

## Лекция № 40

### Диагностика патологии беременности



---

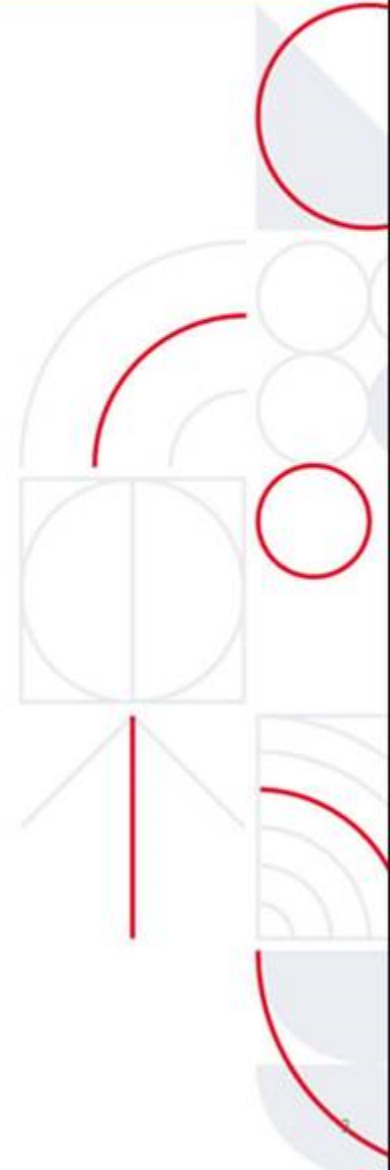
Кафедра внутренних болезней  
Дисциплина пропедевтика клинических  
дисциплин



# План лекции

---

1. Кровотечения в первой половине беременности
2. Самопроизвольный аборт
3. Пузырный занос
4. Предлежание и отслойка плаценты
5. ДВС синдром
6. Родовой травматизм





---

# КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ





## Самопроизвольный выкидыш

---

- Самопроизвольным абортom, или выкидышем, называется самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного срока. В соответствии с определением ВОЗ, выкидышем считается самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона (плода) массой до 500 г, что соответствует гестационному возрасту до 22 недель беременности.
- Прерывание беременности до 12 недель называется ранней потерей беременности (ранним выкидышем), прерывание в сроке 12-22 недели – поздним выкидышем, прерывание в сроке 22-37 недель – преждевременными родами.



**Самопроизвольные выкидыши** происходят самостоятельно, без желания женщин и вмешательства извне. В настоящее время вместо термина «самопроизвольный аборт» рекомендуется использовать термин «самопроизвольный выкидыш». Если самопроизвольный выкидыш повторяется больше трех раз подряд, то говорят о привычном выкидыше. Существует также понятие «неразвивающаяся беременность» - нежизнеспособность беременности (отсутствие сердцебиений эмбриона/плода или отсутствие эмбриона в плодном яйце – анэмбрионая), подтвержденная при ультразвуковом исследовании (УЗИ) при отсутствии кровотечения из половых путей.



# Искусственные, или медицинские аборты

---

**Искусственные, или медицинские аборты** осуществляются в медицинском учреждении врачом акушером-гинекологом. Беременность может быть прервана искусственным способом по желанию женщины, по медицинским или социальным показаниям.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан РФ» установлена презумпция самостоятельности принятия женщиной решения о сохранении или прерывании своей беременности, при этом по желанию женщины прерывание беременности может быть проведено исключительно в сроки до 12 недель.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия женщины на медицинское вмешательство.



# Прерывание беременности

---

Выполнение прерывания беременности по желанию женщины зависит от сроков беременности:

при сроке беременности с 4-й по 7-ю неделю — не ранее 48 часов с момента обращения;

при сроке беременности с 8-й по 10-ю неделю — не ранее 7 дней с момента обращения;

при сроке беременности с 11-й по 12-ю неделю — не ранее 48 часов с момента обращения женщины, но не позднее окончания 12-й недели беременности.

Таким образом, женщине предоставляется от 2 до 7 суток для обдумывания и принятия окончательного решения о прерывании беременности, в этот интервал времени женщинам может быть назначена консультация психолога.



# Причины самопроизвольных абортов

---

- 1) экстрагенитальные заболевания матери, оказывающие неблагоприятное влияние на развитие внутриутробного плода;
- 2) неблагоприятные влияния условий внешней среды, неблагоприятные условия труда
- 3) вредные привычки (употребление алкоголя, наркотиков, кофеина, курение), а также прием препаратов с тератогенным эффектом
- 4) эндокринные нарушения, гипофункция яичников, щитовидной железы, ожирение;
- 5) истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) вследствие механических травм шейки матки при абортах, патологических родах и функциональная (врожденная);





# Причины самопроизвольных абортов

---

6) иммунологическая несовместимость крови матери и плода по системе АВО и резус-фактору, антифосфолипидный синдром, тромбофилии;

7) хронические воспалительные заболевания половых органов, приводящие к функциональной и структурной неполноценности оболочек матки;

8) пороки развития матки, при которых имеет место анатомическая и функциональная неполноценность миометрия, а также несостоятельность нервнорецепторного аппарата;



## Клинические варианты (стадии) самопроизвольного выкидыша.

---

**Угрожающий выкидыш.** Беременная жалуется на ноющие/тянущие боли внизу живота и в поясничной области. Появление болей связано с повышением базального тонуса мускулатуры матки.

Иногда могут появляться скудные кровянистые выделения из половых путей, которые обусловлены незначительной отслойкой плодного яйца от стенки матки.

В норме во II и III триместрах беременности при пальпации матки через переднюю брюшную стенку определяется повышенный тонус и возбудимость. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, не укорочена, внутренний зев закрыт, а размеры самой матки соответствуют предполагаемому сроку беременности по задержке менструации. При УЗИ регистрируют сердцебиение эмбриона/плода.



**Начавшийся выкидыш** характеризуется появлением схваткообразных болей внизу живота и появлением умеренных или незначительных кровянистых выделений из половых путей.

Кровянистые выделения связаны с отслойкой нормально расположенного, предлежащего или низко расположенного хориона (плаценты), гибелью второго плодного яйца при многоплодной беременности.

При объективном исследовании регистрируется повышенный тонус матки и появление ритмических сокращений – схваток. Под действием схваток в шейке матки происходят определенные структурные изменения: шейка укорачивается, размягчается. Цервикальный канал приоткрывается. Размеры матки соответствуют сроку задержки менструации. При угрожающем и начавшемся выкидыше при проведении соответствующей терапии беременность может быть сохранена.



