

**Государственное бюджетное профессиональное образовательное  
учреждение республики Дагестан «Дербентский медицинский колледж  
имени Г.А. Илизарова»**

**Учебно – методический комплекс  
практического занятия для студентов**

**акушерское дело \_\_\_\_\_  
по предмету «Акушерство»**

**Раздел:  
«Родовой травматизм»**

**Рассмотрена и утверждено  
На заседании ЦМК акушерства  
и гинекологии  
Преподаватель:  
Алекперова Л.Б.**

**Дербент**

## **Пояснительная записка**

Данное пособие обучающего типа создано, как один из вариантов помощи в самостоятельной работе для студентов 3 курса, специальности « Акушерское дело».

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.

Методический комплекс составлен с целью:

1. Научить студентов осмыслить исключительную возможность применения полученных теоретических знаний на практике;
2. Прививать студентам чувство долга, ответственности, требовательности к себе;
3. Прививать любовь к выбранной профессии.

Содержание обучения переведено в задачи и задания для студентов на уровне профессионально – практической деятельности, максимально приближенной к реальной работе акушерки. Формирование навыков на технике выполнения манипуляций обеспеченно алгоритмом выполнения с обоснованием каждого этапа.

Профессионально интеллектуальные навыки по технике выполнения процедур и манипуляций отрабатываются путем решения задач с применением алгоритмических схем.

При контроле знаний учитывается не только качество выполнения процедур и манипуляций, но обязательное теоретическое обоснование, а также самостоятельное выполнение приобретенных навыков и умений.

Данная тема изучается:

На лекционных занятиях \_\_\_\_\_

На практических занятиях \_\_\_\_\_

## Рецензия

В работе представлен материал, раскрывающий основные понятия темы, способствующие формированию у студентов четких знаний, умений, а впоследствии профессионализма.

Преподаватель грамотно, творчески решил проблему построения методического комплекса и представил следующую его структуру:

Пояснительная записка

Учебно – методические планы занятий:

Лекционного

Практического

Схемы интеграции

Схемы, таблицы

Список используемой литературы, используемой преподавателем при написании методического пособия

Для изучения темы, закрепления знаний разработан дидактический материал:

Конспект темы, глоссарий, тесты, контрольные вопросы, ситуационные задачи.

Автором тщательно продумана методика организации лекционного и практического курса изучения данной темы, наряду с традиционными методами используются активные методы обучения и контроля.

Учебно – методический комплекс составлен в соответствии с программой обучения и может быть использована, студентами и преподавателями в качестве пособия для изучения темы: «Родовой травматизм»

### **Мотивация темы:**

Родовые пути женщины во время родов подвергаются значительному растяжению. В результате этого в ряде случаев возникают повреждения тканей влагалища, промежности и шейки матки в основном носящие характер поверхностных ссадин и трещин, которые протекают бессимптомно и самостоятельно заживают в первые же сутки после родов. В других случаях, при перерастяжении тканей или в результате хирургических вмешательств, наблюдаются разрывы шейки матки, стенок влагалища и иногда могут возникнуть повреждения, опасные для жизни женщины (разрывы матки) или приводящие к длительной потере трудоспособности (моче- и кишечнополовые свищи). Разрывом матки называется нарушение целостности ее стенок. Частота разрывов матки составляет 0,05–0,1 % (1:1000–1:2000) по отношению ко всем родам. Причем в последние десятилетия эта величина остается постоянной, что зависит, по-видимому, от увеличения массы плода (за последние 20 лет количество крупных детей, родившихся массой более 4000 г, увеличилось в 2–3 раза). Чаще всего разрывы матки наблюдаются у многорожавших женщин в возрасте 30–40 лет.

## **Содержание**

1. Мотивация темы
2. План проведения лекционного занятия
3. Опорный конспект лекции
4. План практического занятия
5. Пре – тест
6. Пост –тест
7. Ситуационные задачи
8. Глоссарий
9. Список используемой литературы

## **План проведения лекционного занятия**

**Тип занятий** – лекция

**Продолжительность** \_\_\_\_\_

**Место проведения** – лекционный зал «Акушерства и гинекологии»

**Цели:**

**Учебные цели:**

1. Разобрать классификацию, основные причины возникновения родовых травм в акушерстве
2. Разобрать особенности клинического течения и тактику при родовых травмах жпо.

**Воспитательная цель:**

Развитие ответственности, духовности, нравственности, соблюдение правил биомедицинской этики и деонтологии, научить обучающихся бережному отношению к женщине-матери.

**Развивающая цель:**

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

**Оснащения**

1. Стенд по теме
2. Фантом
3. Кукла
4. Стетоскоп
5. См. лента
6. Инструменты Оснащение: фантом, кукла, модель костного таза, плакат (стенд) с родовыми травмами . диапозитивы, видеофильмы.
7. Методическая разработка
8. набор тестов и задач по текущей теме
9. хирургические инструменты.

## **Распределение времени**

Организационный момент -2 мин

1. Постановка целей и задач- 3 мин
2. Изложение нового материала -75 мин
3. Закрепление материала – 10 мин

## **План лекции:**

1. Родовой травматизм. Виды травматизма. Классификация
2. Этиология и диагностика родовых травм
3. Клиническое течение родового травматизма
4. Тактика при родовых травмах

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ:**

### **Материнский травматизм**

Родовые пути женщины во время родов подвергаются значительному растяжению. В результате этого в ряде случаев возникают повреждения тканей влагалища, промежности и шейки матки, в основном носящие характер поверхностных ссадин и трещин, которые бессимптомны и самостоятельно заживают в первые дни послеродового периода.

Патологическое течение родового акта, нарушение пространственных взаимоотношений между величиной плода и родовыми путями, отсутствие должной регуляции продвижения плода по родовому каналу, несвоевременное или неправильное оказание акушерских пособий приводит к значительным повреждениям родовых путей.

### **К родовому травматизму матери относят:**

повреждения наружных половых органов;

разрывы промежности;

разрывы стенок влагалища;

разрывы шейки матки;

разрывы тела матки;

вывороты матки;

разрывы сочленений таза;

кишечно-половые и мочеполовые свищи.

### **Разрывы промежности и влагалища**

В повседневной жизни мы сталкиваемся с более легкими видами родового травматизма – разрывами мягких тканей родового канала. Разрывы промежности являются наиболее частым видом акушерского травматизма и встречаются в 7-15% всех родов, у первородящих они наблюдаются в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих.

Клиническая анатомия мягких тканей малого таза.

Мышечное дно таза состоит из трех этажей: нижнего, среднего и верхнего. Является поддерживающим аппаратом, обеспечивающим правильное расположение внутренних половых органов женщины, и препятствует их опущению и выпадению.



Наиболее распространенными причинами разрывов промежности являются следующие:

ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, рубцы, оставшиеся после предыдущих родов, а также высокая промежность;

прорезывание головки большим размером при разгибательных предлежаниях: переднеголовном, лобном, лицевом;

3) оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум экстракция);

анатомически узкий таз, особенно плоскорахитический, при котором происходит быстрое прорезывание головки, и инфантильный, при котором наблюдается узкий лонный угол;

крупный плод;

быстрые и стремительные роды

неправильное оказание акушерского пособия - преждевременное разгибание и прорезывание головки.

Предрасполагающими причинами могут быть изменения тканей родовых путей вследствие воспалительных процессов, ригидность тканей у возрастных первородящих, аномалии костного таза.

Разрывы промежности могут быть самопроизвольными и насильственными. К самопроизвольным относят разрывы, возникающие независимо от внешних воздействий, а к насильственным - разрывы, возникающие вследствие неправильного ведения родов или в связи с родоразрешающими операциями.

Различают три степени разрыва промежности

Разрыв 1 степени – нарушается целостность задней стенки влагалища и задней спайки, а также кожа промежности. До мышечной ткани разрыв не доходит.

Разрыв 2 степени – кроме кожи рвутся фасции и мышцы.

Разрыв 3 степени – кроме кожи, фасций и упомянутых мышц, надывается или полностью разрывается *m. sphincter ani externus* и слизистая передней стенки прямой кишки. При этом если повреждается только сфинктер, разрыв называют неполным. При вовлечении в разрыв стенки прямой кишки говорят о полном разрыве 3 степени.

Диагностика. Разрывы промежности выявляются при визуальном осмотре в послеродовом периоде. Лечение разрывов промежности заключается в

восстановлении анатомических взаимоотношений тканей путем наложения швов.

Зашивание разрывов промежности 1 и 2 степени проводится под внутривенной или местной инфильтрационной анестезией, начиная с верхнего угла раны, ушивая дефект послойно.

При разрыве III степени показано общее обезболивание (для полного расслабления сфинктера прямой кишки). Для ушивания слизистой влагалища используется рассасывающийся шовный материал (кетгут, викрил, дексон), на кожу шелковые швы.

Зашивание разрыва III степени является ответственной операцией, требующей высокой оперативной техники и она должна производиться опытным хирургом

В послеоперационном периоде поверхность швов обрабатывают 5% раствором перманганата калия или йодной настойкой. Туалет промежности производят после каждого акта мочеиспускания или дефекации.

При разрывах промежности I -II степени на 3-й день родильнице назначают слабительное. При отеке тканей промежности в области швов применяют пузырь со льдом или физиолечение (терапевтический лазер и ультразвук и др.).

При разрывах III степени в течение первых 6 дней родильница получает жидкую пищу, антибактериальную терапию. Слабительное дают на 5-6-й день после родов, затем снимают швы.

Угрожающий разрыв промежности. Признаки: угрозы разрыва выражаются в значительном выпячивании промежности, ее цианозе, отеке, а затем и побледнении. Кожа промежности становится блестящей, на ней появляются незначительные трещины, и происходит разрыв промежности.

Виды рассечений промежности:

Перинеотомия

Средино-латеральная эпизиотомия

Латеральная эпизиотомия.

В настоящее время предпочтение отдается срединно-латеральной эпизиотомии и перинеотомии, при которых сосудисто-нервные образования травмируются минимально и не повреждаются большая железа преддверия и ее протоки. Латеральная эпизиотомия не используется из-за выраженной травматичности и показана только в тех случаях, когда другой вид разреза невыполним.

Разрез при перинеотомии проходит по средней линии промежности, где имеется минимальное количество сосудов и нервных окончаний.

Разрез легко заживает. Если протяженность разреза увеличивается более чем на 3,5 см от задней спайки, то он может перейти на прямую кишку и привести к разрыву промежности III степени.

Разрывы промежности легко инфицируются и порой становятся источником послеродовых септических заболеваний.

Технически неправильное восстановление целостности промежности способствует в дальнейшем опущениям и выпадениям женских половых органов, а при III степени разрыва может развиваться недержание газов и кала или образоваться влагалищно-прямокишечный свищ.

### **Гематомы наружных половых органов и влагалища**

Разрывы влагалища чаще всего являются продолжением разрывов промежности, но могут наблюдаться и изолированные разрывы влагалища. Поэтому стенки влагалища должны быть осмотрены даже при незначительном кровотечении и обязательно зашиты кетгутовыми швами.

