки, I палец отведен вверх, IV и V прижаты к ладони (рис. 7-а). Исследование производят в следующем порядке:

1. определяют ширину просвета и растяжимость стенок влагалища,выявляют рубцы, опухоли, перегородку и другие патологические изменения;
2. находят шейку матки и определяют ее форму, длину, консистенцию шеечной ткани, отношение к проводной оси таза, оценивают степень зрелости (по укорочению, размягчению, проходимости для исследующих пальцев

наружного зева и цервикального канала). При проходимости для пальца цервикального канала определяют наличие плодного пузыря;

1. через своды определят предлежащую часть плода, ее отношение ко входу в малый таз;
2. пальпируют внутреннюю поверхность крестца, симфиза, боковых стенок таза, выявляя возможную деформацию его костей (костные выступы, неподвижность крестцово-копчикового сочленения, уплощение крестца);
3. измеряют диагональную конъюгату (рис. 7-б, 7-в), оценивают характер выделений из половых путей (слизистые, серозные, гнойные, кровянистые).

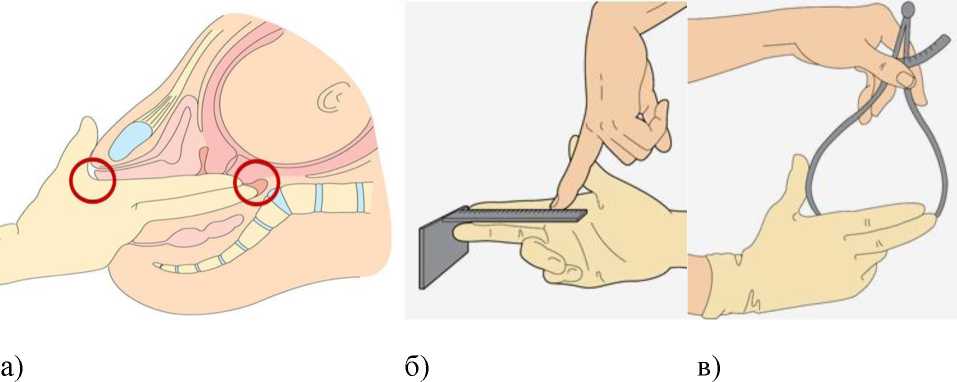


Рис. 7. Влагалищное исследование беременной (а). Измерение диагональной конъюгаты (б, в).

**Влагалищное исследование рожениц.**

Цель - дополнить данные наружного акушерского исследования, выяснить особенности механизма родов и степень сглаживания и открытия зева, выявить возможные осложнения.

У рожениц рекомендуется производить влагалищное исследование при поступлении в родильный дом, а в дальнейшем - по показаниям. При выполнении влагалищного исследования обязательно соблюдение правил асептики и антисептики.

При влагалищном исследовании роженица лежит на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и разведены в стороны. Левой рукой раздвигают большие и малые половые губы и осматривают вульву, слизистую входа, клитор, промежность. Затем во влагалище вводят II и III пальцы правой руки.

Исследование производят в следующем порядке - определяют ширину просвета, растяжимость стенок влагалища, патологические изменения, если они есть; находят шейку матки и определяют ее длину (сохранена, укорочена, сглажена), степень открытия маточного зева в сантиметрах (рис. 8), состояния краев зева (тонкие, толстые, растяжимые, ригидные); открытие маточного зева на 10-12 см считается полным. Затем выясняют состояние плодного пузыря, его целость, степень напряжения; вне схватки определяют предлежащую часть, ее отношение ко входу в малый таз (подвижна над входом в малый таз, прижата ко входу в малый таз, фиксирована во входе в таз малым сегментом, большим сегментом; большим сегментом в полости таза, в выходе таза - см. табл. № 5); отмечают опознавательные пункты на ней (швы, роднички на головке, крестец и крестцовый гребень на тазовом конце) и их отношение к опознавательным точкам плоскостей таза; определят плотность костей черепа.

