



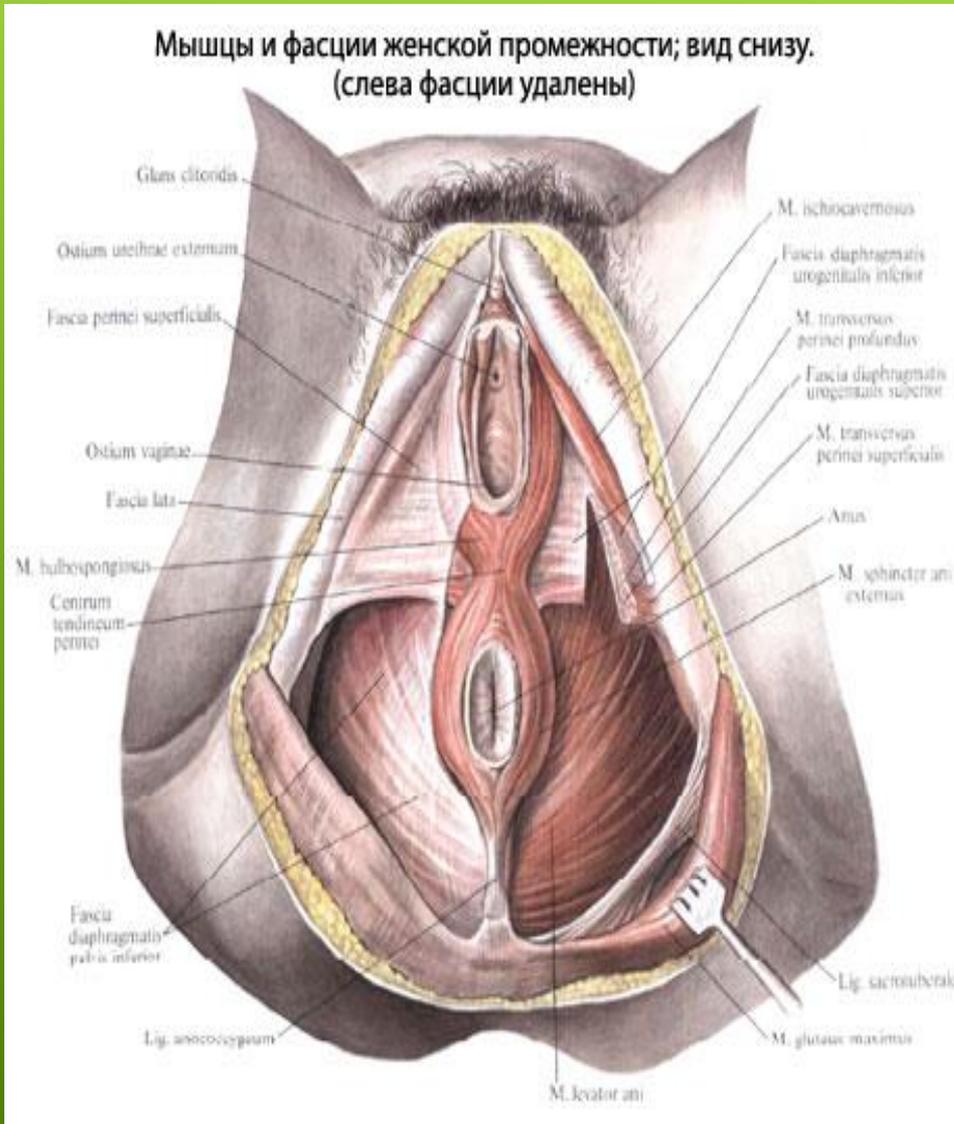
«Профилактика и лечение родовой травмы промежности. Клинические случаи»

Семерикова М.В. Главный акушер-гинеколог МЗ НО, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский Университет Минздрава России

Абелевич А.И. д.м.н., профессор кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский Университет Минздрава России

АКУШЕРСКАЯ ПРОМЕЖНОСТЬ

— участок между
задней
комиссурой
больших
половых губ и
заднепроходным
отверстием



A close-up photograph of a pair of adult hands gently cupping a baby's feet. The hands are positioned on either side of the feet, with the fingers slightly curled. The skin tones are warm and natural. The background is a soft, out-of-focus light color.

**МКБ-10: О 70 РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ
ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ**

**ЧАСТОТА РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ
СОСТАВЛЯЕТ 10-12%.**

АКУШЕРСКАЯ ПЕРИНЕОЛОГИЯ. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

- **Акушерская травма промежности выступает этиологическим субстратом несостоятельности тазового дна, пролапса тазовых органов и, как следствие, следующих осложнений:**
 - сексуальная дисфункция;**
 - заболевания шейки матки**
 - нарушение биоценоза влагалища;**
 - расстройства мочеиспускания и дефекации.**
- **Чаще всего формирование пролапса начинается сразу после родов.**

РОДЫ И ПОСЛЕДУЮЩАЯ ДИСФУНКЦИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

- Перинеальный травматизм в родах напрямую связан с последствиями для тазового дна.
- Нарушая целостность тазовой диафрагмы, травма промежности лишает мышцы медиальной точки опоры, создавая предпосылки для тазовой грыжи.
- Риск пролапса у рожавших женщин достоверно выше, а его степень напрямую связана с количеством родов!
- Доказано, что пролапс происходит и у женщин, не рожавших через естественные родовые пути (кесарево сечение).

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ

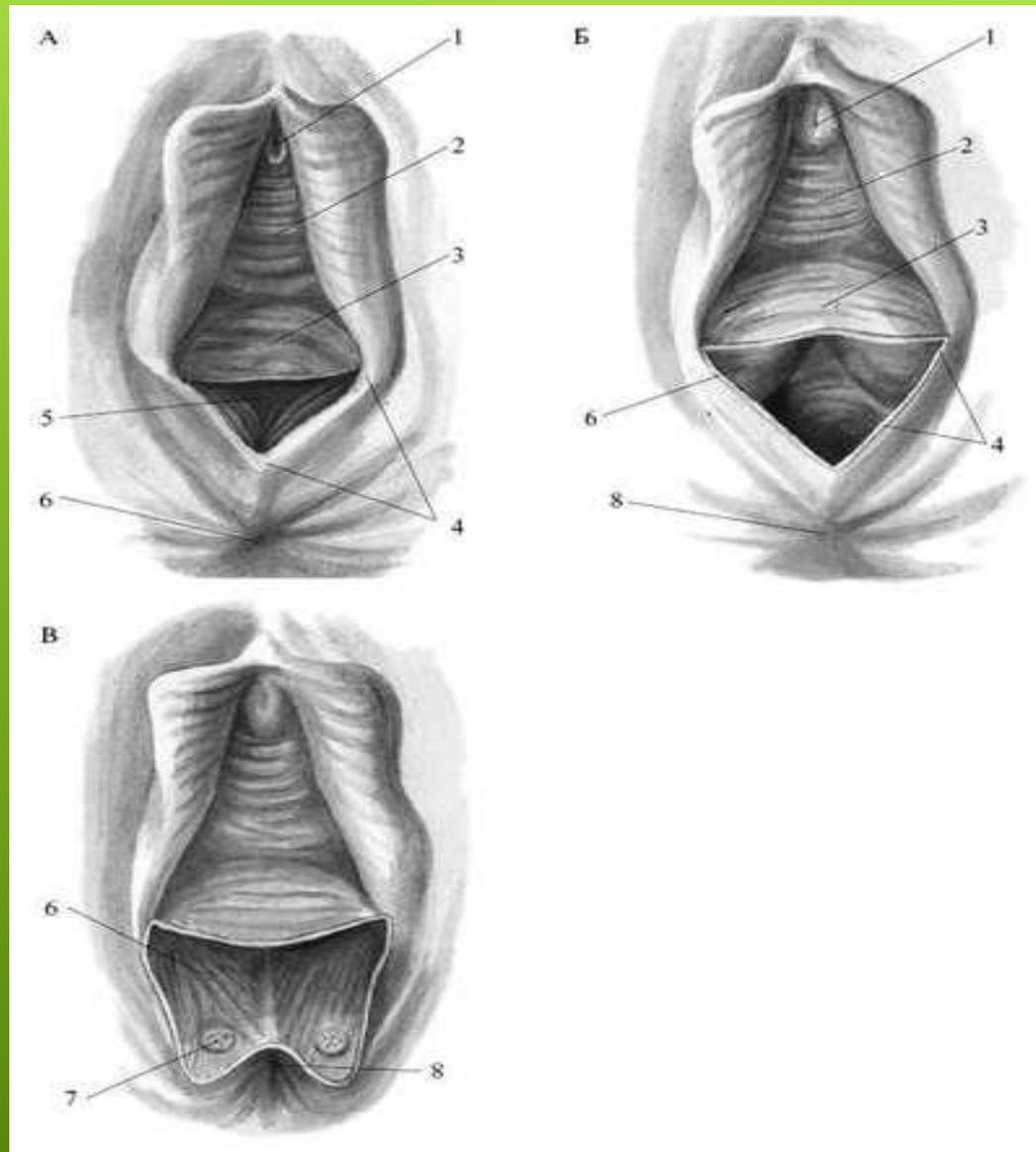
- ▶ Различают самопроизвольные и насильственные
- ▶ I степень - разрывы задней спайки (небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища в нижней трети), мышцы промежности остаются неповрежденными;
- ▶ II степень - повреждение кожи промежности, стенок влагалища и мышц промежности в основном *m. levator ani*, кроме наружного сфинктера прямой кишки;
- ▶ III степень - глубокое повреждение с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки;
- ▶ IV степень - глубокие повреждения с вовлечением наружного сфинктера и передней стенки прямой кишки.

