



# Родовой травматизм

Доцент Миклин О.П.  
Кафедра акушерства и  
гинекологии № 1.

# РОДЫ



# Материнская СМЕРТНОСТЬ

ВОЗ определяет понятие материнской смертности как смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после ее окончания независимо от причин, связанных с протеканием беременности или ее ведением, не связанных с несчастными случаями.

Вычисляется в абсолютных числах смертей беременных, рожениц или родильниц на 100000 родов живыми новорожденными



I. Смерть, непосредственно вызванная **акушерскими причинами**, т.е. наступившая вследствие акушерских осложнений беременности, родов, послеродового периода, а также в результате неправильной тактики лечения.

II. Смерть, **косвенно обусловленная акушерской причиной**, т.е. наступившая в результате существовавшей ранее болезни, прямым образом не связанная с беременностью или другими акушерскими причинами, но проявления которой были усилены физиологическими эффектами беременности.

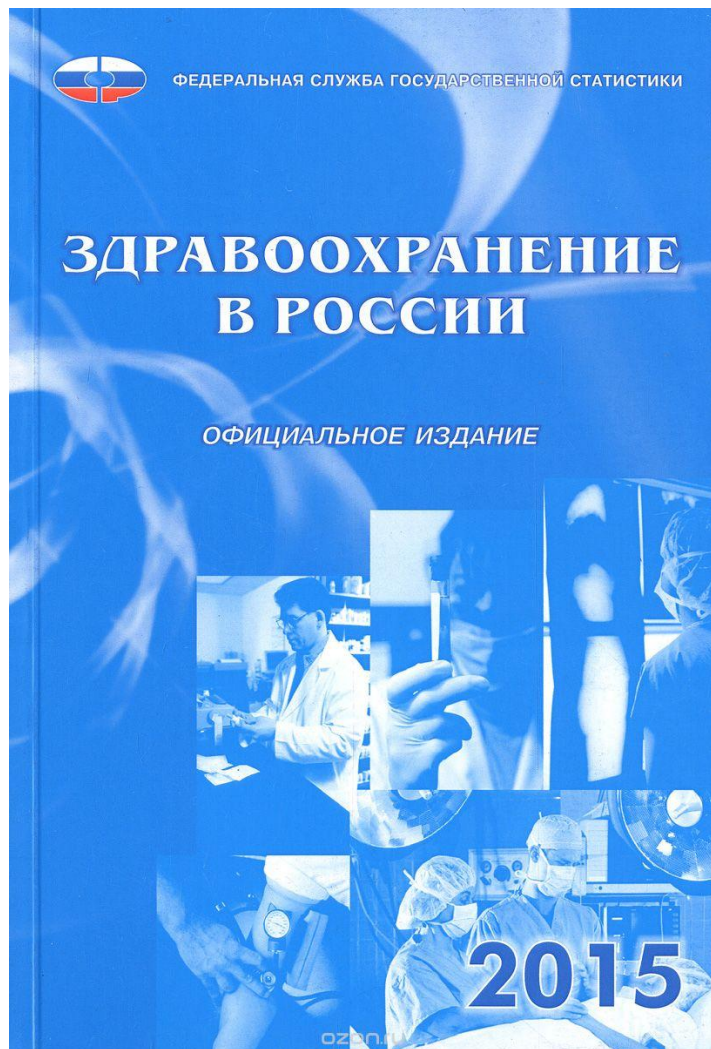
III. Случайная смерть, **не связанная с беременностью**, родами, послеродовым периодом или ее осложнениями и лечением.

- Уровень материнской смертности в России в 2016 году сократился на 18% по сравнению с предыдущим годом и достиг показателя в 8,3 случая на 100 тысяч родов, сообщила министр здравоохранения Вероника Скворцова.

## Материнская смертность







ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В  
РОССИИ 2015  
Статистический сборник



	Всего тыс чел			На 1000 тыс нас		
	род	умер	% прир	род	умер	% при
2005	1457,4	2303,9	-846,5	10,2	16,1	-5,9
2010	1788,9	2028,5	-239,6	12,5	14,2	-1,7
2011	1796,6	1925,7	-129,1	12,6	13,5	-0,9
2012	1902,1	1906,3	-4,2	13,3	13,3	-0,0
2013	1895,8	1871,8	24,0	13,2	13,0	0,2
2014	1942,7	1912,3	30,4	13,3	13,1	0,2

# Материнская смертность

	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Умерших от осложнений родов, беременности и послеродового периода	370	295	291	219	215	210
Разрыв матки до и после начала родов	57	44	7	1	8	5



# Осложнения в родах



Родовой травматизм  
может быть травматизмом  
матери и плода.



# РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ -ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Повреждение

- **мягких тканей** родового канала (наружных половых органов , влагалища, промежности),
- **шейки и тела матки**
- **костной основы** родового канала
- **мочевого пузыря и прямой кишки** произошедшие при патологическом течении родов, несвоевременном или неквалифицированном оказании медицинской помощи

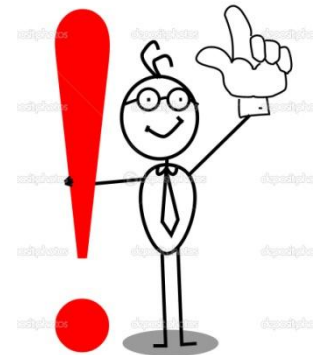


# Различают родовые травмы:

- Родовую травму
- Акушерскую травму.

## Выделяют:

- механические (связанные с перерастяжением тканей),
- морфологические (обусловленные гистопатическими изменениями в тканях)
- смешанные (механо-гистопатические) причины родового травматизма





- Приблизительно 20% родов осложняются травмами мягких тканей родового канала.
- Травмируются ткани вульвы, влагалища, промежности, шейки матки.
- Чаще разрывы мягких тканей возникают у первородящих.





- Частота родового травматизма тканей промежности 10,2-39.0 %
- частота родового травматизма шейки матки 32-90 %
- Кулаков В И Бутова Е А
- «Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей» 2003 г

## Родовой травматизм матери



# Классификация разрывов родовых путей

## ■ I. По локализации:

- 1) разрывы промежности
- 2) разрывы влагалища
- 3) гематомы наружных половых органов
- 4) разрывы шейки матки
- 5) разрыв матки
- 6) разрыв лонного сочленения
- 7) послеродовые свищи
- 8) выворот матки

## ■ II. По происхождению:

- 1) насильственные
- 2) самопроизвольные

## ■ III. По степени повреждения:

- 1) I, II, III степени (промежности, шейки матки)
- 2) поверхностные и глубокие (влагалища)

## ■ IV. По клиническому течению:

- 1) угрожающий разрыв
- 2) начавшийся разрыв
- 3) совершившийся разрыв



# Причины разрывов мягких родовых путей

1. Ригидность тканей
2. Высокая промежность и узкое влагалище
3. Крупный плод
4. Неблагоприятные вставления
5. Узкий таз
6. Стремительные роды
7. Ранний потужной период
8. Неправильное ведение периода изгнания

