

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ВЕДЕНИИ
ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ТРАВМАМИ
ПРОМЕЖНОСТИ**

Дипломная работа

студентки очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Нишпоренко Валерии Андреевны

Научный руководитель
Преподаватель
Медицинского колледжа
Медицинского института
НИУ «БелГУ»
Павленко А.А.

Рецензент
Врач акушер-гинеколог
Отделение гинекологии
ОГБУЗ Городская больница № 2
Калашникова О.Г.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. РОДОВЫЕ ТРАВМЫ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	5
1.1. Родовые травмы у женщин в послеродовом периоде	5
1.2. Виды родовые травмы на наружных половых органах женщины	7
1.3. Родовые травмы на внутренних органах малого таза женщины	10
Родовые травмы матки.	10
1.4. Прочие родовые травмы.....	16
1.5. Общие причины родовых травм.....	26
1.6. Профилактика родовых травм	27
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ РОЖЕНИЦ С ТРАВМАМИ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	29
2.1. Статистика частоты рожениц с травмами беременности в послеродовом периоде, группы риска рожениц и статистика частых травм в послеродовом периоде	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	38
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	39
ПРИЛОЖЕНИЕ	41

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ Важнейшей проблемой акушерства является охрана здоровья матери и ребенка, профилактика осложнений беременности и родов, разработка и внедрение новых передовых технологий в области охраны здоровья женщин и новорожденных детей. Ранняя диагностика, прогнозирование возможных осложнений беременности и предстоящих родов, выбор рациональной тактики ведения беременности, проведение профилактических мероприятий и выбор метода родоразрешения включены в понятие «безопасного материнства».

К родовому травматизму матери относятся повреждения наружных половых органов, промежности и мочевыводящих путей, тела матки и тазовых сочленений. Возможны гематомы, разрывы вульвы, промежности и влагалища, шейки и тела матки, послеродовой выворот матки, акушерские свищи, расхождение и разрыв лонного сочленения. Родовой травматизм матери наблюдается при тяжелых родах, а также при некорректном или неправильном оказании помощи акушером.

Разрывы промежности и влагалища считаются самыми частыми у рожениц. По статистике, они происходят в 12% случаев, причем они чаще всего возникают у первородящей старше 30 лет вследствие ригидности тканей, у пациенток с высокой промежностью, при переношенном и, значит, чрезмерно крупном плоде, при наложении щипцов и быстром извлечении головки, при узком тазе, при стремительных родах или неправильном их ведении. При родах стенки влагалища подвергаются сильным нагрузкам, что приводит к изменению размера влагалища. Но благодаря своим возможностям растягиваться и сжиматься, влагалище после родов может быстро восстановиться в своих размерах. Ускорить процесс восстановления влагалища помогут специальные упражнения.

Роды — это тяжелый и трудоемкий процесс, таящий в себе опасность травм как для матери, так и для плода. Данные мировой статистики указывают

на то, что с каждым годом растет количество неблагоприятных течений беременности, осложненных родов, материнских родовых травм, что, в свою очередь, влияет на рождаемость здоровых детей.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ. Проведение анализа медицинской литературы и изучение основ изменения в организме женщины во время беременности, знание которых имеет большое значение для профессиональной деятельности акушерки.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ. Данные медицинской литературы по вопросам основных изменений, протекающих в организме женщины при физиологической беременности.

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ. Профессиональная деятельность акушерки в ведении послеродового периода у женщин с травмами промежности

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести анализ медицинской литературы и изучить основные изменения в организме женщины во время беременности, знание которых имеет большое значение для профессиональной деятельности акушерки.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Проанализировать естественные процессы, протекающие у беременной женщины, чтобы своевременно заметить развитие патологии.
2. Изучение родовых травм, их виды и признаки.
3. Проведение сравнительного анализа частоты рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по России, Белгородской области и по городу Белгороду.

МЕТОДЫ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломной работы;
2. Сравнительный метод;
3. Статистическая обработка информационного материала.

ГЛАВА 1. РОДОВЫЕ ТРАВМЫ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

1.1. Родовые травмы у женщин в послеродовом периоде

Родовая травма - это различные нарушения травматического характера, возникшие в организме женщины во время родов. Это могут быть разрывы, отеки, гематомы, свищи, травмы тазовых костей. Некоторые нарушения могут иметь фатальные последствия, если своевременно не обратиться за врачебной помощью. Обнаруживаются родовые травмы во время плановых осмотров, различных после родовых исследований, в результате острой симптоматики. В большинстве случаев требуются экстренные меры ликвидации подобных нарушений и вмешательства специалистов узкого профиля.

Диагностировать родовые травмы можно во время проведения наружного гинекологического осмотра и при дальнейшем лабораторном исследовании, изъятых материалов. При получении роженицей травм родового происхождения, необходимо срочное вмешательство профессионалов узкого профиля: специалистов в области урологии, проктологии, травматологии и хирургии.

При прохождении малыша по родовому пути, возможны различные травмы даже во время нормальных родов. Они могут быть незначительными, например, небольшие гематомы или микро - повреждения.

При родовом акте у женщины происходит расширение родовых путей, что провоцирует нарушение их целостности. Родовые травмы бывают:

- поверхностными: царапины, ссадины, заживающие через какое-то время без вмешательства специалистов;
- нераспознанными: полученное нарушение протекает бессимптомно.

Иногда полученные во время родов травмы становятся причиной инвалидности и смерти женщины, новорожденного малыша. Самыми распространенными травмами, полученными во время родов, считаются разрывы вульвы, промежности и разнообразные гематомы.

Полученные родовые травмы ведут к серьезным осложнениям в функционировании женского организма и способствуют возникновению большого количества проблем на протяжении всей жизни.

Если не зашивать разрыв шейки матки, то следующая беременность женщины может закончиться самопроизвольным прерыванием беременности. Избежать выкидыша можно только после наложения швов квалифицированными специалистами.

Разрыв промежности может привести к опущению женских половых органов. Некоторые врачи решают не зашивать разрывы, надеясь, что со временем они сами заживут. Но это далеко не так — опущение половых органов требует серьезного и длительного лечебного процесса с последующим хирургическим вмешательством.

Довольно часто у женщин после рождения ребенка наблюдается нарушение кровоснабжения и локальный некроз. Это явление провоцируется крупным плодом и размещением его головки в одном положении. Если головка перекрывает доступ крови в местах, где соприкасаются влагалище и прямая кишка, уретра и влагалище — развивается свищ. Данная патология негативно влияет на функционирование женского организма и подлежит оперативной терапии.

Несмотря на успешность зашивания поврежденных тканей, неблагоприятных последствий родовых травм не всегда удастся избежать, ведь в местах наложения швов остается небольшой рубец. Именно с рубцами связаны все неприятные ощущения женщины в области половых органов и возможные осложнения при следующих родах, так как швы могут просто разорваться.

1.2. Виды родовые травмы на наружных половых органах женщины

Родовые травмы вульвы

Ткани вульвы во время родов чаще всего нарушаются около малых половых губ или клитора. Нарушения проявляются в виде трещин и надрывов.

Если надрыв произошел в области клитора, у рожениц наблюдается сильное кровотечение, поскольку происходит повреждение кровеносных сосудов.

Лечение травмированной вульвы заключается в нанесении специального шва с тонким кетгутом. Зашивая возникшие раны у клитора, в уретру обязательно нужно ввести катетер мочи. Швы стоит накладывать очень аккуратно, чтобы не спровоцировать сильное кровотечение.

Разрыв варикозных узлов вульвы

Всегда сопровождается значительным кровотечением сразу же после рождения плода.

