Освітній компонент: Акушерство
Освітня програма: Лікувальна справа

Лекція № 6

Тема: Кровотечі під час вагітності, пологів та в післяпологовий період. Пологові травми

План

- Кровотечі в другій половині вагітності. Передлежання плаценти, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти: причини, клінічні прояви, ускладнення, невідкладна допомога. Кровотеча під час пологів та в ранній післяпологовий період.
- Розрив промежини. Причини. Класифікація. Діагностика. Загроза розриву промежини: діагностика, тактика.
- Розрив матки. Причини. Класифікація. Клінічна картина загрози розриву матки, розриву матки, що розпочався, розриву матки, що відбувся. Невідкладна допомога.

Акушерські кровотечі є одним із серйозних і небезпечних ускладнень другої половини вагітності, пологів та післяпологового періоду. Їх частота становить від 8 до 11 % усіх пологів, вони посідають перше місце серед причин материнської смертності. Особливістю акушерських кровотеч є їх масивність та раптовість.

Кровотечі у ІІ половині вагітності можуть виникати внаслідок:

- *Передлежання плаценти;*
- *Передчасного відшарування нормально розташованої плаценти;*
- *Розриуі матки.*

Кровотечі під час пологів:

У І періоді пологів:

- *Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;*
- *Передлежання плаценти;*
- *Розрив матки;*
- *Розрив шийки матки.*

У ІІ періоді пологів:

- *Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;*
- *Розрив матки.*

У ІІІ періоді пологів:

- *Патологія прикріплення плаценти;*
- *Затримка, защемлення плаценти;*
- *Розрив м'яких тканин пологових шляхів.*

Кровотечі у післяпологовому періоді:

- *Гіпотонічна кровотеча;*
- *Затримка частин посліду;*
- *Розрив м'яких тканин пологових шляхів;*
- *Розрив матки;*
- *Емболія навколоплідними водами;*
- *Коагулопатична кровотеча.*

Передлежання плаценти (placenta praevia) - патологічне розташування її в ділянці нижнього маткового сегмента, нижче від передлеглої частини плода з повним чи частковим перекриттям вічка шийки матки. Частота цього ускладнення - 0,2-0,8% від загального числа пологів.

Класифікація. Розрізняють наступні варіанти передлежання плаценти:

1) ***повне (центральне) передлежання*** - плацента розміщена в нижньому сегменті матки і повністю перекриває внутрішнє маткове вічко;

2) ***часткове (неповне) передлежання*** - плацента частково перекриває внутрішнє маткове вічко:

а) ***крайове передлежання*** - *плацента перекриває до 1/3 площі маткового вічка;*

б) ***бокове передлежання*** *-плацента перекриває ½ і більше площі маткового вічка;*

3) ***низьке прикріплення плаценти*** - плацента розміщена у нижньому сегменті матки, її край знаходиться ближче, ніж на 5 см від внутрішнього вічка шийки матки, але не пальпується навіть при повному відкритті.

Етіологія і патогенез. У більшості випадків конкретну причину низької імплантації встановити важко.

Умовно їх можна розділити на дві групи:

1) з *боку матері* — багатоплідна вагітність, кесарський розтин, аборти, велика кількість пологів в анамнезі, пухлини матки, запальні захворювання статевих органів, внутрішньоматкова контрацепція, старший вік вагітної, аномалії розвитку матки, статевий інфантилізм;

2) *з боку плідного яйця* — недостатня протеолітична активність яйцеклітини, пізнє запліднення у матковій трубі.

Встановлена закономірність, що передлежання плаценти частіше виникає за наявності плодів чоловічої статі.

Клінічна картина. У більшості випадків провідним симптомом передлежання плаценти є кровотеча. Вона може виникнути в II, рідше — в I триместрі вагітності. Чим більший ступінь перекриття плацентою маткового вічка, тим раніше розпочинається кровотеча. Зазвичай при повному передлежанні кровотеча виникає у II половині вагітності (після 28-го тижня), хоча може з'явитись і на кінці 1-ї половини та з початком пологів. При боковому та крайовому передлежанні плаценти кровотеча розпочинається з початком пологів. Вона може виникати раптово, бути помірною або сильною. Інтенсивність її залежить від варіанту передлежання та площі ділянки, яка відшарувалась.

При повному передлежанні плаценти спостерігається найінтенсивніша кровотеча. У деяких випадках перша кровотеча може бути такою сильною, що призводить до смертельного наслідку. Неодноразові повторні кровотечі хоча й небезпечні внаслідок хронічної анемізації вагітних, проте прогноз може бути сприятливим.

При передлежанні плаценти часто спостерігаються косе і поперечне положення плода, тазові передлежання, оскільки плацента заважає вставленню його передлеглої частини. Вагітність і пологи можуть ускладнюватися невиношуванням, гіпоксією плода, слабкістю пологової діяльності, гіпотонічною кровотечею в ранньому післяродовому періоді, емболією навколоплодовими водами.

Діагностика передлежання плаценти базується на підставі скарг вагітної на появу періодичних кров'янистих виділень різної інтенсивності зі статевих органів. Часто при цьому спостерігається високе стояння передлеглої частини плода по відношенню до входу в малий таз. Ультразвукове дослідження дозволяє своєчасно з абсолютною точністю виявити патологію розміщення плаценти. У разі відсутності ультразвукової діагностики проводиться огляд у дзеркалах, який дозволяє виявити передлежання плаценти, або захворювання шийки матки, що призводять до кровотечі.