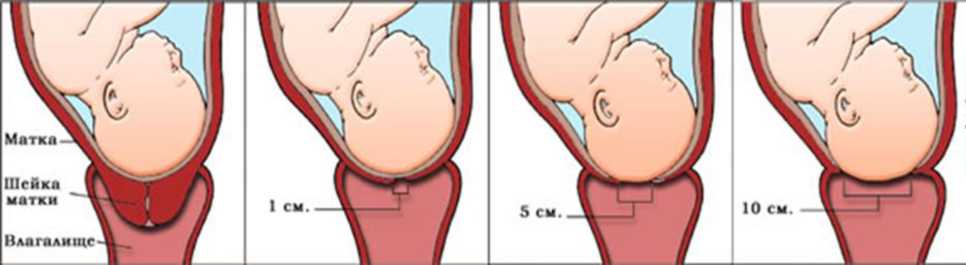


Рис. 8. Влагалищное исследование в родах: оценка степени раскрытия шейки матки.

В зависимости от стояния головки по отношению к плоскостям малого таза, ее считают подвижной (баллотирующей), прижатой или фиксированной во входе в таз, находящейся в полости или в выходе малого таза .

**Манипуляции- Перинео и эпизиотомия**

**Цель занятия,** освоить методики рассечения акушерской промежности.

**Место проведения:** симуляционный класс, родильный зал.

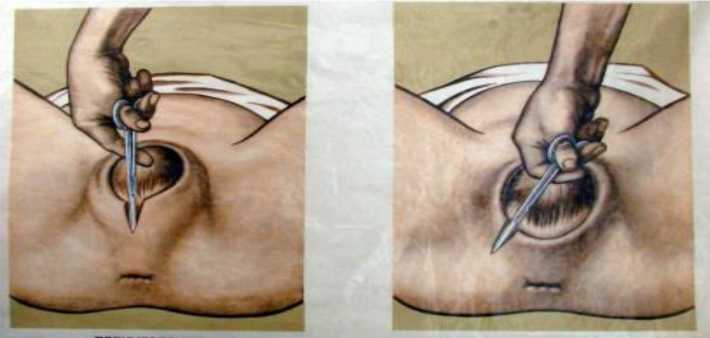
**Наглядные пособия и инструменты:** манекен-симулятор роженицы, ножницы, иголки, викрил.

**Цель перинео- или эпизиотомии** - искусственное расширение вульварного кольца острым путем для уменьшения сопротивления тканей промежности прорезывающейся головке плода.

Рекомендуется производить: 1) у первородящих женщин старше 28 лет с ригидными тканями родового канала; 2) при прорезывании через вульварное кольцо головки крупного плода; 3) при преждевременных родах для профилактики черепно-мозговой травмы у плода; 4) у инфантильных женщин с узким вульварным кольцом; 5) при угрожающем разрыве промежности при прорезывании головки; 6) при дистоции плечиков плода; 7) при наложении акушерских щипцов, вакуум-экстракции плода.

Операцию производят во время наибольшего растяжения вульварного кольца. Рассекают ткань на высоте потуги. Перед рассечением кожу обрабатывают антисептиком. Затем желательно произвести местную инфильтрационную анестезию 0,25%-0,5% раствором новокаина.

**Перинеотомия** - срединный разрез промежности, при котором разрезают кожу и поверхностные мышцы промежности (рис. 13-а). Разрез длиной 3 см расширяет вульварное кольцо на 6 см, головка рождается свободно. По окончании родов после местной инфильтрационной анестезии раствором новокаина края разреза промежности сопоставляются, мышцы и слизистая зашиваются узловыми викриловыми швами, на кожу промежности накладывают узловые капроновые или шелковые швы. Линия швов обрабатывается настойкой йода.



а) б)

Рис. 13. Перинеотомия (а) и эпизиотомия (б).

**Эпизиотомия** выполняется на одной или с обеих сторон на 2-3 см выше задней спайки. Разрез выполняют ножницами, длина и глубина его должна быть не менее 3 см. При этом обычно рассекают кожу и часть мышечных пучков констриктора влагалища (рис. 13-б). По окончании родов производят эпизиоррафию - на рану слизистой накладывают викриловые швы, на кожу - узловые шелковые или капроновые швы.

Не рекомендуется рутинное рассечение промежности в родах (перинео- и эпизиотомия). Рассечение промежности в родах также не должно выполняться у пациенток, имеющих в анамнезе разрыв промежности 3 или 4 степени.