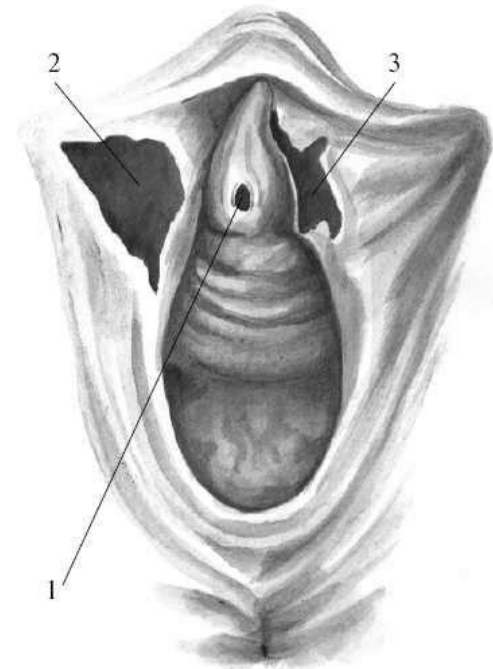


# Разрывы вульвы

— нарушение целостности мягких тканей вульвы в процессе изгнания плода.

## Классификация

- По причине:
  - самопроизвольные;
  - насильственные.
- По локализации:
  - разрыв малых половых губ;
  - разрыв в области преддверия влагалища;
  - разрыв в области клитора;
  - разрыв больших половых губ.



# Разрыв вульвы

## Этиология

- ограниченные возможности растяжения тканей,
- применение акушерских операций
- без всякой видимой внешней причины.

## Клиническая картина

При осмотре обнаруживают нарушение целостности мягких тканей родовых путей с кровотечением или без него.

## Диагностика

Диагноз ставят на основании непосредственного осмотра наружных половых органов.





# Лечение

- Поверхностные повреждения, не сопровождающиеся кровотечением, не требуют врачебного вмешательства.
- Нарушений целостности тканей, сопровождающиеся кровотечением, а также глубокие разрывы вульвы требуют хирургического лечения.

## Хирургическое лечение

- Методы обезболивания
  - Местная инфильтрационная анестезия.
  - Эпидуральная анестезия (если катетер был установлен в родах).



## Техника операции

- Целостность тканей восстанавливают (зашивают разрывы) отдельными или непрерывными кетгутowymi или тонкими викриловыми швами.
- При зашивании разрывов в области уретры в неё вводят металлический катетер и отдельные швы накладывают без захвата подлежащих тканей (опасность кровотечения из пещеристых тел).

**Осложнения** Расхождение швов, заживление вторичным натяжением, нагноение.

# Разрыв промежности

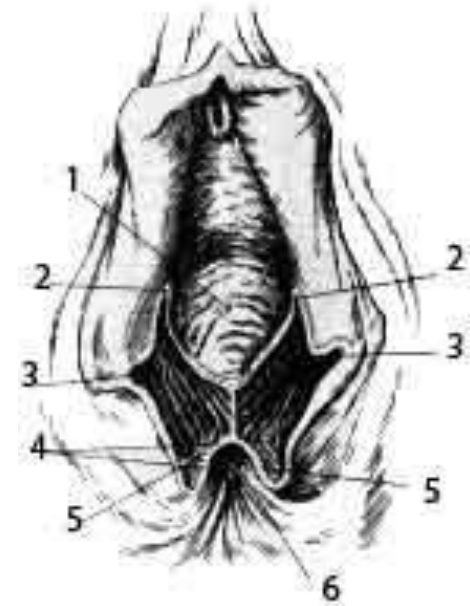
- **Разрыв промежности — нарушение целостности тканей промежности в процессе изгнания плода — наиболее часто встречающаяся родовая травма матери.**
- Даже незначительные разрывы промежности в дальнейшем predispose к формированию функциональной недостаточности мышц тазового дна, что приводит к опущению и выпадению тазовых органов.
- Разрывы промежности чаще встречаются у первородящих.
- Число разрывов промежности составляет 10–12%

# Разрыв промежности

## Классификация

По механизму возникновения:

- самопроизвольные;
- насильственные.



## По клиническому течению:

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



# Причины

- Предшествующие изменения в области промежности и наружных половых органов
- Генитального или общего инфантилизма,
- ригидности у пожилых первородящих,
- при рубцовых сужениях после предшествующих разрывов.





# ПРИЧИНЫ

- Быстрое прохождение головки через вульварное кольцо.
- Акушерские операции (применение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, ручных пособий при тазовом предлежании плода), предполагающие быстрое извлечение плода, проводят с предварительным рассечением промежности (эпизиотомия).
- Продолжение раны от эпизиотомии в разрыв промежности.



# По степени

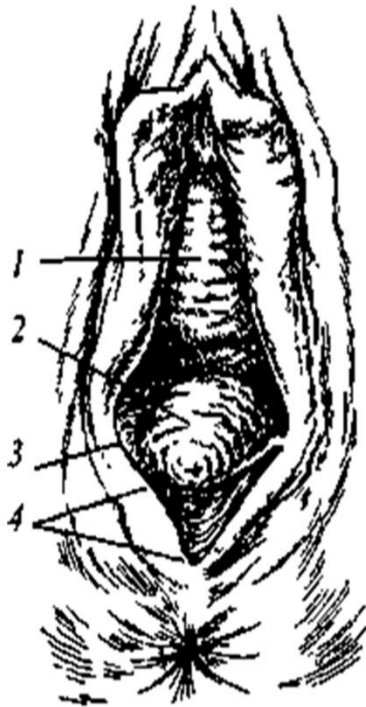
## повреждения тканей:

- **разрыв I степени** — повреждается задняя спайка больших половых губ, часть задней стенки влагалища и кожа промежности без повреждения мышц;
- **разрыв II степени** — помимо задней спайки и кожи промежности повреждается сухожильный центр промежности и идущие к нему луковично-губчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности [сухожильный центр промежности (*centrum perinei*) расположен в центре акушерской промежности — посередине между задней спайкой губ и наружным отверстием прямой кишки — в этом месте сходятся мышцы и фасции всех трёх этажей тазового дна];