Классификация разрывов

А - I СТЕПЕНЬ

Б - II СТЕПЕНЬ

В - III-IV СТЕПЕНЬ



ПРИЧИНЫ ТРАВМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ПЕРВОРОДЯЩИХ

- Собственно первые роды и возраст после 30 лет (естественное снижение эластичности мышц);
- наличие хронических ЭГ заболеваний;
- применение окситоцина (частота травм увеличивается в 2 раза!);
- быстрые и стремительные роды, запоздалые роды;
- вторичная слабость и дискоординация родовой деятельности (длительные потуги, вызывающие отек тканей);
- рубцовые или воспалительные изменения тканей;
- оперативное родоразрешение (наложение акушерских щипцов).

ПРИЧИНЫ ТРАВМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ПОВТОРОРОДЯЩИХ

- Травмы промежности в 1 родах и в особенности перинеотомия;
- осложнения беременности;
- нарушения биоценоза влагалища;



ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- **неправильное поведение роженицы (паника, не выполнение команд врача и акушерки);**
 - **несвоевременно или неправильно оказанная медицинская помощь;**
 - **применение акушерских щипцов или вакуум-экстракции;**
 - **быстрое, агрессивное родоразрешение;**
- 

КОНТРАВЕРСИИ:

➤ **Наиболее значимые факторы, влияющие на травму промежности в родах!**

1. Возраст женщины и паритет;

2. Осложнения беременности;

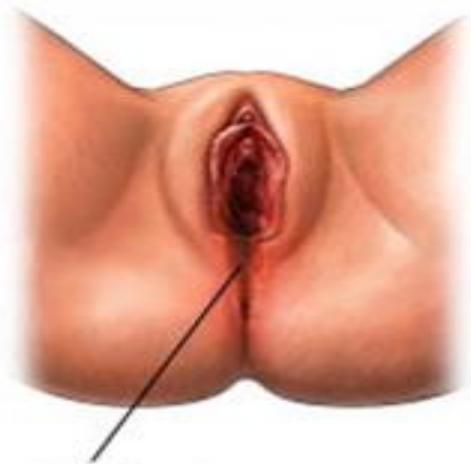
- длительно текущая анемия!

- угроза прерывания беременности!

- преэклампсия!

- нарушения вагинального биотопа!

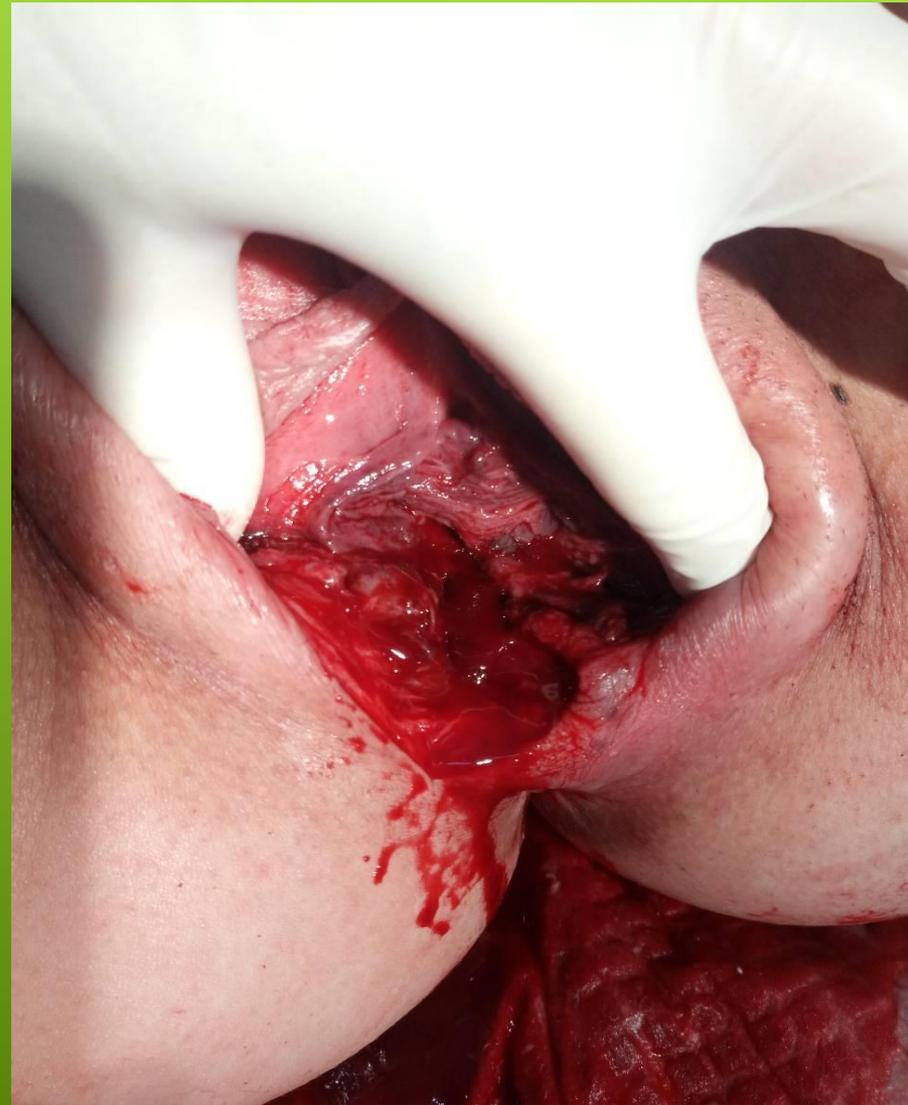
**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАЗРЫВОВ
ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ
ПРОЯВЛЯЮТСЯ ЛИБО КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ
ПОВРЕЖДЕННОЙ СТЕНКИ, ЛИБО
ГЕМАТОМОЙ.**



Разрыв

Хирургическое вмешательство
(эпизиотомия)





В ЧЕМ ОПАСНОСТЬ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ?

- **Входные ворота** для многочисленных патогенных возбудителей.
- Возможно образование **грубых рубцов** и нарушение **эластичности тканей**. В последующем на этом месте появится новый разрыв, причем более глубокий и серьезный.
- **Разрывы сфинктера и прямой кишки** часто приводят к **недержанию каловых масс и газов, образованию свищей** (инвалидизация женщин).
- **Опухания и выпадения матки и влагалища** - частые осложнения разрывов промежности, не восстановленных с соблюдением всех требований.

КАК ПРЕДУПРЕДИТЬ РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ?

Важнейшим методом профилактики разрывов является **правильное бережное ведение родов.**

1. Обеспечивать медленное прорезывание головы плода через вульву;

2. Способствовать тому, чтобы головка проходила наименьшей частью;

3. Позволить тканям промежности растягиваться равномерно и минимально;

4. Внимательно следить за процессом рождения плечиков ребенка, бережное их выведение;

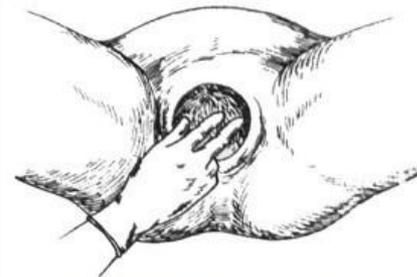
5. Своевременно, с соблюдением требований асептики проводить операцию эпизиотомии - для предотвращения разрыва тканей.