В настоящее время ВОЗ ограничила использование рассечения промежности в родах такими случаями, как:

* осложненные вагинальные роды (тазовое предлежание, дистоция плечиков плода, наложение щипцов, вакуум-экстракция плода);
* рубцовые изменения гениталий в результате женского обрезания или плохо заживших разрывов третьей и четвертой степени;
* дистресс плода.

Латеральная эпизиотомия не должна выполняться. Предпочтительна медиолатеральная техника - справа между углом в 450 и 600 (рис. 14). Операцию производят в тот момент, когда в схватку из половой щели

показывается участок головки диаметром 3-4 см. Метод обезболивания - предшествующая регионарная анестезия, инфильтрационная или пудендальная анестезия.

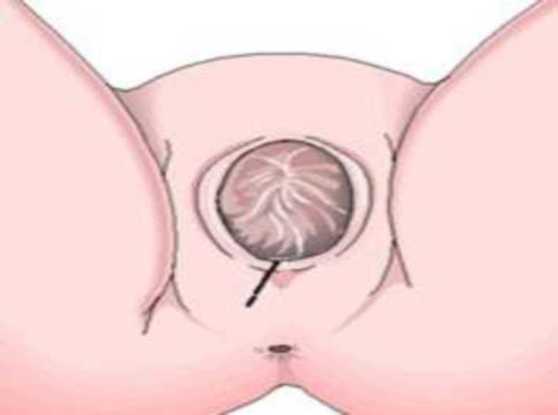


Рис. 14. Медиолатеральная техника эпизиотомии (справа между углом

в 450 и 600).

**Манипуляция-Перинеорафия**

**Цель занятия:** освоить методику ушивания разрывов промежности в зависимости от степени повреждения.

**Место проведения:** симуляционный класс, родильный зал.

**Наглядные пособия и инструменты:** манекен-симулятор роженицы, манекен промежности, зажимы, иглодержатели, иглы, пинцет, викрил.

**Перинеоррафия** - восстановление целостности тканей акушерской промежности путем наложения швов.

**Классификация разрывов промежности:**

* **I степень** - разрыв кожи промежности на протяжении задней спайки;
* **II степень** - разрыв переходит на мышцу, поднимающую задний проход ***(m. levator ani),*** кроме сфинктера прямой кишки, который остается неповрежденным;
* **III степень** - кроме кожи, фасций и мышц, надрывается или разрывается наружный сфинктер заднего прохода (m. sphincter ani extemus) без повреждения стенки прямой кишки ***(неполный разрыв III степени);***
* **IV степень** - нарушение целостности наружного сфинктера заднего прохода с повреждением стенки прямой кишки ***(полный разрыв III степени).***

**Этапы ушивания разрыва промежности I и Пстепени**

* шов на верхний угол разрыва;
* наложение 3-4 швов на мышцы промежности (рис. 15-а);
* восстановление слизистой влагалища;
* восстановление кожи промежности (рис. 15-б).

а) б)

**Этапы ушивания разрыва промежности III-IV степени:**

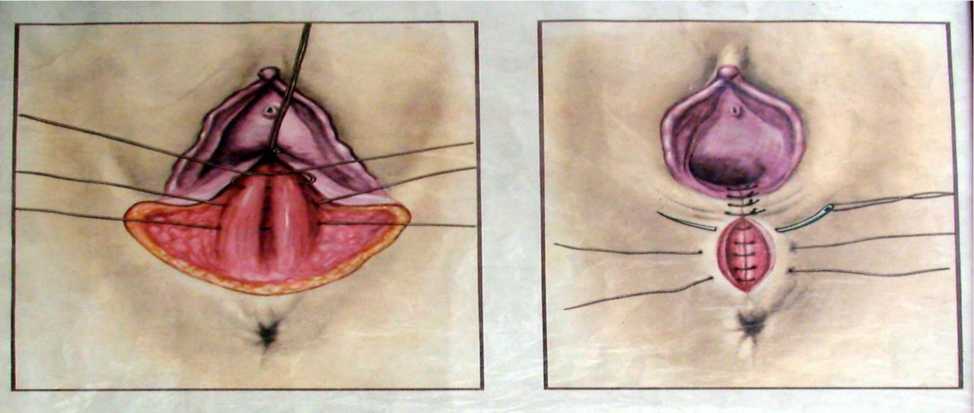


Рис. 15. Восстановление разрыва промежности II степени: а) наложение швов на леваторы; б) наложение швов на кожу промежности.