**Выкидыш в ходу** характеризуется дальнейшим усилением схваток и обильными кровянистыми выделениями из половых путей. При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, цервикальный канал свободно пропускает один поперечный палец. Плодное яйцо, отслоившись от стенки на большом участке, спускается в нижние отделы матки, или определяется в цервикальном канале.

Поэтому размеры матки могут не соответствовать предполагаемому сроку беременности. Сохранить беременность в этом случае, как правило, не удастся. Производится инструментальное опорожнение матки (вакуум-аспирация или кюретаж).



**Неполный аборт.** Часть плодного яйца остается в матке. Неполный аборт сопровождается кровотечением, которое может быть более или менее обильным, продолжительным, приводить к гиповолемическому шоку. Со сгустками крови выделяются элементы плодного яйца. Чаще встречается после 12 недель беременности, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод. Величина матки не соответствует сроку беременности: она меньше этого срока, цервикальный канал проходим для одного пальца. Консистенция матки мягкая. При УЗИ в полости матки определяются остатки плодного яйца, после 12 недель беременности – остатки плацентарной ткани. При неполном аборте необходимо произвести инструментальное опорожнение матки.



**Полный аборт.** Полным аборт называется в том случае, если плодное яйцо полностью вышло из матки. При полном аборте матка сокращается, канал шейки матки закрывается, кровотечение прекращается. Для предупреждения осложнений в послеабортном периоде рекомендуется произвести инструментальное выскабливание полости матки.

При задержке в полости матки на длительный срок погибшего плодного яйца говорят о несостоявшемся выкидыше (**неразвивающаяся беременность**). Неразвивающаяся беременность – это гибель эмбриона (до 9 недель) или плода до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки. Плодное яйцо может находиться в полости матки несколько месяцев, если не оказывается соответствующая лечебная помощь. Погибший плод, плацента и плодные оболочки подвергаются мацерации, некрозу, аутолизу, иногда происходит мумификация и даже петрификация плода.



# Септический (инфицированный) выкидыш

**Неосложненный септический выкидыш.** Матка при пальпации болезненная, шейка матки расширена, придатки матки, тазовая брюшина, клетчатка не изменены. Отмечается повышение температуры, учащение пульса, который соответствует температуре, тахипноэ. Общее состояние удовлетворительное.

**Осложненный септический выкидыш** (инфекция вышла за пределы матки, но процесс ограничен в области малого таза). При этом возникает воспаление придатков матки, тазовой брюшины – пельвиоперитонит, околоматочной клетчатки – параметрит. Воспалительный процесс приводит к образованию спаек в брюшной полости, просветах маточных труб и формированию замкнутых полостей с гнойным экссудатом (абсцессов): в маточных трубах (пиосальпинкс), в яичниках (пиовар), в маточно-прямокишечном углублении (абсцесс дугласова кармана) и в клетчатке малого таза (параметральные абсцессы), при переходе гнойного воспаления на несколько соседних органов формируются tuboовариальный абсцесс (придатки матки), абсцесс малого таза с вовлечением матки, ее придатков, петель кишечника.



# Диагностика выкидыша

- Жалобы на кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота и поясничной области, возникшие на фоне задержки менструации.
- Анамнез: выкидыши в предыдущие беременности, гинекологические заболевания и операции.
- Гинекологическое исследование: источник и объем кровотечения, наличие продуктов зачатия в цервикальном канале (если есть возможность, удаляют и отправляют на гистологическое исследование); при бимануальном исследовании: размеры наружного зева, размеры матки соответствуют ли сроку беременности, болезненность матки, состояние и болезненность придатков, сводов влагалища (свободные/нависают).
- Исследование сыворотки крови на беременность ( $\beta$ -субъединицу хорионического гонадотропина –  $\beta$ -ХГЧ),
- по клиническим показаниям может использоваться исследование  $\beta$ -ХГЧ в моче.
- При УЗИ на начальных стадиях выкидыша (угрожающий, начавшийся) выявляются признаки жизнеспособной маточной беременности – плодное яйцо находится в полости матки, эмбрион визуализируется, четко определяется сердечная деятельность эмбриона.





# ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

Пузырный занос – это вариант проявления патологии трофобласта, так называемой «трофобластической болезни». Это понятие обобщает несколько связанных между собой различных форм патологического состояния трофобласта:

- простой пузырный занос,
- инвазивный пузырный занос,
- хориокарцинома,
- опухоль плацентарного ложа
- и эпителиоидная трофобластическая опухоль.





Пузырный занос – это перерождение ворсинок хориона и превращение их в гроздевидные образования, состоящие из прозрачных пузырьков. В литературе описаны случаи пузырного заноса, пузырьки которого имели величину от просяного зерна до виноградин и больше. Пузырьки как бы сидят на тонких стебельках, между которыми можно обнаружить частицы децидуальной оболочки.



Пузырный занос локализуется в матке (реже — в маточной трубе), чаще возникает у юных и пожилых беременных, в низкой социально-экономической среде.

# Простой пузырный занос

Простой пузырный занос в большинстве случаев – процесс доброкачественный, не обладает инвазивным ростом, не метастазирует. Частота излечения — 100%.

При полном пузырном заносе, который чаще развивается в первом триместре беременности, происходит полное перерождение плодного яйца и при этом плод погибает. Клетки имеют набор хромосом 46XX или 46XY, при этом все хромосомы – отцовские; характеризуется отсутствием признаков зародышевого и эмбрионального развития. Злокачественная трансформация возникает в 20% случаев, может давать метастатические опухоли.



Первым клиническим признаком является несоответствие размеров матки сроку беременности: матка больше срока беременности. Макроскопически визуализируются отечные хориальные ворсинки, пузырьки. При неполном (частичном) пузырном заносе перерождается только часть хориальной ткани, может диагностироваться в сроки от 9 до 34 недель, хотя чаще всего это бывает после 3-х месяцев беременности. Частичный пузырный занос всегда триплоидный, с одной материнской хромосомой, имеют место фрагменты нормальной плаценты и плода. Частота малигнизации – около 5%. Клинически размеры матки меньше или соответствуют сроку, макроскопически определяются фрагменты плода, плаценты, отечные хориальные ворсины. Характерной особенностью пузырного заноса является увеличение ХГЧ в 10-20 и даже в 100-200 раз по сравнению с нормой, повышенное содержание ХГЧ приводит к гиперстимуляции яичников, и они превращаются в текалютеиновые кисты, заполненные жидкостью. Эти кисты могут достигать размера головки новорожденного, после рождения пузырного заноса кисты подвергаются самостоятельно обратному развитию.