Лечение этих состояний должно включать немедленную перевязку разорванных сосудов. При наличии большой сети варикозно-расширенных сосудов прошивание их вслепую может привести к образованию обширной гематомы большой половой губы с распространением ее на область влагалища и промежности. Поэтому необходимо стремиться высепаровать разорванные концы сосудов (это не всегда удается) и перевязать их кетгутом. Прошивание варикозных узлов вслепую, через толщу губчатой сосудистой ткани, как правило, приводит к нарушению целостности неповрежденных варикозных узлов и образованию обширной гематомы. В этих случаях приходится широко раскрывать рану, высепаровывать конгломерат узлов и многократно прошивать его в поперечном направлении по отношению к длиннику большой губы. После этого накладывают давящую повязку на 24 ч. Если операцию производит неопытный врач, она может быть малоэффективной и привести к тяжелой анемии больной. При разрыве варикозного узла на стенке влагалища, если не удастся прошить и наложить лигатуры на кровоточащие сосуды, необходимо

произвести тугую тампонаду влагалища марлей, пропитанной гемостатической губкой, на 24 ч и более. В случае возобновления кровотечения после удаления тампона делается повторная тампонада. Мы в таких ситуациях проводим тампонаду не только влагалища, но и прямой кишки, а также вводим во влагалище лед (для этого наполняется водой резиновое изделие № 2 и замораживается в холодильнике). Для тампонады используют марлевые бинты шириной до 20 см и длиной до 2—3 м. Тампоны предварительно следует смочить раствором аминокaproновой кислоты и изотоническим раствором натрия хлорида, так как сухой тампон хорошо впитывает кровь.

Разрывы варикозных узлов вульвы и влагалища могут произойти без повреждения слизистых покровов. В таких случаях применяется тампонада влагалища с охлаждением тканей. Только после неудавшейся попытки консервативной остановки кровотечения прибегают к хирургическому вмешательству. За последние 3 года мы наблюдали 8 случаев кровотечений при разрывах варикозных сосудов стенок влагалища. В 2 из них кровотечение привело к развитию ДВС-синдрома. Материнской смертности не было, но лечение этих кровотечений является чрезвычайно сложной проблемой.

Разрыв пещеристых тел клитора

Разрыв пещеристых тел клитора бывает значительно чаще, чем варикозных узлов вульвы. Если разрыв варикозных узлов срамных губ обычно наблюдается у многорожавших женщин, то разрыв пещеристых тел клитора обычно имеет место у первородящих при спонтанных родах, оперативном родоразрешении (наложение щипцов, извлечение плода, плодоразрушающие операции) или нарушении методики ведения второго периода родов (врезывание и прорезывание головки плода).

Нарушение целостности пещеристых тел клитора всегда сопровождается кровотечением, интенсивность которого обычно зависит от степени повреждения пещеристых тел.

Нам приходилось наблюдать тяжелейшие случаи анемии в связи с поздним распознаванием разрыва пещеристых тел или неэффективной остановкой кровотечения.

Установить наличие кровотечения из пещеристых тел клитора не представляет трудностей. При разведении половых губ и смещении кверху крайней плоти клитора последний полностью обнажается. Обычно разрывы клитора локализируются на задней его стенке и находятся в продольном или поперечном положении по отношению к длиннику клитора. Разрыв пещеристых тел может быть с одной или обеих сторон.

Кровотечение из пещеристых тел происходит непрерывной небольшой струей. При сведении нижних конечностей оно иногда прекращается на некоторое время в связи с тромбообразованием, а затем начинается снова.

Остановка кровотечения не представляет технических трудностей. Необходимо прошить, а затем перевязать кетгутом полностью одно из пещеристых тел, ближе к его основанию. Нельзя прокалывать пещеристое тело, которое не было повреждено в родах.

Родовые травмы промежности.

Ткани вульвы во время родов чаще всего нарушаются около малых половых губ или клитора. Нарушения проявляются в виде трещин и надрывов. Если надрыв произошел в области клитора, у рожениц наблюдается сильное кровотечение, поскольку происходит повреждение кровеносных сосудов.

Лечение травмированной вульвы заключается в нанесении специального шва с тонким кетгутом. Зашивая возникшие раны у клитора, в уретру обязательно нужно ввести катетер мочи. Швы стоит накладывать очень аккуратно, чтобы не спровоцировать сильное кровотечение.

Влагалищные травмы очень часто встречаются в сочетании с разрывами промежности, шейки матки. Влагалищные повреждения встречаются в глубине слоев, однако сама слизистая оболочка не нарушается. В месте повреждения сосудов образуются гематомы, способные достигать огромных размеров.

Диагностировать разрыв влагалища совершенно не составляет труда, ведь при гинекологическом осмотре гематома не может остаться незамеченной. Если гематома небольшая, то через некоторое время она может рассосаться сама, но сильный разрыв стенок необходимо зашивать непрерывным швом. Иногда кровотечение бывает настолько сильным, что провести операцию становится просто невозможно. Для того чтобы прекратить излияние крови, гематому вскрывают, опорожняют и накладывают швы на сосуды, а при необходимости и на ткани. Для лечения крупных гематом иногда используют дренаж, имеющий форму резиновой полоски.

1.3. Родовые травмы на внутренних органах малого таза женщины

Родовые травмы влагалища

Влагалищные травмы очень часто встречаются в сочетании с разрывами промежности, шейки матки. Влагалищные повреждения встречаются в глубине слоев, однако сама слизистая оболочка не нарушается. В месте повреждения сосудов образуются гематомы, способные достигать огромных размеров. Диагностировать разрыв влагалища совершенно не составляет труда, ведь при гинекологическом осмотре гематома не может остаться незамеченной. Если гематома небольшая, то через некоторое время она может рассосаться сама, но сильный разрыв стенок необходимо зашивать непрерывным швом. Иногда кровотечение бывает настолько сильным, что провести операцию становится просто невозможно. Для того чтобы прекратить излияние крови, гематому вскрывают, опорожняют и накладывают швы на сосуды, а при необходимости и на ткани. Для лечения крупных гематом иногда используют дренаж, имеющий форму резиновой полоски.

Родовые травмы матки.

Разрыв матки — это сложнейшая травма, которая может стать причиной смерти матери. Тяжелые последствия обусловлены потерей крови, шоком,

поэтому всегда нуждаются в экстренном хирургическом вмешательстве. К счастью, встречается такое повреждение достаточно редко — до 0,1 % от общего количества проведенных родов. Реабилитационный период занимает много времени, так как могут развиваться гнойные осложнения. При разрыве матки у ребенка не остается шансов на выживание, поэтому подобная травма становится причиной смерти плода.

Разрывы матки делятся на:

1. Угрожающий разрыв матки. При наличии препятствия для прохождения плода симптомы возникают во II периоде родов. Состояние роженицы беспокойное, она жалуется на чувство страха, сильные непрекращающиеся боли в животе и пояснице, несмотря на введение спазмолитиков. Родовая деятельность может быть сильной, а схватки частыми, интенсивными, болезненными; вне схваток матка плохо расслабляется. У повторнородящих женщин родовая деятельность может быть выражена недостаточно. Матка перерастянута, особенно истончается область нижнего сегмента, при его пальпации появляется болезненность. При полном открытии маточного зева граница между телом матки и нижним сегментом (контракционное кольцо) смещается до уровня пупка, в результате несколько изменяется форма матки - «песочные часы», напрягаются круглые маточные связки, мочеиспускание болезненно, учащено или отсутствует в результате синдрома сдавления мочевого пузыря.

При угрожающем разрыве матки пальпация частей плода затруднена из-за напряжения матки. Нижний сегмент, напротив, перерастянут, истончен. При диспропорции размеров таза и головки плода определяется положительный признак Вастена. Отсутствует продвижение предлежащей части плода; появляется выраженная родовая опухоль на головке плода; отекают шейка матки и наружные половые органы.