* восстановление стенки прямой кишки (рис. 16-а);
* восстановление сфинктера прямой кишки (рис. 16-б);
* ушивание, как при разрыве II степени

а)

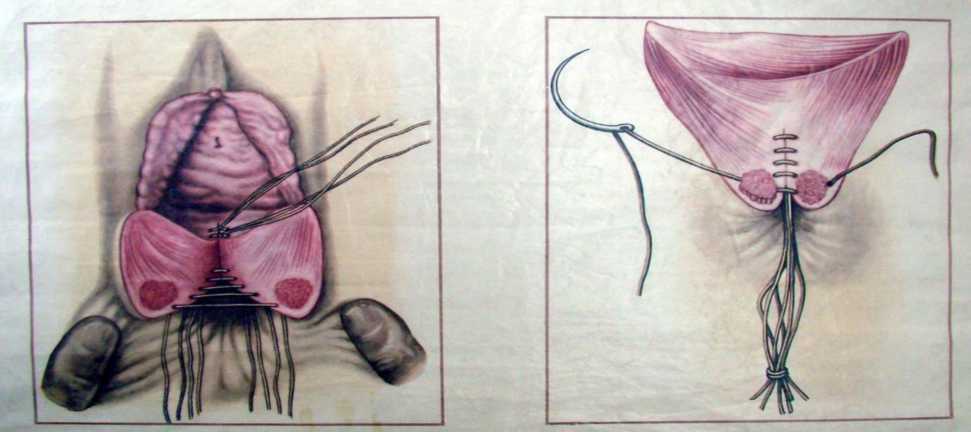


Рис. 16. Восстановление разрыва промежности III и IV степени: а) наложение швов на стенку прямой кишки; б) ушивание сфинктера прямой кишки.

**Определение положения головки плода по отношению к плоскостям таза при затылочном предлежании**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Местонахождение**  **головки** | **Данные наружного исследования** | **Данные влагалищного исследования** |
| **Головка**  **баллотирует(или подвижна) над входом в таз** | Г оловка свободно перемещается в стороны. Пальцы исследующих рук могут быть легко подведены с обеих сторон под головку | Достичь головки пальцами удается лишь в том случае если наружной рукой прижимать ее к входу в таз. Мыс можно прощупать вытянутыми пальцами, если он вообще достижим. Кроме мыса, можно ощупать всю внутреннюю поверхность малого таза (верхний край симфиза, безымянные линии, крестцовую кость на всем ее протяжении и тазовые кости) |
| **Головка прижата ко входу в таз или ограниченно подвижна** | Г оловка лишена свободы движений, перемещение ее рукой затруднено. Пальцы исследующих рук могут быть подведены с обеих сторон под головку лишь при смещении последней кверху | Исследующими пальцами удается достичь головки, при этом она может отходить. Вытянутыми пальцами можно прощупать мыс, если он вообще достижим |
| **Головка фиксирована малым сегментом во входе в таз** | Пальцами прощупывается наибольшая часть головки плода, находящаяся над плоскостью входа в таз, т. е. ощупываются с одной стороны лоб, а с другой затылок. Пальцы исследующих рук расходятся значительно в стороны на головке | Легко достигается пальцами нижний полюс головки и область малого родничка. На значительном протяжении ощупываются внутренняя поверхность тазовых костей крестцовая кость и частично безымянная линия. Выступающая точка мыса может быть достигнута только согнутыми пальцами |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Головка фиксирована большим сегментом во входе в таз или расположена в широкой части полости таза** | Пальцы исследующих рук легко сближаются, так как значительная часть головки уже опустилась ниже плоскости входа в таз. По Пискачеку (через вход влагалища) головка достигается пальцем с трудом | Нижний полюс (свод) головки находится в интерспинальной плоскости. Достичь пальцами мыса невозможно. Крестцовая впадина головкой полностью не выполнена. Можно прощупать только последние крестцовые позвонки |
| **Головка находится в полости таза, или большим сегментом в узкой части полости таза** | Исследующие пальцы над лоном ощупывают шеечно­плечевую область плода. По Пискачеку головка легко достигается | Нижний полюс (свод) головки располагается ниже интерспинальной плоскости. Крестцовая впадина полностью выполнена. Невозможно прощупать ни симфиз, ни внутреннюю поверхность тазовых костей и в том числе седалищные ости |
| **Головка в выходе таза** | То же | Головка на тазовом дне. С трудом ощупываются позвонки копчика. Прощупываются мягкие части вульвы и входа во влагалище. В глубине половой щели видна волосистая часть головки |