Піхвове дослідження дає найціннішу інформацію. Але при підозрі на передлежання плаценти вагінальне дослідження проводять за наявності підготовленої операційної, маючи запас крові, кровозамінників. При піхвовому дослідженні через склепіння промацується губчата тканина плаценти.

У пологах при розкритті шийки матки не менше, ніж на 5 см розрізняють повне (центральне), бокове і крайове передлежання плаценти. Під час вагінального дослідження при центральному передлежанні у вічку визначають лише плацентарну тканину, при

боковому — також навколоплодові оболонки; при крайовому передлежанні — навколоплодові оболонки і тільки край плаценти.

У разі низького розміщення плаценти, край її розташований трохи вище від внутрішнього вічка. Слід пам'ятати про можливість міграції плаценти із збільшенням терміну вагітності.

Тактика. При виникненні кров'янистих виділень у другій половині вагітності жінку госпіталізують. Якщо ці виділення не супроводжуються типовим для пізнього викидня переймоподібним болем, то слід запідозрити передлежання плаценти, оскільки його патогномонічним симптомом є зовнішня кровотеча при нормальному тонусі матки. До виникнення кров'янистих виділень можна встановити передлежання плаценти за допомогою ультразвукового сканування (при повному сечовому міхурі). За наявності кров'янистих виділень у другій половині вагітності це дослідження проводять неодмінно. При встановленому передлежанні вагітна перебуває у відділенні патології до розродження. Повне передлежання плаценти, розпізнане за допомогою ультразвукового дослідження, є абсолютним показанням до кесаревого розтину, який проводять перед початком пологів, на 38 тижні вагітності.

При кровотечі акушерська тактика визначається у першу чергу об'ємом крововтрати. У випадку повного передлежання плаценти показаний негайний кесарів розтин. При її неповному передлежанні допустима очікувальна тактика до об'єму загальної крововтрати 250 мл за умови нормальної пологової діяльності й розкриття шийки не менше, ніж на 5 см, що дає можливість упевнитися в неповному передлежанні плаценти і провести амніотомію. Для посилення гемостазу (шляхом притиснення кровоточивої ділянки плаценти опущеною голівкою плода) можна накласти шкірно-головні щипці з вантажем до 400 г (при мертвому плоді).

Кровотеча об'ємом понад 350 мл, що виникла під час вагітності, є показанням до негайного кесаревого розтину. Кровотеча у пологах, об'єм якої перевищує 250 мл, при неповному передлежанні й відсутності умов для швидкого розродження також є показанням до термінового кесаревого розтину.

Після розродження (як через природні пологові шляхи, так і шляхом кесаревого розтину) частим ускладненням є гіпотонія матки. Тактика у цьому випадку (як і за будь-якого іншого різновиду гіпотонії) визначається об'ємом крововтрати. ІІІ період пологів необхідно вести активно. Обов'язково проводити ручне обстеження порожнини матки, яке дозволяє діагностувати приростання плаценти, гіпотонію матки, розрив нижнього сегмента. Своєчасне виявлення цих ускладнень дозволяє попередити розвиток масивних кровотеч. Справжнє приростання при передлежанні плаценти є показанням до екстирпації матки.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти - це відшарування плаценти під час вагітності чи пологів (частіше у перший їх період). Частота цієї патології не перевищує 0,3-0,5% усіх випадків вагітності, проте близько 30% випадків летальних маткових кровотеч спричинені саме нею.

Факторами сприяння є захворювання, у патогенезі яких істотну роль відіграє ураження мембран з підвищеною проникністю і ламкістю капілярів: токсикоз вагітних, гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба, інфекційно-алергічний васкуліт. Найімовірніше, пусковим механізмом передчасного відшарування є аутоімунні процеси (імунологічний конфлікт між материнськими і плодовими тканинами), наслідком яких стає реакція відторгнення. У місці відшарування утворюється ретроплацентарна гематома, яка, в свою чергу, сприяє подальшому відшаруванню плаценти. У міру наростання ретроплацентарної гематоми кров просувається між плацентою й оболонками (з одного боку) і стінкою матки (з іншого). При цьому (не завжди) може з'явитися зовнішня кровотеча

Клініка. Виникають больовий синдром, локальні зміни у матці, геморагічний шок, порушення серцевої діяльності плода, а при тотальному відшаруванні настає його смерть.

Залежно від площі відшарування плаценти умовно розрізняють легку, середньої тяжкості і тяжку форми захворювання.

Легка форма не супроводжується больовими відчуттями і порушенням серцебиття плода. Її виявляють переважно після пологів при огляді плаценти (невелике втиснення на материнському боці плаценти, заповнене темним згустком крові). Проте цю форму можна діагностувати й до пологів за допомогою ультразвукового дослідження.

Відшарування середньої тяжкості, яке виникло під час вагітності, зумовлює появу болю у місці відшарування. У цій самій ділянці визначають локальне напруження і болючість матки. Під час пологів матка між переймами розслаблюється не повністю. Завжди з'являються ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода (різного ступеня тяжкості). Зовнішня кровотеча спостерігається не завжди.