2. Начавшийся разрыв матки. Клиника та же, что и при угрожающем. Происходящий надрыв стенки матки добавляет новые симптомы: схватки принимают судорожный характер или слабые схватки сопровождаются резкой

болезненностью, из влагалища появляются кровянистые выделения, в моче обнаруживается кровь. Возникают симптомы гипоксии плода, нарушается ритм и частота сердцебиений. Беременная или роженица жалуется на дискомфортные ощущения (тяжесть, неотчетливые боли) в нижних отделах живота. Следует прекратить родовую деятельность с помощью ингаляционного фторотанового наркоза или внутривенного введения б-адреномиметиков, далее проводится оперативное родоразрешение.

При угрожающем или начавшемся разрыве матки роды заканчивают операцией кесарева сечения. При вскрытии брюшной полости может быть обнаружен серозный выпот, отек передней брюшной стенки, мочевого пузыря, мелкоочечные кровоизлияния на серозной оболочке матки. Нижний сегмент истончен. Рассечение матки в нижнем сегменте следует производить осторожно, не форсируя разведение циркулярных волокон, ибо разрез может продлиться на область сосудистого пучка. С большой осторожностью следует извлекать ребенка, особенно при поперечном положении плода, крупном плоде, выраженном асинклитизме, разгибательных вставлениях, клинически узком тазе.

После извлечения плода и последа матку необходимо вывести из брюшной полости и внимательно всю осмотреть.

Одновременно с оказанием помощи матери необходимы мероприятия по оживлению новорожденного, так как при угрожающем или начавшемся разрыве матки вследствие тяжелых гемодинамических расстройств в сосудах матки и фетоплацентарного комплекса, а также в результате «шнурующего» воздействия перерастянутого нижнего сегмента матки на сосуды головы, шеи и верхней части туловища плода у внутриутробного ребенка развивается гипоксия, которая переходит в асфиксию новорожденного.

При мертвом недоношенном плоде роды можно закончить плодоразрушающей операцией под полноценным наркозом.

3. Совершившийся разрыв матки. Момент разрыва матки сопровождается ощущением сильной внезапной «кинжальной» боли, иногда ощущения, что в

животе что-то лопнуло, разорвалось. Роженица вскрикивает, хватается за живот. Родовая деятельность, которая до этого времени была бурной или средней силы, внезапно прекращается. Матка теряет свои очертания, пальпация ее становится болезненной, появляются симптомы раздражения брюшины.

Плод выходит из полости матки и прощупывается под кожей рядом с маткой; сердцебиение плода не выслушивается. Из половых путей могут появиться кровянистые выделения. Однако чаще кровотечение происходит в брюшную полость. Степень кровопотери и характер разрыва матки определяют картину геморрагического (и травматического) шока.

Разрыв матки может наступить в конце родов, симптомы его могут оказаться не столь яркими. Поэтому, если в процессе II периода родов появляются кровяные выделения неясной причины, рождается мертвый плод (или в состоянии тяжелой асфиксии) и внезапно ухудшается состояние роженицы, необходимо срочно произвести тщательное ручное обследование стенок матки.

Группа риска возможного разрыва матки:

- женщины с рубцами после перенесенного ранее кесарева сечения, искусственного аборта и маточной перфорации;
- беременные, которые уже несколько раз рожали, делали аборт и страдали от осложнений после беременности и абортов;
- женщины с несоответствием размера плода и тазом;
- наличие многоплодия или же многоводное, поперечное расположение плода;
- аномальное протекание беременности, назначение стимуляции родов.

Симптоматика разрыва матки напрямую зависит от причин, которые спровоцировали повреждение, стадии травмы, сопутствующих заболеваний внутренних органов будущей матери. Осложнения могут давать гестоз, физическое и моральное истощение организма роженицы, хронические инфекционные заболевания. Первыми симптомами являются болезненные схватки, нехарактерное раскрытие матки, отечность её шейки, сложность при

мочеиспускании, болезненные ощущения в полости влагалища. При первых порывах схватки матки приобретают судорожный характер, проявляются кровяные выделения из влагалища, нехарактерные для родового процесса. Когда происходит разрыв, женщина испытывает сильную резкую боль внизу живота. После этого у рожениц наблюдается апатия, а перенесенный болевой шок становится причиной прекращения родовой деятельности. Разрыв матки можно легко диагностировать по внешнему виду и общему состоянию организма матери: бледность, учащенное сердцебиение, появление пота, тошнота и возможные рвотные позывы. После маточного разрыва плод располагается в брюшной полости, а его сердечко перестает биться. Кровотечение при разрывах может быть очень сильным, его обильность зависит от размера и расположения, полученной родовой травмы.

Если специалистам удалось установить реальную угрозу получения женщиной травмы матки во время родов, назначают немедленное родоразрешение: кесарево сечение или специальную операцию, направленную на разрушение плода. Когда перед медицинским персоналом постаёт вопрос «чью жизнь спасти: роженицы или плода?», они всегда выбирают жизнь женщины. После получения травмы матки во время родов, немедленно проводят гемостаз. Вмешательства при полученных родовых травмах матки могут предусматривать надвлагалищное удаление или даже экстирпацию матки. Это крайние меры, на которые врачи идут при экстренных ситуациях. Молодым пациенткам при небольших размерах повреждения и отсутствии инфекционного заражения, матку ушивают. Все процедуры, связанные с восстановлением матки, проводятся параллельно с переливанием крови, поскольку необходимо как можно быстрее восстановить количество потерянной крови.

Разрыв шейки матки встречается у многих рожениц, по некоторым данным около 60%. Различают два вида данных родовых травм: насильственные, самопроизвольные.

В зависимости от глубины полученного повреждения все травмы шейки матки делят на три стадии:

- глубина разрыва не достигает 2-х см;
- повреждение, превышает 2 см, хотя не достигает свода влагалища;
- травма доходит до влагалищных сводов, а иногда может и перейти на них.

Чаще всего разрыв шейки матки происходит в ее левой боковой части. Первыми симптомами, свидетельствующими о родовой травме шейки матки, являются послеродовое кровотечение из полости влагалища и сокращение самой матки. Кровь, вытекающая из области половых органов, имеет ярко алый окрас. Выделения могут идти непрерывно небольшой струйкой, иногда вместе со сгустками. Но медицинская практика знает случаи, когда прорыв шейки матки вообще не сопровождался кровотечением. Если полученная родовая травма была настолько тяжелой, что произошло повреждение артерий матки, наблюдаются массивные потери крови, а пациентки испытывают сильнейший болевой шок. При несвоевременном диагностировании травмы, возможно развитие осложнений в виде послеродовых травм, дисплазии, параметрита и т.д.

Чтобы диагностировать разрыв шейки матки, специалисты проводят послеродовой осмотр с использованием гинекологического зеркала. Повторный осмотр проводится уже после снятия отека и возвращения тканей матки в состояние покоя — через 6-48 часов после рождения ребенка. Если во время осмотра были обнаружены разрывы, их немедленно зашивают или же назначают операцию до двух суток после окончания родового процесса.

Развитие медицины и подготовка высококвалифицированных специалистов привели к значительному снижению количества механических разрывов матки. Все реже проявляются маточные разрывы насильственного характера, но, к сожалению, увеличиваются случаи разрыва матки из-за рубцовых изменений её стенок. Это связано с большим количеством операций кесарева сечения, аборт и вмешательств пластических хирургов.

1.4. Прочие родовые травмы

1. Выворот матки развивается из-за неправильно проведенного послеродового периода, зачастую вызывает болевой шок. Данная родовая травма способна проявляться в двух видах: частичная и полная. Терапия выворота заключается в немедленном устранении шокового состояния и выпрямлении матки. Данная процедура происходит под общим наркозом.

Выворот матки в акушерской практике встречается очень редко. По статистике, это осложнение наблюдается в 1 случае на 45 000 родов. Но в странах с низким уровнем медицинской помощи, нехваткой квалифицированных акушерок частота выворота возрастает до 1 случая на 8 000 родов. Это связано с нарушением техники ведения третьего периода родов. Связь выворота с возрастом роженицы, количеством родов не установлена. Но при высоком паритете, многоплодии возрастает риск гипотонии, что является одним из провоцирующих факторов.