Получив полное представление о состоянии влагалища, шейки матки, плодного пузыря и предлежащей части плода, ощупывают поверхность крестца, симфиза, боковых стенок таза, выявляют деформации его костей, определяют емкость таза. При отхождении околоплодных вод необходимо оценить их цвет и количество.

В конце исследования обязательно измеряют **диагональную**

**конъюгату** - расстояние между мысом и нижнем краем лона: ногтевую

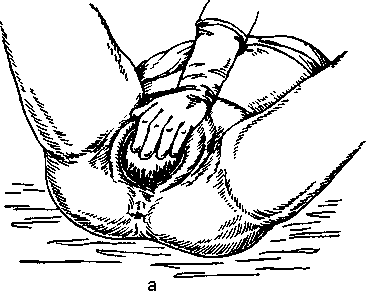
фалангу среднего пальца правой руки подводят к середине мыса и

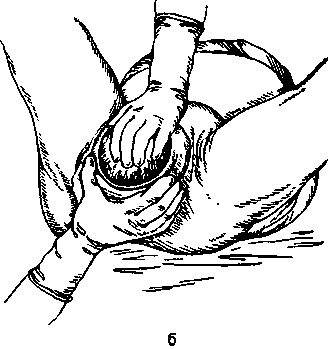
указательным пальцем левой руки отмечают точку касания нижнего края лона на исследующей руке (рис. 7-а). Величину конъюгаты измеряют линейкой (рис. 7-б) или тазомером, пуговки которого устанавливают на отметках (рис. 7-в). В нормальном тазу диагональная конъюгата равна 12-13 см, т. е. на 1,5-2 см больше истинной конъюгаты.

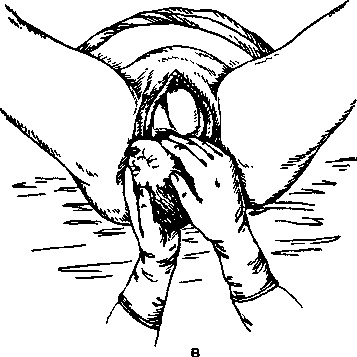
**Манипуляция**

**Акушерское пособие при головном предлежании слагается из манипуляций, совершаемых в определенной последовательности.**  
В нашей стране и развитых зарубежных странах роды принимают на специальной кровати в положении роженицы на спине, с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и разведенными в стороны.  
  
Первый момент— профилактика преждевременного разгибания головки В момент рождения головка должна проходить через вульварное кольцо в согнутом положении. При таких условиях она прорезывается через половую щель окружностью, проведенной через малый косой размер (32 см) вместо прямого размера (35 см), как это бывает при разогнутой головке. При прорезывании в согнутом состоянии головка минимально сдавливается тканями родового канала, и при этом меньше растягиваются мышцы промежности.  
  
Для воспрепятствия преждевременному разгибанию головки акушерка кладет левую руку на лонное сочленение и прорезывающуюся головку. При этом ладонные поверхности плотно прилегающих друг к другу четырех пальцев левой руки располагаются плашмя на головке, бережно задерживая ее разгибание и быстрое продвижение по родовому каналу (рис.5.29, а).  
  
Эти манипуляции следует строго выполнять ладонной поверхностью пальцев руки, а не кончиками пальцев, так как давление последних может повредить головку. Сгибание головки осуществляется до тех пор, пока подзатылочная ямка не подойдет под лонное сочленение и не образуется точка фиксации.  
  