При тяжкому ступені відшарування жінка скаржиться на сильний, розпираючий біль у матці, відчуття різкої слабості, запаморочення. При огляді виявляють такі ознаки захворювання: блідість шкіри, холодний піт на обличчі; прискорення пульсу до 110-120 на 1 хв, слабке його наповнення і напруження, менші від норми показники артеріального тиску, почащене дихання, задишку. Матка напружена (між переймами не розслаблюється), асиметрична (є випинання). Серцебиття плода відсутнє або спостерігаються виразні брадикардія і аритмія. З'являються незначні кров'янисті виділення із статевих шляхів.

Диференціальну діагностику проводять з метою розмежування відшарування плаценти, її передлежання і розриву матки. Велику допомогу при цьому надає ультразвукове сканування.

При легкій формі (непрогресуюче відшарування) за відсутності ознак гіпоксії плода практикують активно-очікувальну тактику (тобто ведення пологів через природні пологові шляхи із ретельним наглядом за роділлею з метою недопущення прогресуючого відшарування).

При прогресуючому відшаруванні (середньої тяжкості і тяжкої форми), якщо пологові шляхи не підготовлені, то проводять кесарів розтин в інтересах роділлі (тобто незалежно від того, чи є плід живим). У разі виявлення множинних крововиливів у стінку матки та її гіпотонії (матково-плацентарна апоплексія або матка Кувелера) показана екстирпація.

При прогресуючому відшаруванні (якщо немає геморагічного шоку) й наявності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи припустиме ведення пологів через них. Якщо дитина ще жива, то в її інтересах можна завершити по учне накладанням акушерських щипців чи ручним виведенням плода за тазовий кінець.

Після народження посліду (учнее відділення його проводять тільки згідно з показаннями) необхідно ретельно контролювати стан матки і кількість кров'янистих виділень. При гіпотонії матки (можливість розвитку матково-плацентарної апоплексії) потрібно не пропустити момент для своєчасного проведення її екстирпації. При розвитку геморагічного шоку і синдрому ДВЗ проводять відповідну терапію.

Кровотечі в послідовому та ранньому післяпологовому періодах

Серед ускладнень послідового та раннього післяпологового періодів найнебезпечнішим для життя роділлі є кровотеча. Фізіологічною вважається крововтрата 0,5 % від маси тіла. При нормальних пологах гемостаз у послідовий період здійснюється в основному двома механізмами. Перший із них міотампонада. Судини матки стискуються м'язами під час її скорочення і кровотеча припиняється внаслідок гіперкоагуляції крові(тромботампонада) в маткових судинах. Поєднання цих механізмів і забезпечує гемостаз у послідовий період. Патологічна крововтрата є наслідком порушення механізмів гемостазу в послідовий період.

Безпосередніми причинами кровотеч у послідовому періоді є: щільне прикріплення та прирощення плаценти, гіпотонія матки, залишення часток посліду в матці, розриви тканин пологового каналу, защемлення посліду.

Щільне прикріплення або прирощення плаценти. У нормі ворсини хоріона проникають у функціональний шар ендометрію і лише окремі, так звані "якірні" ворсини проникають до базального шару. Якщо ж ворсини проникають у базальний шар, але не переходять за його межі, говорять про ***щільне прикріплення плаценти*** (placenta adhaerehs).

Проникнення ворсин за межі базального шару називається ***справжнім приростанням плаценти***. При більш глибокому проростанні плаценти через всі шари матки має місце ***проростання плаценти*** (placenta perczeta).

Причиною цієї патології найчастіше є перенесені запальні процеси (метроендометрити), післяопераційні рубці на стінці матки, підслизові міоматозні вузли, вади розвитку матки. Зв'язок плаценти з маткою у цих випадках може бути надто інтимним, що призводить до патологічного перебігу третього періоду.

Клінічний перебіг третього періоду пологів при цій патології буде залежати від того, яка частина поверхні плаценти інтимно з'єднана зі стінкою матки. Частіше зустрічаються випадки, коли тільки частини плаценти щільно прикріплена до матки. Така патологія носить назву часткового щільного прикріплення (або приростання) плаценти.

Якщо ж плацента всією своєю поверхнею щільно прикріплена до стінки матки, то говорять про повне щільне прикріплення (або приростання) плаценти.

При частковому щільному прикріпленні (приростанні) плаценти ділянка плацентарної площадки матки, де ворсини хоріона відшарувались, є джерелом кровотечі. При цьому кровотеча виникає при відсутності ознак відшарування плаценти.

У разі появи кровотечі у третьому періоді пологів за відсутності ознак відшарування плаценти акушерка (якщо немає лікаря) повинна зробити ручне відокремлення плаценти і виділення посліду, ревізію порожнини матки, масаж матки на кулаці та ввести скорочуючі матку препарати.

При повному щільному прикріпленні (приростанні) плаценти відсутні ознаки відшарування плаценти протягом пів години і більше, кровотечі немає. У таких випадках також необхідно робити ручне відокремлення плаценти і виділення посліду. Проте слід пам'ятати, що при щільному прикріпленні плаценти вона відділяється рукою без особливих зусиль, а коли є приростання плаценти, спроби відшарування її рукою безуспішні і супроводжуються сильною кровотечею. У такому випадку слід негайно припинити спробу відшарування, викликати лікарську бригаду. Деякі акушери рекомендують, не виводячи руки з матки, притиснути відшаровану ділянку плаценти до стінки матки з метою зменшення крововтрати.