Причины:

Самопроизвольный выворот встречается редко. Для формирования патологии необходимо, чтобы у женщины была раскрыта шейка матки, наблюдалась гипотония. Производящим фактором выступает давление непосредственно на тело матки или увеличение внутрибрюшного давления. Причиной увеличения риска атонии и выворота становится миома матки, перенесенные операции, и агрессивная родостимуляция.

- Использование метода Креде–Лазаревича. В 3-м периоде родов для отделения последа может применяться методика, имитирующая схватки. Сначала проводится бережное поглаживание, а затем дно матки захватывается рукой, сдавливается и немного проталкивается в направлении лона. Если предварительно не проведен массаж тела матки, это становится причиной выворота.

- Применение метода Гентера. Имитация родовых сил происходит в последовом периоде при неотделившейся плаценте. Акушерка или врач-

гинеколог надавливают кулаками через брюшную стенку на дно матки в сторону лонного сочленения. Постепенно происходит рождение последа или запускаются механизмы, которые определяют причины выворота.

- Потягивание за пуповину. Плотное приращение плаценты в области дна матки после продолжительных родов или при многоплодии может стать причиной гипотонии. Натяжение пуповины не приводит к отделению последа, а вызывает выворот матки. Это состояние увеличивает риск тяжелого кровотечения.

- Рождение миомы. Узел с подслизистым расположением на ножке при увеличении размеров может сместиться к перешейку и вызвать схватки, раскрытие шейки матки, что имитирует родовую деятельность. Но отделение миомы от стенки органа невозможно, а ее рождение может привести к вовлечению маточного дна и формированию выворота.

В норме последовый период длится не более получаса. Задержка последа в матке больше, чем на 30 минут, снижает ее способность к сокращению, ведет к гипотонии. Через 20-25 минут могут предприниматься попытки ускорить отделение детского места при помощи наружных приемов Гентера, Креде-Лазаревича или за конец пуповины. При плотном прикреплении плаценты и развившейся атонии матки эти методы не дают желаемого результата и приводят к смещению дна матки в направлении влагалища или полному вывороту слизистым слоем наружу за пределы родовых путей. Иногда этот процесс сопровождается выпадением влагалища.

Вывернутая матка тянет за собой придатки и яичники, что приводит к раздражению нервных пучков, брюшины и развитию болевого шока. У женщины бледнеет кожа, снижается артериальное давление, но при этом сердце не ускоряет ритм, характерна брадикардия. Причиной непрекращающегося кровотечения становится гипотония миометрия и зияние сосудов. Это усугубляет картину шокового состояния, ведет к истощению системы коагуляции. Если выворот не вправить, через 6-8 часов присоединяется инфекция, а еще позже развивается некроз.

Тип выворота матки определяют по степени смещения ее дна относительно других анатомических структур: шейки и влагалища. Это влияет на объем необходимой помощи, клинические симптомы и тяжесть состояния роженицы. Выделяют следующие виды выворота матки:

- Частичный. В третьем периоде родов дно матки смещается до шейки, формируется кривизна, обращенная вогнутой частью в брюшную полость, а выпуклой – к шейке. Иногда дно проходит в раскрытую шейку.

- Полный. В родах маточное дно выходит за пределы шейки во влагалище, постепенно выворачивается наизнанку по типу перчатки. В запущенной стадии слизистый слой матки обращен наружу за половую щель, увлекает за собой влагалище.

Признаки выворота появляются в последовом или раннем послеродовом периоде. Отделение плаценты может задерживаться на срок до получаса. Если приемы выделения последа достигли цели, выворот может начаться с усиления кровотечения. Женщина ощущает теплую вытекающую кровь на промежности и ягодицах, резкую боль в животе, которая не стихает. Следом возникают признаки шока. Сильно кружится голова, появляется общая слабость, которая является следствием резкого снижения артериального давления. Возникает озноб, мелкая мышечная дрожь.

Из-за раздражения брюшины нет рефлекторной тахикардии, сердце замедляет ритм. Кожа стремительно бледнеет, появляется холодный липкий пот. Губы становятся сухими, мучает сильная жажда. Могут возникнуть тошнота и рвота, которые являются плохими прогностическими признаками. Дыхание учащается. При тяжелой степени шока кожные покровы приобретают синюшный оттенок. Роженица дышит часто, но поверхностно.

Выворот матки необходимо вправить в срок не позднее 2-6 часов после родов. При отсутствии медицинской помощи возникают тяжелые осложнения, угрожающие жизни. Если у женщины не отделился послед, наблюдается массивное кровотечение. Оно приводит к нарушению в системе коагуляции и является причиной ДВС-синдрома, который проходит несколько

фаз. Сначала активируется свертывающая система крови, развивается гиперкоагуляция. В эту фазу существует высокий риск образования тромбов. Факторы свертывания крови расходуются очень быстро, возникает коагулопатия потребления, которая переходит в гипокоагуляцию и усиление кровотечения. Итогом становится геморрагический шок, агония и смерть.

Роды вне медицинского учреждения, которые осложнились выворотом матки, могут сопровождаться инфицированием *Clostridium tetani* и развитием столбняка. У женщин, которым не провели вправление матки после выворота, быстро возникают инфекционные осложнения, которые приводят к миометриту, некрозу или гангрене. Возникновение этих патологий требует экстирпации матки.

Диагностика выворота проводится по типичной клинической картине. После родов во влагалище определяется мягкое круглое опухолевидное образование красного цвета. При полном вывороте матка появляется снаружи половой щели. Если послед после выворота не отделен, это облегчает диагностику. На дне матки визуально заметна плацента с прикрепленным остатком пуповины.

При частичном вывороте установить диагноз в родах помогает двуручное исследование. Пальпация через переднюю стенку живота определяет на месте половых органов воронкообразное углубление. Манипуляция болезненна, доставляет женщине неприятные ощущения. Состояние женщины после родов с выворотом может быть тяжелым, поэтому другие методы диагностики не используются. Лабораторные анализы, подсчет пульса и измерение артериального давления необходимы для оценки степени тяжести состояния и определения уровня необходимой помощи.

Лечение проводится экстренно в родзале роддома врачом акушер-гинекологом. Необходимо присутствие ассистента и двух акушерок, а также врача-анестезиолога для наркотического обезболивания и проведения реанимационных мероприятий. Цель терапии выворота – репозиция органа и

устранение симптомов шока. Также проводится профилактика инфекционных осложнений.

2. Растяжения и разрывы сочленений таза: наблюдаются у женщин с размягченными тазовыми сочленениями и крупным плодом. Разрывы сопровождаются растяжением и расхождением костей, что ведет к повреждениям органов малого таза. Такого рода травмы сопровождаются сильными болями, особенно проявляющимися при разведении ног. Часто у женщин с растяжениями может быть нарушена походка и координация движений. При диагностировании травмы необходимо пройти обследование у травматолога. Доктор зачастую проводит осмотр пальпационным методом и назначает рентгенографию сочленений таза. Терапия травмы предусматривает полный покой пациентки, тугое бинтование и постоянное ношение поддерживающих корсетов. Если при разрыве было повреждено лонное сочленение, то необходимо проводить операцию.

Клиническая картина зависит от степени расхождения лонных костей. Различают три степени расхождения их, устанавливаемого рентгенографически. Первая степень — расхождение лонных ветвей—на 5—9 мм, вторая степень—на 10—20 мм, третья степень— более чем на 20 мм.

При расхождении лонных костей первой степени жалоб роженицы обычно не предъявляют. Лишь тщательный опрос и ощупывание лонного сочленения могут навести на мысль о возможности расхождения, а рентгенологическое исследование окончательно устанавливает диагноз. В большинстве случаев расхождения лонного сочленения первой степени просматриваются, а так как они обычно и диагностированные не требуют лечения, то их практическое значение невелико.