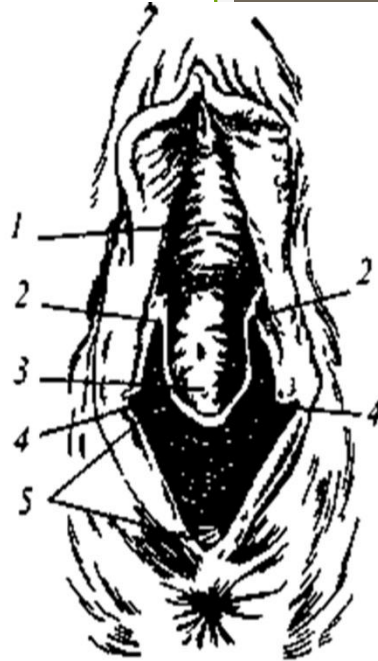
# По степени

## повреждения тканей:

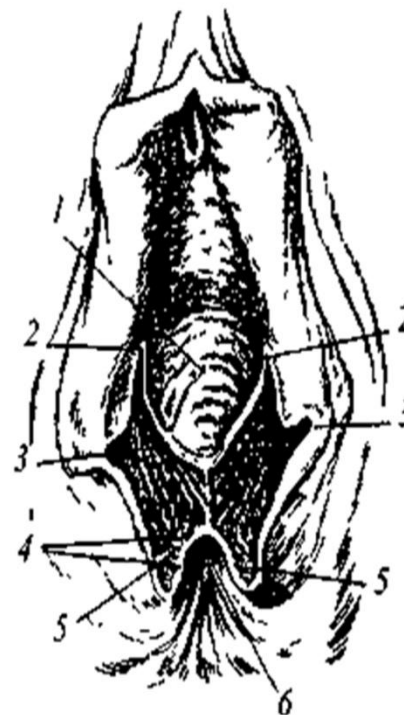
- ▣ **разрыв III степени** — кроме кожи, фасций и упомянутых выше трёх мышц, надрывается или разрывается наружный сфинктер заднего прохода (*m. sphincter ani externus*) без повреждения стенки прямой кишки (неполный разрыв III степени);
- ▣ **разрыв IV степени** — нарушение целостности наружного сфинктера заднего прохода с повреждением стенки прямой кишки (полный разрыв III степени)



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



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



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

## Механизм разрыва промежности (последовательность изменений):

- в результате сжатия венозного сплетения нарушается отток крови;
- появляется цианоз кожи промежности (венозный застой), отёк кожи (пропотевание жидкой части крови из сосудов в ткани);
- за счёт сжатия артерий появляется своеобразный блеск и бледность кожи;
- снижается прочность тканей в силу нарушения обменных процессов;
- происходит разрыв тканей промежности.





# Клиническая картина

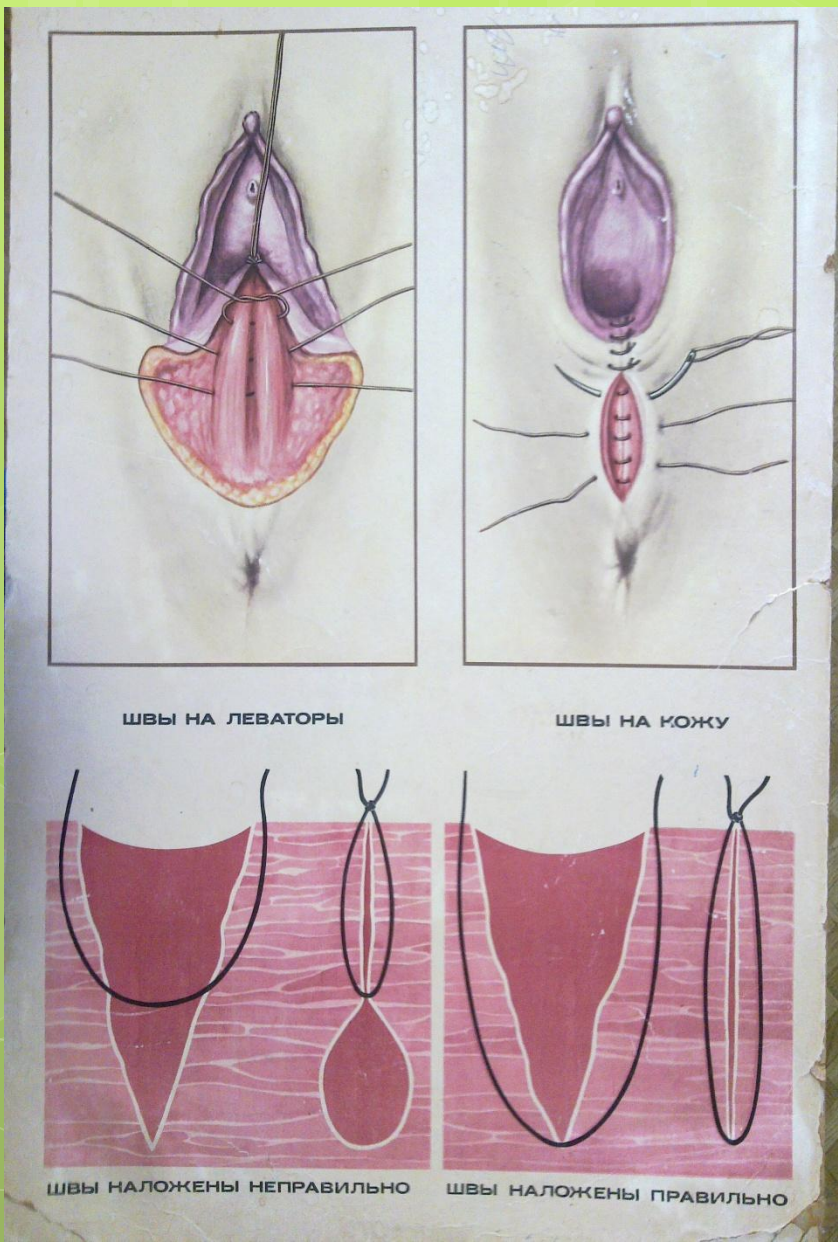
- выпячивание промежности;
- цианоз;
- отёк;
- побледнение.



# Диагностика и лечение

- Выявляются при визуальном осмотре родовых путей.
- При подозрении на разрыв промежности III–IV степени необходимо ввести палец в прямую кишку. Ненарушенный сфинктер создаёт сопротивление при введении пальца в прямую кишку. Разрыв стенки кишки легко определяется по специфическому виду вывернутой слизистой кишки.
- **Лечение** Любой разрыв промежности должен быть зашит, необходимо максимально точно восстановить нормальные анатомические отношения- перинеорафия. Лечение всех разрывов заключается в восстановлении целостности повреждённых тканей путём наложения швов. Лечение проводят после рождения последа.
- Вследствие частого продления перинеотомии (срединной эпизиотомии) в разрыв промежности III степени, этот метод перестали применять.





Ушивание  
разрыва 2  
степени.



# Профилактика

□ Профилактика:

1) эпизиотомия

2) рациональное ведение родов

## РАССЕЧЕНИЕ ПРОМЕЖНОСТИ



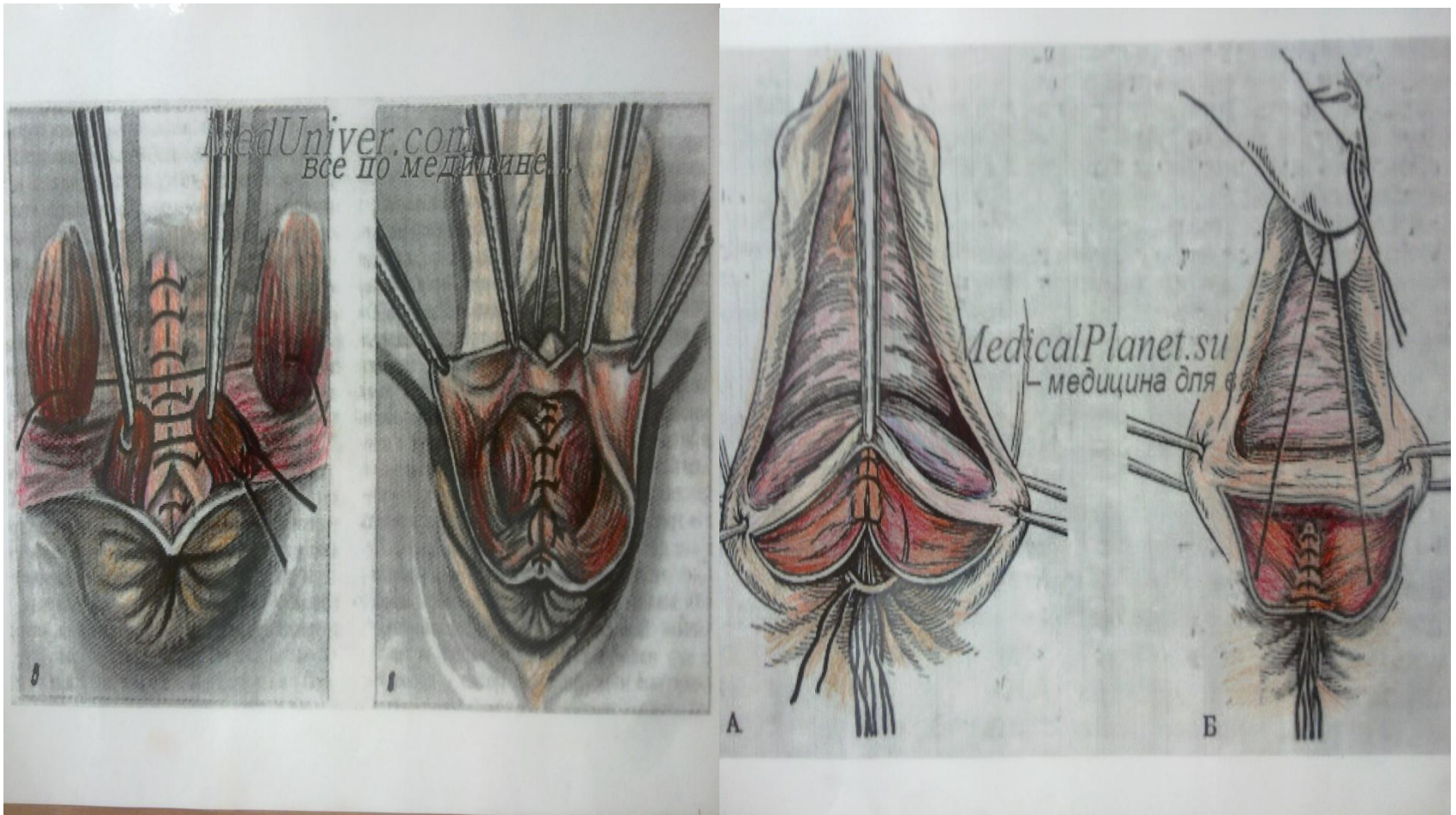
ПЕРИНЕОТОМИЯ



ЭПИЗИОТОМИЯ

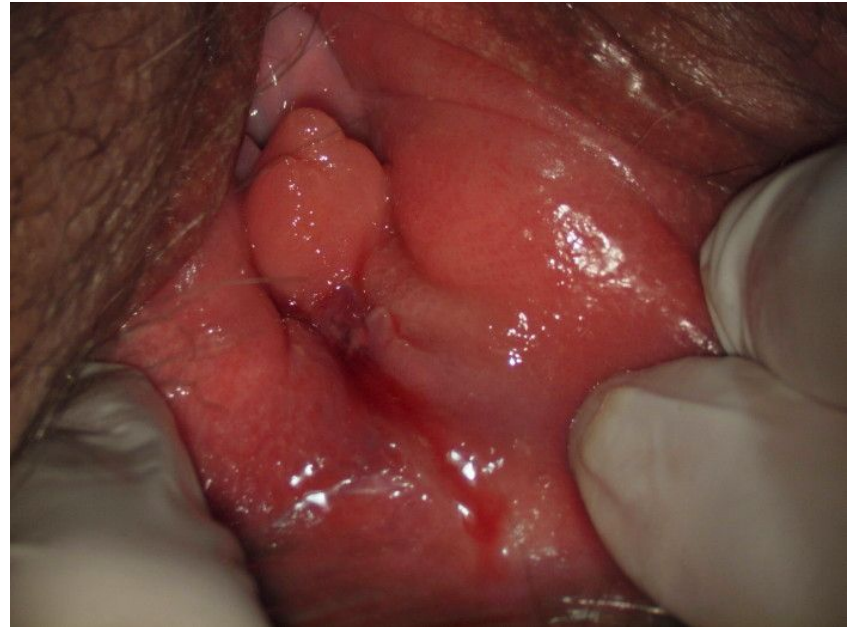


# Ушивание разрыва 3 степени.



# Разрыв влагалища

- — нарушение целостности влагалища в процессе изгнания плода.



# Классификация

## □ По причине:

- самопроизвольные;
- насильственные.

## □ По локализации:

- разрывы задней, передней, боковых стенок влагалища;
- разрывы нижней, средней и верхней частей влагалища.





# Этиология разрыва влагалища

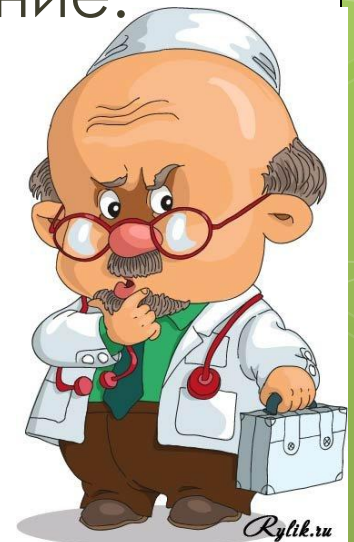
- Разрывы влагалища возникают при недостаточной растяжимости его стенок, инфантилизме, оперативных родах, разгибательных предлежаниях, крупной головке плода, затяжных родах.
- Отрывы сводов влагалища могут возникнуть самопроизвольно (чаще) или в результате акушерских вмешательств.



# Клиническая картина

- Разрывы влагалища чаще продольные,
- реже — поперечные, иногда проникают довольно глубоко в околовлагалищную клетчатку;
- в редких случаях они захватывают и стенку кишечника.
- Признаком разрывов служит кровотечение.

**Диагностика:** Разрывы влагалища обнаруживают при осмотре мягких тканей родовых путей при помощи зеркал.



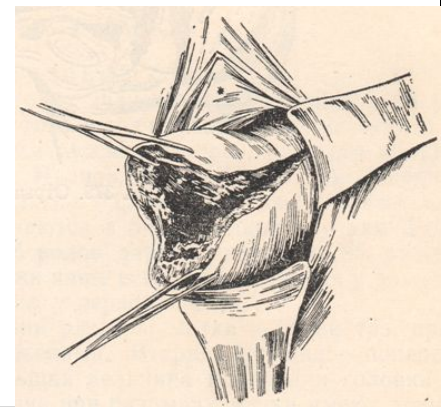
# Лечение разрыва влагалища

- **Нарушение целостности стенок влагалища требует хирургического лечения.**
- Методы обезболивания
  - Местная инфильтрационная анестезия.
  - Эпидуральная анестезия (если катетер был установлен в родах).
  - Внутривенный наркоз по показаниям (например, при глубоких разрывах влагалища).