До приїзду бригади необхідно зробити венепункцію, налагодити переливання кровозамінників (якщо є кровотесча), при наявності чергового лікаря будь-якої спеціальності слід розпочати переливання крові. Тим часом організувати виклик резервних донорів. У всіх випадках істинного приростання плаценти слід видаляти матку.

Іноді кровотечу можуть спричинити **розриви м'яких тканин пологового каналу, а також дефекти посліду** (затримка в матці часток плаценти та оболонок). Щоб виявити причину кровотечі, необхідно перш за все ретельно оглянути послід та родові шляхи. Якщо є розриви м'яких тканин родового каналу, їх потрібно зашити; при залишенні часток посліду в матці проводять інструменталну або ручну ревізію порожнини матки.

Гіпотонія матки – стан, при якому знижується тонус мускулатури матки, її здатність до скорочення. Якщо матка після відділення плаценти втрачає свою скоротливу здатність, то матково-плацентарні судини не тромбуються, а зяють і починають кровоточити. Цей стан хоч і патологічний, проте зворотний, який можна перенести у нормальний, фізіологічний.

Атонія матки зустрічається надзвичайно рідко.

Виникненню гіпотонії матки сприяє іфантилізм, надто молодий або старший вік жінки, перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідна вагітність, великий плід), надмірно швидкі пологи, інфекція в пологах, перенесені запальні процеси в матці, фіброміома, велика кількість перенесених пологів чи абортів, передлежання плаценти. В усіх цих випадках є високий ризик виникнення гіпотонічної кровотечі.

Клінічно ця патологія проявляється стильною кровотечею при відсутності розривів родового каналу та при цілому посліді. Кров, що витікає з матки утворює згортки. Матка розслаблена, велика, але у відповідь на подразнення відповідає скороченням, хоча не завжди повноцінним. Іноді зовнішня кровотеча буває незначною, кров накопичується в порожнині

матки розтягуючи її. В обох випадках швидко наростають ознаки крововтрати: блідість, падіння АТ, прискорюється пульс, розширюються зіниці, породілля позіхає.

З метою попередження гіпотонічної кровотечі у жінок із групи високого ризику слід проводити внутрішньовенне введення 1 мл метилергометрину або 5 ОД окситоцину, розчинених у 500 мл розчину глюкози; жінкам, що народжують вперше введення цих препаратів розпочинають після народження голівки плоду, при прорізуванні плічок, а при повторних пологах – при прорізуванні голівки.

Лікування гіпотонії полягає в негайній зупинці кровотечі. Лише чітке виконання всіх необхідних заходів у їх певній послідовності дає можливість врятувати жінку. При кровотечі, що перевищує фізіологічну (більше 0,5 % маси тіла) проводять:

1. Випускають катетером сечу.
2. Кладуть холод на низ живота.
3. Виконують катетеризацію периферичної або центральної вени залежно від величини крововтрати та стану жінки.
4. Виконують зовнішній масаж матки.
5. Одночасно вводять засоби, що скорочують матку (окситоцин – 10-20 ОД внутрішньовенно на 400 мл фізрозчину), якщо кровотеча не зменшується, вводять простагландини (5 мг), мобілізують другу вену. Ефективним є введення простагландину в шийку матки або тіло матки через передню черевну стінку. У разі продовження кровотечі додатково вводять 800 мкг мізопростолу ректально.
6. Паралельно проводять відновлення ОЦК та крововтрати.
7. Під знеболенням проводять ручну ревізію порожнини матки (видаляють згустки, залишки плаценти та перевіряють цілісність стінок) і масаж на кулаці (якщо немає можливості дати наркоз, можна з метою знеболення ввести 1 мл 1 % промедолу, 1 мл димедролу, 2 мл 50 % анальгіну). Масаж слід проводити дуже обережно, оскільки це втручання сприяє попаданню в кров'яне русло матері великої кількості тромбопластину, що може спричинити розвиток ДВЗ-синдрому.
8. Оглядають пологові шляхи та за необхідності відновлюють їх цілісність.
9. У заднє склепіння водять тампон з ефіром.
10. Накладають клеми за Генкелем-Тікінадзе на параметрії або на шийку матки за Бакшеєвим (знімають затискачі через 20-30 хв почергово).
11. Притискання черевної аорти до хребта слід розглядати як тимчасовий захід для зменшення крововтрати на час підготовки породіллі до операції. Одночасно проводять боротьбу з крововтратою.

Вдаючись до цих заходів, слід пам'ятати, що при крововтраті 800 мл, якщо кровотеча прожовжується необхідно розгортати операційну. Якщо кровотеча перевищує 1000 мл необхідна невідкладна операція, повторне введення скоротливих препаратів у таких випадках не дає ефекту, а призводить лише до втрати часу і погіршення стану хворої.

Якщо пологи веде акушерка, вона зобов'язана визначити, чи відноситься жінка до групи високого ризику щодо виникнення гіпотонічної кровотечі і, коли, це так проводити профілактику кровотечі, як описано вище.