Особенностью инвазивного пузырного заноса является способность к быстрому и глубокому прорастанию (инвазии) в стенку матки (миометрий, периметрий), при этом может возникнуть тяжелое внутрибрюшное кровотечение. Инвазивный пузырный занос – это злокачественный процесс, склонен к метастазированию, преимущественно во влагалище, вульву, легкие, часто трансформируется в хориокарциному, хотя иногда возможна и спонтанная его регрессия. Морфологическое подтверждение инвазивного пузырного заноса возможно только в удаленной матке или метастатическом очаге. Прогноз – благоприятный, при своевременной диагностике излечение приближается к 100%.

— 80 с.



---

# КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ





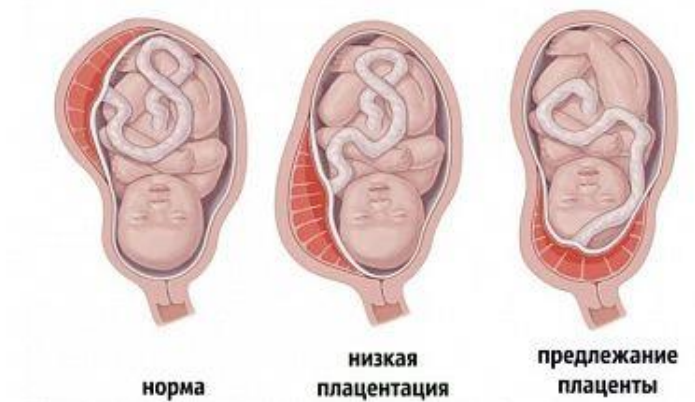
## Предлежание плаценты.

Предлежащие плаценты - аномалия расположения плаценты, при которой она прикреплена в области нижнего маточного сегмента. При этом та или другая часть ее находится в области внутреннего маточного зева, частично или полностью перекрывая его.

При указанном расположении плацента находится ниже предлежащей части плода, на пути его рождения.

В норме плацента прикрепляется в области тела матки и своим нижним краем не доходит до внутреннего зева на 7-8 см и более.

Частота этого осложнения составляет 0,5-0,8%.



# Предрасполагающие факторы к ПП



1. рубец на матке после операции кесарева сечения и других операций на матке;
2. предлежание плаценты в анамнезе;
3. воспалительные процессы матки (хронический эндометрит);
4. большое число родов в анамнезе;
5. перенесенные аборты и воспалительные заболевания матки;
6. субмукозная миома матки;
7. беременность после ЭКО,
8. возраст первородящей старше 40 лет;
9. многоплодие.





# Виды ПП

---

**Полное (центральное) предлежание** – плацента полностью перекрывает внутренний зев.

**Неполное (частичное) предлежание** - частично перекрывает внутренний зев, при влагалищном исследовании пальпируются ткань плаценты и плодные оболочки.

**Краевое ПП (предлежание плаценты)** – нижний край плаценты располагается на уровне края внутреннего зева, при влагалищном исследовании пальпируются плодные оболочки у края внутреннего зева ткань плаценты

**Низко расположенная плацента** – такое расположение плаценты, когда между ее нижним краем и внутренним зевом матки расстояние менее 5 см.



## Диагностика.

---

**Жалобы:** безболезненные периодические кровотечения, анемия

**Анамнез:** предыдущие осложненные роды, аборт, выскабливания, воспалительные заболевания половых органов, рубец на матке, миома матки.

**Наружное акушерское исследование:** высокое расположение дна матки, высокое расположение предлежащей части, неправильное положение плода (косое, поперечное, тазовое), сердцебиение плода выше пупка.

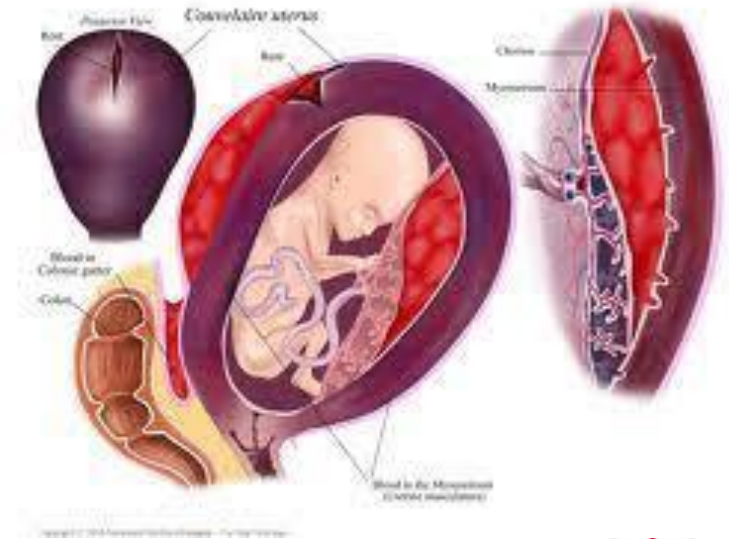
**Влагалищное исследование** пальпация через своды влагалища: тестоватые своды влагалища, не определяется предлежащая часть, иногда определяется пульсация сосудов плаценты, в родах при раскрытии шейки матки пальпируется ткань плаценты и часть оболочек. Диагностика вида ПП возможна только в родах при открытии маточного зева на 4-5 см.

**УЗ-сканирование** подтверждает с высокой точностью наличие и вариант ПП.



## Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

В норме плацента отделяется только после рождения плода. Если ее отделение происходит раньше (во время беременности, в I или II периоде родов), то эта патология называется ПОНРП. Отслойка плаценты начинается с геморагии в отпадающую оболочку матки. В децидуальной ткани образуется гематома, которая ведет к отслойке, сдавлению и деструкции плаценты, прилегающей к этому участку, что влечет за собой дальнейшее распространение гематомы. Кровь проникает в толщу миометрия, достигая серозной оболочки. Такое патологическое состояние называют *маткой Кювелера*.