Гематомы наружных половых органов и влагалища возникают во время родов вследствие длительного или быстрого периода изгнания плода или при извлечении головки плода с помощью акушерских щипцов. Под воздействием травмы происходит разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается неповрежденной. Изливающаяся кровь скапливается в тканях и рыхлой клетчатке, образуется гематома, по размерам нередко превышающая головку новорожденного.

Клиническая картина характеризуется появлением сине-багровой опухоли в области наружных половых органов или влагалища, вход во влагалище расположен эксцентрично. Гематомы вызывают ощущение дискомфорта (чувство давления, распирающего) резкую боль. При больших или прогрессирующих гематомах развивается картина геморрагического шока. Гематомы способны распространяться вверх на клетчатку малого таза (околовагинальная и околоматочная). При прогрессировании гематомы иногда нельзя избежать чревосечения.

Распознают гематомы при осмотре наружных половых органов и влагалища, а также при вагинальном исследовании.

Небольшие гематомы не вскрывают. Прогрессирующие гематомы и более 4-5 см в диаметре подлежат вскрытию с целью найти кровоточащий сосуд, чтобы наложить на него лигатуру, удалить сгустки крови, зашить рану наглухо.

Возможно нагноение гематом. При признаках инфекции зашивание раны противопоказано.

### **Разрывы шейки матки**

По данным различных авторов, частота разрывов шейки матки при родах колеблется в широких пределах - от 3 до 60%, причем у первородящих они наблюдаются в четыре раза чаще, чем у повторнородящих.

Причины разрывов шейки матки

Изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения.

Ригидность шейки матки у первородящих старше 30 лет.

Чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, разгибательных положениях.

Быстрые и стремительные роды.

Длительные роды при преждевременном излитии вод.

Длительное ущемление шейки матки между головкой и костями таза.

Оперативные роды - акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец, плодоразрушающие операции.

Нерациональное ведение II периода родов, ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольные и насильственные. Самопроизвольные возникают при родах без оперативных пособий, насильственные - при оперативных вмешательствах, вызванных патологическими родами.

Разрывы шейки матки делятся на три степени.

Разрыв шейки матки I степени с одной или двух сторон не более 2 см от наружного зева;

Разрыв шейки матки II степени - разрывы более 2 см, не достигающие до сводов влагалища с одной или двух сторон;

Разрыв шейки матки III степени - разрывы, достигающие до свода или переходящие на него.

Симптомом разрывов шейки матки является кровотечение из родовых путей, которое возникает после рождения плода и последа при хорошо сократившейся матке. Кровотечение может быть от незначительного до

профузного, вытекающая кровь имеет алый цвет. Значение имеет калибр поврежденного кровеносного сосуда и наличие в нем тромбов.

Разрывы шейки матки после родов определяется при осмотре шейки матки с помощью зеркал. Этот осмотр обязателен для всех родильниц. Шейку матки обнажают при помощи зеркал, затем ее захватывают окончатými зажимами сначала за переднюю губу и, перекадывая их, растягивая края, осматривают ее на всем протяжении через каждые 2 см.

Методика восстановления шейки матки при ее разрыве

После отхождения последа, заключается в наложении однорядного шва синтетической или кетгутовой нитью. Швы накладываются через все слои шейки матки со стороны влагалища, начиная от верхнего края разрыва по направлению к наружному зеву, первая лигатура накладывается несколько выше места разрыва.

Обезболивание. Используется масочный наркоз (закась азота и кислород) или кратковременный внутривенный наркоз (кетамин и др.).

При вторичном заживлении незащитой шейки матки образуются грубые рубцы, приводящие к деформации шейки матки и образованию эктропиона. В дальнейшем происходит изъязвление эктропиона, и развивается эндоцервицит.

## **Разрывы матки**

Разрывом матки называется нарушение целостности ее стенок.

«Самое страшное, что может случиться с женщиной в родах – это разрыв матки» – очень точно отражает суть вопроса. Любой разрыв матки во время беременности или в родах сопровождается массивной, а иногда и сверхмассивной кровопотерей и может привести к инвалидизации или гибели пациентки.

Впервые разрыв матки в родах был распознан и описан еще в XVI веке, но лишь с XIX века начинается научное изучение этого вопроса. В 1670 г. Чемберлен попытался продать знаменитому парижскому акушеру Мориссо свое изобретение – акушерские щипцы. Ему было предложено продемонстрировать свой чудодейственный инструмент на роженице, которую Мориссо перед этим безуспешно пытался родоразрешить в течение 5 суток. В итоге после многочисленных попыток наложения щипцов роженица погибла неродоразрешенной, а на секции были обнаружены многочисленные разрывы матки, нанесенные ложками инструмента. Так возникли насильственные разрывы матки.

Однако лишь в 1875г в своем трактате «О разрыве матки и ее механизме» известный акушер Бандль сформулировал свою знаменитую механическую теорию разрывов матки. Согласно его теории возникновение разрыва матки возможно самопроизвольно в результате пространственного несоответствия размеров головки плода и таза матери, т.е. возникает механическое препятствие к продвижению плода.

Механическая теория разрыва матки (Бандль)

Узкий таз, особенно при умеренной степени сужения.

Поперечные положения плода.

Разгибательные предлежания и асинклитические вставления головки.

Гидроцефалия плода.

Крупный плод.

Опухоли в области малого таза.

Рубцовые сужения различных отделов родовых путей.

Неправильные положения матки после различных фиксирующих ее положение операций и т.д.

Если при таких условиях развивается хорошая родовая деятельность, тело матки все больше и больше сокращается, плод постепенно перемещается в тонкостенный, перерастянутый нижний сегмент, который при продолжающейся родовой деятельности резко истончается, и в результате происходит его разрыв.

Но уже тогда Бандль отметил, что его теория не в состоянии объяснить, почему разрыв матки в ряде случаев наступает еще в первом периоде родов при сравнительно слабой родовой деятельности, а иногда и во время беременности.

Гистопатическая теория разрыва матки (Вербов)

Этот феномен был объяснен отечественным акушером Я.В. Вербовым, который в 1911г. предложил свой вариант теории разрывов матки. Согласно его теории, основной причиной разрывов матки являются глубокие патологические изменения воспалительного и дегенеративного характера в мускулатуре матки. Такие изменения миометрия возникают при следующих условиях.

Рубцы на матке после различных операций (кесарева сечения, консервативной миомэктомии, операций при внематочной беременности с

удалением интерстициальной части трубы, перфораций при внутриматочном вмешательстве).

Повреждения матки при абортах, особенно криминальных и часто повторяющихся.

Инфантилизм и аномалии развития половых органов, характеризующиеся недостаточным развитием миометрия.

Воспалительные заболевания матки и придатков.

Более пяти родов в анамнезе.

Многоводие, многоплодие.

Приращение и предлежание плаценты.

Деструктивный пузырьный занос.

Согласно современным представлениям, основными причинами разрыва матки во время беременности и в родах следует считать гистопатические изменения миометрия, механические препятствия рождению плода и насильственные факторы. При этом ведущую роль отдают гистопатическим изменениям миометрия.

Чаще разрывы матки возникают на фоне перенесенных; воспалительных процессов в матке или после перенесенной операции матке (60% всех разрывов матки).

Три основных этиологических компонента данной патологии.

Гистопатические изменения миометрия. Они разделяются на:

А. рубцовые

Б. атрофические и дистрофические

В. воспалительного характера

Г. деструктивные вследствие глубокой инвазии трофобласта.

Рубцовые изменения возникают после операций на матке – кесарево сечение, иссечение угла матки при интерстициальной внематочной беременности, удаление миоматозных узлов матки, ушивание перфорационных отверстий при медицинских абортах и т.д.

Атрофические и дистрофические изменения могут возникать вследствие осложнений родового акта при предшествующих родах, таких как упорная слабость родовой деятельности, ПОНП особенно на фоне гестоза, после проведения операций ручного отделения плаценты, ручного обследования

стенок полости матки, при неразвивающейся беременности, невынашивании, бесплодии, у пациенток с аномалиями развития матки.

Воспалительные изменения матки развиваются у пациенток с хроническими воспалительными процессами миометрия, особенно при вовлечении в воспалительный процесс всех слоев матки.

Механические препятствия рождению плода.

Ведущими моментами являются сочетание анатомического сужения таза и крупные размеры плода предрасполагают к формированию диспропорции между головкой плода и тазом матери, а также неправильные вставления головки плода (лобное и различные виды асинклитических вставлений, неправильные положения плода – поперечные и косые).

Насильственные факторы.

Они могут быть различными. Насильственные разрывы при выполнении родоразрешающих акушерских операций. Отчего погибла роженица, которую пытался родоразрешить при помощи щипцов Чемберлен. Ведь Мориссо выбрал ее не случайно – он пять суток безуспешно пытался ей помочь. Несомненно, имел место клинически узкий таз, при котором наложение щипцов категорически противопоказано, т.к. неминуемо приведет к разрыву матки. Таким образом, первая группа насильственных факторов – это родоразрешающие операции при отсутствии условий к их проведению или нарушение техники их выполнения.

Вторая группа – это механические воздействия и манипуляции при угрожающем разрыве матки. Перерастянутый нижний сегмент может разорваться не только при механическом давлении на дно матки, что нередко проводится с целью форсирования продвижения головки по родовому каналу, но даже от простого прикосновения к нему акушерского стетоскопа при попытке выслушать сердцебиение плода.

Третья группа насильственных факторов – это внешние причины, являются следствием грубой травмы, чаще автомобильной.

Сочетанные причины.

Стоят на первой месте в структуре причин разрывов матки. В основе лежат структурные изменения миометрия, на которые наслаиваются механические факторы, которые сами по себе при неизменной стенке матки никогда не привели бы к ее разрыву – давление рукой на дно матки, нерационально проводимое родоусиление, форсирование продвижения головки по родовому каналу и т.д. Примером такого сочетания причин может служить случай, описанный отечественным акушером Малявинским В.М. в 1925г.



Первобеременная первородящая поступила в роды с запущенным поперечным положением плода. Роды при этом произошли самопроизвольные с двойным плодом, и здоровый миометрий выдержал такое аномальное родоразрешение. Через два года пациентка рождает второй раз, но послеродовой период осложняется аномалией прикрепления плаценты, по поводу чего выполняется операция ручного отделения плаценты, а послеродовой период сопровождается лихорадкой, т.е. по-видимому, имеет место послеродовой метроэндометрит. Еще через два года возникает третья беременность, при которой на 36-й неделе происходит спонтанный полный разрыв матки.

Классификация разрывов матки (Л.С. Персианинов, 1964)

. По времени происхождения.

Разрывы во время беременности (9%).

Разрывы во время родов (91%).

II. По патогенетическому признаку.

1. Самопроизвольные:

механические;

гистопатические;

механогистопатические.

2. Насильственные:

травматические;

смешанные.

III. По клиническому течению.

Угрожающий разрыв.

Начавшийся разрыв.

Свершившийся разрыв.

IV. По характеру повреждения.

Трещина (надрыв).

Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость).

Полный разрыв (проникающий в брюшную полость).

V. По локализации.

Разрыв в дне матки.