Защита промежности в родах

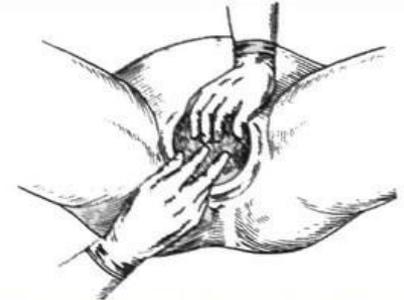
ВО ВРЕМЯ ПРОРЕЗЫВАНИЯ РАЗГИБАЮЩАЯСЯ ГОЛОВКА ОКАЗЫВАЕТ СИЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА ТАЗОВОЕ ДНО, ВЫЗЫВАЯ ЕГО ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЕ.

ГОЛОВКА ПЛОДА ТОЖЕ ПОДВЕРГАЕТСЯ СИЛЬНОМУ СДАВЛИВАНИЮ СТЕНКАМИ РОДОВОГО КАНАЛА. В КУЛЬМИНАЦИОННЫЙ МОМЕНТ И РОЖЕНИЦА И ПЛОД ПОДВЕРГАЮТСЯ ОПАСНОСТИ ТРАВМЫ: ПЕРВОЙ ГРОЗИТ РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ, ВТОРОМУ — НАРУШЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ.

ПРАВИЛЬНОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ЭТИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, И ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ. «ЗАЩИТА ПРОМЕЖНОСТИ» СЛАГАЕТСЯ ИЗ РЯДА МАНИПУЛЯЦИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ В ОПРЕДЕЛЕННОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ.



Акушерка задерживает быстрое продвижение головки и предупреждает преждевременное разгибание ее (защита промежности)



При сильных потугах левая рука помогает правой, производя сгибание в сторону промежности (защита промежности)



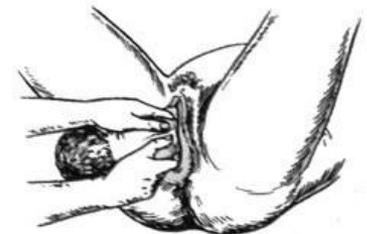
Выведение головки: ее захватывают левой рукой и медленно разгибают; правой рукой медленно сводят с головки ткани промежности (защита промежности)



Выведение плечиков. Ручной прием выведения переднего плечика: родившуюся головку оттягивают кзади, переднее плечико подходит под лобковую дугу



Выведение плечиков. Ручной прием при выведении заднего плечика: головку поднимают кпереди, из-за промежности "выкатывается" заднее плечико.



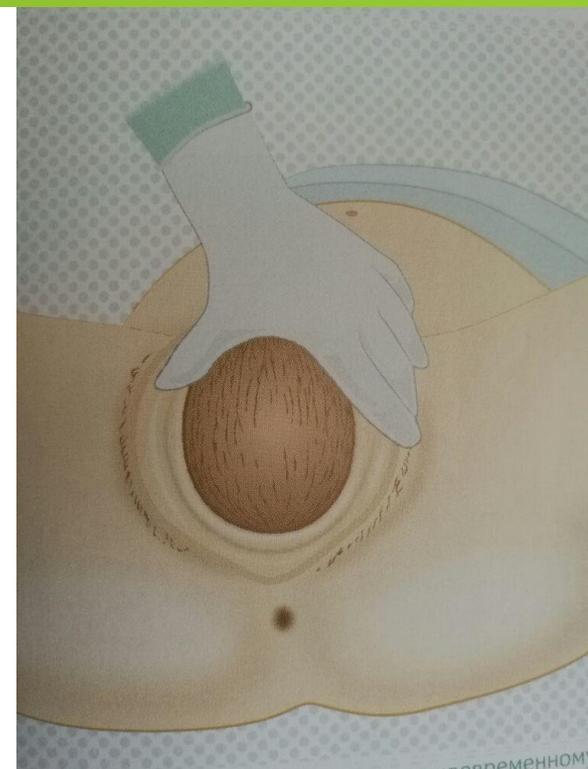
Выведение туловища.

Первый момент

**воспрепятствование
преждевременному
разгибанию головки.**

ПРИНИМАЮЩИЙ РОДЫ
СТАНОВИТСЯ СПРАВА ОТ
РОЖЕНИЦЫ И КЛАДЕТ
ЛАДОНЬ ЛЕВОЙ РУКИ НА
ЛОБОК ТАКИМ ОБРАЗОМ,
ЧТОБЫ ЧЕТЫРЕ ПАЛЬЦА
ПОКРЫВАЛИ ПЛАШМЯ, И
ПО ВОЗМОЖНОСТИ, ВСЮ
НАХОДЯЩУЮСЯ В
ПОЛОВОЙ ЩЕЛИ ГОЛОВКУ.

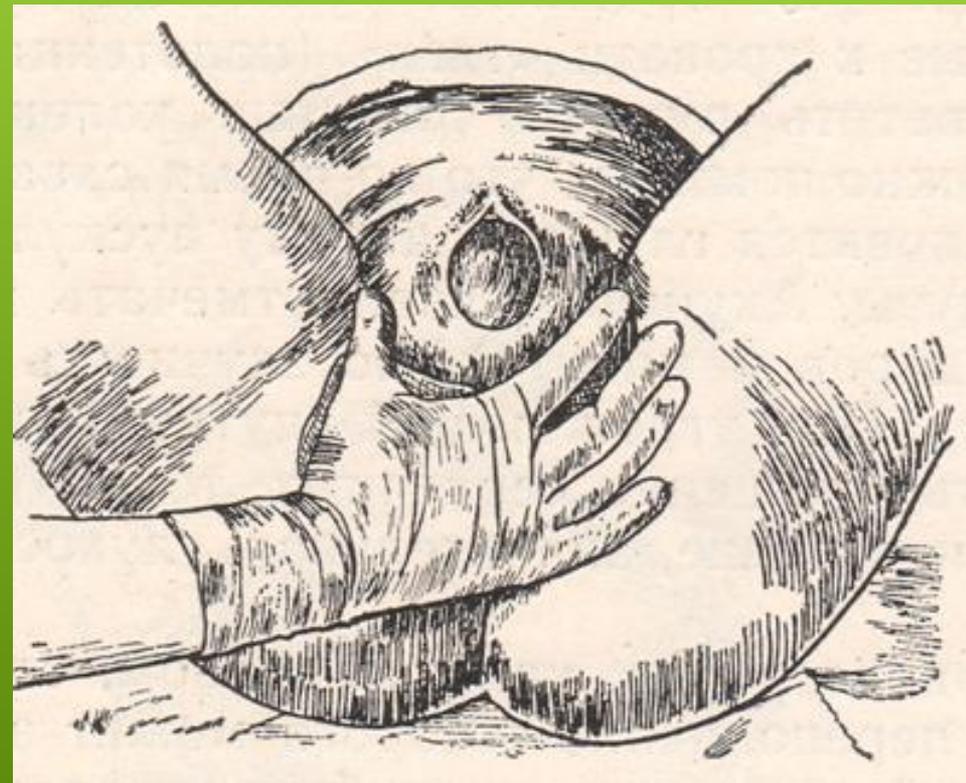
ТАКИМ ОБРАЗОМ
БЕРЕЖНО ЗАДЕРЖИВАЮТ
РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ И
ПРЕДУПРЕЖДАЮТ ЕЕ
БЫСТРОЕ ПРОДВИЖЕНИЕ
ПО РОДОВОМУ КАНАЛУ.