При расхождении лонных костей второй степени роженицы жалуются на боли в области симфиза и затруднения при ходьбе.

Наиболее выражены признаки при третьей степени расхождения лонных костей. Роженицы жалуются на сильные боли в области симфиза, не могут совершать активных движений в нижних конечностях, поворачиваться на бок.

Они вынуждены соблюдать постельный режим и лежать в положении с поворотом бедер кнаружи: при пальпации лона определяется отек и болезненность в этой области, подвижность или широкое отстояние лонных ветвей одна от другой. Рентгенографическое исследование окончательно подтверждает диагноз.

Боли продолжаются несколько недель, ходьба невозможна в течение 3—10 нед в зависимости от тяжести повреждения. При воспалениях симфиза, крестцово-подвздошного и крестцово-копчикового сочленений первые признаки появляются на 2—3-й день после родов и выражаются в субфебрильной температуре, болях, усиливающихся при движении, отеке, покраснении и болезненности в области соответствующего сочленения. При рентгенографии лонных и крестцово-подвздошных сочленений изменений не отмечается.

Лечение при растяжении и расхождении сочленений таза

При расхождениях и разрывах сочленений таза лечение заключается в постельном режиме, профилактическом назначении антибиотиков, переливаний небольших доз крови, витаминов и хлористого кальция. Применяется тугое круговое бинтование таза, хотя некоторые акушеры к этому мероприятию относятся скептически. При расхождении симфиза необходима консультация травматолога для решения вопроса о применении «гамачка» и специальной укладки для лучшего репонирования разошедшихся костей.

Обычно расхождение лонного сочленения ликвидируется в течение 3—10 нед. При выраженных повреждениях крестцово-подвздошного сочленения выздоровление может принять затяжную форму. У некоторых родильниц, особенно при раннем вставании, может остаться стойкое расстройство походки (утиная походка).

При наличии гематомы и ее инфицировании необходимо применение антибиотиков, сульфаниламидов, а при нагноении — вскрытие.

Профилактика повреждений сочленений таза

Профилактика повреждений сочленений таза должна заключаться в мероприятиях, обеспечивающих правильное развитие женского организма (физкультура, рациональное полноценное питание и др.). Применение лечебной гимнастики во время беременности способствует укреплению сочленений таза.

Необходимо бережное ведение родов, особенно при оперативном родоразрешении. Последнее должно проводиться с соблюдением всех условий и технически правильно, без применения грубых, травматических манипуляций.

3. Урогенные и влагалищно-прямокишечные свищи: проявляются при длительном пребывании головки плода в одном положении. Головка может передавливать ткани и тем самым нарушить циркуляцию крови, что способствует развитию некроза. Иногда свищи могут образовываться из-за нанесения повреждений тканям мочевого пузыря или же прямой кишки во время проведения операции.

Признаки прямокишечно-влагалищного (калового) свища: больная не удерживает кишечных газов и жидкого стула, а при больших свищах не удерживает и твердый кал. Под влиянием раздражающего действия кишечного содержимого покровы наружных половых органов и слизистая влагалища нередко воспалены, появляется экзема, зуд и пр. Особенно тяжело страдает больная при сочетании калового и мочевого свищей.

Распознавание прямокишечно-влагалищного свища обычно нетрудно. Патогноматичен уже сам по себе симптом - недержание газов и кала. Исследование производится ложкообразными влагалищными зеркалами, при помощи которых осматривают стенки влагалища, сначала в области сводов, а затем, оставив подъемник в своде, медленно извлекают наружу заднюю ложку и в это же время внимательно и систематически осматривают заднюю стенку влагалища со всеми ее складками. При этом обычно легко обнаруживают отверстие свища. При большом свищевом отверстии, если оно не закрыто

каловыми массами, видна кайма слизистой оболочки более темной окраски, нежели окраска слизистой влагалища - это выпячивающаяся слизистая прямой кишки. Ясно, что маленький свищ труднее обнаружить, особенно трудно при наличии маленького отверстия во влагалище определить ход и расположение свища в прямой кишке. В этих случаях приходится прибегнуть к зондированию свищевого хода: в обнаженное на задней влагалищной стенке свищевое отверстие вводят тонкий из гнущегося металла пуговчатый зонд и, осторожно маневрируя им в разных направлениях, продвигают его в глубину до тех пор, пока конец зонда не проникнет в прямую кишку, где его ощутит палец, введенный в прямую кишку. Если свищ находится вблизи заднепроходного отверстия, зонд можно легко вывести наружу. Для диагностики свища можно ввести в прямую кишку окрашенную жидкость и проследить ее появление во влагалище, хотя в этих случаях применение такого метода менее удобно, чем при пузырьно-влагалищных свищах. Ценным диагностическим методом, в особенности для точного определения места расположения свища, является ректоскопия.

Наличие калового свища, возникшего вследствие повреждения кишки при операции, распознают обычно на 3-4-й день после операции, когда больной будет сделана очистительная клизма. Если поврежденная кишка была зашита, то несостоятельность швов обнаруживается лишь к концу первой или на второй неделе после операции.

Хотя и наблюдаются случаи самопроизвольного заживления прямокишечно-влагалищного свища, однако рассчитывать на это едва ли следует. Обычно такие свищи не заживают, а единственным методом их лечения является операция. Но к операции не следует приступать до тех пор, пока не окончится рубцевание свища и не исчезнут полностью окружающие его грануляции, которые могут быть источником инфекции свежей раны. Подготовка больной к операции калового свища такая же, как и подготовка к операции полного разрыва промежности и прямой кишки.

Типовыми методами операции является метод расщепления и метод иссечения рубца, причем первый имеет в настоящее время наибольшее распространение.

Операции прямокишечно-влагалищных свищей, расположенных в самом нижнем отделе влагалища или в его преддверии. Эти операции являются наиболее благодарными. Методика операции сравнительно проста. Она заключается в рассечении стенки прямой кишки, заднепроходного отверстия и всей промежности от свищевого отверстия, т. е. сводится к созданию полного разрыва промежности третьей степени. Рассечение можно сделать по желобоватому зонду, проведенному через свищевое отверстие во влагалище и выведенному наружу через заднепроходное отверстие. После этого стенку прямой кишки на месте свища со всех сторон отделяют острым путем от стенки влагалища, с которой она связана рубцами. При этом отделении должна быть достигнута полная подвижность, стенки кишки так, чтобы края дефекта в кишке могли быть соединены без натяжения. Прямую кишку, заднепроходной жом, влагалище и промежность зашивают так же, как и при свежем полном разрыве влагалища и промежности третьей степени.

При неполной функции жома заднепроходного отверстия необходимо выделить не только стенку фистулезной кишки из рубцов, но и разошедшиеся и втянувшиеся в глубину концы круговой мышцы заднепроходного жома. Кроме укрепления жома, в подобных случаях нередко приходится делать и пластику плохо зажившей промежности.

Методика операции каловых свищей, расположенных в среднем или в верхнем отделе влагалища. Принцип операции состоит в расщеплении краев рубцовой ткани и отделении стенки кишки от стенки влагалища вокруг свищевого отверстия. Это отделение производят на таком протяжении, чтобы стенка кишки стала достаточно подвижной в области свища и чтобы края его могли быть соединены без всякого натяжения. Для того чтобы дойти до рубца и произвести расщепление рубцовой ткани в области свища, необходимо прежде всего разрезать влагалищную стенку. Разрез может быть продольным:

начинается он на 1-2 см выше верхнего края свищевого отверстия и идет до середины этого края, затем обходит края свища с обеих сторон до середины его нижнего края и отсюда идет вниз, тоже не доходя на 1-2 см до края. Из этого разреза расщепляют в обе стороны рубцовую ткань и отделяют стенки влагалища от стенок прямой кишки. Д. Н. Атабеков предлагает при локализации свищевого отверстия в верхнем отделе влагалища, почти у свода делать Т-образный разрез, дающий более широкий доступ к свищевому отверстию в кишке. При локализации свищевого отверстия в нижнем отделе влагалища Д. Н. Атабеков советует применить тот же Т-образный разрез, но в перевернутом виде.