Разрыв в теле матки.

Разрыв в нижнем сегменте.

Отрыв матки от сводов влагалища.

Полные разрывы матки наблюдаются в девять раз чаще, чем неполные, и происходят в местах, где серозный покров плотно спаян с миометрием. Неполный разрыв может иметь любую локализацию, но чаще бывает в нижнем сегменте. В этих случаях наблюдаются гематомы параметральной клетчатки.

Угрожающий разрыв матки

Угрожающий разрыв матки - при этом состоянии имеется перерастяжение нижнего сегмента матки или его дегенеративные изменения. Клиническая картина наиболее выражена при механическом препятствии к изгнанию плода, и меньше - при патологических изменениях стенки матки.

Клиническая картина угрожающего разрыва матки характеризуется появлением следующих симптомов.

Бурная родовая деятельность, схватки сильные, резко болезненные.

Матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены и болезненны.

Контракционное кольцо расположено высоко (на уровне пупка) и косо, матка приобретает форму песочных часов.

Нижний сегмент матки перерастян и истончен, при пальпации резко болезненный, не удается определить подлежащую часть.

Выпячивание или припухлость над лоном вследствие отека предпузырной клетчатки.

Признак Вастена положительный.

Затруднение мочеиспускания вследствие сдавления мочевого пузыря или уретры между головкой и костями таза.

Непроизвольная и безрезультатная потужная деятельность при высоко стоящей головке.

Беспокойное поведение роженицы.

Если своевременно не будет оказана необходимая помощь, то угрожающий разрыв матки перейдет в начавшийся разрыв.

Для начавшегося разрыва матки характерно присоединение к выраженным симптомам угрожающего разрыва матки новых симптомов вызванных разрывом кровеносных сосудов и образованием гематом миометрии.

Схватки приобретают судорожный характер. Появляются сукровичные или кровяные выделения из родовых путей, в моче - примесь крови (за счет перерастяжения мочевого пузыря и разрывов слизистой). Ухудшается состояние плода (острая гипоксия, учащение или урежение сердцебиения, повышение двигательной активности, отхождение мекония при головных предлежаниях, иногда внутриутробная смерть плода). Роженица возбуждена, жалуется на сильные, непрекращающиеся боли, чувство страха, боязнь смерти. Часто отмечаются нарушение ритма схваток, общая слабость, головокружение. При отсутствии немедленной помощи происходит разрыв матки.

#### Свершившийся разрыв матки

По определению Г. Гентера, свершившийся разрыв матки «характеризуется наступлением зловещей тишины в родильном зале после многочасовых криков и беспокойного поведения роженицы».

В момент разрыва роженицы испытывают сильную режущую боль, некоторые ощущают: что-то лопнуло, разорвалось. Сразу же прекращается родовая деятельность. Роженица становится апатичной, перестает кричать. Одновременно с угнетением состояния бледнеют кожные покровы, нарастает учащение пульса, падает его наполнение и артериальное давление, появляется холодный пот, т. е. развивается типичная картина шока. Шок обусловлен сначала резким перитонеальным инсультом в связи с внезапным изменением внутрибрюшного давления, а в дальнейшем он усугубляется кровотечением.

При наступившем разрыве матки меняется форма живота, исчезают напряжение круглых связок брюшной стенки, контракционное кольцо. Плод полностью или частично выходит в брюшную полость, и поэтому при пальпации части плода отчетливо определяются непосредственно под брюшной стенкой. Сердцебиение плода исчезает. Наружное кровотечение обычно бывает несильным, так как кровь изливается в брюшную полость, а при неполном разрыве образуется гематома в околوماتочной клетчатке.

Описанная клиническая картина изменяется в зависимости от локализации, размеров и характера разрыва. Иногда указанный симптомокомплекс выражен неотчетливо. Так, могут быть случаи разрывов, когда схватки

прекращаются не сразу, а постепенно ослабевают, пульс внезапно учащается, становится мягким, легко сжимаемым.

Наличие какого-либо одного или двух симптомов, отчетливо выраженных на фоне других неотчетливых признаков, может помочь распознаванию этого тяжелейшего осложнения родов.

В неясных случаях, при подозрении на разрыв матки, а также после родоразрешающих операций необходимо произвести ручное обследование полости матки, а шейку матки осмотреть при помощи зеркал.

Своевременная диагностика и лечение угрожающего разрыва матки является условием профилактики начавшегося и свершившегося разрыва матки. В этом случае действия врача должны быть оперативными и строго последовательными.

I этап. Необходимо быстро и эффективно снять родовую деятельность, введение роженицы в состояние глубокого наркоза. Оптимальным является комбинированный эндотрахеальный наркоз с применением релаксантов. Наиболее эффективно и быстро можно снять родовую деятельность в/в введением бета-блокаторов – партусистена или гинипрала. Применение наркотических анальгетиков малоэффективно, они не снимают родовой деятельности, а лишь затушевывает клиническую картину.

Роженица с угрожающим разрывом матки нетранспортабельна. Помощь должна быть оказана незамедлительно на месте, где поставлен диагноз. При отсутствии условий для родоразрешения бережная транспортировка может быть проведена при обязательно выключенной родовой деятельности в сопровождении врача или акушерки.

II этап. Немедленное и бережное родоразрешение. При наличии живого плода – операцией кесарева сечения. При этом разрез наиболее быстрый – нижнесрединная лапаротомия, которая дает возможность извлечения плода уже на 2-й минуте.

Когда плод мертв или состояние его агонирующее, проводится плодоразрушающая операция – при головных предлежаниях краниотомия, при запущенных поперечных положениях плода – декапитация или эмбриотомия. Все остальные виды родоразрешающих операций противопоказаны, т.к. в ходе выполнения неминуемо приведут к разрыву матки, который в этом случае будет уже насильственным.

После проведения плодоразрушающей операции обязательно контрольное ручное обследование стенок полости матки. Переутомление мышцы матки при таких родах всегда приводит к развитию гипотонических кровотечений. Поэтому после отделения плаценты в течение 1-2 часов следует в/в капельно

вводить окситоцин, возможно в комбинации с простагландинами со скоростью не менее 60 кап/мин.

Тактика при свершившемся разрыве матки – немедленное оперативное лечение. При этом объем вмешательства может быть различным. В любом случае после лапаротомии следует хирургическая остановка кровотечения – наложение клемм на кровоточащие сосуды, попавшие в разрыв. После этого на фоне гемостаза делается операционная пауза для проведения реанимационных мероприятий. При нормализации гемодинамики операция продолжается. При необильном кровотечении и ровных краях разрыва, что характерно для разрывов по рубцу после операций кесарева сечения, возможно освежение краев и ушивание матки. Если края разрыва разможенные, распространяются на смежные органы (мочевой пузырь), на ребра матки и сопровождаются обильной кровопотерей, в этих случаях проводятся гистерэктомии (экстирпация матки без придатков).

Летальные исходы при разрывах матки наступают чаще всего в конце операции или в течение ближайших часов после нее.

Профилактика разрыва матки должна начинаться в женской консультации. Она состоит в правильном выделении групп риска по материнскому травматизму. В нее относят беременных с отягощенным акушерским анамнезом, многорожавших, пациенток с неблагоприятным течением и исходом предыдущих родов, имевших тяжелые воспалительные процессы матки, а также беременных с аномалиями костного таза и крупными размерами плода.

Особую группу составляют пациентки, имеющие рубцы на матке после различных операций на матке, а также после перфораций во время мед. аборта. Эти беременные должны госпитализироваться даже при неосложненном течении настоящей беременности в сроке 35-36 недель для составления плана родоразрешения. При этом проводится тщательное обследование в условиях стационара, включающее такие специальные методы, как доплерометрия, ультразвуковое исследование области п/о рубца на матке. После полного обследования составляется план ведения родов с учетом всех полученных данных.

Предупреждение насильственных разрывов матки заключается в бережном рациональном родоразрешении, правильном определении показаний и условий для влагалищных родоразрешающих операций и технически грамотном их выполнении. Необходимо учитывать, что в ряде случаев даже при всех этих условиях в ходе выполнения этих операций при известных

технических трудностях возможна травма матки. Поэтому после их завершения с целью исключения возникшего осложнения необходимо проведение контрольно-диагностического ручного обследования стенок полости матки.

Разрывы матки – это одно из тяжелейших, часто смертельных, осложнений родового акта, к счастью достаточно редкое.

### **Острый выворот матки**

Острый выворот матки возникает при неправильном ведении последового или послеродового периода, вследствие слабости связочного аппарата матки, ее атонии. Выворот матки может быть полным или частичным. Всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.

Лечение острого выворота матки заключается в немедленной противошоковой терапии и вправлении вывернутой матки на место под глубоким наркозом.

### **Растяжение и разрывы сочленений таза**

У отдельных беременных встречается чрезмерное размягчение сочленений таза (симфизит, симфизиопатия). При родах крупным или переносным плодом, родоразрешающих операциях размягченные сочленения растягиваются, лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние (более 0,5 см). При разрыве лонного сочленения не исключены смещение лонных костей, повреждение мочеиспускательного канала, клитора, мочевого пузыря. При этом растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения. В суставах образуются кровоизлияния, в последующем может начаться воспалительный процесс.

Клинически эти осложнения вызывают появление болей в области лонного сочленения, крестца, копчика на 2-3-й день после родов, которые усиливаются при разведении ног и ходьбе. Могут появиться признаки воспаления в области травмы - гиперемия кожи, отек окружающих тканей.

Распознают повреждения сочленений таза при осмотре и пальпации области лонного сочленения и с помощью рентгенографии.

Допустимо консервативное лечение (покой, тугое бинтование таза, корсеты). При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство.

### **Мочеполовые и кишечные свищи**

Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей связано с неправильным ведением родов, особенно при узком тазе. Свищи не опасны для жизни женщины, но являются тяжелым увечьем и приводят к инвалидизации женщины. Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 ч), в результате чего происходит нарушение кровообращения в окружающих тканях с последующим их некрозом. Образуются свищи на 6-7-й день после родов, т.е. после выписки из родильного дома. Свищи могут образоваться при заживлении зашитых травм промежности вторичным натяжением, при ранении мочевого пузыря и кишечника во время чревосечения.

По патогенетическому признаку

Самопроизвольные

Насильственные

По локализации

Пузырно-влагалищные

Уретро-влагалищные

Мочеточниково-влагалищные

Кишечно-влагалищные

Основное клиническое проявление свищей - это либо выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания, либо выделение жидкого кала, всегда сопровождающиеся местной воспалительной реакцией во влагалище.

Диагностируют мочеполовые свищи путем осмотра влагалища шейки матки с помощью зеркал цистоскопии, кишечно-половые также при осмотре влагалища с помощью зеркал, пальцевого ректального исследования, при ректоскопии и ирригоскопии.

Мелкие влагалищно-прямокишечные свищи могут закрыться сами при соблюдении соответствующей диеты и гигиены. При не закрывшихся мочеполовых и кишечно-половых свищах необходимы пластические операции, которые довольно сложны и могут быть выполнены не ранее чем через 4-6 мес. после родов.