Послід нерідко затримується в матці за рахунок функціональних причин – спазмів і стриктур різних відділів матки. Стиктури виникають найчастіше в області внутрішнього вічка, при чому звуження може бути настільки значним, що навіть повністю відділена плацента не може пройти через звужене місце. Деколи бувають звуження (спазми в кутах матки). Рідше зустрічається інтимне прикріплення оболонок посліду до стінок матки, внаслідок чого відшарована плацента утримується в порожнині матки. Залишки плацентарної тканини в матці – найчастіше джерело ранніх і пізніх післяродових кроовтеч і причина післяполового сепсису. Найменша підозра на те, що в матці залишилася частина або долька плаценти, являється показом до негайної ревізії порожнини матки.

Пологові травми

Пологові шляхи матері під час пологів зазнають значного розтягування, внаслідок чого часто виникають ушкодження тканин промежини, піхви, шийки матки. Однак у переважній більшості випадків незначні за розмірами, мають характер поверхневих саден, тріщин, не мають клінічного значення і загоюються самостійно без сліду.

При певних обтяжуючих обставинах (патологічний перебіг пологового акту, порушення нормальних просторових співвідношень між розмірами плоду і пологовими шляхами, оперативні методи пологорозрішення, неправильне та несвоєчасне надання акушерської допомоги) травматичні ушкодження можуть бути значними, загрожувати життю жінки, призводити до порушення працездатності і найважливіших функцій організму. Такі ушкодження можуть торкатися усіх відділів пологових шляхів – зовнішніх статевих органів, піхви, шийки матки, нижнього сегмента і тіла матки, зчленування кісток таза і навіть сусідніх органів – сечового міхура, зчленування кісток таза і навіть сусідніх органів – сечового міхура, прямої кишки.

Розриви промежини належать до найчастіших ускладнень пологів.

Частота їх коливається від 10 до 15 %. Вони виникають у періоді зігнання плоду, найчастіше в першородячих, при прорізуванні голівки, рідше під час прорізування плечиків.

До виникнення розривів промежини (і піхви) призводять такі фактори:

- висока або ригідна (особливо у літніх першородячих) промежина;
- рубцеві зміни після вшитої або невшитої травми при попередніх пологах або пластичній операції в зв'язку з випадінням піхви;
- крупний плід;
- швидкі або стрімкі пологи;
- прорізування голівки несприятливим розміром (у разі розгинальних передлежань);
- вузький таз, особливо плоскорахітичний (швидке прорізування) та інфантильний таз (гострий лобковий кут);
- переношена вагітність (твердість кісток голівки і недостатня її конфігурація);
- тазові передлежання плоду (найбільш об'ємна частина плоду - голівка народжується останньою і швидко);
- оперативне пологорозрішення (акушерські щипці, витягання плоду за тазовий кінець);
- неправильне виконання акушерської допомоги по виведенню голівки і плечиків плоду.

Розрізняють ***мимовільні*** (виникають без зовнішнього впливу) та ***насильні*** (при неправильному виконанні піхвових пологорозрішень або неправильному прийомі пологів) розриви промежини.

За клінічним перебігом розпізнають загрозливий, початковий і завершений розрив промежини. Клінічними симптомами загрожуючого розриву промежини є спочатку ціанотичність і набряк тканин внаслідок венозного застою, в подальшому — ознаки анемізації (шкіра стає блідою і блискучою). Про початок розриву свідчить поява кров'янистих виділень із піхви.

За глибиною ушкоджень усі розриви промежини розподіляють на три ступені:

При розриві I ступеня порушується задня спайка, частина задньої стінки піхви і шкіра промежини (м'язи промежини залишаються неушкодженими).

При розривах II ступеня порушуються не тільки зазначені вище тканини, а й фасції та м'язи тазового дна.

При розривах III ступеня порушуються не тільки шкіра, фасції та зазначені вище м'язи, але й щільність жому задньопрохідного отвору та травмується пряма кишка.

Розрізняють повний розрив III ступеня, коли ушкоджується зовнішній сфінктер прямої кишки та її стінка, і неповний, коли травмується тільки сфінктер.

Рідкісним видом травм є так званий **центральний розрив промежини**. Він характеризується тим, що ушкоджується центр промежини, а задня спайка і жом прямої кишки залишаються цілими, і пологи проходять через цей штучно утворений канал.

Найближчі та віддалені наслідки розривів промежини мають серйозні ускладнення. Це ймовірність кровотечі, проникнення патогенних мікробів і розвитку післяпологових септичних захворювань, а надалі опущення та випадіння матки і піхви, порушення статевої функції, а при розривах III ступеня виникає нетримання газів і калу, що робить жінку непрацездатною, а її життя нестерпним.

Лікування розривів промежини зводиться до негайного (безпосередньо після народження посліду) відновлення анатомічних співвідношень у тканинах шляхом накладання швів з дотриманням усіх правил асептики. В залежності від стану породіллі, наявності екстрагенітальних захворювань, тяжкості пізнього гестозу використовують місцеве або загальне знеболювання.