После того как рубцовая ткань будет расщеплена настолько, что стенка кишки станет достаточно подвижной, приступают к наложению швов (мы, как и многие другие, применяем для швов тонкий, но достаточно крепкий кетгут, некоторые хирурги применяют тончайший шелк). Швы проводят не насквозь через всю стенку кишки, а только через мышечный слой, не прокалывая слизистой оболочки. После того как отверстие в кишке будет зашито, зашивают влагалищную рану; края раны в области влагалищного свищевого отверстия можно иссечь отдельно.

Если рубцовая ткань вокруг свища так тонка, что расщепление ее затруднено, то разрез проводят не у самого края свищевого отверстия, а несколько отступя от него, оставив, таким образом, вокруг свищевого отверстия манжетку из слизистой влагалища. При наложении погружных швов эта манжетка будет вворачиваться в просвет кишки и явится как бы пробкой, закрывающей дополнительно отверстие в кишке изнутри.

Следует подчеркнуть, что выбор метода операции калового свища должен в значительной мере основываться на учете в каждом отдельном случае его особенностей (происхождение свища, место, где он расположен, размеры, характер и распространенность окружающей свищ рубцовой ткани), а равно и на учете других сопутствующих условий, как, например, свободный или, наоборот, затрудненный доступ к свищевому отверстию.

Основным методом операции прямокишечно-влагалищных свищей все же является подход к свищевому отверстию со стороны влагалища, расщепление рубцовой ткани между свищевыми отверстиями в прямой кишке и во влагалище, мобилизация стенки кишки на достаточном протяжении вокруг дефекта и изолированное зашивание обоих отверстий - в кишке и во влагалище.

Причины родовых травм.

- К основным факторам, вызывающим травмы во время родов относятся:
- Плохая подготовленность роженицы.
- Быстрые роды.
- Затяжное родоразрешение.
- Неправильные действия медиков.
- Крупный плод, который изначально не смогли определить при осмотрах беременной женщины.
- Неправильное предлежание ребенка в утробе.

1.5. Общие причины родовых травм

Образование родовых травм вызывает ряд причин, которые делят на 2 группы: механические и гистопатические.

К механической группе относится вмешательство в естественный процесс рождения ребенка и использование щипцов, применение вакуум-экстракции, отделение плаценты ручным способом, неправильная стимуляция родов. Использование таких радикальных методов провоцирует осложнение при протекании беременности: перенашивание ребенка в утробе или преждевременные роды, неправильное расположение плода, узкий таз матери и т.д.

Гистопатическая группа основана на анализе гинекологических показателей женщины. Разрывы матки могут быть спровоцированы

операциями, которые роженица перенесла в прошлом: кесарево сечение при предыдущей беременности, аборт, метропластика. Все вышеперечисленные манипуляции оставляют на матке рубец, который понижает способность миометрия сокращаться во время родового акта.

В группу риска попадают женщины с анатомическими отклонениями половых органов: перегородка внутри матки, гипоплазия, двурогость, ригидность и т.д. Провоцируют проявление родовых травм и перенесенные заболевания во время беременности: пузырьный занос, кольпиты, хорионэпителиома.

Статистика показывает, что разрывы промежности, влагалища и шейки матки чаще встречаются у женщин, которые рожают впервые. Это около 20% от общего количества родов. Разрывы матки встречаются на порядок реже — 0,05%. Основной причиной такой родовой травмы является сложное протекание беременности и некавалифицированная помощь акушера-гинеколога.

Мягкие ткани родовых путей роженицы чаще всего повреждаются при крупных размерах плода, узком тазе матери, воспалительных процессах внутренних половых органов, во время стремительного родового акта и применения акушерских щипцов.

1.6. Профилактика родовых травм

Предотвратить родовые травмы очень тяжело, но если тщательно следить за своим здоровьем и вовремя лечить образовавшиеся воспалительные процессы в полости влагалища, риски получения повреждений во время родового процесса значительно снижаются.

Многие доктора советуют беременным регулярно массажировать промежность, что повышает эластичность ее тканей и поможет избежать в

будущем разрывов, трещин. Начинать применять массажные процедуры можно независимо от срока беременности, но обязательно после теплого душа. Чтобы улучшить эффект процедуры, следует использовать натуральные оливковые, подсолнечные, пшеничные масла. Небольшое количество массажного масла наносим на промежность, половые губы и аккуратно вводим во влагалище смазанный маслом палец на глубину не более трех сантиметров. Затем легонько надавливаем на стенку влагалища, прилегающую к поверхности прямой кишки, и на протяжении пяти минут динамично повторяем движения. Применять массаж можно через каждые пять дней.

Как бы ни старалась беременная женщина уберечь себя и малыша от родовых травм, основная ответственность лежит на акушерах-гинекологах, принимающих роды. Специалисты должны следить за успешным протеканием родового процесса и при любых возникших осложнениях должны придерживать быстрое движение головки плода. Действия медицинских сотрудников, согласно акушерской инструкции, позволяют предотвратить прорывы промежности.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ РОЖЕНИЦ С ТРАВМАМИ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

2.1. Статистика частоты рожениц с травмами беременности в послеродовом периоде, группы риска рожениц и статистика частых травм в послеродовом периоде

Исследование проводилось на базе родильного стационара ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» г. Белгорода в период с 2016 – 2018 гг и 5 месяцев 2019 г. Клинический материал исследования основан на изучении медицинской документации пациенток, анализ которых позволил выявить частоту рожениц с травмами в послеродовом периоде, наиболее часто встречающиеся послеродовые травмы. Данные о частоте послеродовых травм в целом по России представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Частота рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по России (млн.)

Объекты	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Количество родов	1,89	1,69	1,22
Травма	1,57	1,46	1,1

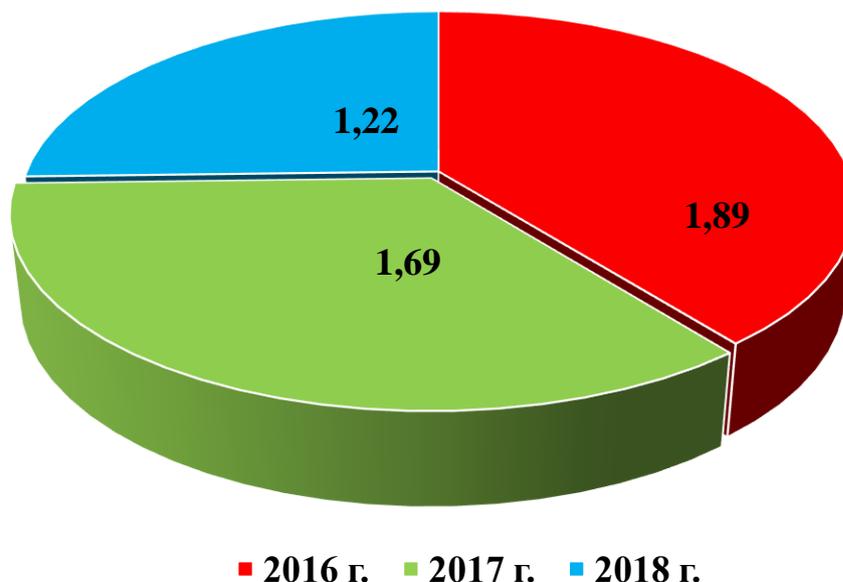


Рис.1. Количество родов по России (млн.)

Вследствие изучения статистики количества родов по Российской Федерации на круговой диаграмме (Рис. 1), мы видим значительный спад рождаемости от 1 миллиона 89 тысяч за 2016 год, до 1 миллиона 22 тысяч за 2018 год.