# Разрывы шейки матки

- **Разрывом шейки матки называют** нарушение её целостности вследствие повреждений при родовом акте.
- Края зева матки ко времени прохождения головки плода сильно истончены, а поэтому нередко рвутся.
- Частота разрывов шейки матки в родах встречается у 32,9–90,0% женщин.



# Классификация

По механизму повреждения различают:

- самопроизвольные
- насильственные разрывы шейки матки.



3 степени разрыва шейки матки в зависимости от глубины:

- I степень — разрыв с одной или двух сторон не более 2 см;
- II степень — разрыв более 2 см, но на 1 см не достигающий свода влагалища;
- III степень — разрыв, достигающий до свода влагалища или переходящий на него.

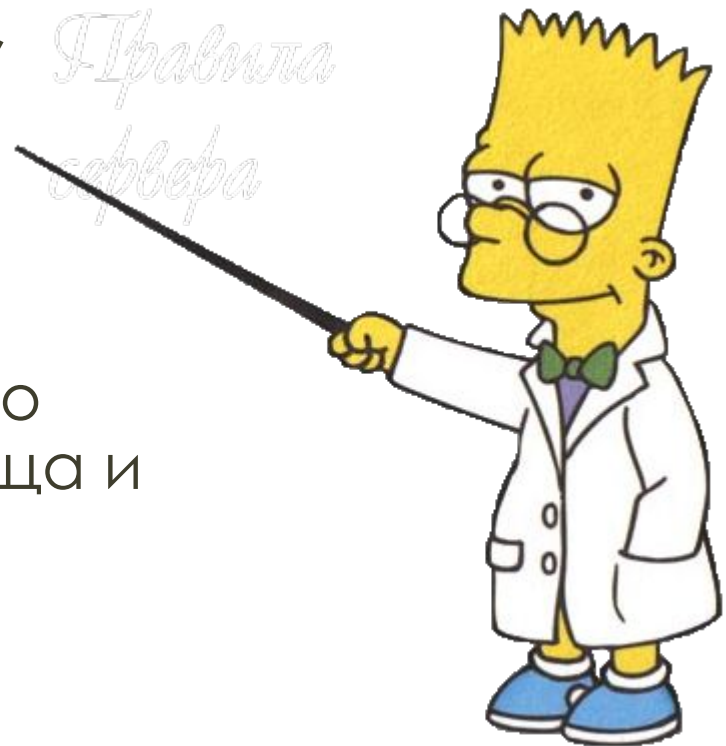
# ЭТИОЛОГИЯ

- ригидность шейки матки (особенно у первородящих старше 30 лет);
- чрезмерное растяжение краёв зева (крупный плод, разгибательные положения плода);
- быстрые роды;
- длительное сдавление шейки матки при узком тазе, ведущее к нарушению питания тканей.
- Ятрогенные разрывы



# Диагностика

- Единственный признак разрыва шейки матки! — кровотечение.
- Иногда значительные разрывы шейки протекают бессимптомно и только потом проявляются воспалением параметрия, цервикального канала, а в дальнейшем — невынашиванием и др.
- **Инструментальные исследования.** Необходимо выполнить осмотр влагалища и шейки матки с помощью широких зеркал и мягких зажимов.





# лечение

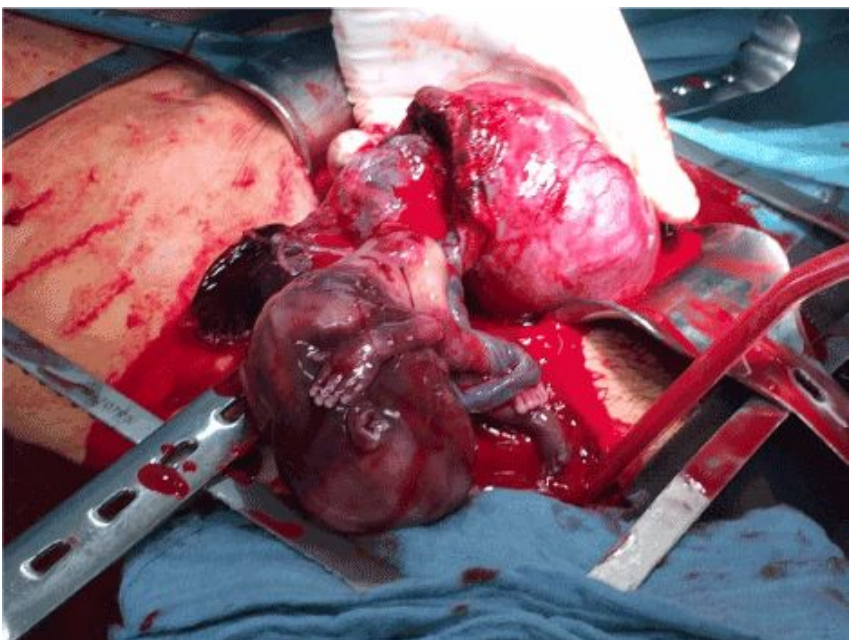
- ▣ **Разрыв шейки матки III степени** — прямое показание к контрольному ручному обследованию стенок полости матки для исключения перехода разрыва на нижний сегмент матки.
- ▣ **Хирургическое лечение**
- ▣ **Методы обезболивания** При разрывах шейки матки II–III степени родильнице проводят общее обезболивание



# Гематомы наружных половых органов и влагалища

- **Причины:** длительный или быстрый период изгнания
- **Клиника:** 1) сине-багровая опухоль в области наружных половых органов  
2) чувство давления(распирания),резкая боль в области вульвы или влагалища  
3) при прогрессирующих гематомах – клиника геморрагического шока
- **Диагностика:** осмотр наружных половых органов и влагалища, пальцевое влагалищное исследование
- **Лечение:** при больших и прогрессирующих гематомах – вскрытие и лигирование кровоточащего сосуда, ушивание
- **Профилактика:** рациональное ведение потужного периода

# Разрыв матки

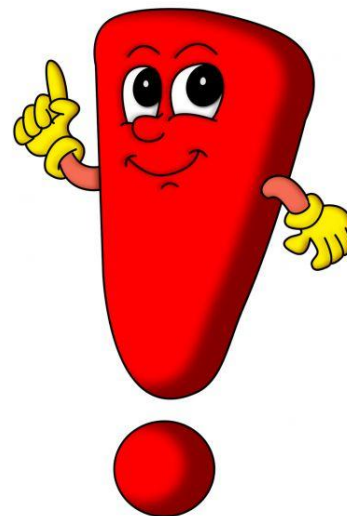


тяжелейшее  
осложнение  
беременности и  
родов.