При розриві I ступеня послідовно зверху донизу накладаютi. кетгутові шви на слизову оболонку піхви до формування задньої спайки. Потім від задньої спайки в напрямі до ануса накладають шовкові (лавсанові) шви або металеві скоби на шкіру промежини на відстані 1 см один від одного. Голку проводять так, щоб у рані не залишалися щілини, де може скупчуватися кров, яка заважатиме загоюванню. Краї рани повинні щільно прилягати один до одного.

При розривах промежини II ступеня притримуються іншого порядку накладання швів. Спочатку також накладають шов на верхній кут рани, потім кількома заглибленими кетгутовими швами з'єднують розірвані м'язи промежини (ці шви не повинні захоплювати ні шкіри, ні слизової оболонки). Після цього вшивають слизову оболонку піхви до задньої спайки. Кінці лігатур зрізують, крім шва, накладеного на спайку. Потім накладають шов на найнижчий кут рани промежини.

Цей шов не обрізають. Розтягнувши обидва шви (верхній та нижній) ушивають рану шкіри шовковими швами або накладають скобки чи П-образні кетгутові шви.

Зашивання розриву III ступеня є складним завданням, яке повинен виконувати досвідчений лікар. Головна умова успішного оперування — це точна орієнтація в топографії розриву. Необхідно з'ясувати розмір розриву слизової оболонки кишки, а також початок та кінець його, знайти краї розірваного кишкового жому.

Уся операція складається з трьох частин. Перш за все відновлюється цілість прямої кишки, для чого на краї рани накладаються двоповерхові вузлуваті шовкові або кетгутові шви. У подальшому повинен бути відновлений сфінктер, і тільки після цього накладають шви, дотримуючись тієї послідовності, що і при зашиванні розриву промежини II ступеня. При ушиванні м'язово-підслизового шару прямої кишки деякі акушери не рекомендують закладати шви через усю товщу (разом із слизовою оболонкою кишки), оскільки з отвору кишки через уколи вздовж по швах інфекція може проникнути в глибину рани. Але ж останнім часом у багатьох клініках вузлуваті шви на кишку проводять через усі тканини і зав'язують так, що вузли знаходяться в отворі кишки. Нитки зрізають так, щоб їх кінці були ззовні від анального отвору. Перемивають руки, міняють рукавички і далі діють, як при розриві II ступеня. Шви з кишки видаляються самі на 6—7-й день.

Післяопераційний догляд зводиться до утримання в чистоті поверхні швів (сухий туалет швів). Коли роблять туалет породіллі, ділянку швів не обмивають, а тільки обережно обсушують стерильним тампоном, після чого обробляють або 3—5 % розчином йоду чи бриліантовим зеленим. Після сечовипускання і дефекації роблять додатковий туалет зовнішніх статевих органів і обсушують ділянку шва. Шви знімають на 5—6-й день.

Після зашивання розриву III ступеня поряд зі старанним доглядом у післяопераційному періоді призначають спеціальну дієту — рідку їжу (щоб затримати дефекацію). На 7-й день дають послаблюючі засоби. Як тільки виникає позив на низ, рекомендується зробити гліцеринову клізму, після чого знімають шви.

При зашиванні центрального розриву промежини попередньо розтинають ножицями тканини, що залишилися в ділянці задньої спайки, і таким чином спочатку перетворюють його в розрив промежини II ступеня, а потім рану зашивають звичайним способом.

Розрив матки є найважчим ускладненням вагітності та пологів, яке супроводжується високою материнською смертністю та інвалідністю і ще більш високою перинатальною смертністю. Причиною загибелі роділлі при розриві матки є кровотеча з розірваних судин матки, різке і швидке обезкровлення та шок. Чим крупніший калібр ушкоджених судин, тим сильніша кровотеча і тим швидше настає анемізація.

Додатковим джерелом кровотечі при розриві матки є судини плацентарної площадки, від котрої відшаровується плацента. Шок виникає на грунті надзвичайно сильного подразнення нервових елементів ушкодженої матки, особливо її очеревинного покриву, а також у результаті подразнення інших органів черевної порожнини вмістом матки, який потрапляє після її розриву в черевну порожнину.

Розрив називають **повним** (ruptura uteri completa), коли порушені всі шари (слизова оболонка, м'язовий шар, очеревина) і порожнина матки з'єднується з черевною порожниною. Повний розрив матки настає частіше в тих місцях, де очеревинний покрив щільно спаяний з прилягаючим міометрієм. Порушення цілості стінок матки (слизової і м'язової оболонок) при цілій очеревині називають **неповним** розривом (ruptura uteri completa). Такий розрив частіше виникає в ділянці нижнього сегмента матки, де між очеревиною та міометрієм є прошарок пухкої сполучної тканини; кров, що виливається, накопичується в навколоматковій підочеревинній клітковині, утворюючи гематому різних розмірів, а також може виливатися назовні по пологовому каналу.

Існує ще одна форма пологового травматизму, яка клінічно протікає як розрив матки — відрив останньої від склепінь піхви (кольпопорексис). Цей відрив виникає поблизу шийки матки в передньому або задньому склепіннях, може бути повним, що проникає в черевну порожнину, і неповним.

Розрізняють **самовільний і насильний** розриви матки. Насильними вважають такі розриви, які утворилися у зв'язку із зовнішніми діями (найчастіше це буває наслідком неправильно застосованих акушерських втручань).