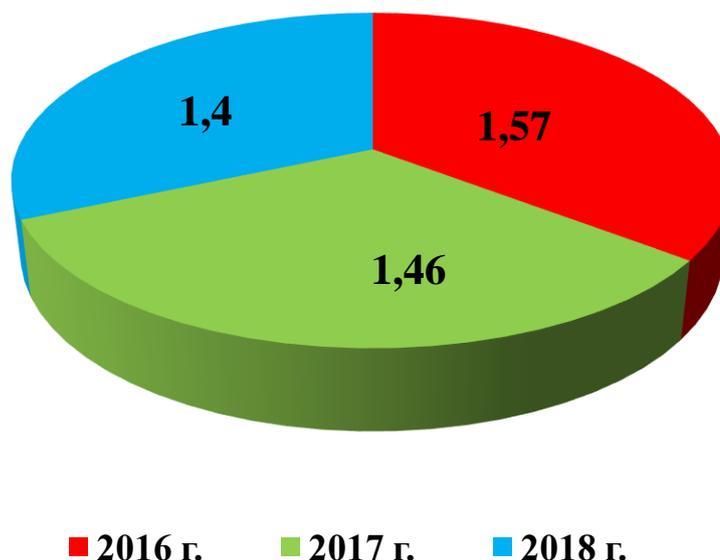


Рис. 2. Частота рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по России (млн.)

Так же в ходе изучения статистики частоты рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по России (млн.) (Рис. 2) по данным круговых

диаграмм мы видим, что, несмотря на снижающийся спад рождаемости, число травм в послеродовом периоде с каждым годом возрастает. Так в 2016 году на 1 миллион 89 тысяч родов, пришлось 1 миллион 57 тысяч рожениц с травмами в послеродовом периоде. В 2017 году на 1 миллион 67 тысяч родов пришлось 1 миллион 46 тысяч рожениц с травмами в послеродовом периоде. Так же и в 2018 году на 1 миллион 22 тысячи родов, пришлось 1 миллион 1 тысяча рожениц с травмами в послеродовом периоде.

Таблица 2

Спад частоты рожениц без травм в послеродовом периоде в целом по России

Объекты	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Количество здоровых женщин	32000	23000	12000



Рис. 3. Спад частоты рожениц без травм в послеродовом периоде в целом по России

В ходе проведения анализа разницы количества родов на количество женщин, страдающих травмами в послеродовом периоде в целом по России (Рис. 3) очевиден значительный спад здоровых женщин, данная проблема

является актуальной в настоящее время, так как с каждым годом число здоровых женщин уменьшается.

Таблица 3

Частота рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по
Белгородской области (тыс.)

Объекты	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Количество родов	17024	15011	12081
Травма	7016	8012	7524

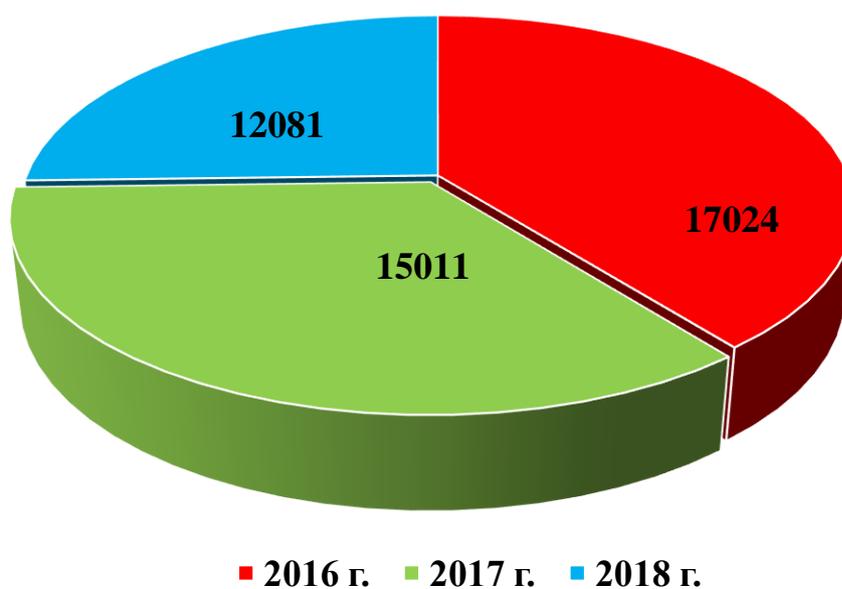


Рис. 4. Количество родов по Белгородской области.

Вследствие изучения статистики количества родов по Белгородской области на круговой диаграмме (Рис. 4) мы видим значительный спад рождаемости от 17024 за 2016 год, до 12081 за 2018 год.

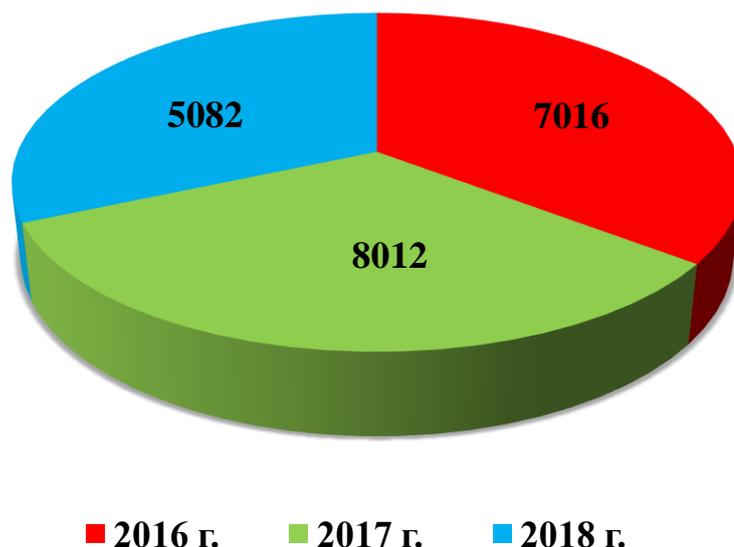


Рис. 5. Частота рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по Белгородской области

Так же в ходе изучения статистики частоты рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по Белгородской области по данным круговых диаграмм (Рис. 5) мы видим, что, несмотря на снижающийся спад рождаемости, число травм в послеродовом периоде с каждым годом возрастает. Так в 2016 году на 17 тысяч 24 родов, пришлось 7 тысяч 16 рожениц с травмами в послеродовом периоде. В 2017 году на 15 тысяч 11 родов пришлось 8 тысяч 12 рожениц с травмами в послеродовом периоде. Так же и в 2018 году на 12 тысяч 81 роды, пришлось 7 тысяч 524 роженицы с травмами в послеродовом периоде.

Таблица 4

Спад частоты рожениц без травм в послеродовом периоде в целом по России

Объекты	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Количество здоровых женщин	10008	6999	4557



Рис. 6. Спад частоты рожениц без травм в послеродовом периоде в целом по Белгородской области

В ходе проведения анализа разницы количества родов на количество женщин, страдающих травмами в послеродовом периоде в целом по Белгородской области очевиден значительный спад здоровых женщин (Рис. 6), данная проблема является актуальной в настоящее время, так как с каждым годом число здоровых женщин уменьшается не только по России, но и в Белгородской области.