## Разрывы матки — нарушение ее целостности во время беременности или в родах.

- По данным различных авторов, число случаев разрывов матки составляет 0,1—0,005 % от общего числа родов.
- Разрывы матки при беременности возникают значительно реже, чем во время родов, и составляют 9,1 % от всех разрывов. Особенно редко они встречаются в первой половине беременности.
- Материнская летальность и перинатальная смертность при этом осложнении беременности и родов чрезвычайно высоки и составляют соответственно 3—4 и 40 %.



# Классификация (Персианинов Л.С., 1964 г.)

## □ I. По времени происхождения:

- 1) разрывы во время беременности;
- 2) разрывы во время родов.

## □ II. По патогенетическому признаку:

### 1. Самопроизвольные разрывы матки (возникающие без каких-либо вмешательств извне):

- а) механические (при наличии механического препятствия для рождения плода);
- б) гистопатические (при патологических изменениях маточной стенки);
- в) механогистопатические

### 2. Насильственные разрывы матки:

- а) травматические (от грубого вмешательства во время родов или во время беременности и родов от случайной травмы);
- б) смешанные (от внешнего воздействия при наличии перерастяжения нижнего сегмента).



# Классификация (Персианинов Л.С., 1964)

## г.) продолжение

- **III. По клиническому течению:** 1) угрожающий разрыв; 2) начавшийся разрыв; 3) совершившийся разрыв.
- **IV. По характеру повреждения:**
  - 1) трещина (надрыв);
  - 2) неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость, захватывающий только слизистую оболочку и мышечный слой);
  - 3) полный разрыв — проникающий в брюшную полость, захватывает все мышечные слои. Полные разрывы встречаются в 9—10 раз чаще, чем неполные.
- **V. По локализации:** 1) разрыв в дне матки; 2) разрыв в теле матки; 3) разрыв в нижнем сегменте; 4) отрыв матки от сводов влагалища.

*Наиболее часто встречаются разрывы матки в нижнем сегменте, по передней или боковой ее поверхности. Разрывы в теле и в дне матки, как правило, происходят в области старого рубца после ранее перенесенного оперативного вмешательства.*



# Классификация причин разрывов беременной матки по J. PRITCHARD и P. McDONALD

Повреждения матки до настоящей беременности.

- Хирургическое вмешательство
- кесарево сечение,
- восстановленный в прошлом разрыв матки,
- миомэктомия с рассечением матки вплоть до эндометрия или со вскрытием эндометрия,
- глубокая резекция маточного угла с целью удаления интерстициального отдела трубы,
- эксцизия маточной перегородки (метропластика).

- Случайная травма матки:
- инструментальный аборт (зондирование, кюретаж или использование других инструментов),
- острая или тупая травма (несчастный случай, ранение),
- разрыв при прошлой беременности.



# Классификация причин разрывов беременной матки по J. PRITCHARD и P. McDONALD

- 2. Повреждение матки в течение настоящей беременности, перед родами:
- □ постоянные, сильные маточные сокращения,
- □ введение окситоцина или простагландинов,
- □ интраамниальное введение гипертонического раствора,
- □ перфорация мониторным катетером, наружная травма, острая или тупая,
- □ перерастяжение матки (многоводие, многоплодие).

- 3. Во время родов:
- □ внутренний поворот плода, щипцы,
- □ извлечение за тазовый конец, аномалии плода, сопровождающиеся сильным растяжением нижнего сегмента,
- □ сильное давление на дно матки,
- □ осложненная операция ручного отделения плаценты.

# Классификация причин разрывов беременной матки по J. PRITCHARD и P. McDONALD

## 4. Маточные дефекты, не обязательно связанные с травмой

- Врожденные:
- беременность в инфантильной матке или маточном роге

- Приобретенные:
- плацента increta or percreta,
- инвазивный пузырный занос и хорионэпителиома,
- аденомиоз,
- истончение прочно ретровертированной матк

# ЭТИОЛОГИЯ

## □ Гистопатические изменения миометрия

Н.З.Иванов (1901), а за ним Я.Ф. Вербов (1911) установили, что основными причинами разрывов матки в родах являются глубокие патологические процессы в мускулатуре последней — воспалительные, дегенеративные, возникающие до и во время беременности или даже во время текущих родов



# ЭТИОЛОГИЯ

- Гистопатические изменения миометрия (продолжение)
- При значительном расширении показаний к операции кесарево сечение наличие рубца на матке имеет особое значение.
- Частота разрывов матки по рубцу в родах достигает 3,4%, перинатальная смертность — 2,8–4,7%.



# Оценка состояния рубца на матке во время беременности

- Практически единственный метод исследования состояния рубца на матке во время беременности — ультразвуковое исследование (per vag), наиболее информативное после 35 нед беременности.
- **К несостоятельным относят рубцы:**
- общей толщиной менее 5 мм
- с отдельными участками истончения до 3 мм и меньше;
- гетерогенные, с большим количеством акустических уплотнений (свидетельствует о разрастании соединительной ткани в толще передней стенки нижнего сегмента матки).

# ЭТИОЛОГИЯ

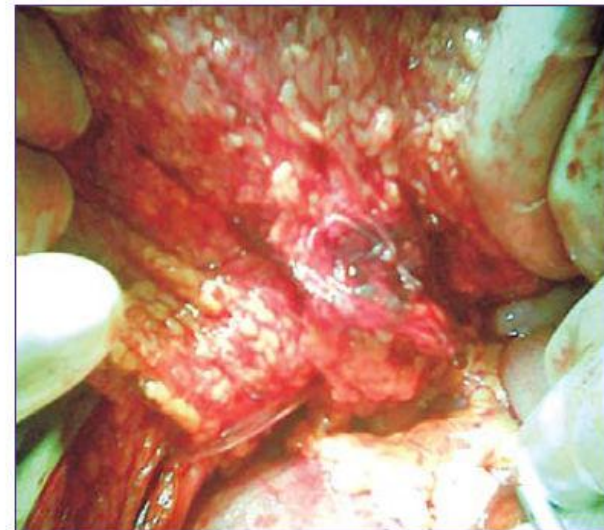
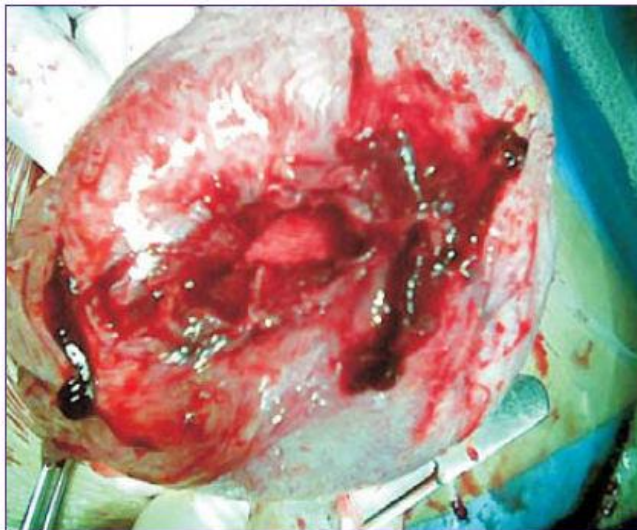
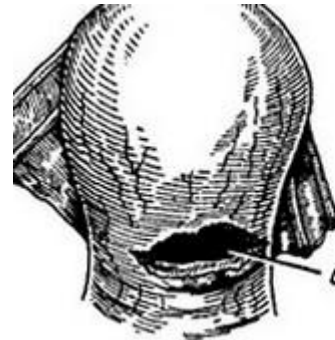
Современными акушерами признаются следующие этиопатогенетические факторы разрыва матки во время беременности и родов:



- механические препятствия рождению плода,
- гистопатические изменения миометрия,
- насильственный фактор при родоразрешающих операциях,
- сочетание перечисленных факторов.