Второй момент —уменьшение напряжения тканей промежности. Одновременно с задержкой преждевременного разгибания головки необходимо уменьшить силу циркуляторно давящих на нее мягких тканей тазового дна и сделать их более податливыми за счет "заимствования" из области половых губ. Это достигается следующим образом Правую руку ладонной поверхностью кладут на промежность таким образом, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой, а максимально отведенный палец — к области правой половой губы (см. рис. 5.29, б). Складка между большим и указательным пальцами располагается над ладьевидной ямкой промежности. Осторожно надавливая концами всех пальцев на мягкие ткани вдоль больших половых губ, низводят их книзу, к промежности, уменьшая при этом ее напряжение. Одновременно ладонь правой руки бережно придавливает к прорезывающейся головке ткани промежности, поддерживая их. Благодаря этим манипуляциям уменьшается напряжение тканей промежности; в них остается нормальным кровообращение, что повышает их сопротивляемость разрывам.

Третий момент— регулирование потуг. Опасность разрыва промежности и чрезмерное сдавление головки сильно возрастают, когда она вставляется в вульварное кольцо теменными буграми. Роженица испытывает в это время непреодолимое желание тужиться. Однако быстрое продвижение головки может привести к разрывам тканей промежности и травме головки. Не менее опасно, когда продвижение головки затягивается или приостанавливается из-за прекращения потуг, в результате чего головка длительное время подвергается сжатию натянутыми тканями промежности.  
  
Для того чтобы избежать вышеперечисленных отрицательных последствий, необходимо умелое регулирование потуг, выключение или ослабление, когда это необходимо. После того как головка установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка подошла под лонное сочленение, выведение головки желательно продолжить вне потуг. Для этого роженице предлагают глубоко и часто дышать открытым ртом. В таком состоянии потужная деятельность невозможна. В это время обеими руками задерживают продвижение головки до окончания потуги. После окончания потуги правой рукой соскальзывающими движениями снимают ткани с личика плода. Левой же рукой в это время медленно поднимают головку кпереди, разгибая ее. При необходимости роженице предлагают произвольно потужиться с силой, достаточной для полного выведения головки из половой щели.







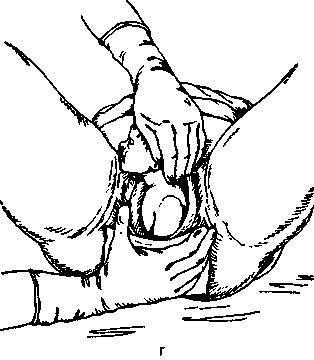


Рис. 5.29.

**Ручное пособие при головном предлежании**

а — предупреждение преждевременного разгибания головки;

б — уменьшение напряжения промежности ("защита" промежности);

в — выведение переднего плечика;

г — освобождение заднего плечика.  
  
  
  
Четвертый момент —освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода. После рождения головки совершается последний момент механизма родов — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Для этого роженице предлагают потужиться. Во время потуги головка поворачивается лицом к правому бедру при первой позиции, а при второй позиции к левому бедру. Возможно при этом самостоятельное рождение плечиков. Если этого не происходит, то ладонями захватывают головку за височно-щечные области и осуществляют тракции кзади до тех пор, пока треть переднего плечика не подойдет под лонное сочленение (рис. 5.29, в). После того как плечико подведено под лоно, левой рукой захватывают головку, приподнимая ее вверх, а правой рукой сдвигают ткани промежности с заднего плечика, выводя последнее (рис. 5.29, г). После рождения плечевого пояса в подмышечные впадины со стороны спины вводят указательные пальцы обеих рук и туловище приподнимают кверху, соответственно проводной оси таза. Это способствует бережному и быстрому рождению плода. Освобождение плечевого пояса необходимо произвести очень бережно, не растягивая чрезмерно шейный отдел позвоночника плода, поскольку при этом возможны травмы этого отдела. Нельзя также первой выводить переднюю ручку из-под лонного сочленения, поскольку возможен перелом ее или ключицы.

В тех случаях, когда возникает угроза разрыва промежности, производят ее рассечение — перинеотомию (рис. 5.30) или срединную эпизиотомию (рис. 5.31), так как резаная рана с ровными краями заживает лучше, чем рваная рана с размозженными краями. Перинеотомия может производиться и в интересах плода — для предупреждения внутричерепной травмы при неподатливой промежности.