Таблица 5

Частота рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по городу Белгороду

Объекты	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Количество родов	8512	7505	6040
Травма	3508	4006	3762

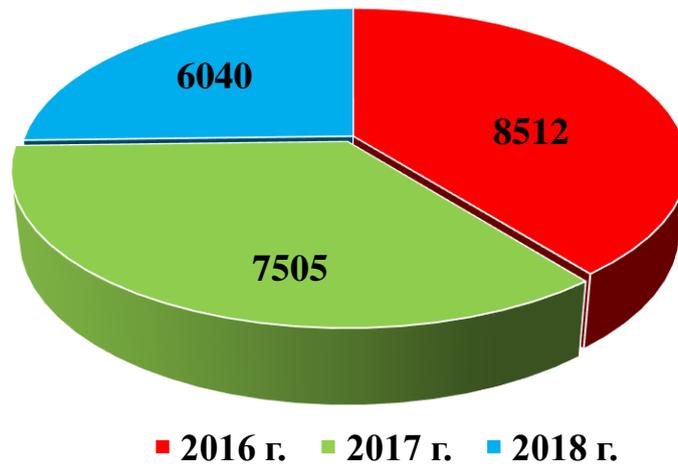


Рис. 7 . Количество родов по городу Белгород

Вследствие изучения статистики количества родов по городу Белгороду на круговой диаграмме мы видим значительный спад рождаемости от 8512 за 2016 год, до 6040 за 2018 год (Рис. 7).

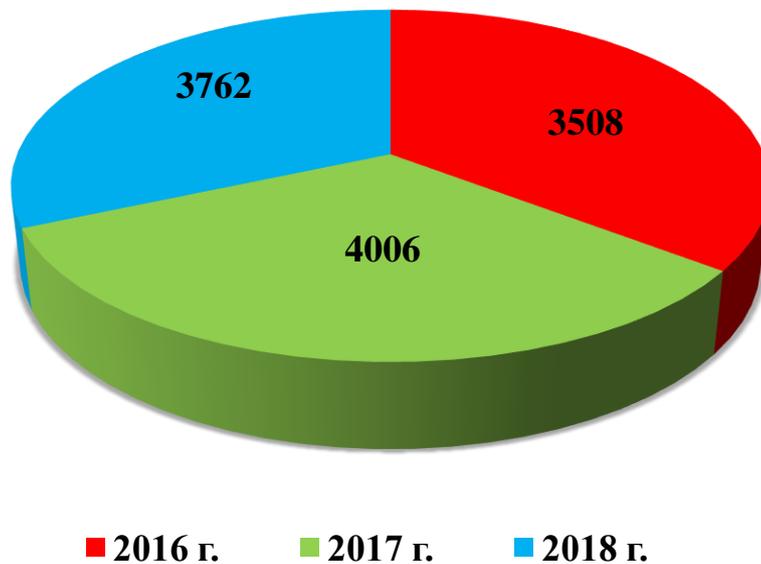


Рис. 8. Частота рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по г. Белгород

Так же в ходе изучения статистики частоты рожениц с травмами в послеродовом периоде в целом по городу Белгороду по данным круговых диаграмм (Рис. 8) мы видим, что, несмотря на снижающийся спад рождаемости, число травм в послеродовом периоде с каждым годом возрастает. Так в 2016

году на 8 тысяч 512 родов, пришлось 3 тысячи 508 рожениц с травмами в послеродовом периоде. В 2017 году на 7 тысяч 505 родов пришлось 4 тысячи 6 рожениц с травмами в послеродовом периоде. Так же и в 2018 году на 6 тысяч 40 родов, пришлось 3 тысячи 762 роженицы с травмами в послеродовом периоде.

Таблица 6

Спад частоты рожениц без травм в послеродовом периоде в целом по России

Объекты	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Количество здоровых женщин	5004	3499	2278



Рис. 9. Спад частоты рожениц без травм в послеродовом периоде в целом по г. Белгород

В ходе проведения анализа разницы количества родов на количество женщин, страдающих травмами в послеродовом периоде в целом по городу Белгороду (Рис. 9) очевиден значительный спад здоровых женщин, данная

проблема является актуальной в настоящее время, так как с каждым годом число здоровых женщин уменьшается, что является важнейшей проблемой не только Белгородцев, но и россиян в целом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Жизнедеятельность организма беременной женщины направлена на создание и обеспечение оптимальных условий для развития плода. Начиная с имплантации (нидации) оплодотворенной яйцеклетки и кончая рождением ребенка, требования эмбриона — плода — постоянно возрастают, заставляя организм матери совершенствовать адаптационно-компенсаторные механизмы, обеспечивающие его правильное развитие.

Чтобы избежать серьезных травм во время родоразрешения, следует своевременно обращаться к врачу для лечения различных травм в области таза, инфекционных заболеваний, устранения воспалительных процессов не только внутренних половых органов, но и костей, суставов. После зачатия важно стать на учет не затягивая в долгий ящик, проходить все плановые осмотры и ультразвуковые исследования. Они помогут быстро определить проблему и устранить ее еще до родов.

Будущей маме, если она будет производить малыша на свет впервые, желательно пройти специальные курсы, чтобы понимать весь процесс и скоординировать поведение во время родов. Женщинам, которые рожали с помощью кесарева сечения, при повторном зачатии, необходимо проходить строгое наблюдение за рубцами. Если в них происходят какие-то изменения, то нужно за будущей роженицей более тщательно наблюдать и реагировать на все жалобы, с этим связанные. При реальной угрозе беременности, важно достать ребенка вовремя и не допустить разрывов, хотя, возможно придется снова применять хирургический способ родоразрешения. Родовые травмы в любом случае не только неприятные, но и могут иметь нежелательные последствия. Сами по себе роды — уже травма как физическая, так и психологическая, но если женщина подготовленная, то обычно, травматизм минимальный и не нуждается в специальном лечении.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие / Под ред. проф. О. В. Макарова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.
2. Акушерство: национальное руководство/ под. ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с.
3. Акушерство: учебник/ Э. К. Айламазян. – 9-е изд., перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – с. 704.
4. Акушерство: учебник / под ред. В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 920 с.
5. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 656 с.
6. Гуськова, Н. А. Акушерство: учебник для средних медицинских учебных заведений. / Н. А. Гуськова, М. В. Солодейникова, С. В. Харитонова. – 3-е изд., –: СпецЛит, 2014. – 372 с.
7. Дуда, И. В. Клиническое акушерство / И. В. Дуда, В. И. Дуда. – Мн.: Выш.шк., 2015. – 500 с.
8. Линева, О. И. Акушерство: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / О. И. Линева, О. В. Сивочалова, Л. В. Гаврилова. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 272 с.
9. Прилепская, В. Н. Руководство по акушерству и гинекологии для акушеров и фельдшеров / В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 630 с.
10. Сидорова, И. С. Руководство по акушерству / И. С. Сидорова, В. И. Кулаков, И. О. Макаров. – Москва: «Медицина», 2006. – 1031 с.
11. Славянова, И. С. Акушерство и гинекология / И. К. Славянова. – Изд. 2-е, стер. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 573 с.
12. Шумилова О.А.. Профилактика ГВЗ в послеродовом периоде. СПб.: Питер, 2018. – 190 с.

13. Щелкунов С.А. Медицина. М.: Наука, 2017. – 487 с.
14. Щяпов А.Д. Исследование способов профилактики ГВЗ в послеродовом периоде. М.: Наука, 2017. – 190 с.
15. Эристова Ю.Д. Гинекология. Снижение рисков ГВЗ. М.: Медицина, 2017. - 314 с.
16. Эсимов С.Б. Медицина XXI века. СПб.: Питер, 2016. – 314 с.
17. Явирева О.Н. Гинекология: болезни, причины, способы диагностики. СПб.: Питер, 2018. – 419 с.
18. Яливин И.Н. Анализ этиологии болезней в области гинекологии. М.: Медицина, 2015. – 207 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица №1.

Структура родового травматизма обследованных родильниц.

Характер травмы	1 группа	2 группа	3 группа
Разрыв шейки матки	3 (15 %)	4 (20 %)	2 (10 %)
Разрыв стенки влагалища	4 (20%)	5 (25 %)	5 (25 %)
Разрыв промежности	10 (50 %)	9 (45 %)	11 (45 %)
Рассечение промежности	3 (15 %)	2 (10 %)	2 (10 %)
Всего	20 (100 %)	20 (100 %)	20 (100 %)