### **Контрольные вопросы:**

1. Разрывы промежности, шейки матки. Причины разрывов промежности, шейки матки. Классификация разрывов промежности, шейки матки. Клиническое течение. Тактика.
2. Разрыв матки. Этиология, классификация разрывов матки.
3. Клиника угрожающего, начавшегося и совершившегося разрыва тела матки.
4. Тактика врача при угрожающем, начавшемся и совершившемся разрыве тела матки.
5. Мочеполовые и кишечно-половые свищи (самопроизвольные, насильственные). Причины. Диагностика. Тактика.
6. Повреждения сочленений таза.
7. Выворот матки. Причины. Клиника. Лечение.
8. Диагностика и лечение послеродовых гематом.
9. Диагностика, лечение и профилактика послеродовых свищей.
10. Профилактика травматизма матери в родах.



## **План практического занятия**

**Тема: «Родовой травматизм»**

**Тип занятия – практическое занятие**

**Оснащение:**

Стенд

Фантом

Кукла

См. лента

Стетоскоп

Инструменты

Таз

Тазомер

Место проведения – доклинический кабинет акушерства и гинекологии

**Цели занятия**

**Учебные:**

Изучить причины родового травматизма матери, научить студентов распознавать и оказывать помощь при разрывах матки, влагалища, шейки матки, промежности, гематомах, мочеполовых и кишечно-половых свищах, послеродовом вывороте матки.

**Воспитательная:**

Развитие ответственности, духовности, нравственности, соблюдение правил биомедицинской этики и деонтологии, научить обучающихся бережному отношению к женщине-матери.

**Развивающая** – развить клиническое мышление, профессиональные качества акушерки.

**Требования к знаниям и умениям**

## **Знания**

Знать: Клинику различных родовых травм у рожениц, принципы диагностики и лечения разрывов промежности, шейки матки, разрывов матки.

## **Умения**

Уметь диагностировать различные формы и степени разрывов мягкого родового канала.

Знать тактику ведения беременных с рубцом на матке в женской консультации.

Уметь оказать помощь роженицам при различных формах родового травматизма в послеродовом периоде.

## **Навыки**

Признак Вастена

ПМП (ОЖ и ВДМ)

Пельвиометрию

Аускультацию плода

Наружное акушерское исследование.

Вагинальное исследование.

Определение срока беременности, родов.

Осмотр мягкого родового канала

Снятие швов с промежности после родов

Проведение туалета роженицы, уход за швами на промежности

## **Стандарт по теме**

**1. Студент должен повторить темы занятий:**

- а) Роды. Течение родов
- б) Ведение родов
- в) Пельвиометрия
- г) Узкий таз. Поперечные и косые положения плода. Течение и ведение родов.

**2. Студент должен знать:**

- а) Содержание лекционного материала
- б) Основные понятия по теме, алгоритмы выполнения манипуляций
- в) Правила деонтологии в общении с беременной женщиной и со своими коллегами по работе

**3. Студент должен уметь:**

- а) Осознано подходить к изучению нового материала
- б) Дифференцировать первостепенную и второстепенную информацию
- в) Четко и быстро выполнять манипуляции, соответствующие алгоритмам
- г) Адекватно реагировать на клиническую ситуацию и безошибочно действовать по намеченному плану.
- д) Уметь оказать помощь роженицам и родильницам с родовыми травмами, направленную на сохранение здоровья матери и ребенка, профилактику материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

### **Время занятия – 180 мин**

1. Организационный момент – 2 мин
2. Сообщение темы, целей, плана – 4 мин
3. Опрос по теме (фронтальный) – 20 мин
4. Пре тест - 10 мин
5. Опрос по теме – 60 мин
6. Решение клинических задач – 30 мин
7. Решение тестовых заданий – 10 мин
8. Заполнение рабочих тетрадей - 30 мин
9. Оформление дневников - 10
10. Подведение итогов занятия, задание на дом-4 мин

### **РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ**

#### **Пре – тест**

**1. Мочеполовые свищи возникает в результате:**

- а) разрыва матки
- б) длительное стояние головки в одной из плоскости малого таза
- в) глубокого разрыва промежности
- г) травмы сфинктера ануса.

**2. При совершившемся разрыве матки в родах схватки**

- а) ослабевают
- б) остановятся чрезмерными
- в) прекращается
- г) непрерывные

**3. Причина разрыва матки во время беременности**

- а) клинический узкий таз
- б) анатомический узкий таз
- в) послеоперационный рубец на матке
- г) преждевременные рода

**4. Причина разрыва ш/м.**

- а) тазовое предлежание плода
- б) начало потуг до полного раскрытия
- в) частые схватки
- г) преждевременные роды

**5. Для клиники разрыва ш/м характерно**

- а) гипотония матки
- б) ДВС синдром
- в) постоянное кровотечение при хорошо сократив. Плотной матке
- г ) дефект плаценте

**6. Матка приобретает форму «песочных часов»**

- а) при угрозе разрыва
- б) во время нормальной схватки

- в) после разрыва
- г) до начала родовой деятельности

### **7. Причины разрыва матки в родах.**

- а) клинический узкий таз
- б) многоводие
- в) гестоз беременных
- г) тазовое предлежание плода

### **8. Разрыв промежности третьей степени опасен повреждением**

- а) задней спайки больших половых губ
- б) кожи промежности
- в) слизистой влагалища
- г) наружное сфинктера прямой кишки

### **9. Причины разрыва промежности**

- а) отек мягких тканей
- б) бережное ведение родов
- в) стремительный 2-ой период
- г) переполненный мочевой пузырь

### **10. Признаки расхождения лонного сочленения**

- а) гиперемия кожных покровов надлобковой областей
- б) боли в области симфиза
- в) измерение в рен. Отсутствует
- г) учащенное мочеиспускание

### **11. Признак мочеполювого свища**

- а) боли в животе
- б) ацетом в моче
- в) постоянное вытекание мочи через влагалище
- г) признак пиелонефрита

### **12. Швы с промежности снимают на сутки**

- а) 3
- б) 5
- в) 7
- г) 10

**13. Симптому угрожающего разрыва матки**

- а) болезненности нижнего сегмента матки
- б) нарушение зрения
- в) симптом внутреннего кровотечения
- г) повышенное а/д, белок в моче

**14. Разрыв шейки матки зашивают**

- а) шелком
- б) ловсаном
- в) кетгутом
- г) капроном

**15. Причины самопроизвольных разрывов ш/м**

- а) ранее отхождение околоплодных вод
- б) измерять связаны с предшествующими ранами и травмами
- в) при оперативном родоразрешении

**16. Причина разрыва тела матки**

- а) гестоз беременных
- б) несоответствие размеров головки и таза
- в) частые схватки
- г) переполненный кишечник

**17. Симптом угрозы разрыва промежности**

- а) частые бурные схватки
- б) нарушение сердцебиения плода
- в) задержка мочеиспускания
- г) побледнение кожных покровов тканей промежности

**18. Разрыв промежности при котором происходит разрыв сфинктера прямой кишки относится:**

- а) 1 –ой степени
- б) 2-ой степени
- в) 3-й степени
- г) 4-ой степени

**Эталон ответов**

1-б



2-В

3-В

4-Б

5-В

6-а

7-а

8-Г

9-В

10-Б

11-В

12-Б

13-а

14-В

15-Б

16-Б

17-Г

18-В

## **РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ**

**Пост - Тесты (укажите верные ответы).**

**1. Что относится к родовому травматизму матери?**

- 1) Разрыв матки.
- 2) Разрыв шейки матки.
- 3) Разрыв влагалища.
- 4) Разрыв промежности
- 5) Все перечисленное.

**2. О чем свидетельствует появление синеватой опухоли в области большой половой губы после рождения плода?**

- 1) О наличие варикозных узлов вульвы.
- 2) О наличие гематомы вульвы и влагалища.
- 3) О наличие отека большой половой губы.
- 4) О разрыве большой половой губы.
- 5) О раке вульвы

**3. Что следует предпринять при быстро нарастающей гематоме вульвы и влагалища?**

- 1) Затампонировать влагалище.
- 2) Вскрыть гематому, перевязать сосуды, зашить рану.
- 3) Положить лед к промежности и вульве,
- 4) Применить хлористый кальций.
- 5) Наложить давящую повязку.

**4. В какой момент периода изгнания наиболее часто происходит разрыв промежности?**

- 1) При врезывании головки.
- 2) При прорезывании головки.
- 3) При рождении плечиков.
- 4) При рождении тазового конца
- 5) Нет верного ответа.

**5. Чем характеризуется угрожающий разрыв промежности?**

- 1) Сильное растяжение промежности.

- 2) Появление кровотечения при потуге из половой щели.
- 3) Появление синюшной окраски.
- 4) Появление отека и побледнение кожи промежности
- 5) Нет верного ответа.

**6. Что следует предпринять при преждевременных потугах у роженицы с узким тазом?**

- 1) Дать наркоз.
- 2) Наложить вакуум-экстрактор.
- 3) Срочно дать наркоз, родоразрешить путем операции кесарева сечения.
- 4) Предоставить мед. сон. отдых.
- 5) Кесарево сечение

**7. Показания к перинеотомии:**

- 1) высокая ригидная промежность;
- 2) угрожающий разрыв промежности;
- 3) преждевременные роды;
- 4) острая гипоксия плода;
- 5) все вышеперечисленное.

**8. Для обезболивания родов используют:**

- 1) наркотические анальгетики;
- 2) ненаркотические анальгетики;
- 3) перидуральную анестезию;
- 4) все перечисленные выше методы;
- 5) ни один из перечисленных выше методов.

**9. При угрожающем разрыве матки противопоказаны все операции, кроме:**

- 1) наложения акушерских щипцов;
- 2) краниотомии;
- 3) кесарева сечения;
- 4) классического акушерского поворота;

5)экстракции плода за тазовый конец.

**10. Наружновнутренний акушерский поворот противопоказан во всех перечисленных ниже случаях, кроме:**

- 1) угрожающего разрыва матки;
- 2) поперечного положения второго плода при двойне;
- 3) рубца на матке;
- 4) запущенного поперечного положения плода;
- 5) свершившегося разрыва матки.

**11. Что следует предпринять при появлении симптомов угрожающего разрыва матки?**

- 1) Ввести обезболивающие средства
- 2) Поверхностный неглубокий наркоз.
- 3) Измерить АД, сосчитать пульс.
- 4) Перевести в операционную.
- 5) Снять родовую деятельность глубоким наркозом, закончить роды оперативным путем.

**12. Что следует предпринять при совершившемся разрыве матки?**

- 1) Оперативное родоразрешение через 2 часа.
- 2) Немедленное чревосечение.
- 3) Плодоразрушающая операция.
- 4) Наложение акушерских щипцов.
- 5) Вакуум-экстракция плода.

**13. Разрыв промежности 3-й степени это-....**

- 1) Разрыв слизистой задней спайки и кожи промежности до 2 см.
- 2) Разрыв кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышц промежности.
- 3) Разрыв кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышц тазового дна с переходом на влагалище.
- 4) Разрыв тканей промежности, наружного сфинктера и стенки прямой кишки.
- 10) Разрыв промежности по старому рубцу.