Второй момент —

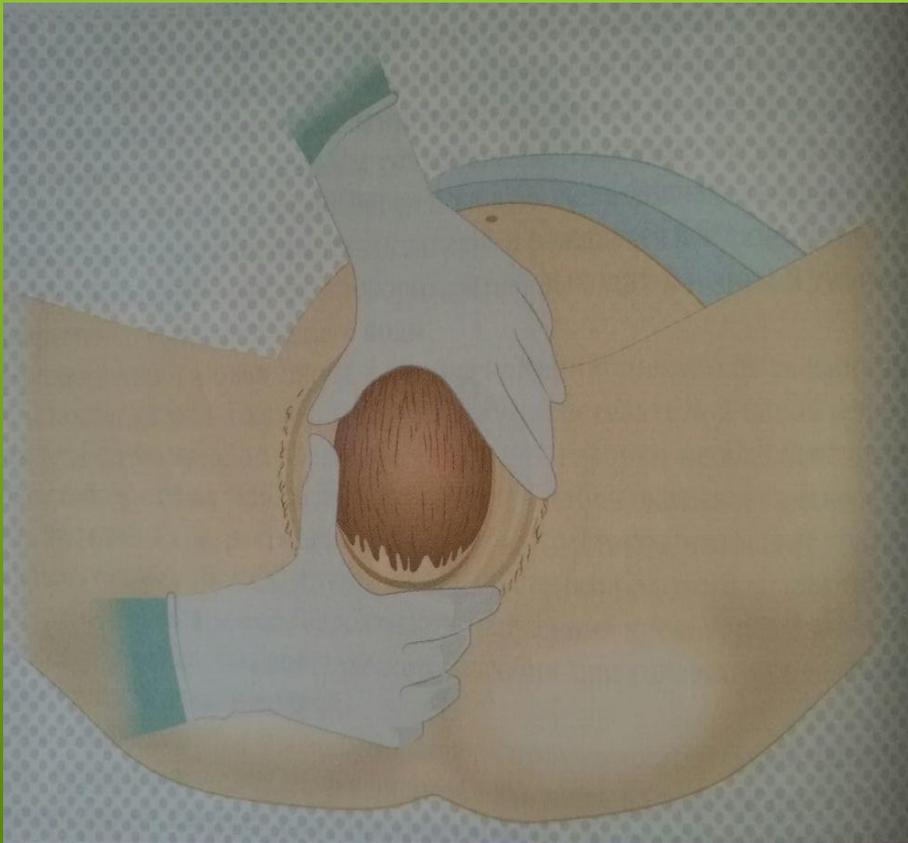
**уменьшение
напряжения
промежности**

ПРИНИМАЮЩИЙ РОДЫ
КЛАДЕТ ЛАДОНЬ ПРАВОЙ РУКИ
НА ПРОМЕЖНОСТЬ ТАК,
ЧТОБЫ ЧЕТЫРЕ ПАЛЬЦА
ПЛОТНО ПРИЛЕГАЛИ К
ОБЛАСТИ ЛЕВОЙ ПОЛОВОЙ
ГУБЫ, А СИЛЬНО ОТВЕДЕННЫЙ
БОЛЬШОЙ ПАЛЕЦ — К ПРАВОЙ.
ОСТОРОЖНО НАДАВЛИВАЯ
КОНЦАМИ ВСЕХ ПЯТИ
ПАЛЬЦЕВ НА МЯГКИЕ ТКАНИ,
РАСПОЛОЖЕННЫЕ СНАРУЖИ И
ВДОЛЬ БОЛЬШИХ ПОЛОВЫХ
ГУБ, **НИЗВОДЯТ ИХ КНИЗУ — ПО
НАПРАВЛЕНИЮ К
ПРОМЕЖНОСТИ, УМЕНЬШАЯ
ЭТИМ ЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ**



Третий момент — бережное выведение ГОЛОВКИ ИЗ ПОЛОВОЙ ЩЕЛИ.

Вне потуги большим и указательными пальцами правой руки над прорезывающейся головкой осторожно растягивают вульварное кольцо. С новой потугой прекращают растягивание и задерживают разгибание головки, как было описано выше. Эти манипуляции чередуются.

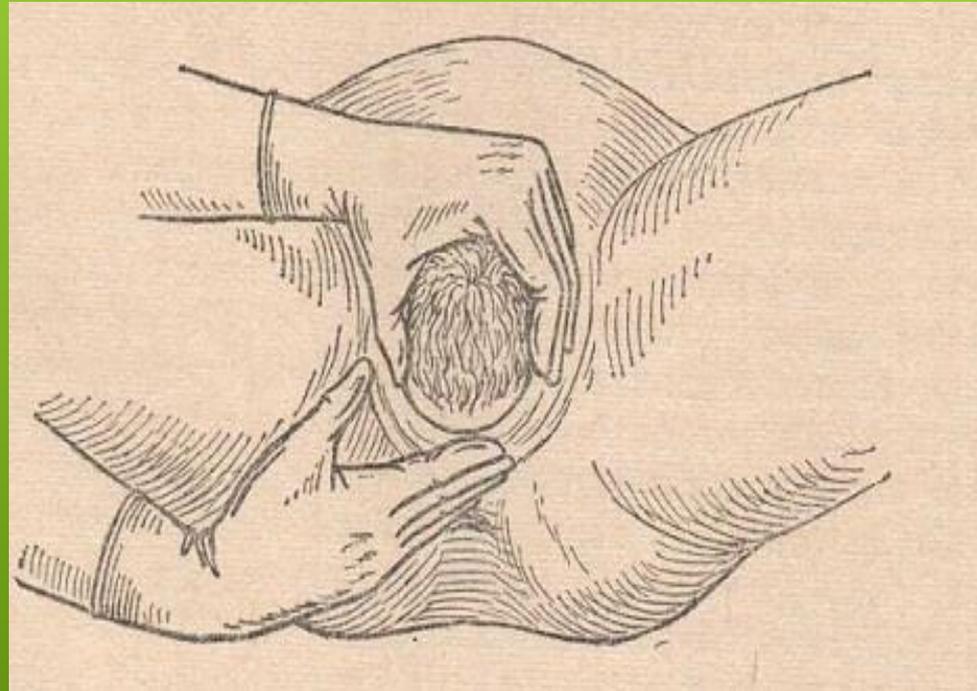


Четвертый момент — регулирование потуг.

ОПАСНОСТЬ РАЗРЫВА
ПРОМЕЖНОСТИ И
ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ
ТРАВМЫ, ДОСТИГАЕТ
МАКСИМУМА.

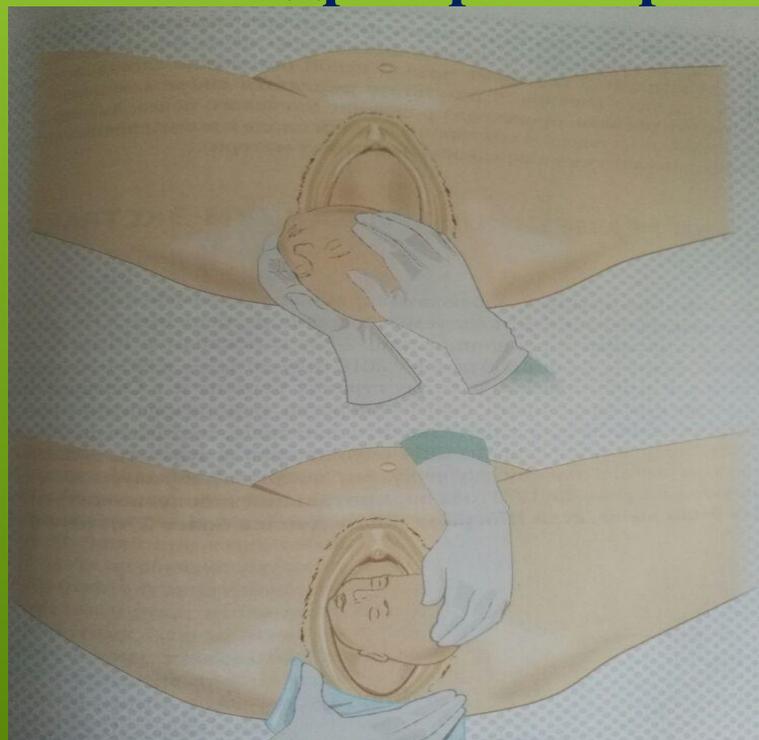
**НЕОБХОДИМО УМЕЛО
ПРИОСТАНОВИТЬ РОДЫ,
КОГДА ОНИ
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫ.**

**РОЖЕНИЦЕ
ПРЕДЛАГАЮТ ГЛУБОКО
ДЫШАТЬ ОТКРЫТЫМ
ртом, и следят, когда
она, прервав
дыхание, НАЧИНАЕТ
ТУЖИТЬСЯ.**



Пятый момент — освобождение плечевого пояса и туловища плода.

После появления головки роженице вновь предлагают потужиться. При этом совершаются важные моменты родов: внутренний поворот — плечиков и наружный — головки. она разворачивается лицом в сторону правого бедра роженицы при первой позиции или левого бедра при второй позиции.



АКУШЕРСКАЯ ПЕРИНЕОЛОГИЯ

- Хирургическое рассечение промежности в родах стало рутинной акушерской практикой.
- Статистка перинеотомии очень вариабельна в разных странах от 11 до 93%.
- В России составляет 21-36% от всех влагалищных родов.
- Причинами судебных разбирательств служат как осложнения эпизио- и перинеотомий, выполненных без показаний, так и отказ от манипуляции при наличии показаний.

АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ В ПЕРИНЕОЛОГИИ

- 1. Необоснованное и неквалифицированное применение перинео- и эпизиотомии;**
- 2. Неквалифицированное оказание приемов защиты промежности;**
- 3. Отсутствие реабилитации женщин, перенесших акушерскую травму промежности.**

В последнее 10-летие одна из самых обсуждаемых и злободневных тем в ведущих зарубежных изданиях – недержание газов, кала в позднем послеродовом периоде, дизурические нарушения и послеродовая депрессия, пролапс тазовых органов.