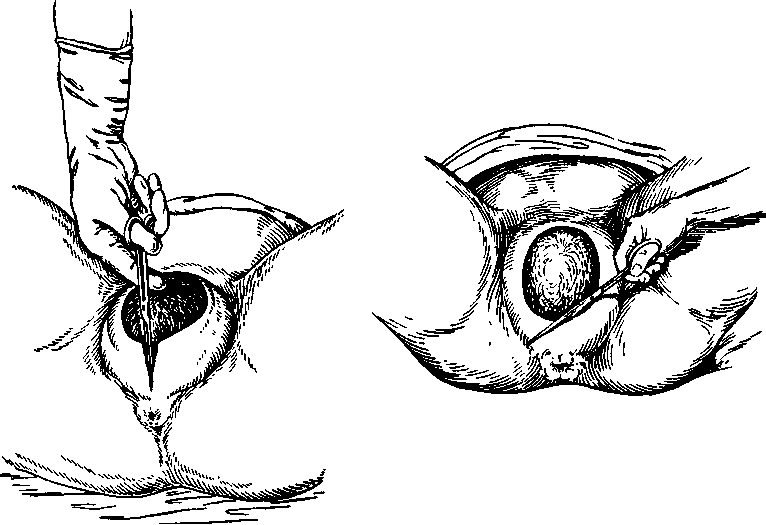
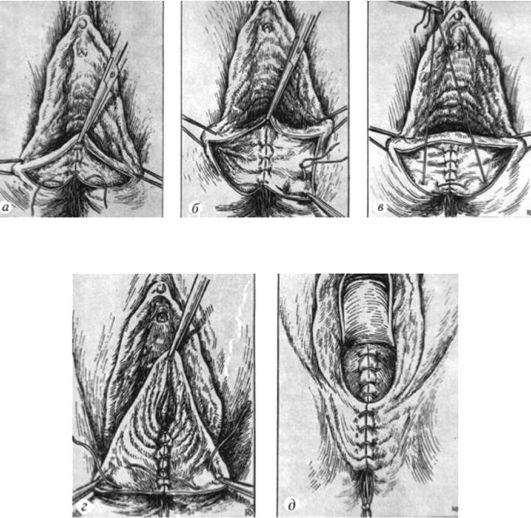


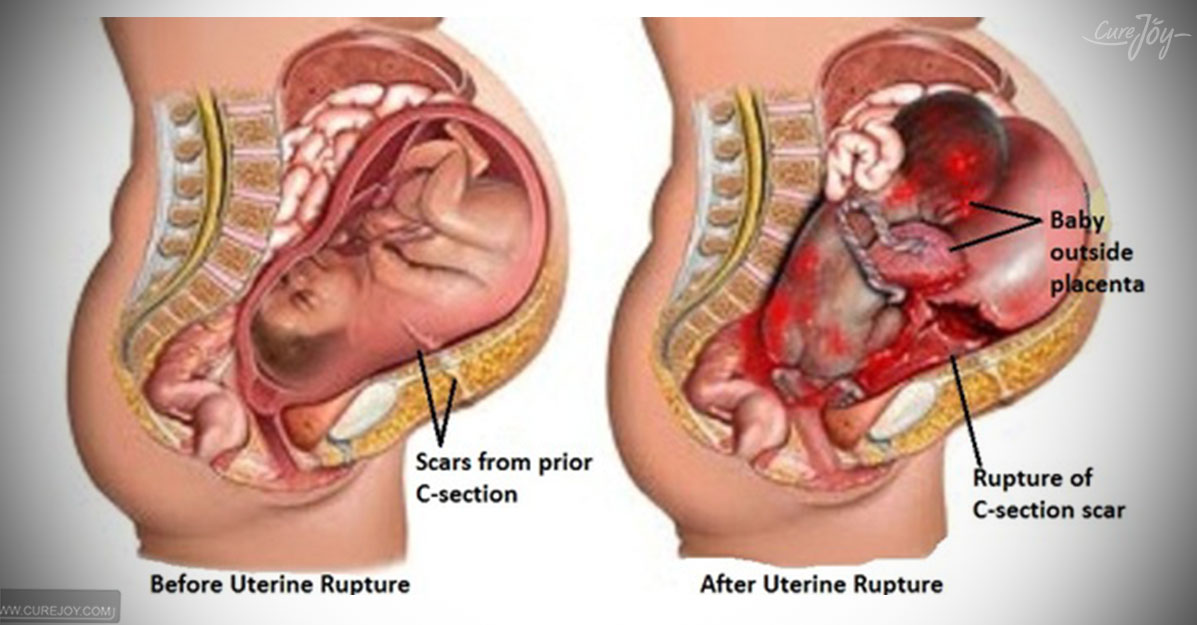
Рис. 5.30.**Перинеотомия**

Рис. 5.31. **Эпизиотоми**

Приложение 2



Зашивание разрыва промежности III степени: а - наложение швов на стенку прямой кишки; б, в - наложение швов на сфинктер прямой кишки; г - наложение швов на мышцы промежности; д конечный этап (восстановлена кожа промежности).