**14. О чем свидетельствует высокое стояние и косое направление контракционного кольца?**

- 1) О полном раскрытии шейки матки.
- 2) О предшествовавшей хорошей родовой деятельности.
- 3) Об угрожающем разрыве матки.
- 4) О крупном плоде.
- 5) О перерастяжении нижнего сегмента.

**15. О чем свидетельствует резкая болезненность нижнего сегмента матки вне схватки у роженицы с узким тазом?**

- 1) О сильных болезненных схватках.
- 2) О крупном плоде.
- 3) Об отеке предпузырной клетчатки.
- 4) О перерастяжении нижнего сегмента.
- 5) Об угрожающем разрыве матки.

**16. На какие сутки после родов снимают швы с промежности при разрывах 1-2 степени.**

- 1) На 3 сутки.
- 2) На 5 сутки.
- 3) На 7 сутки
- 4) На 2 сутки
- 5) На 8-9 сутки

**17. Для совершившегося разрыва матки характерно ....**

- 1) Беспокойное поведение роженицы.
- 2) Схватки сильные и болезненные.
- 3) Сердцебиение плода приглушено, ритмичное до 120 ударов в минуту.
- 4) Контракционное кольцо расположено высоко (на уровне пупка).
- 5) Части плода отчетливо определяются под брюшной стенкой.

**18. Что такое разрыв шейки матки 1-й степени.**

- 1) Разрыв шейки матки до 2-х см от наружного зева.

- 2) Разрыв шейки более 2-х см, но не достигающий до сводов.
- 3) Разрыв шейки, достигающий до сводов.
- 4) Разрыв шейки матки, не достигающий до сводов на 2 см.
- 5) Разрыв шейки матки с переходом на свод.

**19. Что следует предпринять при преждевременных потугах у роженицы с узким тазом.**

- 1) Дать роженице наркоз.
- 2) Роды продолжать вести консервативно, уложив роженицу на бок противоположный позиции плода.
- 3) Наложить вакуум-экстрактор.
- 4) Срочно дать наркоз и закончить роды операцией кесарево сечение.
- 5) Предоставить медикаментозный сон-отдых.

**20. О чем свидетельствует появление сине-багровой опухоли в области большой половой губы.**

- 1) О наличии варикозных узлов вульвы.
- 2) О наличии разрыва большой половой губы.
- 3) О наличии гематомы вульвы и влагалища.
- 4) О наличии отека большой половой губы.
- 5) О наличии разрыва клитора.

**21. Что следует предпринять при быстро нарастающей гематоме вульвы или влагалища?**

- 1) Вскрыть гематому и затампонировать влагалище.
- 2) Вскрыть гематому, перевязать сосуды, зашить рану.
- 3) Положить лед к промежности и вульве, применить хлористый кальций.
- 4) Наложить давящую повязку.
- 5) Все вышеперечисленное

**22. Какой вид травмы мягких родовых путей встречается наиболее часто?**

- 1) Разрыв матки.
- 2) Разрыв шейки матки.

- 3) Разрыв влагалища.
- 4) Разрыв промежности.
- 5) Гематомы наружных половых органов и влагалища.

**23. Что следует предпринять при свершившемся разрыве матки?**

- 1) Оперативное родоразрешение через 2 часа.
- 2) Немедленное чревосечение.
- 3) Оперативное родоразрешение через 4 часа.
- 4) Плодоразрушающая операция.
- 5) Вакуум-экстракция плода.

**24. Когда происходят разрывы матки?**

- 1) Во время беременности в первом триместре.
- 2) Во время беременности во втором триместре.
- 3) Во время беременности в третьем триместре.
- 4) В первом периоде родов.
- 5) Во втором периоде родов.

**25. Когда встречаются типичные разрывы матки?**

- 1) В первую половину беременности.
- 2) Во вторую половину беременности.
- 3) В первом периоде родов.
- 4) Во втором периоде родов.
- 5) Во третьем периоде родов.

**26. Что такое полный разрыв матки?**

- 1) Разрыв матки на всем протяжении от дна до шейки.
- 2) Разрыв проникающий через все слои матки и сообщающийся с брюшной полостью.
- 3) Разрыв, при котором нарушается целостность миометрия.
- 4) Разрыв, при котором плод выходит в брюшную полость.
- 5) Разрыв, при котором нарушается целостность влагалищных сводов и проникающий в брюшную полость.

**27. Какие данные достаточны для диагностики разрыва шейки матки?**

- 1) Появление кровотечений из влагалища после рождения ребенка.
- 2) Обнаружение разрыва шейки матки при влагалищном исследовании.
- 3) Обнаружение разрыва шейки матки при осмотре с помощью влагалищных зеркал.
- 4) Обнаружение обширного разрыва промежности и влагалища.
- 5) Появление кровотечения при пререзывании предлежащей части

**28. Как изменяется форма матки при классическом угрожающем разрыве матки?**

- 1) Матка увеличивается в объеме.
- 2) Матка приобретает шаровидную форму.
- 3) Матка приобретает неправильную форму.
- 4) Матка приобретает форму песочных часов.
- 5) Матка уменьшается в размерах и приобретает неправильную форму.

**29. Метод обезболивания при зашивании разрыва промежности 3 степени?**

- 1) Интубационный наркоз.
- 2) В\в наркоз (сомбревин, калипсол).
- 3) Масочный наркоз закисью азота.
- 4) Пудентальная анестезия р-ром новокаина.
- 5) Местная анестезия р-ром новокаина

**Эталон ответов к пост-тесту**



1. 5  
2. 2  
3. 2  
4. 2  
5. 4  
6. 3  
7. 5  
8. 4  
9. 3  
10.2  
11.5  
12.2  
  
13.4  
  
14.3  
  
15.5  
  
16. 2  
  
17. 5  
  
18. 1  
  
19. 2  
  
20. 3  
  
21.2  
  
22.4  
  
23.2  
  
24. 4  
  
25.4  
  
26. 2  
  
27. 3  
  
28. 4  
  
29.2

**Задача № 1.**

Беременная 30 лет, поступила в роддом в 18 час в связи с излитием околоплодных вод и началом родовой деятельности два часа тому назад. Из анамнеза выяснили, что в 1987 г. были роды. Масса ребенка 4500,0. Имела место упорная слабость родовых сил. С 1988 г. по 1995 г. - 5 искусственных абортов, без осложнений. При поступлении АД 140/90 мм рт. ст., отеки нижних конечностей. Схватки через 3-4 мин по 50 сек, умеренной силы и болезненности. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд. в мин. Размеры таза нормальные. Подтекают светлые воды. Предполагаемая масса плода 4500,0. Через 2 часа после поступления схватки оставались прежней силы, сердцебиение плода не менялось, Роженица начала тужиться. При наружном обследовании головка плода прижата ко входу в малый таз, нижний сегмент перерастян, контракционное кольцо расположено косо, признак Вастена положительный. Влагалищное исследование. Открытие шейки матки 6-7 см, края средней толщины, растяжимы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. На головке - родовая опухоль, малый родничок слева, большой - справа, стреловидный шов в поперечном размере. Подтекают светлые воды.

Диагноз? Что делать?

## Задача № 2.

Беременная 25 лет поступила в роддом с доношенной беременностью с началом родовой деятельности. Из анамнеза выяснили, что 4 года назад у нее были нормальные роды, масса новорожденного 3500,0, длина 48 см., аборт не было. Гинекологические заболевания отрицает. В течение двух лет с целью контрацепции использовала ВМК, который извлекли без выскабливания стенок полости матки. Забеременела сразу. Беременность протекала без особенностей. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода - 3800,0-4000,0. Родовая деятельность развивалась нормально. При открытии шейки матки 3-4 см излились светлые воды. Через 5 часов с начала родовой деятельности роженица пожаловалась на тянущие постоянные боли внизу живота слева. Сердцебиение плода - 100 уд. в мин., затем - аритмичное. Подтекают светлые воды. Роженица не мочится. Моча выведена по катетеру - 50 мл, окрашенная кровью.

Диагноз? Что делать?

### **Задача №3**

Повторнородящая 30 лет. Беременность вторая. Первая беременность закончилась операцией кесарева сечения по поводу выпадения петли пуповины. Размеры таза: 25 – 28 – 31 – 20 см. Диагональная конъюгата – 12,5 см. При поступлении положение плода поперечное, сердцебиение плода – ясное, ритмичное 134 уд. в мин.

При полном открытии маточного зева и только что отошедших светлых водах, при полностью сохраненной подвижности плода, произведен внутренний поворот плода на ножку под глубоким наркозом. При завершенном повороте состояние женщины изменилось: АД – 60/40 мм рт.ст., пульс – 140 уд. в мин., слабого наполнения, кожные покровы побледнели. Из влагалища появились кровянистые выделения. Контуры матки изменились. Сердцебиение плода не выслушивается.

**Правильно ли велись роды? Клинический диагноз?**

**Что произошло?**

**Дальнейшая акушерская тактика?**

#### **Задача №4**

Роженице 34 года. Роды вторые, беременность доношенная. В анамнезе после первых родов – 8 медицинских абортов и один криминальный аборт, который осложнился эндометритом.

Схватки через 3 – 4 минуты по 30 – 35 сек., слабые, очень болезненные.

Женщина беспокойна, жалуется на боли в животе при схватках и в паузу между схватками. Пытается тужиться. Размеры таза: 25 – 28 – 30 – 20., мыс не достигим. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода приглушено, 140 ударов в минуту. Матка при пальпации болезненная в нижнем маточном сегменте.

Данные влагалищного исследования: открытие шейки матки 6–7 см., головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Плодного пузыря нет.

**Какой клинический диагноз?**

**План дальнейшего ведения родов?**

### **Задача №5**

Беременная 32 лет, находится в отделении патологии беременности с диагнозом: Беременность 39 недель, отягощенный акушерский анамнез, рубец на матке после кесарева сечения. В анамнезе: первая беременность – самопроизвольный выкидыш в сроке 10 недель, осложнившийся воспалительным процессом придатков матки. Вторая беременность – кесарево сечение по поводу упорной слабости родовой деятельности. В послеоперационном периоде повышение Т до 38\*. Данная беременность – третья.

Объективно: на передней брюшной стенке послеоперационный рубец, заживший вторичным натяжением. Тело матки соответствует сроку беременности, при пальпации – безболезненная, вне тонуса. Рубец при пальпации безболезненный, спаян с подлежащими тканями. Положение плода продольное, предлежит головка прижата ко входу в малый таз.

**Какой предварительный диагноз?**

**Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?**

**План ведения родов?**

## **Задача №6**

Роженица 28 лет доставлена в родильное отделение с сильными схватками при доношенной беременности. В анамнезе: первая беременность закончилась нормальными родами. Вторая и третья – мед. аборт, без осложнений. Данная беременность – четвертая. Схватки начались 12 часов назад, околоплодные воды излились за 4 часа до поступления в стационар.