# Клиническая картина



а

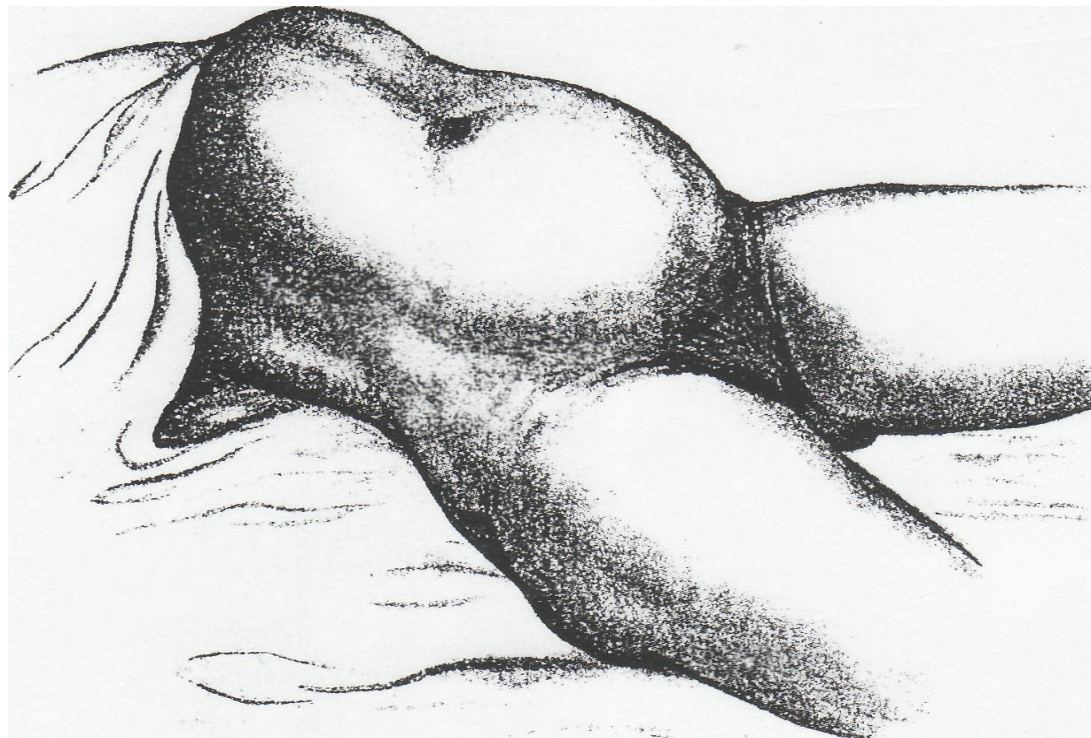
б

Рис. 2. Беременность 36 нед. Разрыв матки: а – место разрыва; б – участок отечного сальника, прилежавшего к месту разрыва матки

Угрожающий разрыв матки.

Перерастяжение нижнего сегмента.

Высокое расположение контракционного кольца



# Угрожающий разрыв

## Симптомы угрожающего разрыва матки:

- болезненные схватки, вызывающие беспокойство у роженицы, даже при объективно слабых сокращениях матки;
- появление непроизвольных безрезультатных потуг при высоко стоящей головке плода;
- наличие выпячивания или припухлости над лоном вследствие отёка околопузырной клетчатки, перерастяжение мочевого пузыря, затруднённое мочеиспускание.
- Болезненность внизу живота, чрезмерным растяжением и напряжением нижнего сегмента, наличие высоко стоящего контракционного кольца, имеющего косое направление, облегчают диагноз угрожающего разрыва матки.

**ВНИМАНИЕ  
СТУДЕНТ!**

# Начавшийся разрыв матки

**ВНИМАНИЕ  
СТУДЕНТ!**

К симптомам угрожающего разрыва присоединяются новые:

- схватки становятся резко болезненными и принимают судорожный характер;
- из родовых путей появляются кровянистые выделения;
- припухлость над лоном увеличивается;
- в моче обнаруживается кровь;
- сердцебиение плода становится приглушённым;
- появляются активные движения плода;
- околоплодные воды окрашиваются меконием.
- В этих условиях может произойти внезапная смерть плода.



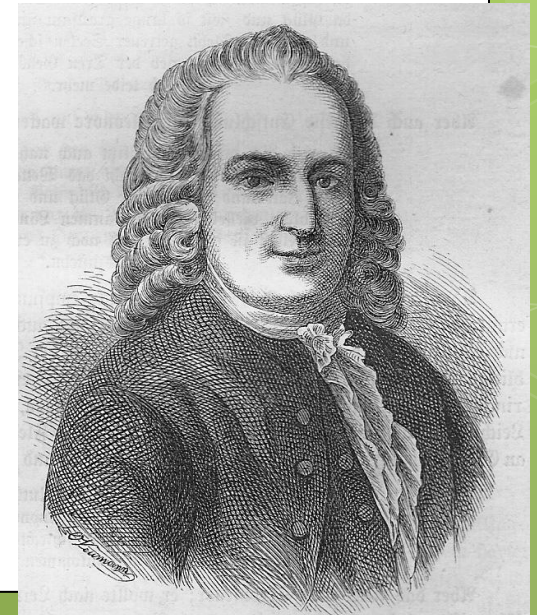
# Свершившийся разрыв матки

**ВНИМАНИЕ  
СТУДЕНТ!**

- Сильная внезапная режущая боль.
- Родовая деятельность прекращается, роженица становится апатичной,
- Появляются симптомы внутреннего кровотечения и раздражения брюшины.
- Возникает кровотечение из влагалища.
- Плод погибает.
- Через переднюю брюшную стенку легко пальпируются мелкие части плода, живот роженицы приобретает неправильную форму.
- При влагалищном исследовании предлежащая часть отодвигается кверху и становится подвижной.
- Вследствие венозного полнокровия слизистой оболочки мочевого пузыря или повреждения его стенки в моче появляется примесь крови.
- При полном разрыве матки в брюшной полости при перкуссии определяется свободная жидкость.

Свершившийся разрыв матки,  
«...характеризуется  
наступлением зловещей  
тишины в родильном зале  
после многочасовых криков и  
беспокойного  
поведения роженицы»

Г Гентер



# Свершившийся разрыв матки





# Симптомы разрыва матки по рубцу во время беременности

- При угрожающем разрыве матки по рубцу появляются боли в эпигастрии и/или поясничной области, тошнота, возможна рвота, затем боли ощущаются внизу живота.
- При начавшемся разрыве во время беременности появляются:
  - постоянное повышение тонуса матки;
  - признаки гипоксии плода;
  - болезненность матки при пальпации;
  - кровяные выделения из половых путей;
  - головокружение и слабость.
- При совершившемся разрыве матки по рубцу во время беременности к клинической картине угрожающего и начавшегося разрывов присоединяются симптомы болевого и геморрагического шока.