Разрыв матки

Глоссарий

|  |  |
| --- | --- |
| Laesio s. trauma | Повреждение |
| Ruptura perinei gradus primi | Разрыв промежности I степени |
| Ruptura perinei gradus secundi | Разрыв промежности II степени |
| Ruptura perinei gradus tertii | Разрыв промежности III степени |
| Perineorraphia | Наложение швов на промежность |
| Ruptura vaginae | Разрыв стенки влагалища |
| Colporraphia | Наложение швов на влагалище |
| Haematoma vaginae | Гематома влагалища |
| Incarceratio labii anterioris cervicis | Ущемление передней губы шейки матки |
| Incarceratio labii pasterioris cervicis | Ущемление задней губы шейки матки |
| Ruptura cervicis uteri gradus primi | Разрыв шейки матки I степени |
| Ruptura cervicis uteri gradus secundi | Разрыв шейки матки II степени |
| Ruptura cervicis uteri gradus tertii | Разрыв шейки матки III степени |
| Cervicorraphia | Наложение швов на шейку матки |
| Ruptura uteri | Разрыв матки |
| Ruptura uteri spontatea | Самопроизвольный разрыв матки |
| Ruptura uteri violenta | Насильственный разрыв матки |
| Ruptura uteri completa | Полный разрыв матки |

Окончание таблицы

|  |  |
| --- | --- |
| Ruptura uteri incompleta | Неполный разрыв матки |
| Colporrexis | Отрыв матки от влагалищных сводов |
| Ruptura uteri imminens | Угрожающий разрыв матки |
| Ruptura uteri incipiens | Начинающийся разрыв матки |
| Usura uteri | Узура, размозжение тканей матки |
| Inversio uteri | Выворот матки |
| Fistula urethrovaginalis | Уретро-влагалищный свищ |
| Fistula urethrovesicovaginalis | Уретро-пузырно-влагалищный свищ |
| Fistula vesicovaginalis | Пузырно-влагалищный свищ |
| Fistula vesicocervicalis | Пузырно-шеечный свищ |
| Fistula vesicouterina | Пузырно-маточный свищ |
| Fistula uterovaginalis | Мочеточниково-влагалищный свищ |
| Fistula uterocervicovaginalis | Мочеточниково-шеечно-влагалищный свищ |
| Fistula ureterouterina | Мочеточниково-маточный свищ |
| Fistula rectovaginalis | Прямокишечно-влагалищный свищ |
| Fistula rectoperinealis | Прямокишечно-промежностный свищ |

Список использованной литературы:

1. Акушерство / под ред. Г.М. Савельевой. - М.: Медицина, 2000 (15), 2009(50)
2. Гинекология/Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко.-М., 2004
3. Акушерство. Ч. 1,2, 3/Под ред. В.Е. Радзинского.-М., 2005.
4. Акушерство от десяти учителей/Под ред. С. Кэмпбелла.-М., 2004.
5. Практические навыки по акушерству и гинекологии/Л.А. Супрун.-Мн., 2002.
6. Сметник В.П. Неоперативная гинекология.-М., 2003
7. Практический справочник акушера-гинеколога/Ю.В. Цвелев и др.-СПб., 2001
8. Практическая гинекология: (Клинические лекции)/Под ред. В.И. Кулакова и В.Н. Прилепской.-М., 2002
9. Руководство к практическим занятиям по гинекологии/Под ред. Ю.В. Цвелева и Е.Ф. Кира.-СПб., 2003
10. Хачкурузов С.Г. Ультразвуковое исследование при беременности раннего срока.-М., 2002
11. Руководство по эндокринной гинекологии/Под ред. Е.М. Вихляевой.-М., 2002.

12.http://www.eurolab.ua/encyclopedia/patient.gynecology/48650