При поступлении роженица беспокойна. Схватки частые, сильные, болезненные, судорожного характера, сопровождаются потугами. Между схватками матка не расслабляется. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Нижний маточный сегмент перерастян, болезненный. Сердцебиение плода аритмичное, 100 уд в минуту. Моча выведена катетером – с примесью крови.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева – полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

Стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз, малый родничок у лонного сочленения, на одном уровне с большим. Околоплодные воды с примесью крови.

**Какой клинический диагноз?**

**Какая причина данной акушерской ситуации?**

**Какой дальнейший план ведения родов**

**Прогноз для матери и плода.**

### **Задача №7**

Повторнородящая 37 лет. Роды срочные 2. Схватки начались 10 часов тому назад, интенсивные. Головка прижата ко входу в м/таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 160 уд/мин. Признак Вастена (+). Нижний сегмент болезненный. Контракционное кольцо на уровне пупка. При влагалищном исследовании открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежит лоб, корень носа, надбровные дуги, глазницы. Головка прижата ко входу в м/таз. Роженица тужится.

Диагноз? Тактика врача?



### **Задача № 8**

Повторнородящая 35 лет. После первых родов, закончившихся вакуум-экстракцией плода, в течение месяца находилась в акушерском стационаре по поводу высокой Т, субинволюции матки. Настоящая беременность 4. Было 2 мед. аборта. Предполагаемая масса плода 3700. Таз нормальный. Родовая деятельность продолжается 12 часов, малоэффективная. После очередной схватки роженица почувствовала резкую боль в животе, стала бледной. А/Д = 80/40 мм.рт.ст. Пульс 120 уд/мин. Матка четко не контурируется. Тоны плода не прослушиваются. Из родового канала подтекают воды окрашенные кровью.

Диагноз? Тактика врача?

## Задача 9

Роженица С., 24 лет, первородящая, поступила в клинику с частыми схватами, которые начались 12 часов назад. Роды в срок. Менструация с 14 лет, без патологических отклонений. Замужем с 23 лет. Беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: при поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела 36.6 С. Пульс ритмичный, 86 ударов в минуту. АД 115/60 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное. Через 5 минут излилось умеренное количество светлых околоплодных вод, начались потуги и родился живой мальчик массой 3950 гр. Сразу после рождения ребенка началось небольшое кровотечение. Моча выведена катетером. В/в введен 1,0 метилэргометрина в 20 мл 40% глюкозы. Через 10 минут самостоятельно родился послед без дефектов. Матка плотная, шаровидная, дно ее стоит на один палец ниже пупка. Кровотечение не прекращается, кровь свернулась в плотный сгусток. Кровопотеря составляет 450 мл. Промежность цела. При осмотре с помощью влагалищных зеркал справа обнаружен значительный разрыв шейки матки, достигающий до правой части свода влагалища.

1. Поставьте диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз?
3. Каковы причины, способствующие разрыву шейки матки?
4. Можно ли предупредить разрыв шейки матки, каким образом?
5. Какова акушерская тактика в данном случае?

### **Задача 10**

Повторнородящая А., 32 года, поступила в роддом с начавшейся родовой деятельностью. В анамнезе 2 срочных родов. Настоящая беременность доношенная. В родах 25 часов. Околоплодные воды излились 12 часов назад. Схватки все время сильные, 2 часа назад внезапно прекратились. Роженица почувствовала себя плохо, резко побледнела, из влагалища появилось небольшое кровотечение.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100 ударов в минуту, мягкий, легко сжимаемый. АД 90/70 мм.рт.ст. Живот вздут, при пальпации болезненный, определяются четко части плода через переднюю брюшную стенку. Сердечные тоны плода не выслушиваются. Моча выведена катетером светлая.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежащая часть плода не определяется. Из половых путей умеренные кровянистые выделения.

1. Ваш диагноз?
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Тактика ведения?

### **Задача 11**

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, в тяжелом состоянии доставлена в роддом на машине скорой помощи. Роды в срок.

Данные анамнеза: настоящая беременность 8, первые 5 закончились срочными нормальными родами (дети живые), 6-я искусственным абортom без осложнений, 7-я 2 года назад срочными родами, осложнившимися кровотечением, ручным отделением последа, повышение температуры тела. Выписана на 20 день после родов. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 часов от начала активной родовой деятельности излились околоплодные воды и появились сильные болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась сильная боль внизу живота. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль внизу живота, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшилось, что заставило родственников роженицы вызвать машину скорой помощи.

Объективно: при поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые бледные, черты лица заострены. Температура тела 35,8 С, АД 100/55 мм.рт.ст., пульс 116 ударов в минуту слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Окружность живота 112 см, ВДМ 40 см, предполагаемый вес плода 4500 г. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза 25-27-30-20 см. Родовая деятельность отсутствуют.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, передняя губа отечна, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не достигается. Выделения ярко-кровянистые в небольшом количестве.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Акушерская тактика.
4. Какова профилактика разрыва матки.

#### **Ответы к задачам**

### **Задача 1**

1 период срочных родов.

Преждевременное излитие околоплодных вод

Крупный плод. Клинический узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Гестоз (Нефропатия 2 ст.)ОАА.

Наркоз и кесарево сечение

### **Задача 2**

1 период срочных родов. Раннее излитие околоплодных вод

Крупный плод. Внутриутробное страдание плода

Начавшийся разрыв матки

Наркоз и кесарево сечение

### **Задача 3**

Беременность 40 недель, рубец на матке, поперечное положение плода. Роды проведены неправильно. В данном случае, наличие рубца на матке являлось противопоказанием к внутреннему повороту плода.

Произошел разрыв матки

Лечение при совершившемся разрыве матки состоит в срочной лапаротомии.

После извлечения плода и последа проводят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.

### **Задача 4**

1. Беременность 40 недель, отягощенный акушерский анамнез, угрожающий разрыв матки (на фоне гистопатических изменений миометрия), 1 – й период родов.

2. Необходимо срочно снять родовую деятельность и закончить роды оперативным путем (экстренная лапаротомия, кесарево сечение).

### **Задача 5**

Беременность 39 недель, рубец на матке, отягощенный акушерский анамнез.

Дополнительно к анамнезу необходимо выяснить в каком месте был произведен разрез на матке при предыдущем кесаревом сечении (в нижнем маточном сегменте, в теле матки). Объективно о состоянии рубца на матке можно судить при УЗЗИ (признаки несостоятельности - истончение нижнего маточного сегмента менее 0,3 см., акустические плотные включения.)

Плановое оперативное лечение – кесарево сечение.

### **Задача 6**

Беременность 40 недель, 2 – период родов, отягощенный акушерский анамнез, высокое прямое стояние головки, начавшийся разрыв матки, острая внутриутробная гипоксия плода.

Неправильное вставление головки плода

Срочно снять родовую деятельность, закончить роды оперативным путем – операцией кесарево сечение.

Прогноз неблагоприятный для плода. Прогноз для матери определяется объемом кровопотери и тяжестью шокового состояния.

### **Задача 7**

Диагноз: Срочные роды 2. Второй период родов. Лобное предлежание. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки.

Тактика: Родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

### **Задача № 8**

Диагноз: Срочные роды 2. Первый период родов. Первичная слабость родовой деятельности. ОАА. Совершившийся разрыв матки (гистопатический). Интранатальная гибель плода.

Тактика: Срочная лапаротомия. Объем оперативного вмешательства определить на операционном столе (ушивание разрыва, ампутация матки, экстирпация).

### **Задача 9**

1. Срочные роды 1. Ранний послеродовый период. Кровотечение. Разрыв шейки матки III ст.
2. Диагноз кровотечение в раннем послеродовом периоде выставлен на основании патологической кровопотери, составляющей 450 мл, и непрекращающемся кровотечении после выделения последа. При осмотре шейки матки с помощью влажных зеркал обнаружен ее разрыв, достигающий до правой боковой части свода влагалища.
3. Разрывы матки могут быть самопроизвольными и насильственными. Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают чаще при какой-либо неполноценности шейки: инфантилизм, перенесенные воспалительные процессы, рубцы, потеря эластичности у возрастных первородящих,

перенесенные аборт и многочисленные роды. Разрыв шейки матки наблюдается в тех случаях, когда женщина начинает тужиться до наступления полного раскрытия шейки матки. Насильственные разрывы шейки матки могут произойти при акушерских операциях: акушерские щипцы, краниотомия, экстракция плода за тазовый конец и др.

4. В целях профилактики рекомендуется применять спазмолитики (атропин, промедол, но-шпа и др.)

5. Все разрывы шейки матки зашивают сразу же после осмотра. Швы накладываются узловыми, кетгутовыми. Сначала зашивают верхний угол разрыва (на 1-1,5 см выше). Одновременно с остановкой кровотечения начать инфузионную терапию.

### **Задача 10**

1. Срочные роды III. Самопроизвольный полный разрыв матки. Антенатальная гибель плода.

2. Полный разрыв матки выставлен на основании четкой пальпации частей плода через переднюю брюшную стенку. Самопроизвольный разрыв подтверждается тем, что никакого внешнего вмешательства не было, у женщины были болезненные схватки, которые внезапно прекратились, роженица почувствовала себя плохо, резко побледнела, из влагалища появилось небольшое кровотечение. Диагноз антенатальной гибели плода выставлен на основании отсутствия его сердечных тонов.

3. Сразу после выставления диагноза необходимо срочно приступить к лапаротомии. После лапаротомии удаляют плод, послед, кровь, меконий и околоплодные воды, тщательно осматривают матку и другие внутренние органы. Объем хирургического вмешательства решается индивидуально с учетом характера разрыва и признаков инфекции (ушивание, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки). Во время и после операции проводят меры по борьбе с шоком и кровопотерей. В послеоперационном периоде инфузионную и антибактериальную терапию продолжают.

### **Задача 11**

1. Срочные роды VII. Самопроизвольный полный разрыв матки. Антенатальная гибель плода. ОАА.

2. Полный разрыв матки выставлен на основании пальпации свободно перемещающегося плода непосредственно под передней брюшной стенкой, симптомов раздражения брюшины, вздутия живота, тошноты, рвоты, симптомов внутреннего кровотечения. Разрыв матки произошел самопроизвольный разрыв матки без всякого внешнего воздействия. Об этом

свидетельствуют данные анамнеза: после сильных болезненных потуг внезапно появилась очень сильная боль, после чего родовая деятельность полностью прекратилась, общее состояние женщины стало прогрессивно ухудшаться. Диагноз антенатальной гибели плода поставлен на основании прекращения шевеления и отсутствия сердечных тонов плода. Отягощенный акушерский анамнез подтверждается тем, что предыдущие беременности заканчивались искусственным абортом, а последняя беременность 2 года назад осложнилась кровотечением, ручным отделением последа и осложненным послеродовым периодом.

3. Сразу после выставления диагноза необходимо срочно приступить к лапаротомии без предварительного родоразрешения. После вскрытия полости живота удаляют плод, послед, кровь, меконий и околоплодные воды, тщательно осматривают матку и другие внутренние органы. Объем хирургического вмешательства решается индивидуально с учетом характера разрыва и признаков инфекции (ушивание, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки). Во время и после операции проводят меры по борьбе с шоком и кровопотерей. В послеоперационном периоде инфузионную и антибактериальную терапию продолжают.