Тривалий час вважалося, що причинами самовільного розриву матки в пологах є клінічна невідповідність між розмірами передлежачої частини плоду і таза матері при вузькому тазі та неправильних передлежаннях (лобне, задній вид лицьового) або вставленнях (патологічний асинклітизм) голівки, при крупному (велетенському) плоді, гідроцефалії, запущеному поперечному положенні плоду. Механізм такого розриву полягає в тому, що при наявності перешкоди до зганяння плоду розвивається бурхлива пологова діяльність, наслідком якої є перерозтягнення нижнього сегмента матки через переміщення (ретракцію) шарів м'язевих волокон вгору, в тіло матки. Перерозтягнення нижнього сегмента досягає крайньої межі, і він розривається. Цю механічну теорію розриву матки у 1875 році висунув Бандль, у зв'язку з чим розрив матки, який виник внаслідок перерозтягнення нижнього сегмента, називають бандлевським розривом.

У подальшому завдяки вивченню патологічних змін стінки матки в ділянці розриву було доведено, що самовільному розриву матки завжди передують зміни міометрію, внаслідок чого і виникає ушкодження. Вперше думку про те, що основною причиною виникнення розриву матки є крихкість її патологічно змінених тканин, висловив на початку нашого століття російський акушер М. З. Іванов. Інший російський лікар Я. Ф. Вербов у 1911—1913 роках своїми дослідженнями довів, що здорова матка не розривається, тобто розрив настає на грунті патологічних змін у стінці матки, які спричинюють слабкість, неповноцінність міометрію. У подальшому в результаті численних досліджень доведено, що патоморфологічні зміни міометрію, які сприяють його неповноцінності під час вагітності, виникають при інфантилізмі, у багатородячих (особливо при невеликих інтервалах між вагітностями), при ускладненому перебігу перенесених абортів і пологів (запальні процеси, слабкість пологової діяльності, послідові та ранні післяпологові кровотечі), після операцій на матці (кесарів розтин, консервативна міомектомія, перфорація під час аборту), при вадах розвитку матки (природжена функціональна слабкість міометрію), при обтяженому гінекологічному анамнезі (хронічні запальні процеси тіла і шийки матки). Патоморфологічні

видозміни міометрію є супутніми факторами розриву матки в результаті клінічно вузького таза або форсованого пологорозрішення.

Порівняно часто бувають розриви матки після кесарева розтину. Неповноцінний рубець утворюється в результаті неправильної техніки зашивання стінки матки, інфікування раноевої поверхні та загоювання вторинним натягненням. Рубець нерідко потоншується, зазнає гіалінозу і легко порушується під час пологів (і навіть у період вагітності), особливо при інвазії хоріону в зону рубця.

Розрив матки, а тим більше насильний, свідчить про недоліки у кваліфікації медпрацівників, їх невміння правильно оцінити симптоматику та обрати раціональний метод пологорозрішення. Насильний фактор, крім того, нерідко свідчить про недоліки оперативної техніки при виконанні піхвових пологорозрішень, про ведення цих операцій без урахування наявних умов.

На особливу увагу заслуговує збільшення випадків розриву матки на фоні внутрішньовенного введення окситоцину або інших препаратів задньої частки гіпофіза, коли на призначення окситоцину були прямі протипоказання (клінічно вузький таз) або мало місце передозування препарату.

На сучасному етапі надається значення і гістопатичним змінам міометрію, і механічним факторам. У кожному випадку розрив зумовлений тими чи іншими обставинами в залежності від того, які з них більше виражені. На цьому базується наведена нижче класифікація розривів матки (за М. О. Репіною).

I. За патогенезом.

1. Самовільний розрив матки.
2. Насильний розрив матки.

II. За клінічним перебігом.

1. Загроза розриву матки.
2. Розрив матки, що розпочався.
3. Розрив матки, що здійснився.

III. За характером ушкодження.

1. Неповний розрив матки.
2. Повний розрив матки.

IV. За локалізацією.

1. Розрив у нижньому сегменті матки.
2. Розрив у тілі матки.
3. Розрив у дні матки.
4. Відрив матки від склепінь піхви.

V. За часом виникнення.

1. Під час вагітності.
2. Під час пологів.

Клінічна картина загрози розриву матки дуже яскрава і її важко не помітити, коли має місце механічна перешкода до зігнання плоду, і менш виразна у разі патологічних змін у стінці матки.

Клінічна картина загрози розриву матки, який виникає у зв'язку з механічними перешкодами до зігнання плоду, характеризується такими симптомами:

- надзвичайно інтенсивна або бурхлива пологова діяльність;
- недостатнє розслаблення матки поза переймами (симптом стирається при призначенні анальгезуючих і спазмолітичних засобів);
- різко болючі перейми, неспокійна поведінка роділлі (при призначенні анальгетиків, седативних симптоми можуть бути відсутні або слабо виражені);
- різка болючість при пальпації нижнього сегмента матки, який перерозтягнутий і потоншений;
- високе й косе розміщення контракційного кільця (матка нагадує форму піщаного годинника);

- напруження круглих маткових зв’язок;
- непродуктивна потужна діяльність при повному або майже повному відкритті маткового зіва, потуги при високо стоячій голівці плоду;
- наявність крупного плоду, погана конфігурація голівки крупного плоду; аномалії вставлення та передлежання голівки (включаючи задній вид потиличного передлежання);
- ускладнення пальпації передлежачої частини плоду внаслідок напруження і болючості нижнього сегмента;
- набряк шийки матки, піхви та зовнішніх статевих органів при фіксованій у малому тазі передлежачій частині;
- позитивна ознака Вастена;
- ускладнене сечовипускання та поява крові в сечі за рахунок стиснення сечового міхура;
- гіпоксія плоду.