## Клиническая картина.

1. кровотечение;
2. боли;
3. гипертонус матки;
4. гипоксия или гибель плода
5. ассимметричное выбухание матки
6. разрыв матки, матка Кувелера
7. геморрагический шок
8. ДВС-синдром





## Диагностика.

---

- 1) клинических признаков: боли - кинжальные, схваткообразные, приступообразные, повышение тонуса матки - гипертонус, признаки кровотечения, нарушение сердцебиения плода; постгеморрагическая анемия, ассиметричное выбухание матки, геморрагический шок, ДВС-синдром.
- 3) УЗИ облегчает диагностику, точно определяет площадь и величину отслойки.
- 4) Лабораторные исследования: ОАК, определение группы крови и резус-фактора.
- 5) Важным является определение объема потерянной крови.



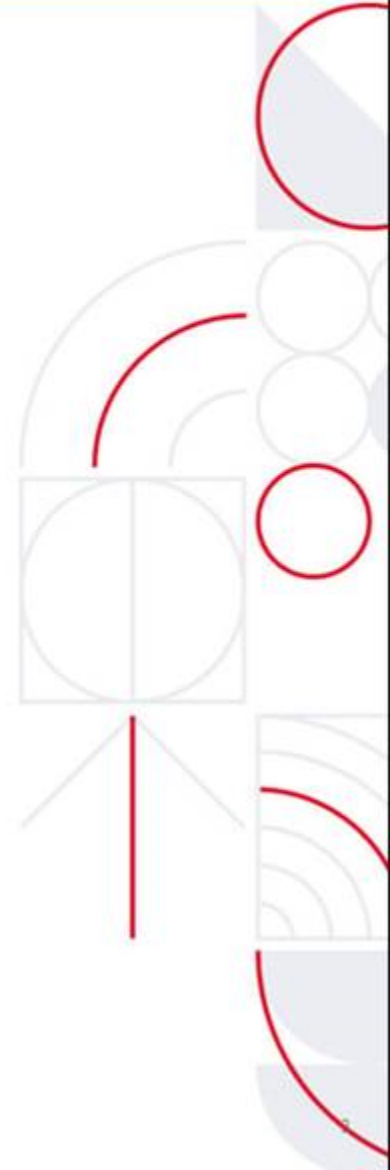
## Варианты оценки кровопотери

- Визуальный метод (мед. лоток 700 мл+20-30%)
- Шоковый индекс (ШИ) Альговера = ЧСС/Ад сист.
  - 0,8 и < - потеря 10 % ОЦК
  - 0,9-1,2 - потеря 20 % ОЦК
  - 1,2-1,4 - потеря 30 % ОЦК
  - 1,5 и > - потеря 40 % ОЦК
- Формула Нельсона:  
Кровопотеря =  $(0,36 \cdot \text{исх. объем крови}) / (\text{масса тела}) \cdot \text{Ht}$
- Гравиметрический метод  
Кровопотеря =  $(\text{вес салфеток} \cdot 15\%) / 2$   
(при кровопотере > 1 л поправка 30%)



---

# Кровотечение в послеродовом периоде





# Причины кровотечений в послеродовом периоде

1. Задержка в полости матки частей плаценты и оболочек.
2. Атония и гипотония матки.
3. Травма мягких тканей родового канала.
4. Геморрагический шок.
5. Нарушение свертывающей системы (коагулопатия).

## **4 Т**

*“Тонус” -- снижение тонуса матки;  
“Ткань”-- наличие остатков плаценты в матке;  
“Травма” --- разрывы мягких тканей родовых путей и матки;  
“Тромбы” --- нарушение гемостаза.*



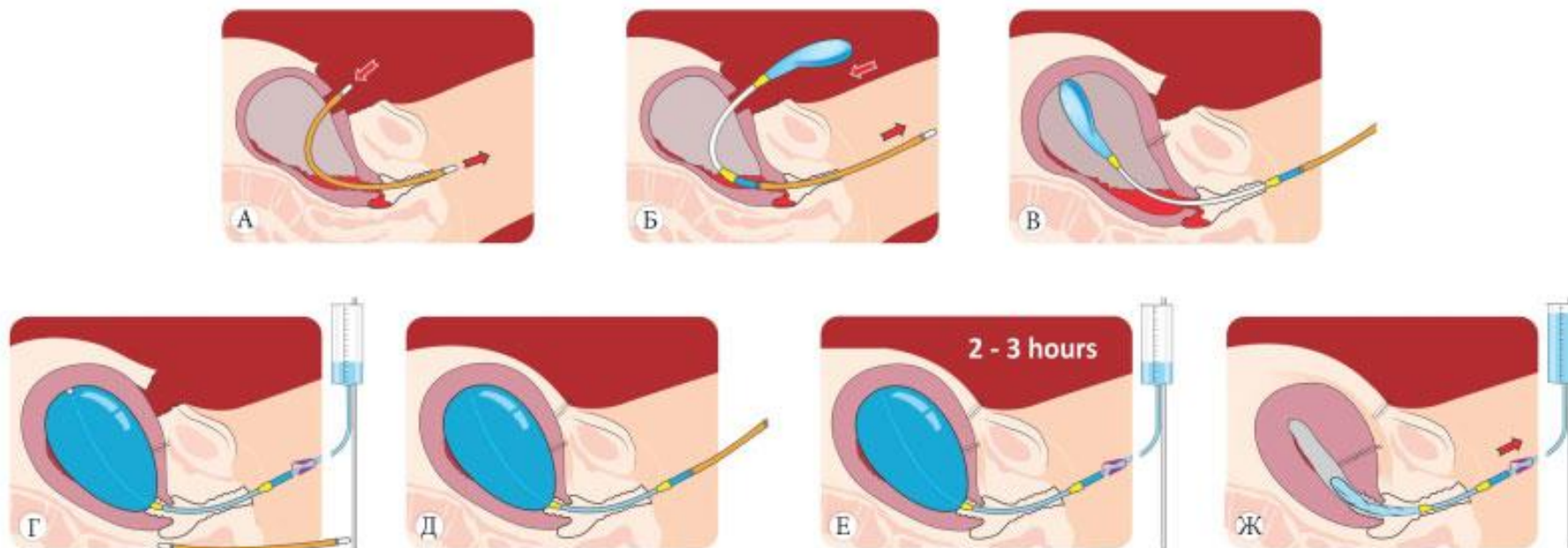


**Гипотония матки** - это такое состояние, при котором резко снижен тонус и сократительная способность матки. Под воздействием мероприятий и средств, возбуждающих сократительную деятельность матки, мышца матки сокращается, хотя нередко сила сократительной реакции не соответствует силе воздействия.