4. Профилактика разрывов матки должна включать все мероприятия, направленные на правильную организацию родовспоможения. Решающее значение имеет своевременный учет всех беременных в женской консультации с учетом факторов риска и своевременная госпитализация их в стационар.



Республики Дагестан «Дербентский медицинский колледж»

Имени Г.А. Илизарова

**Рабочая тетрадь**

**По предмету « Акушерство»**

**Для специальности « Акушерское дело»**

**На тему:**

**« Родовой травматизм»**

ФИО студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_

Преподаватель \_\_\_\_\_

Дербент 2016.

**АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ**

**1.Причины акушерских разрывов**

**2. Указать правильные утверждения**

**Предвестниками разрыва промежности является:**

- а) куполообразное выпячивание промежности
- б) бледная кожа промежности
- в) гиперемия кожи промежности
- г) втягивание кожи промежности

**3. Разрыв промежности**

**Клинические симптомы (степень разрыва)**

- 1 степень \_\_\_\_\_
- 2 степень \_\_\_\_\_
- 3 степень \_\_\_\_\_

**4. Дать определение**

Гематома влагалища-

это \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Перечислить причины разрыва шейки матки**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Разрывы шейки матки**

**Характер повреждения**

- 1. степень \_\_\_\_\_

2 степень \_\_\_\_\_

3 степень \_\_\_\_\_

### **7.Почему?**

Объяснить , почему опасны разрывы шейки матки?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **8.Разрыв шейки матки от 2см до сводов называется:**

а) 1 степени

б) 2 степени

в)3 степени

г)4 степени

### **9.Контракционное кольцо-**

это \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **10.Механическая теория разрыва матки предложена:**

а) Вербовым

б) Цовьяновым

в) Бандлем

г) Оттом

### **11.Дать определение:**

**Послеродовой выворот матки-**

это \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. «Утиная походка» , болевые ощущения в области лобкового симфиза-**  
**это следствие** \_\_\_\_\_

### **13.Решить задачу.**

Вы акушерка родильного блока. При осмотре у роженицы отмечено: матка резко болезненна при пальпации, нижний сегмент перерастяннут, источен и болезнен. Контракционное кольцо стоит высоко, косо, на уровне пупка. Головка плода над входом в таз. Сильная родовая деятельность, потуги непродуктивные.

Роженица испытывает затруднение при мочеиспускании.

Влагалищное исследование: открытие полное, отек краев зева.

**Задание:**

**а) О какой патологии идет речь?**

**б) Ваша тактика в данной ситуации.**

**13.Разрыв матки менее всего вероятен при:**

- а) рубце на матке
- б) узком тазе
- в) гиганском плоде
- г) слабой родовой деятельности

**14.Разрывы шейки зашивают:**

- а) кетгутом
- б) лавсаном
- в) шелком
- г) капроном

**15.При подозрении на разрыв матки, после рождения плода показано**

---

---

**16. При полном разрыве матки:**

- А) схватки усиливаются
- Б) схватки прекращаются
- В) схватки становятся дискоординированными

Г) плод не страдает

### **17. Задача**

Акушерку послеродового отделения пригласили в палату к родильнице В., 25 лет. Три часа назад женщину привезли из родового блока после первых срочных родов, осложнившихся вторичной слабостью родовых сил, внутриутробной гипоксией плода, по поводу чего была проведена эпизиотомия. Женщина предъявляет жалобы на распирающие боли, чувство давления в области промежности, слабость, головокружения.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 88 в мин., ритмичный, АД-100/60 мм. рт. ст.

Дно матки на уровне пупка, матка плотная, безболезненная. Справа, в области половой губы, обнаружено сине- багровая опухоль, тугоэластической консистенции, которая распространяется на промежность и область прохода. Кожа над опухолью блестящая, напряжена. Вход во влагалище несколько смещен, половая щель в виде зигзага. Из влагалища умеренные кровянистые выделения.

Задание :

1. О какой патологии идет речь?
2. Тактика акушерки.

### **Список литературы**

Рекомендованная литература по теме занятия:

## **Обязательная**

1. Акушерство: учебник / Г.М.Савельева и др.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- 1200 с.
2. Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие / под ред. В.Е.Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 800

## **Дополнительная**

1. Акушерство: клинические лекции /под ред. О.В.Макарова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007.- 1150 с.
3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология /под ред. Г. М.Савельевой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 800 с.
4. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных / гл. ред; А.А.Баранов.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 500 с.
5. Авдеева, Р.А. Питание беременности и кормящих матерей: учебно-методическое пособие.- Красноярск: КрасГМА, 2006.- 300 с.
6. Акушерство: доказательная медицина. Современные технологии родовспоможения (методические рекомендации) для студентов 4-6 курсов лечебного факультета /В.Б. Цхай, А.В.Доценко, О.В.Костарева и др. Красноярск: КрасГМА, 2007. - 150 с.
7. Акушерство: клинические лекции /под ред. О.В.Макарова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 250 с.
8. Акушерство: методические указания к вне аудиторной работе для студентов 4 курса Института стоматологии/сост. Т.К. Глебова.- Красноярск: КрасГМУ, 2009 .- 400 с.
9. Акушерство: в 2 ч: учебное пособие к внеаудиторной работе студентов 4 курса педиатрического факультета /сост. А.Т. Егорова, Е.В.Шапошникова, Э.Д. Шапрanova.- Красноярск тип. КрасГМУ. 2009. - 237 с.
10. Егорова, А.Т, Карнаухова, Е.В. Акушерские кровотечения: учебное пособие для ИПО. - Красноярск: Версо, 2008. - 299 с.
11. Перинатальное акушерство в практике врача - педиатра: учебное пособие для студентов педиатрического факультета /сост. А.Т. Егорова, Е.В. Шапошникова, Э.Д. Шапрanova и др.- Красноярск: КрасГМУ, 2009. 250 с.

12. Ранние сроки беременности /под ред. В.Е. Радзинского.- М.: Status Praesens, 2009.- 170 с.
13. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В.И. Кулакова.- М.: Литтерра, 2008. - 500 с.
14. Руководство по амбулаторно- поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 70 с. (серия «Национальный проект «Здоровье»).
15. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / под ред. Г. М.Савельева.- М.: МИА, 2006.- 900 с.
16. Цхай, В.Б. Перинатальное акушерство: учебное пособие.- Ростов н/Д.: Феникс, 2007. - 211 с.
17. Llewellyn -Jones. Fundamentals of obstetrics and gynaecology.- London: Elsevier, 2006.- 579 с.
18. Акушерские кровотечения: учеб. пособие для ИПО. Егорова, А.Т, Карнаухова, Е.В Красноярск : Версо, 2008
19. Акушерство. Курс лекций : учеб. Пособие под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009
20. Особенности предгравидарной подготовки женщин с привычным невынашиванием и хроническим эндометритом: метод. рекомендации для ИПО А. Т. Егорова, М. И. Базина, Н. В. Бойчук и др. Красноярск: КрасГМА, 2008
21. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты Е. Н. Кравченко М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009

#### Электронные ресурсы

- 1.Электронная библиотека КрасГМУ
2. БД MedArt
3. БД Медицина
4. Медиатека КрасГМУ
5. Ресурсы Интернет

## Приложение 1

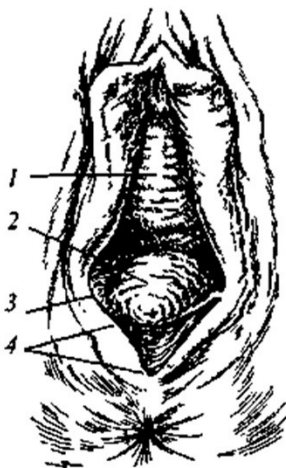


Рис. 24. Разрыв промежности I степени:  
1 - передняя стенка влагалища;  
2 - задняя стенка влагалища;  
3 - задняя спайка;  
4 - кожа промежности

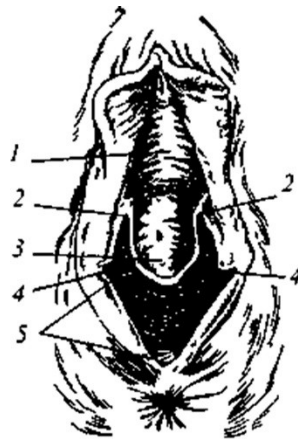


Рис. 25. Разрыв промежности II степени:  
1 - передняя стенка влагалища;  
2 - верхний край разрыва;  
3 - задняя стенка влагалища;  
4 - задняя спайка;  
5 - кожа промежности

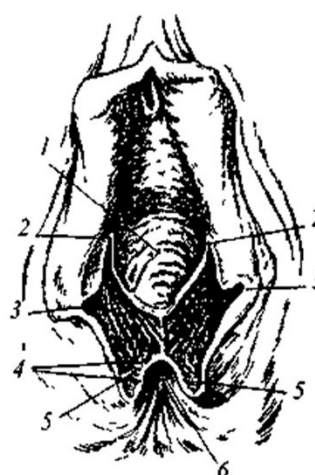


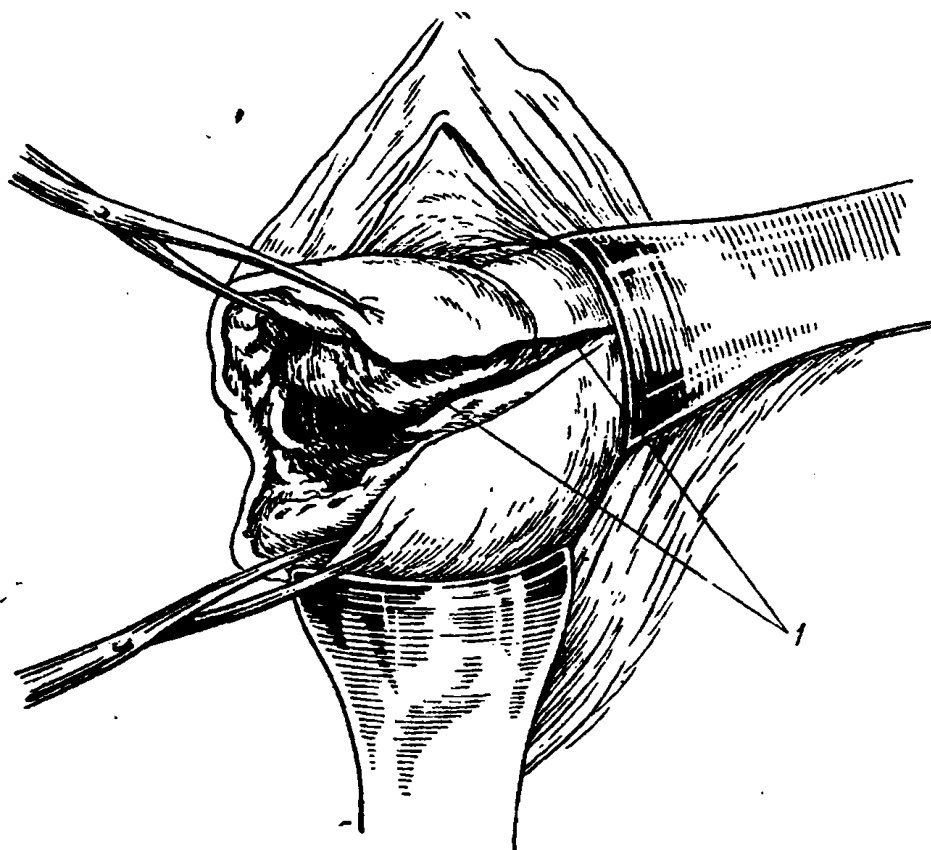
Рис. 26. Разрыв промежности III степени:  
1 - задняя стенка влагалища;  
2 - верхний край разрыва;  
3 - задняя спайка;  
4 - слизистая прямой кишки;  
5 - сфинктер;  
6 - анус



## Приложение 2



### Приложение 3



### Глоссарий

Амниотическая жидкость (amniotic liquid) — околоплодная жидкость внутри мешка, окружающего ребенка в материнской утробе.