Появу кров’янистих виділень із пологових шляхів, кров у сечі, збуджений стан роділлі відносять до симптомів **початку розриву**.

Клінічна картина завершеного розриву матки в пологах у класичних випадках не викликає для його діагностики труднощів. Основними ознаками є: 1) надзвичайно гострий, ріжучий біль у животі в момент розриву; 2) апатія роділлі (повна тиша у пологовому приміщенні); 3) припинення пологової діяльності та поява кров'янистих виділень; 4) зміна загального стану у зв’язку з травматичним шоком та наростаючою втратою крові: блідість шкіри і видимих слизових оболонок, загострення рис обличчя, запаморочення, розширення зіниць, частий і малий пульс, падіння артеріального тиску, поверхневе та часте дихання, нерідко нудота і блювання; 5) пальпація частин плоду безпосередньо під черевною стінкою (при повному розриві); 6) поява рухомості передлежачої частини; 7) зниження серцебиття плоду; 8) симптоми подразнення очеревини, притуплення перкусії живота.

Основні принципи надання невідкладної допомоги при загрозі розриву матки такі: 1) припинення пологової діяльності; 2) негайне пологорозрішення.

Припинення пологової діяльності досягається застосуванням інгаляційного наркозу. Наркоз повинен бути достатньо глибоким, щоб наступні акушерські маніпуляції не призвели до скорочення перерозтягнутої матки і не спровокували її розриву. Слід пам’ятати, що введення жінкам із загрозою розриву матки морфіну, омнопону, промедолу при відсутності умов до негайного пологорозрішення надзвичайно небезпечне через відсутність у цих препаратів властивостей припиняти пологову діяльність та їх здатність ускладнювати діагностику завершеного розриву.

Після установлення діагнозу загрожуючого розриву матки за життєвими показаннями необхідне термінове пологорозрішення. При живому повноцінному плоді виконується кесарів розтин, в інших випадках — плодоруйнівні операції.

Завершений розрив матки підлягає тільки хірургічному лікуванню. Воно повинно починатися негайно, відразу ж після становлення діагнозу. Його метою є усунення джерела кровотечі, відновлення порушених травмою анатомічних співвідношень, а також ліквідація вхідних воріт для проникнення інфекції в черевну порожнину та позаочеревинний простір. При екстренній лапаротомії видаляють плід і послід з порожнини матки або з черевної порожнини і вирішують питання про обсяг хірургічного лікування самого розриву матки. Рішення про нього приймається суто індивідуально, з урахуванням тяжкості стану хворої, локалізації й обширності ушкодження, наявності інфекції.

Вибір оптимального варіанта операції коливається між зашиванням розриву і видаленням матки. Залишити матку і зашити розрив після висічення країв можна тільки при відсутності інфекції, короткому інтервалі часу від розриву до лапаротомії, лінійних розривах у молодих жінок.

Наприкінці операції повинна бути проведена ревізія сечового міхура і кишечника.

Під час операції і після її закінчення здійснюють комплексні заходи по ліквідації больового, геморагічного, травматичного шоку та синдрому дисемінованого внутрішньосудинного і згортання крові.

Профілактика розриву матки повинна починатися в жіночій консультації з моменту постановки жінки на облік за вагітністю і продовжуватися аж до закінчення пологів. Спеціальному обліку підлягають ті жінки, у яких можна очікувати розрив матки. До цієї групи підвищеного ризику відносяться: вагітні з анатомічно вузьким тазом; жінки, які в минулому перенесли операції на матці (кесарів розтин, консервативна міомектомія, зашивання рани матки після її перфорації); багатородячі з обтяженим акушерським анамнезом; вагітні з великим плодом, неправильним положенням плоду, з переношеною вагітністю; жінки, які в минулому перенесли післяпологові і післяабортні запальні захворювання.

Усі вагітні з факторами ризику повинні бути профілактично госпіталізовані в пологовий будинок за 2-3 тижні до очікуваного терміну пологів.

Слід пам'ятати, що оптимальні строки госпіталізації жінок з рубцем на матці в ділянці тіла, дна матки, трубних кутів — 28-30 тижнів, в ділянці нижнього сегмента після неускладненої операції кесарева розтину — 35-36 тижнів. Завданням лікарів пологового відділення є вибір методу та строку пологорозрішення з максимальним шансом на успішне закінчення пологів для матері і плоду.

Література

1. *Грищенко В.І., Щербина М.О.* Акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009.
2. *Назарова І.В.* Невідкладні стани в акушерстві: навч. посіб. - К.: Медицина, 2008.
3. *Назарова І.Б.* Медсестринство в акушерстві: підручник. - К.: Медицина, 2008.
4. *Назарова І.Б., Самойленко В.Б.* Фізіологічне акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009.
5. *Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М.* Акушерство: підручник. - Тернопіль: Підручники і посібники, 2008.