**Атония матки** - это такое состояние, при котором утеротонические средства не оказывают на матку никакого действия. Нервно-мышечный аппарат матки находится в состоянии паралича. Атония матки наблюдается редко, но вызывает массивное кровотечение.



## Управляемая баллонная тампонада матки





## Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

---

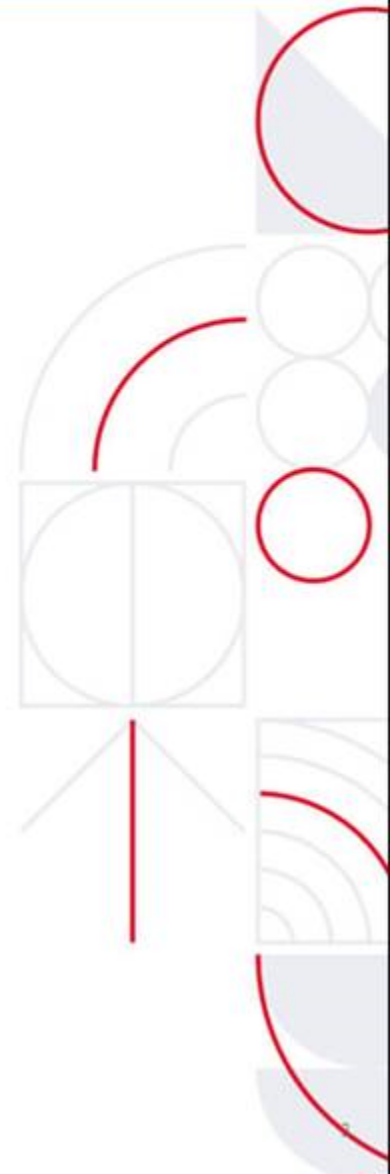
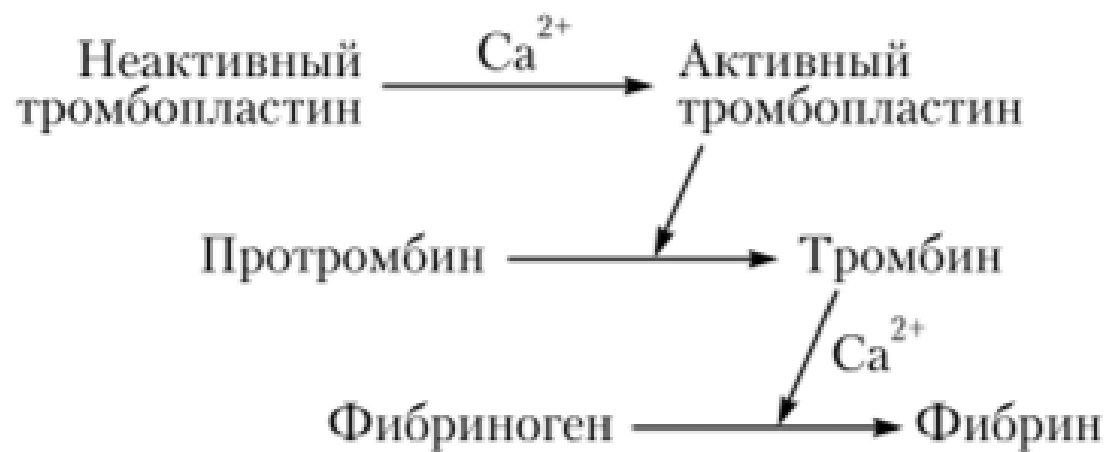
ДВС- сложный патологический синдром, в основе которого лежит массивное свертывание крови с образованием множества микросгустков и агрегация клеток крови, эритроцитов и тромбоцитов, в результате чего блокируется кровообращение в мелких сосудах рыхлыми массами фибрина и агрегатами клеток, возникает нарушение кровообращения в жизненноважных органах (легкие, почки, печень, надпочечники и др.) с последующим возникновением в них глубоких дистрофических изменений.



**I фаза.** Образование активного тромбопластина - самая продолжительная фаза гемостаза. В ней принимают участие факторы плазменные и тромбоцитарные факторы свёртывания.

**II фаза.** Переход протромбина в тромбин. Происходит при действии активного тромбопластина и участии ионов кальция (фактор IV).

**III фаза.** Образование фибрин-полимера. Тромбин (при участии ионов кальция (фактор IV) и фактора тромбоцитов переводит фибриноген в фибрин-мономер, который при действии VIII фактора плазмы и тромбоцитарного фактора 2 превращается в нерастворимые нити фибрина-полимера.





Поступление в кровоток тромбопластина вызывает процесс внутрисосудистого свертывания крови. Выпадающие при этом нити фибрина опутывают глыбки эритроцитов, образуя "сладжи" - комочки, оседающие в капиллярах и еще больше нарушающие однородность структуры крови. Важную роль в развитии "сладж"-феномена играют два взаимосвязанных явления - снижение кровотока и увеличение вязкости крови. Происходит нарушение кровоснабжения тканей и органов. В ответ на активацию системы коагуляции включаются защитные механизмы - фибринолитическая система и клетки ретикулоэндотелиальной системы. На фоне диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови вследствие повышенного потребления прокоагулянтов и усиления фибринолиза развивается повышенная кровоточивость.



## Классификация ДВС синдрома:

---

- 1. острый** - развивается в результате эмболии околоплодными водами, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, септического шока и шока другой этиологии, посттрансфузионных осложнений.
- 2. подострый** - наблюдается при сепсисе, преэклампсии, длительной задержке мертвого плода в матке, декомпенсированных пороках сердца у беременных.
- 3. хронический** - развивается при преэклампсии, плацентарной недостаточности, эндометрите и мастите, экстрагенитальной патологии у беременных.



# Клиническая картина ДВС

- ***Клинические проявления в первой фазе - гиперкоагуляции, как правило, отсутствуют!*** Диагностика основана на настороженности в отношении заболеваний приводящих к ДВС. Может наблюдаться гиперемия кожных покровов с цианозом, мраморность рисунка, озноб, беспокойство больной.
- **В фазе гипокоагуляции наблюдается усиление кровотечения из половых путей, с раневых поверхностей, петехиальные высыпания на коже, носовые кровотечения. Изливающаяся кровь содержит рыхлые сгустки, которые быстро лизируются.**
- ***В третьей фазе проявляется картина полного несворачивания крови*** - гематомы в местах инъекций; генерализованная кровоточивость мест инъекций; возможны желудочные, носовые, почечные кровотечения; гематурия; геморрагические выпоты в серозных полостях; кровотечение из ран мягких тканей родовых путей, не останавливающееся при наложении швов. При операциях наблюдается кровотечение из мест разрезов, диффузное пропитывание кровью стенки матки, труб, яичников, тазовой клетчатки.