Вакуум-экстракция (vacuum extraction) — родоразрешение при помощи вакуумного отсасывающего устройства, который присасывается к кожному покрову головки плода и способствует его извлечению из родового канала.

Внутривенный доступ, или «капельница», — внутривенное введение жидкости с целью предотвращения обезвоживания организма роженицы.

Вскрытие плодных оболочек (rupture of membranes) — разрыв мешка с амниотической жидкостью.

Дыхательные техники (breathing techniques). Упоминаемые в этой книге

Естественные роды (natural childbirth) — роды без применения лекарственных препаратов и другого медицинского вмешательства.

Задержка родовой деятельности (failure to progress) — состояние, при котором родовые схватки не достаточно интенсивны, чтобы стимулировать движение плода.

Катетер (catheter) — гибкая трубка, применяемая для введения или удаления из организма жидкости, например мочи.

Кесарево сечение (cesarean section) — хирургическая процедура для извлечения плода через разрез в брюшной стенке и матке.

Клинически узкий таз (cephalopelvic disproportion) — относительное несоответствие размеров головки плода и размеров костного таза матери, затрудняющее прохождение головки младенца через родовый канал.

Комплект принадлежностей для родов (delivery accessory bag) — набор предметов, необходимых для придания обстановке родов большей комфортности.

Лохии (lochia) — послеродовые маточные выделения.

Молозиво (colostrum) — первые выделения из молочных желез, возникающие сразу после родов.

Наружный массаж матки (uterine massage) — мягкий послеродовой массаж, который показан разрешившейся от бремени женщине в нижней части живота.

Отхождение пробки (bloody show) — кровянистые выделения, именуемые «пробкой», которые указывают на начало родов.

Переходная стадия родовой деятельности (transition) — момент, когда шейка матки почти полностью расширяется, схватки становятся особенно интенсивными, а паузы между ними сокращаются.

Периодичность схваток (timing of contractions) — промежуток времени между началами соседних приступов схваток.

Питоцин (Pitocin) — синтетический гормон, который применяют внутривенно, чтобы вызвать или ускорить начало родовой деятельности.

Плацента (placenta) — губкообразный, насыщенный кровью орган, прикрепленный к стенкам матки и обеспечивающий питание плода.

Плацентарные аномалии (placental abnormalities) — состояния, связанные с неправильным положением плаценты или риском ее преждевременного отделения от стенки матки.

Потуги (bearing-down reflex) — рефлекторные сокращения мышц, вызванные давлением плода на тазовое дно.

Пролапс (prolapse) — опущение или выпадение какого-либо внутреннего органа.

Промежность (perineum) — пространство между влагалищем и прямой кишкой.

Пуповина или пупочный канатик (umbilical cord) — длинный тяж, соединяющий плод с плацентой.

Роднички (fontanel) — мягкие неокостеневшие участки черепа младенца, которые позднее зарастают.

Родовая деятельность:

I этап (Stage I labor) — период времени от начала родовой деятельности до момента полного расширения шейки матки.

II этап (Stage II labor) продолжается от момента полного расширения шейки матки до рождения ребенка.

III этап (Stage III labor) — период времени с момента рождения ребенка до разрешения от плаценты.

Триместр (trimester) — промежуток времени продолжительностью в три месяца.<sup>302</sup>

Фетальный дистресс, или острая внутриматочная асфиксия (fetal distress) — учащение или замедление сердечного ритма плода, которое указывает на то, что младенец не получает необходимое количество кислорода.

Шкала Апгар (Apgar score) — способ оценки общего состояния ребенка в первые пять минут после родов.

Щипцы акушерские (forceps) — инструмент, напоминающий пару ложек, который применяется для облегчения процесса извлечения головки плода.

Эпидуральная анестезия (epidural) — местная анестезия, при которой обезболивающий препарат вводится внутрь поясничного отдела позвоночника в эпидуральное пространство, окружающее спинной мозг.

Эпизиотомия (episiotomy) — рассечение тканей промежности для расширения родовых путей.

Ягодичное предлежание плода (breech presentation) — положение плода ягодицами или ножками вперед.

## **ПРОВЕДЕНИЕ ТУАЛЕТА РОДИЛЬНИЦЫ, УХОД ЗА ШВАМИ НА ПРОМЕЖНОСТИ**

Оснащение стерильного столика: стерильный корнцанг, стерильный пинцет, стерильные перчатки, стерильный перевязочный материал, стерильная

индивидуальная салфетка - 2 шт, стерильная пелёнка, раствор марганцовокислого калия 5%, раствор фурациллина 1: 5000.

Подготовка к манипуляции:

1. Спросить у пациентки разрешения на проведение манипуляции.
2. Информировать о ходе предстоящей манипуляции и ее целях.
3. Вымыть руки под краном с мылом 2-х кратным намыливанием, высушить салфеткой.
4. Надеть стерильные перчатки.

Выполнение манипуляции:

1. Расстелить на гинекологическом кресле индивидуальную салфетку.
2. Уложить родильницу на кресло.
3. Провести туалет наружных половых органов раствором фурациллина 1:5000 стерильным ватным шариком, взятым в корцанг. под струёй дезинфицирующего раствора обмывают наружные половые органы, движениями от лобка к промежности, к внутренней поверхности бёдер, к области заднего прохода.
4. Просушить область швов и наружные гениталии ватным шариком.
5. Осмотреть состояние швов во влагалище и коже промежности.
6. Марлевым шариком спомощью пинцета обработать швы 5% раствором марганцовокислого калия.
7. Поменять подкладную салфетку.

Завершение манипуляции:

Сообщить пациентке о завершении манипуляции.

Дезинфекция многоразового оснащения: зеркало, подъемник, корнцанг, (дезинфекции, предстерилизационная очистка, стерилизация). Дезинфекция использованных перчаток: (О цикл - промыть, I цикл – погрузить на 60 /) с последующей утилизацией класс «Б» - мешки желтые.

Дезинфекция использованного перевязочного материала с последующей утилизацией

Обработать гинекологическое кресло ветошью смоченной в дез. растворе дважды с интервалом 15 мин.

Вымыть руки обычным способом и осушить. Обработать увлажняющим кремом.

Помочь пациентке подняться с кресла.

## **СНЯТИЕ ШВОВ С ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ РОДОВ.**

Оснащение:

Стерильные инструменты (корнцанг, ножницы, пинцет), почкообразный лоток, стерильные ватные шарики, стерильные перчатки, стерильная подкладная салфетка, кожный антисептик, раствор фурацилина 1: 5000.

Подготовка к манипуляции:

1. В день снятия швов опорожнить кишечник (очистительная клизма).
2. Пригласить из палаты в процедурный кабинет.
3. Информировать пациентку о проведении манипуляции, получить согласие.
4. Вымыть руки с мылом.
5. Одеть стерильные перчатки.
6. Информировать о хорошем состоянии швов.
7. Дать рекомендации об особенностях поведения в стационаре и дома после снятия швов.

Выполнение манипуляции:

1. Родильница на гинекологическом кресле.

Для фиксации и удержания краев раны в хирургии используют наложение швов. По прошествии 5-7 дней кожные швы необходимо снять, то есть удалить шовный материал. Данная манипуляция проводится по назначению врача и под его контролем. Техника снятия швов не представляет особой сложности, но требует от медицинской сестры внимательности, ловкости и соблюдения всех правил асептики и антисептики.

Показанием к снятию швов является заживление раны. При обширной ране сначала снимаются швы через один, а на следующий день удаляются остальные. Главное для медицинской сестры — следить, чтобы в коже пациента не осталось шовного материала.

Оснащение для снятия швов

Стерильные перчатки, маска.

Стерильный почкообразный лоток.

Вспомогательный почкообразный лоток.

Лоток для отработанного материала.

Стерильные марлевые салфетки.

Тупферы.



Анатомические пинцеты.

Острые стерильные хирургические ножницы.

Спирт 70%-ный.

Йодонат или йодопирон.

Клеол или лейкопластырь.

Емкости с дезраствором.

Подготовка к снятию швов

Накануне информируем пациента о предстоящей манипуляции и ее необходимости. Доступно объясняем суть процедуры, создаем у пациента положительную настроенность, стремление к выздоровлению.

Перед процедурой проводим контроль стерильности материалов и инструментов.

Моем руки и надеваем стерильные перчатки.

На стерильный лоток укладываем стерильный материал и инструментарий.

Во вспомогательном лотке располагаем клеол, лейкопластырь, при необходимости — бинт.

Лоток для отработанного материала ставим поблизости от места, где будем производить манипуляцию.

Техника снятия швов

Снимаем повязку поверх шва, сбрасываем ее в приготовленный лоток.

Осматриваем рану и считаем количество швов, которые нужно снять.

Раствором йодоната, йодопирона или 70%-ного спирта обрабатываем рану с помощью салфеток либо тупферов промокательными движениями.

Перевязочный материал меняем на стерильный по мере обработки раны.

Обработку проводим дважды — вначале широко, затем узко.

Анатомическим пинцетом захватываем узел шва и слегка приподнимаем его.

После появления над поверхностью кожи 2-3 мм нити белого цвета подводим под нее острую браншу ножниц и пересекаем.

Извлекаем нить с узлом: аккуратно, не прилагая чрезмерного усилия, тянем за шов пинцетом. Нить, лежащая на поверхности, не должна попасть под кожу.

Извлеченную нить кладем на марлевую салфетку.

Проверяем целостность раны. При наличии зияния спрашиваем у врача о количестве снимаемых швов (скорее всего, нужно будет снять не все).

Снимаем столько швов, сколько необходимо.

Подсчитываем количество снятых швов.

Контролируем, не остался ли в коже шовный материал.

Обрабатываем рану раствором антисептика (спирт, йодонат).

Накладываем на рану стерильную салфетку.

Фиксируем салфетку клеолом или лейкопластырем, при необходимости — бинтом.

Заключительный этап

Отработанный перевязочный материал и использованные инструменты и перчатки погружаем в емкости с дезраствором.

Моем и высушиваем руки.

Правильная техника снятия швов и соблюдение правил асептики позволяют избежать такого осложнения, как инфицирование раны.