В нашей стране «ЭТОЙ ПРОБЛЕМЫ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!».

И женщина остается один на один с тяжелым недугом!

КАКОВА ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РАССЕЧЕНИЕМ ПРОМЕЖНОСТИ И НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ТАЗОВОГО ДНА?

1. Мнения ученых разделились! Но большая часть «мировых умов» считает, что эпизио- и перинеотомия – **основная причина** опущения и выпадения женских половых органов (даже если не было повреждения анального сфинктера).
2. **Современные данные заставляют усомниться в пользе эпизиотомии!**



ПЕРИНЕОТОМИЯ И ЭПИЗИОТОМИЯ

Перинеотомия — разрез по средней линии промежности, где проходит минимальное количество сосудов и нервных окончаний;

- **Латеральная эпизиотомия** — боковой разрез промежности, выполняемый на 2–3 см выше задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру;

- **Срединнолатеральная эпизиотомия** — разрез от задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру.

ПОКАЗАНИЯ К ПЕРИНЕОТОМИИ (КЛАССИКА!)

- угроза разрыва промежности при крупном плоде, неправильных вставлениях головки плода, высокой ригидной, рубцово-измененной промежности, родоразрешающих влагалищных операциях и др. (резаная рана заживает лучше, чем рваная);
- необходимость укорочения II периода родов при кровотечении, преэклампсии, вторичной слабости родовой деятельности, ЭГ-заболеваниях;
- гипоксия плода;
- преждевременные роды (рассечение промежности уменьшает силу давления на головку недоношенного плода мышцами тазового дна и ускоряет рождение плода).

КОНТРАВЕРСИИ ПЕРИНЕОТОМИИ

- Диагностика угрозы разрыва промежности далека от совершенства: «побеление кожи» промежности – это не угроза, а уже свершившийся разрыв тканей- всех, кроме кожи! Промежность рвется изнутри!
- Доказано, что перинеотомия не может радикально влиять на укорочение II периода родов!
- Есть мнение, что острая гипоксия плода – это абсолютное показание для перинеотомии! Однако! Еще 1998 г доказано, что перинеотомия не снижает интранатальную смертность и не влияет на оценку новорожденного по шкале Апгар!
- При выполнении «малой» эпизиотомии (до 2-3 см) в 67% случаев разрез провоцирует разрывы промежности и акушеры сталкиваются с рваной раной при манипуляции, заведомо предназначенной для предотвращения разрыва. И приходится зашивать вместо резаной раны рваную.

ЭПИЗИТОМИЯ – НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ АКУШЕРСКОЙ АГРЕССИИ

Показание – реальная угроза разрыва высокой промежности!

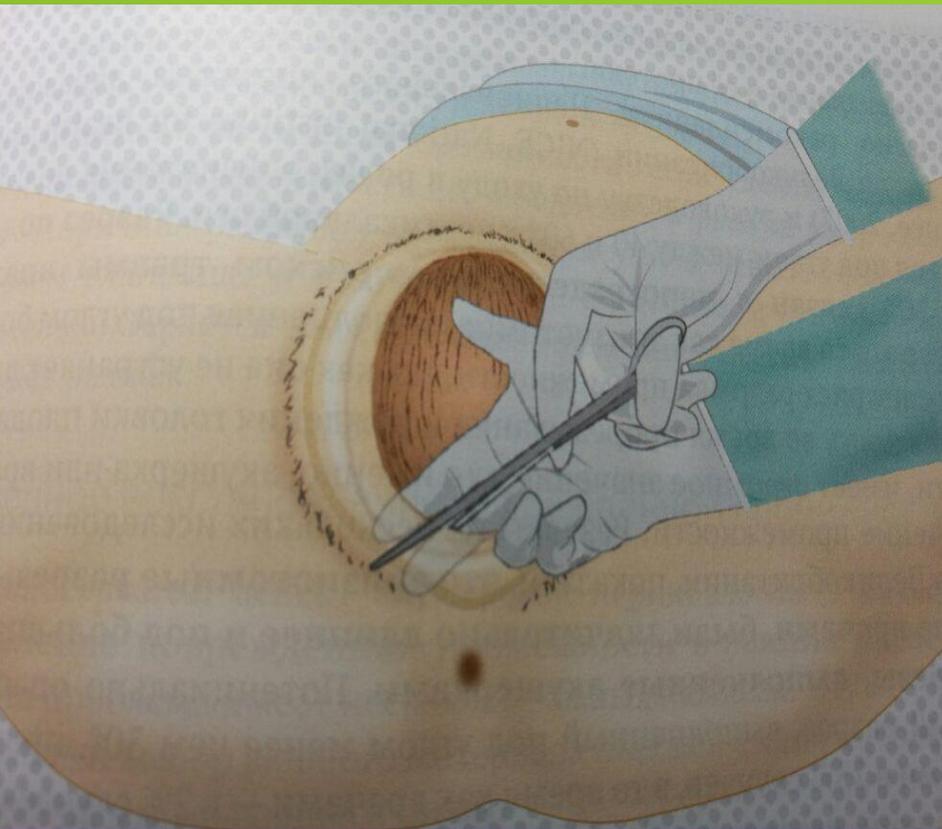
Предпочтение следует отдавать срединно-латеральной эпизиотомии и перинеотомии.

Рассечение выполнять только вправо! (Нервные стволы и сосудистые пучки справа носят рассыпной характер, а слева стволовой)



Техника выполнения!

Эпизиотомия должна выполняться под углом между 40° и 60° вертикальной оси



Разрез под углом менее 30° связан с непосредственным риском травмы анального сфинктера.

Разрез – более 60° не понижает риск разрыва промежности, так как не устраняет давление.



РАНА ПОСЛЕ ЭПИЗИОТОМИИ

ЛЕЧЕНИЕ

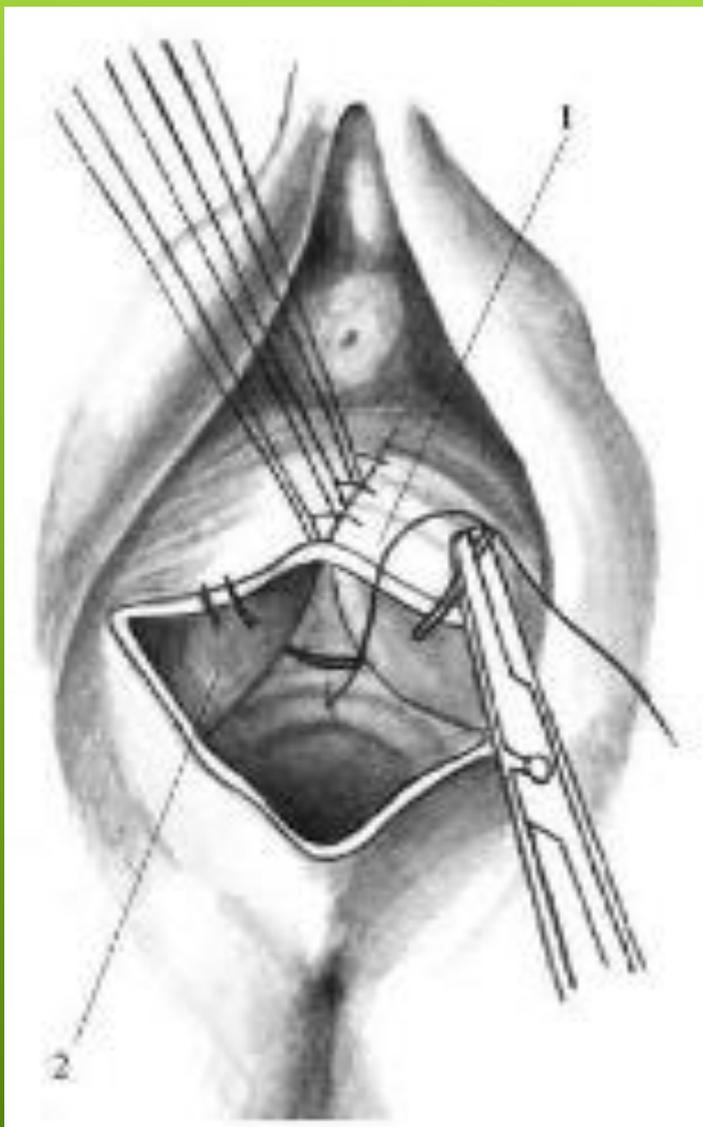
УШИВАНИЕ РАЗРЫВА ДО ПОЛНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СРАЗУ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ 30 МИНУТ ПОСЛЕ РОДОВ, С СОБЛЮДЕНИЕМ ВСЕХ ПРАВИЛ АСЕПТИКИ И АНТИСЕПТИКИ ПОД АНЕСТЕЗИЕЙ

При разрывах I и II степени акушеру необходима помощь ассистента, а при разрывах III степени - двух ассистентов.