# Органы-мишени при ДВС-синдроме:

---

1. Легкое - шоковое легкое - возникает интерстициальный отек или инфаркт легкого, снижение парциального давления  $O_2$  и  $pCO_2$ , появляются признаки легочной недостаточности с возникновением одышки, цианоза.
2. Почки - ОПН - наблюдается снижение диуреза, вплоть до анурии; в моче появляется белок, цилиндры, эритроциты; увеличение креатинина, мочевины и остаточного азота.
3. Печень - паренхиматозная желтуха, которая резко ухудшает течение ДВС- синдрома.
4. ЖКТ - возникает очаговая дистрофия слизистой оболочки, микротромбоз и стаз сосудов, появляются язвы и эрозии ЖКТ, и, как следствие, кровотечение, парез кишечника, интоксикация продуктами аутолиза.
5. ЦНС - церебральные нарушения в коре головного мозга (головная боль, головокружения, судороги, инсульт, признаки менингизма).



# Лабораторная диагностика ДВС

I стадия — гиперкоагуляции;

II стадия — коагулопатия потребления;

III стадия — резкое снижение в крови всех прокоагулянтов, вплоть до полного отсутствия;

IV стадия — восстановительная.

*ПВ - протромбиновое время иногда используют интегральный показатель*

*МНО (международное нормализованное отношение 0,85 –*

*1,35)*

*ТВ тромбиновое время*

*ПДФ продукты диградации*

*фибриногена*

**Таблица 1. Основные лабораторные тесты для диагностики ДВС-синдрома (значения нормы могут отличаться в зависимости от их использования в конкретной лаборатории)**

Лабораторные показатели в динамике ДВС-синдрома	Норма	Стадии ДВС-синдрома			
		1-я	2-я	3-я	4-я
Кол-во тромбоцитов, $\times 10^9/\text{л}$	150–400	300	150	$\leq 100$	200
Время свертывания, мин	5–10	$< 4$	10–20	12–20	7–10
ПВ, с	12–15	$\leq 12$	$\geq 15$	18–22	15–18
АЧТВ, с	45–55	$< 40$	50	$> 60$	45
ТВ, с	18–20	$< 18$	25–28	30–35	18–22
Фибриноген, г/л	2–4	2–3	$< 2$	$< 1,5$	1,5–2,0
ПДФ, мкг/мл	0–10	$\geq 20$	$\geq 15$	20–25	30–40
D-димер, мкг/мл	$< 0,5$	5–10	10–20	10–20	20–30



---

# РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ





# Разрыв вульвы

---

Разрыв вульвы — нарушение целостности мягких тканей вульвы в процессе изгнания плода.

Чаще разрывы в области вульвы возникают у первородящих. Поверхностные повреждения, не сопровождающиеся кровотечением, не требуют врачебного вмешательства. Глубокие трещины, особенно в области клитора и уретры, могут осложниться кровотечением.

## По локализации:

1. разрыв малых половых губ;
2. разрыв в области преддверия влагалища;
3. разрыв в области клитора;
4. разрыв больших половых губ.



## Разрывы влагалища

---

Разрывы стенки влагалища часто сопровождают повреждения промежности, но могут быть и изолированными. Влагалище может повредиться во время родов во всех частях: нижней, средней и верхней.

- Чаще разрывы возникают в нижней части влагалища, обычно одновременно с разрывом промежности.
- Средняя часть влагалища, как менее фиксированная и более растяжимая, травмируется редко. Причинами повреждения этой части влагалища во время родов могут быть анатомические особенности стенки (рубцовые изменения, инфантилизм и др.) или акушерские операции (наложение щипцов, вакуум-экстракция).
- Разрывы верхней части влагалища этиологически, и исходя из клинической картины, следует относить к разрывам матки (разрывы нижнего маточного сегмента и влагалищного свода).



## Разрывы промежности

---

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.

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

Число разрывов промежности относительно невелико, благодаря широкому использованию профилактического рассечения промежности, и составляет 10–12%.



## По степени повреждения тканей:

---

**разрыв I степени** - повреждается задняя спайка больших половых губ, часть задней стенки влагалища и кожа промежности без повреждения мышц;

**разрыв II степени** – дополнительно повреждается сухожильный центр промежности и идущие к нему луковично-губчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности;

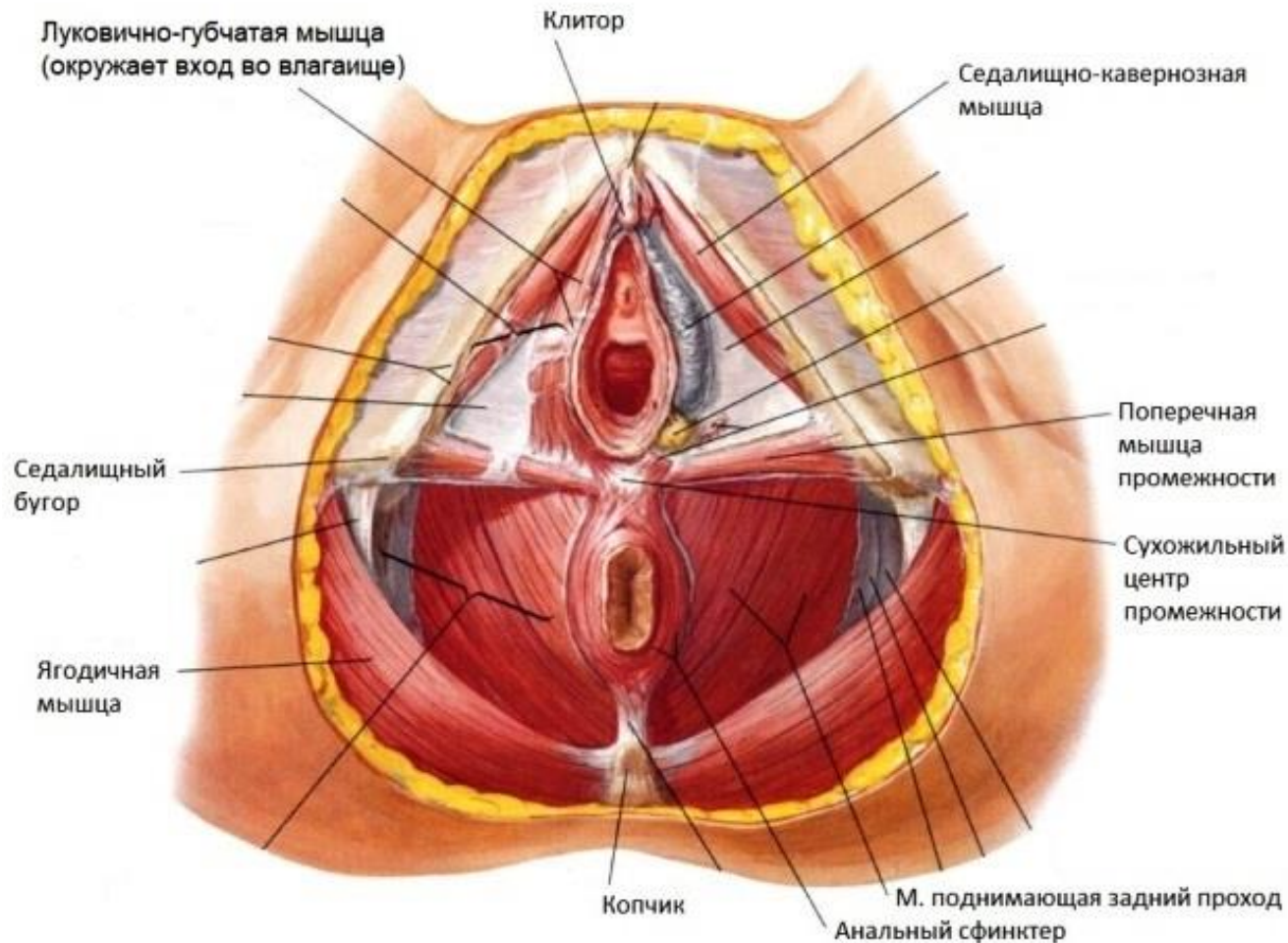
**разрыв III степени** - кроме кожи, фасций и упомянутых выше трёх мышц, надрывается или разрывается наружный сфинктер заднего прохода без повреждения стенки прямой кишки (неполный разрыв III степени);

**разрыв IV степени** - нарушение целостности наружного сфинктера заднего прохода с повреждением стенки прямой кишки (полный разрыв III степени).





## По степени повреждения тканей:







## По клиническому течению:

---

1. угрожающий разрыв промежности - развивается цианоз и отёк тканей из-за нарушения венозного оттока, к которому присоединяются признаки обескровливания (кожа промежности становится бледной и блестящей);
2. начавшийся разрыв промежности - появляются мелкие трещины эпидермиса на глянцевой поверхности кожи;
3. совершившийся разрыв промежности - вульва зияет, появляется незначительное кровотечение, а при разрывах III–IV степени - недержание газа и кала.



## Разрывы шейки матки

---

Разрывом шейки матки называют нарушение её целостности вследствие повреждений при родовом акте. Края зева матки ко времени прохождения головки плода сильно истончены, а поэтому нередко рвутся. Разрывы обычно происходят по бокам шейки, чаще слева. Надрывы чаще отмечаются на той стороне, где при сгибательном положении плода лежат его теменные и затылочный бугры, а при разгибательном — лобные. Частота разрывов шейки матки в родах встречается у 32,9–90,0% женщин.



## Разрывы шейки матки

Различают 3 степени разрыва шейки матки в зависимости от глубины:

I степень - разрыв с одной или двух сторон не более 2 см;

II степень - разрыв более 2 см, но на 1 см недостигающий свода влагалища;

III степень - разрыв, достигающий до свода влагалища или переходящий на него.





## Разрывы шейки матки

---

Неглубокие разрывы шейки матки длиной 0,5–1,0 см обычно бессимптомны. Более глубокие разрывы сопровождаются кровотечением различной интенсивности. При повреждении нисходящей шейечной ветви маточной артерии кровотечение бывает довольно обильным, начинается сразу после рождения ребёнка. Кровь вытекает алой струйкой, кровотечение сохраняется и после отделения последа и при хорошо сократившейся шейке матки. При глубоком разрыве могут образоваться гематомы в параметральной клетчатке.

Разрывы шейки матки III степени - тяжёлая акушерская травма, при которой иногда невозможно исключить переход разрыва шейки матки на область её нижнего сегмента.



## Диагностика разрыва шейки матки

---

Единственный признак разрыва шейки матки - кровотечение. Иногда значительные разрывы шейки протекают бессимптомно и только потом проявляются воспалением параметрия, цервикального канала, а в дальнейшем - невынашиванием и др. Если при хорошо сократившейся матке и отсутствии наружных повреждений кровь выделяется непрерывно струёй или в виде большого количества кровяных сгустков и имеет алую окраску, следует заподозрить разрыв шейки матки.

Необходимо выполнить осмотр влагалища и шейки матки с помощью широких зеркал и мягких зажимов. Осмотру с помощью зеркал подлежат все роженицы в первые 2ч после родов. При кровотечении осмотр последа следует проводить сразу после отделения и выделения его. . Диагноз разрыва шейки матки подтверждается при осмотре с помощью зеркал.



## Разрывы матки

---

Разрывом матки - нарушение целостности её стенок, тяжелейшее осложнение беременности и родов.

- Разрыв матки в родах,
- разрыв матки по рубцу после кесарева сечения во время беременности,
- разрыв матки по рубцу после миомэктомии во время беременности,
- разрыв матки по рубцу после перфорации при медицинском аборте во время беременности,
- разрыв матки по рубцу после кесарева сечения в родах, разрыв матки по рубцу после
- миомэктомии в родах,
- разрыв матки по рубцу после перфорации при медицинском аборте в родах.



## Разрывы матки

---

В случае неполного разрыва нарушаются слизистая и мышечная оболочки матки, а брюшинный покров остаётся неповрежденным. Вследствие неполного разрыва матки образуются гематомы параметрия. Наиболее часто разрывы матки происходят в нижнем сегменте. Типичная локализация неполных разрывов матки - передняя и боковая стенка нижнего сегмента. В теле и в дне матки разрывы, как правило, происходят по рубцу после операции или перфорации во время аборта. В ряде случаев (при поперечном положении плода), происходит отрыв матки от сводов влагалища.

В случае полного отрыва разрыв проникает в брюшную полость. При повреждении только стенки влагалища разрыв проникает в забрюшинное пространство.