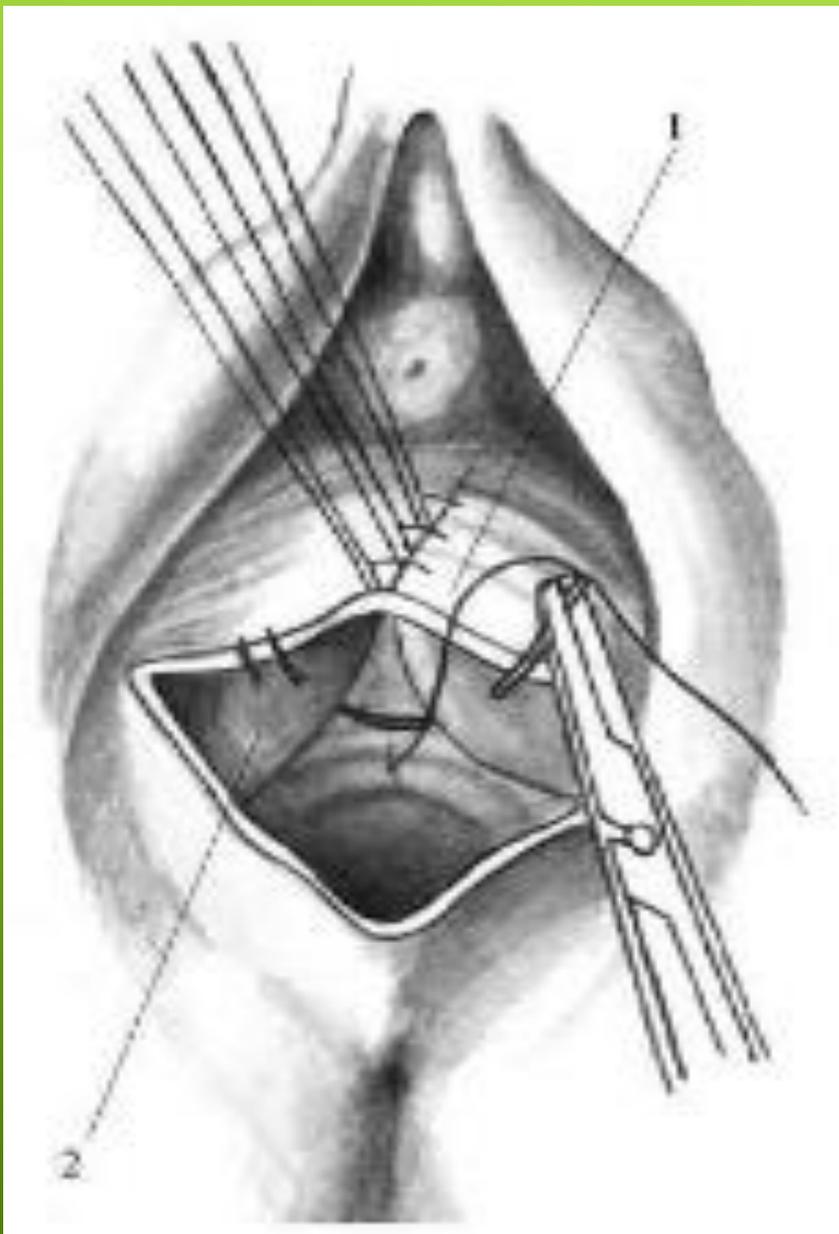


КАЧЕСТВЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕННОЙ ПРОМЕЖНОСТИ

- **Правильный выбор шовного материала (только синтетические рассасывающиеся нити).**
- **Хорошее знание анатомии врачом!**
- **Правильное своевременное ушивание раны с тщательным сопоставлением поврежденных мышц.**
- **Адекватное обезболивание (пудендальная, регионарная, инфильтрационная или наркоз). Обеспечивает наилучший доступ к поврежденным тканям, так как женщина может расслабиться только вне болевых ощущений.**
- **Если мышцы не расслаблены, то тщательно их сопоставить невозможно!**

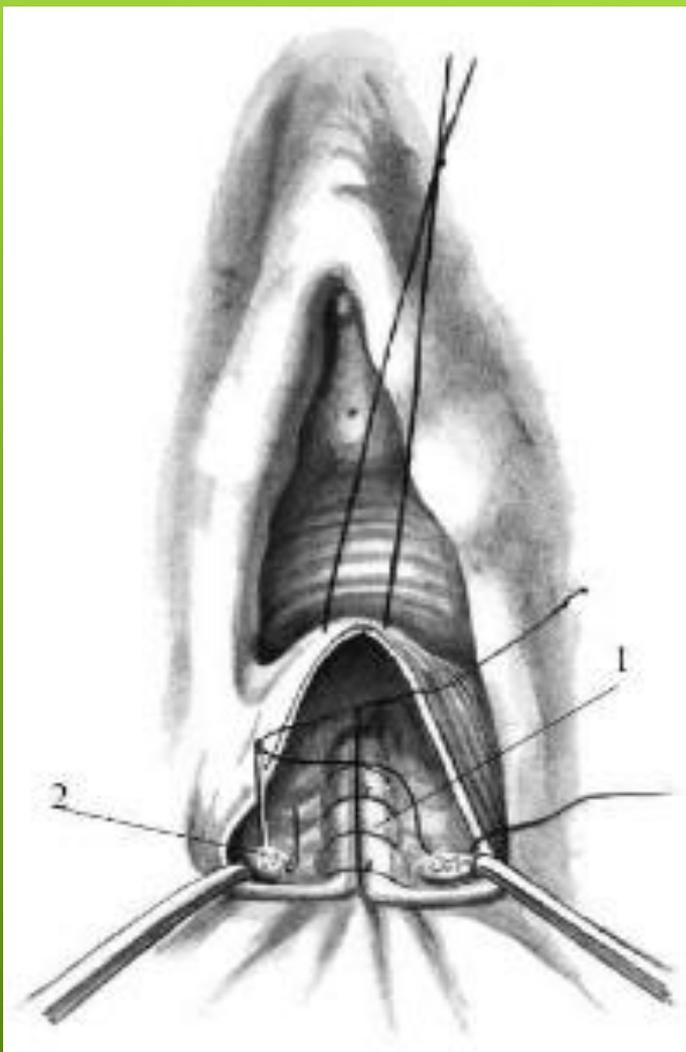


- ▶ При разрывах промежности I степени операцию следует начинать с наложения шва (полисорб, дексон, викрил) на **верхний угол разрыва влагалища**, который должен быть хорошо обнажен зеркалами.
- ▶ Затем **восстановление задней стенки влагалища** (узловые) с захватыванием подлежащих тканей (непрерывный шов приводит к стягиванию влагалища) .
- ▶ Следующий этап - **восстановление кожи промежности** с помощью 3-4 отдельных шелковых лигатур или подкожного косметического шва.



- ▶ **Восстановление тканей при разрыве II степени начинается с наложения шва на угол раны, на слизистую оболочку влагалища до задней спайки.**
- ▶ **Затем накладывают погружные швы на мышцы промежности;**
- ▶ **и однорядные швы на кожу.**

► **Разрыв промежности III степени:**



1. **восстановление стенки прямой кишки**-отдельные швы шелком на слизистую оболочку прямой кишки с погружением узлов в ее просвет (узлы завязывают в просвет кишки).
2. **Сопоставление мышечной стенки прямой кишки** (тонкий викрилом).
3. **Восстановление сфинктера прямой кишки.** При этом необходимо отыскать и извлечь зажимом сократившиеся части круговой мышцы и восстановить ее целостность несколькими матрацными швами (викрил, дексон).
4. **После этого меняют инструменты, обрабатывают руки** и приступают к следующему этапу операции, который не отличается от такового **при разрыве II степени.**



**ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ НА
ПРОМЕЖНОСТЬ**

УХОД ЗА ШВАМИ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ РАЗРЫВОВ

- **На заживление раны после наложения рассасывающихся швов требуется две недели.**
- **Соблюдать правила личной гигиены. Сухая обработка швов (не обмывают, а обсушивают сухим стерильным тампоном и обрабатывают антисептиком)**
- **Носить хлопчатобумажное свободное нижнее белье.**
- **Туалет промежности после каждого акта дефекации и мочеиспускания. Высушивать кожу мягкими промокивающими движениями.**
- **Подсушивать промежность при помощи воздушных ванн, мазей (Солкосерил, Бепантен).**
- **Ограничить подъем тяжестей, избегать физических нагрузок и занятий спортом.**
- **Вводить в рацион продукты, которые обеспечивают нормальную дефекацию и исключают запоры.**
- **Половая жизнь возможна не ранее чем через 2 месяца после полного заживления повреждений.**

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АКУШЕРСКОЙ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ

- Наблюдение женщин, перенесших акушерскую травму через 6 и 12 месяцев после родов.
- Решение вопроса о необходимости хирургической коррекции тазового дна во избежание пролапса гениталий.
- Выделение групп риска повторных перинеальных травм (из пациенток с травмой промежности в анамнезе).



РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНЕАЛЬНОГО АКУШЕРСКОГО ТРАВМАТИЗМА

- Ограничить показания для рассечения промежности только реальной угрозой разрыва.
- Уделять особое внимание состоянию тазового дна роженицы, независимо от травмы.
- Выделить группы диспансерного наблюдения.
- Решение о хирургической коррекции несостоятельности мышц тазового дна принимать исходя из репродуктивных планов пациентки.
- Хирургическая коррекция пролапса гениталий необходимо выполнять не позднее 5-8 лет после травматичных родов.
- Восстановление промежности в раннем послеродовом периоде и только синтетическим рассасывающимся материалом послойно, тщательно сопоставляя края раны.
- Своевременное лечение осложнений течения беременности и нарушений биоценоза влагалища.

АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ МОЖЕТ ПОВЛИЯТЬ НА НОРМАЛИЗАЦИЮ БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА БЕРЕМЕННОЙ



Пероральные пробиотики

- Длительное кишечное прохождение
- Сложный механизм доступа в вагинальную среду
- В основном являются БАДами
- Длительный курс от 2 до 6 недель



Вагинальный трибиотик Лактожиналь®

- Действие в очаге заболевания без кишечного прохождения
- Работает быстро за счет действия в очаге заболевания
- Является лекарственным препаратом
- Всего одна упаковка на 7-дневный курс при БВ*

Не требует контроля
гормонозависимых
заболеваний

- Не содержит гормонов
- Разрешен с 1 триместра беременности
- Прямое показание «профилактика рецидивов ВВК»

Ваше назначение
согласно
инструкции

**ЛАКТОЖИНАЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ
НАЗНАЧЕН ШИРОКОЙ ГРУППЕ
ПАЦИЕНТОК (ПО ПОКАЗАНИЯМ)**

СТАТИСТИКА

Статистические данные по разрывам промежности и эпизиотомиям **недостоверны**, так как **искажаются** самими врачами **акушерами гинекологами**.

Не секрет, что акушеры оформляют разрыв промежности 1-2 степени, как эпизиотомию и наоборот **ПАРОДОКС** в 2015-2016 гг непродуманная система ОМС (предполагающая большую оплату за роды, осложненные травмой промежности) **привела к массовому увеличению разрывов промежности при мизерном количестве перинеотомий**.

В странах Европы разрыв промежности **3-4 степени** составляет **2-6,5%**, а в России **0,34-0,16%!!!**

Истина скрывается!

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ №1

Пациентка С. 27 лет. Обратилась с жалобой в МЗ НО в августе 2017 г. на качество оказания медицинской помощи в ЦРБ на базе которой работает МПЦ .

Обратилась с жалобами на недержание кала, газа, невозможность половой жизни и постоянный дискомфорт в половых органах после родов.

Неоднократно обращалась к врачам ЦРБ **безрезультатно!**

ЭКСПЕРТИЗА АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ №1

Встала на учёт по беременности в сроке 9-10 недель. Беременность третья, роды вторые. В 2009 году, замершая беременность в сроке 7-8 нед.

Наблюдалась регулярно. Поступила в акушерское отделение ЦРБ 05-40 18.04.2017

В 09-55 18.04.2017 произошли роды живым доношенным мальчиком, по Апгар 8 баллов. Вес 3300,0. Рост 51 см.

Окружность головы 37 см, груди – 36 см. Послед отделился самостоятельно. Послед, оболочки – все.

Шейка матки осмотрена в зеркалах – цела. Осмотрено влагалище, промежность. Имеется разрыв промежности 2 ст. Разрыв промежности ушит послойно нитью полисорб.

ЭКСПЕРТИЗА АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ №1

Диагноз: Осн: Роды вторые срочные.

Осл: Раннее излитие вод. Разрыв промежности второй степени. Операция: Перинеорафия.

В 11-55 18.04.2017г. женщина в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовую палату.

Послеродовой период протекал без осложнений. При выписке 22.04.2017г. (4к/д) швы на промежности чистые, отёка нет.

Даны рекомендации по наблюдению, поведению, гигиене.

Рекомендовано: явка в женскую консультацию через 7 дней; половой и физический покой 2 месяца

Согласно записям в амбулаторной карте, после выписки из акушерского отделения, женщина за медицинской помощью в женскую консультацию не обращалась.

**СОГЛАСНО ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫХ ВРАЧА И
АКУШЕРКИ УШИВАНИЕ ПРОМЕЖНОСТИ
ПРОИЗВОДИЛА АКУШЕРКА, ВРАЧ В ЭТО
ВРЕМЯ ЗАНИМАЛСЯ ОСМОТРОМ ДРУГОЙ
ПАЦИЕНТКИ.**



РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ №1

ЗАМЕЧАНИЯ

1. Недооценка степени разрыва промежности!

2. Согласно первичной медицинской документации ЦРБ не указан метод обезболивания при восстановлении промежности.

3. Перинеорафия является врачебной манипуляцией и выполнение данной малой операции акушеркой недопустимо.

4. Врач-хирург и акушер-гинеколог ЦРБ не владеют информацией об оперативном лечении по восстановлению промежности женщина была направлена «В НИКУДА»

Женщина была консультирована и оперирована в НОКБ им Н.А.Семашко.

Диагноз: Анальная инконтиненция, последствия родовой травмы промежности.

ПАЦИЕНТКА №1 ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ



РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ №2

Пациентка Ш. 33 года. Обратилась с жалобой в МЗ НО в октябре 2017 г. на качество оказания медицинской помощи в ЦРБ на базе которой работает МПЦ, где принимались роды.

Женщину беспокоит недержание кала, газа, невозможность половой жизни и постоянный дискомфорт в половых органах после родов.

Пациентка неоднократно обращалась к хирургу ЦРБ и проктологу городской больницы, на базе которой работает городской проктологический центр).

Рекомендация проктолога: Оперативное лечение в федеральной клинике г. Москва

ЭКСПЕРТИЗА АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ №2

Встала на учёт по беременности 19.08.2016 г. в сроке 8 недель. Беременность четвертая, роды вторые (1- роды, 1- выкидыш, 1- неразвивающаяся).

Поступила в акушерское отделение ЦРБ 13-30 14.03.2017. в сроке 38-39 недель с диагнозом: Схватки предвестники.

В 09-20 28.03.2017. произошли роды живым доношенным мальчиком, по Апгар 7-9 баллов. Вес 3700,0. Рост 51 см.

Послед отделился самостоятельно. Послед, оболочки – все.

Осмотрено влагалище, промежность. Имеется разрыв промежности 2 ст. Разрыв промежности ушит послойно кетгутом.

Диагноз: Вторые своевременные роды в затылочном предлежании. Разрыв промежности 2 степени. Анемия 1 степени. Перинеорафия (4 кетгутовых шва).

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ №2

Послеродовой период протекал без осложнений. При выписке 03.04.2017г. (4к/д) швы на промежности чистые, отёка нет.

Рекомендовано: явка в женскую консультацию через 7 дней; половой и физический покой 2 месяца; туалет швов, молочных желёз; контроль УЗИ через 7 дней.