## Разрыв Банделя

---

**Причина разрыва матки - несоответствие головки плода и таза матери** (разгибательные положения плода, асинклитические вставления головки, гидроцефалия, крупный плод). Разрыв матки может произойти при поперечном положении плода, рубцовых изменениях шейки матки и влагалища, наличии опухоли в малом тазу, препятствующей продвижению плода. Разрывы матки при несоответствии предлежащей части плода и таза происходят чаще всего при хорошей сократительной активности матки, полном открытии шейки матки и локализуются в нижнем её сегменте. При наличии препятствия к изгнанию плода усиливающиеся схватки матки обуславливают постепенное смещение основной массы мускулатуры кверху, к дну матки (ретракция). При этом масса мышечных волокон в стенках нижнего сегмента матки всё более уменьшается и нижний сегмент истончается и перерастягивается (выраженная дистракция).





## Разрыв Вербова

---

**Причина разрыва матки - патологические изменения её стенки воспалительного или рубцового характера.** При значительном расширении показаний к операции кесарево сечение наличие рубца на матке имеет особое значение. Частота разрывов матки по рубцу в родах достигает 3,4%, перинатальная смертность - 2,8-4,7%. Промежуток времени между кесаревым сечением и наступлением последующей беременности существенно не влияет на процессы формирования рубца на матке и выбор метода родоразрешения (целесообразно подождать 2-3 г.). Практически единственный метод исследования состояния рубца на матке во время беременности - ультразвуковое исследование, наиболее информативное после 35 нед беременности. Максимальную информацию можно получить при использовании прибора, оснащённого влагалищным датчиком.



## Симптомы угрожающего разрыва матки:

---

1. болезненные схватки, вызывающие беспокойство у роженицы, даже при объективно слабых сокращениях матки;
2. появление произвольных безрезультатных потуг при высоко стоящей головке плода;
3. наличие выпячивания или припухлости над лоном вследствие отёка околопузырной клетчатки, перерастяжение мочевого пузыря, затруднённое мочеиспускание.
4. Болезненность внизу живота, напряжение нижнего сегмента, наличие высоко стоящего контракционного кольца, имеющего косое направление.



## Начавшийся разрыв матки

---

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

В этих условиях может произойти внезапная смерть плода.



## Совершившийся разрыв матки

В момент разрыва роженица нередко ощущает сильную боль. Родовая деятельность прекращается, роженица становится апатичной, *появляются симптомы внутреннего кровотечения и раздражения брюшины*: бледность кожных покровов, частый слабый пульс, холодный пот, тошнота, рвота, икота, болезненность при пальпации живота, симптом Щёткина–Блюмберга. После разрыва матки быстро появляется и нарастает метеоризм в результате атонии кишечника, возникает кровотечение из влагалища.

*Через переднюю брюшную стенку легко пальпируются мелкие части плода*, живот роженицы приобретает неправильную форму. При влагалищном исследовании предлежащая часть отодвигается кверху и становится подвижной. Вследствие венозного полнокровия слизистой оболочки мочевого пузыря или повреждения его стенки в моче появляется примесь крови. При полном разрыве матки в брюшной полости при перкуссии определяется свободная жидкость.



## Совершившийся разрыв матки

В момент разрыва роженица нередко ощущает сильную боль. Родовая деятельность прекращается, роженица становится апатичной, *появляются симптомы внутреннего кровотечения и раздражения брюшины*: бледность кожных покровов, частый слабый пульс, холодный пот, тошнота, рвота, икота, болезненность при пальпации живота, симптом Щёткина–Блюмберга. После разрыва матки быстро появляется и нарастает метеоризм в результате атонии кишечника, возникает кровотечение из влагалища.

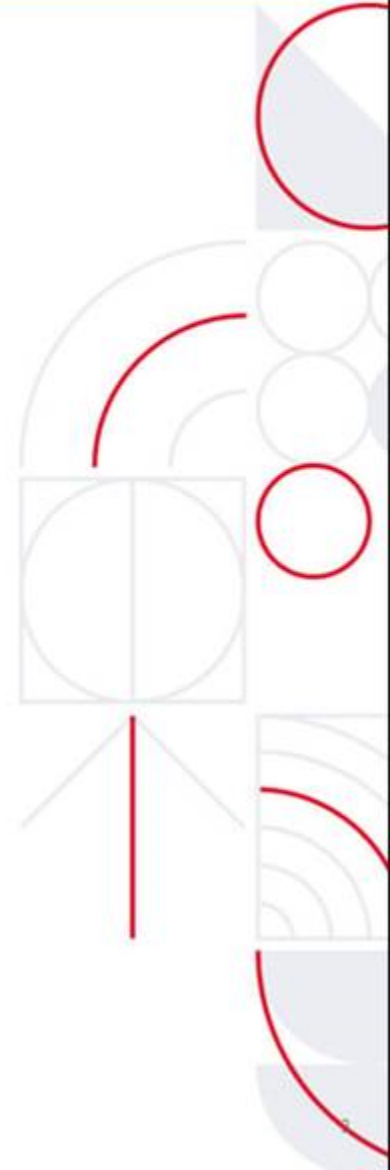
*Через переднюю брюшную стенку легко пальпируются мелкие части плода*, живот роженицы приобретает неправильную форму. При влагалищном исследовании предлежащая часть отодвигается кверху и становится подвижной. Вследствие венозного полнокровия слизистой оболочки мочевого пузыря или повреждения его стенки в моче появляется примесь крови. При полном разрыве матки в брюшной полости при перкуссии определяется свободная жидкость.



# Домашнее задание

---

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





# Список литературы

---

## Основная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.

## Дополнительная литература:

1. Л. И. Кох, И. А. Степанов. Острый живот в акушерстве: Методическое пособие. – Томск, 2002. – 39с.
2. Практические навыки по приему родов вне стационара: учеб. пособие для студентов медицинских вузов, клинических интернов и ординаторов, врачей акушеров-гинекологов; с элементами симуляционного обучения / Л.И. Трубникова [и др.]; под ред. проф. Л. И. Трубниковой. – Ульяновск: УлГУ, 2016. – 104с.
3. Учебно-методическое пособие. Актуальные вопросы диагностики и лечения акушерской патологии. Издание 3-е. / авторы Л.И. Трубникова, Вознесенская Н.В., Таджиева В.Д., Корнилова Т.Ю., Албутова М.Л., Измайлова Ф.А., Тихонова Н.Ю. Ульяновск: УлГУ, 2018. – 268 с.



**Спасибо за внимание.**