Согласно записям в амбулаторной карте, после выписки из акушерского отделения, **женщина за медицинской помощью в женскую консультацию не обращалась.**

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ №2

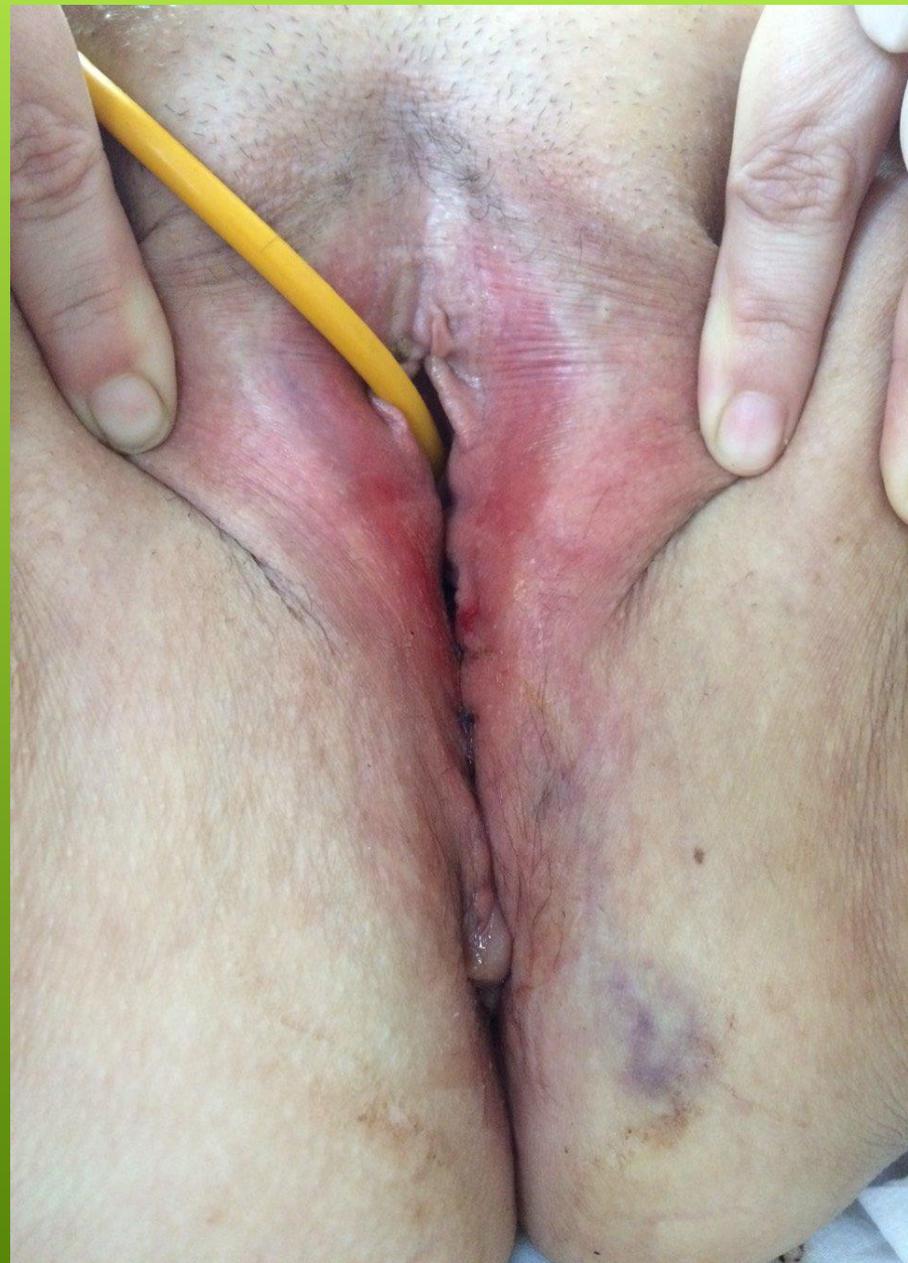
ЗАМЕЧАНИЯ

- 1. Недооценка степени разрыва промежности!**
- 2. Восстановление промежности производилось кетгутом!**
- 3. Согласно первичной медицинской документации ЦРБ не указан метод обезболивания при восстановлении промежности.**
- 4. Врач-проктолог не владеет информацией об оперативном лечении по восстановлению промежности и сфинктера прямой кишки на территории Нижегородской области.**

Женщина была консультирована и оперирована в НОКБ им Н.А.Семашко.

Диагноз: Анальная инконтиненция, последствия родовой травмы промежности.

ПАЦИЕНТКА №2 ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ №3

Пациентка К. 20 лет. Обратилась самостоятельно на прием к проктологу НОКБ им Н.А.Семашко.

Жалобы на недержание кала, газа, невозможность половой жизни и постоянный дискомфорт в половых органах после родов.

До этого женщина 1,5 года обращалась к различным врачам (гинекологам, хирургам, проктологам) с вышеуказанными жалобами!

Безрезультатно!

ЭКСПЕРТИЗА АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ №3

Встала на учёт по беременности в сроке 10 недель.

Беременность первая.

Поступила в учреждение 3 уровня **24.08.2016.** в сроке 39 недель с диагнозом: 1 период своевременных родов в головном предлежании.

Произошли роды живым доношенным мальчиком, по Апгар 8-9 баллов. Вес 3600,0. Рост 51 см. Послед отделился самостоятельно. Послед, оболочки – все.

Осмотрено влагалище, промежность. **Имеется разрыв промежности 2 ст. Разрыв промежности ушит послойно кетгутом.**

Диагноз: Первые своевременные роды в затылочном предлежании. Разрыв промежности 2 степени. Анемия 1 степени. Перинеорафия (**4 кетгутовых шва**).

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ №3

Послеродовой период протекал без осложнений. При выписке швы на промежности чистые, отёка нет.

Рекомендовано: явка в женскую консультацию через 7 дней; половой и физический покой 2 месяца; туалет швов.

Согласно записям в амбулаторной карте, после выписки из роддома, женщина за медицинской помощью в женскую консультацию не обращалась.

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ №3

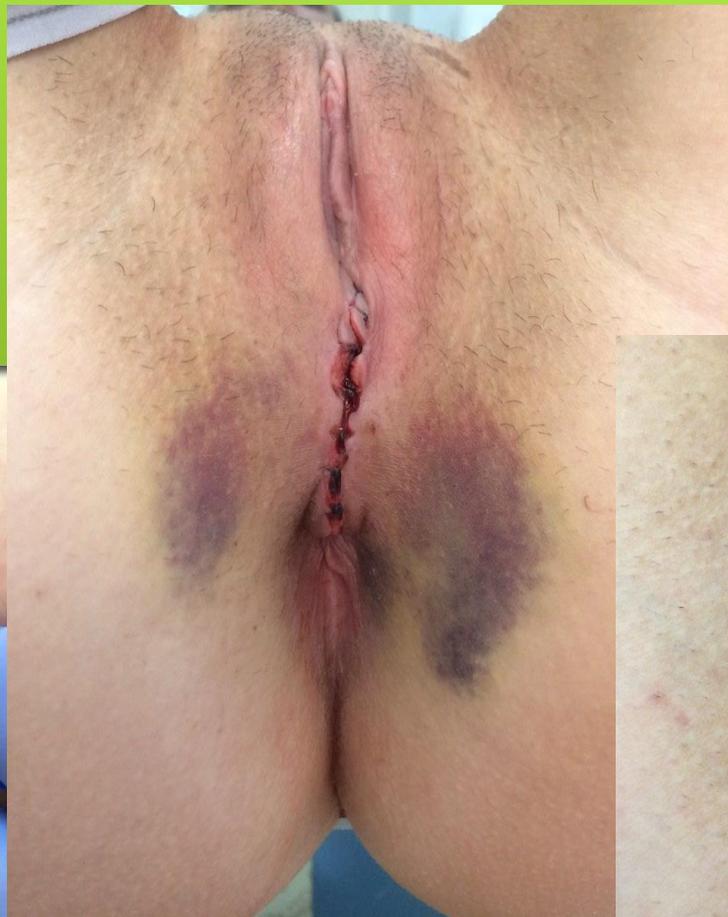
ЗАМЕЧАНИЯ

- 1. Недооценка степени разрыва промежности!**
- 2. Восстановление промежности производилось кетгутом!**
- 3. Согласно первичной медицинской документации не указан метод обезболивания при восстановлении промежности.**
- 4. Не исключается, что разрыв ушивала акушерка или врач-интерн (без контроля).**

Женщина была консультирована и оперирована в НОКБ им Н.А.Семашко.

Диагноз: Анальная инконтиненция, последствия родовой травмы промежности.

ПАЦИЕНТКА №3 ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



ВЫВОДЫ

1. Во всех случаях имеет место **недооценка степени разрыва промежности!** Или сокрытие факта разрыва большей степени!!!
2. Восстановление промежности производится **кетгутом**, что способствует неадекватной репарации тканей.
3. **Не проводится обезболивание** при восстановлении промежности.
4. Имеет место ушивание промежности **средним медицинским персоналом, что недопустимо!**
5. Не проводится наблюдение в позднем послеродовом периоде и диспансеризация женщин после акушерской травмы промежности.
6. Врачи хирурги, акушеры-гинекологи и даже проктологи **не владеют информацией** о тактике ведения пациенток с родовой травмой промежности и об оперативном лечении по восстановлению промежности и сфинктера прямой кишки на территории Нижегородской области.



спасибо за внимание