# Симптомы разрыва матки по рубцу во время родов

- **Симптомы угрожающего разрыва:**
- возникают тошнота, рвота, боли в эпигастральной области. Болезненность схваток не соответствует их силе. Характерны беспокойное поведение роженицы, сочетающееся со слабой родовой деятельностью; задержка продвижения плода при полном раскрытии шейки матки.
- **Клиника начавшегося разрыва** наличие гематомы в области рубцовой ткани.
  - Появляются боли в области рубца,
  - гипертонус матки,
  - признаки острой гипоксии плода.
  - Могут появиться кровяные выделения из половых путей особенно на фоне ослабления или прекращения схваток.
- Симптомы **свершившегося разрыва** матки при морфологически изменённой матке развиваются более постепенно и не так ярко выражены.





Неполный разрыв  
матки с  
образованием  
гематомы



# Дифференциальная диагностика

- во время беременности с
- Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты,
  - кишечной непроходимостью,
  - почечной коликой,
  - острым аппендицитом.

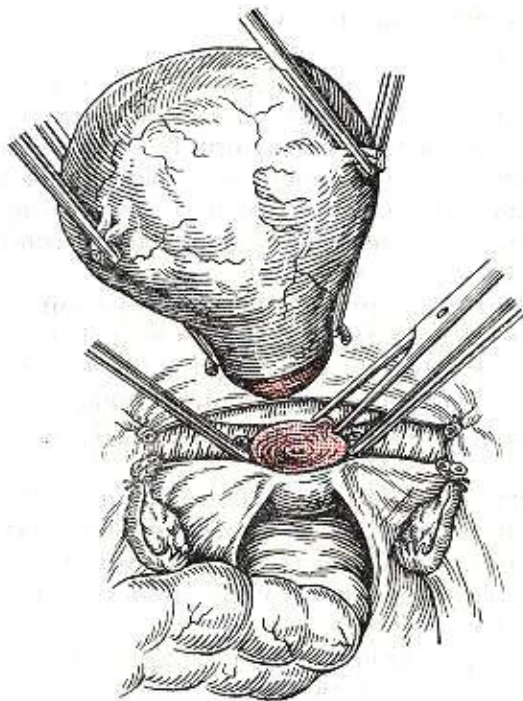


# ТАКТИКА

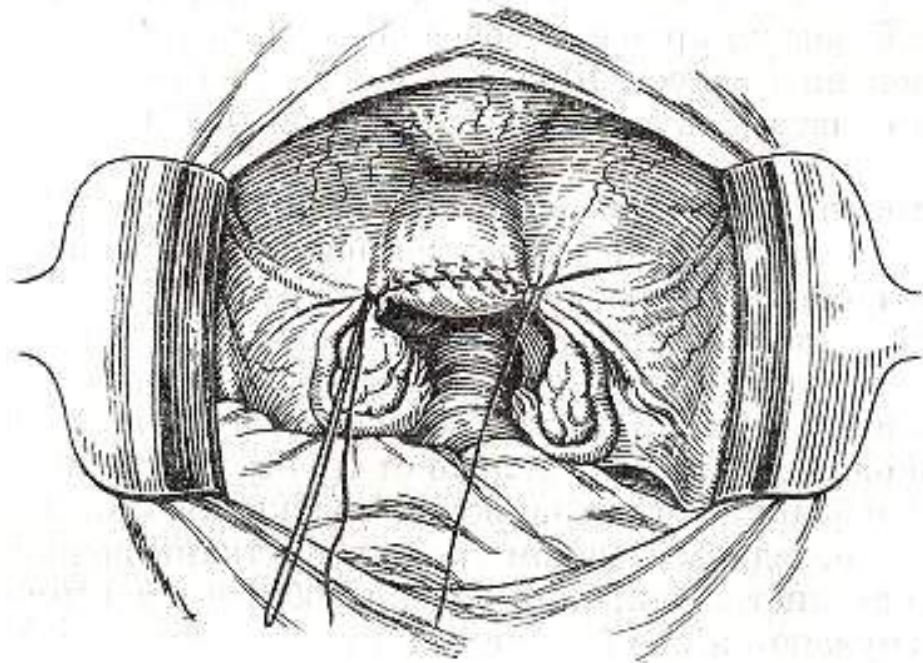
- Объем помощи зависит от стадии!.
- Оперативное вмешательство при **угрожающем и начавшемся разрывах** – наркоз и КС.
- **Свершившийся разрыв**: наркоз, ниже-срединная лапаротомия, извлечение плода из брюшной полости, далее в зависимости от ситуации в брюшной полости. Оптимальный вариант – органосохраняющая операция – ушивание разрыва. Если это невозможно – надвлагалищная ампутация матки
- При ДВС-шоке – экстирпация матки .
- Инфузионно-трансфузионная терапия.
- Лечение и профилактика ДВС.



# Надвлагалищная ампутация матки

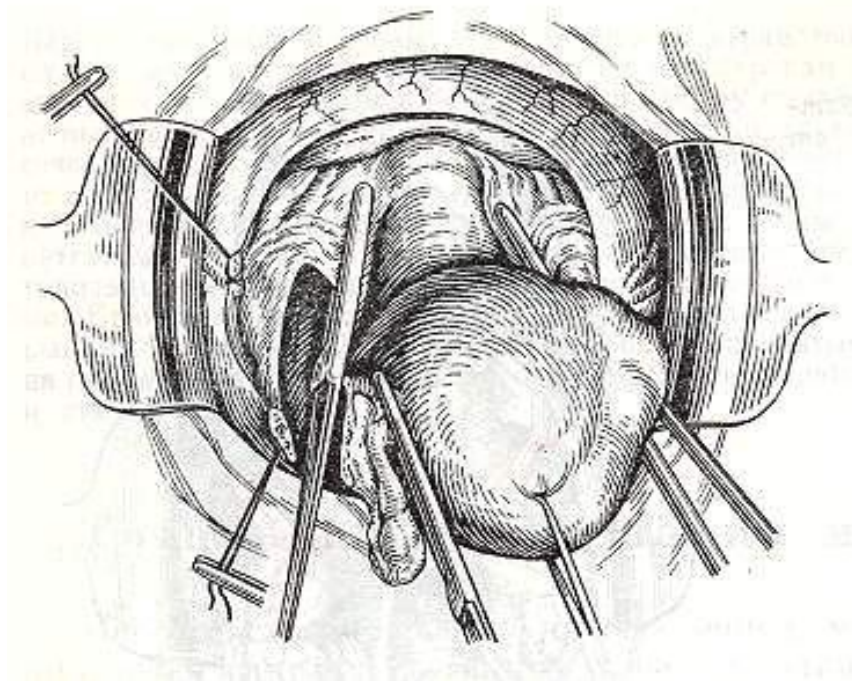


**Отсечение тела матки  
от шейки матки**

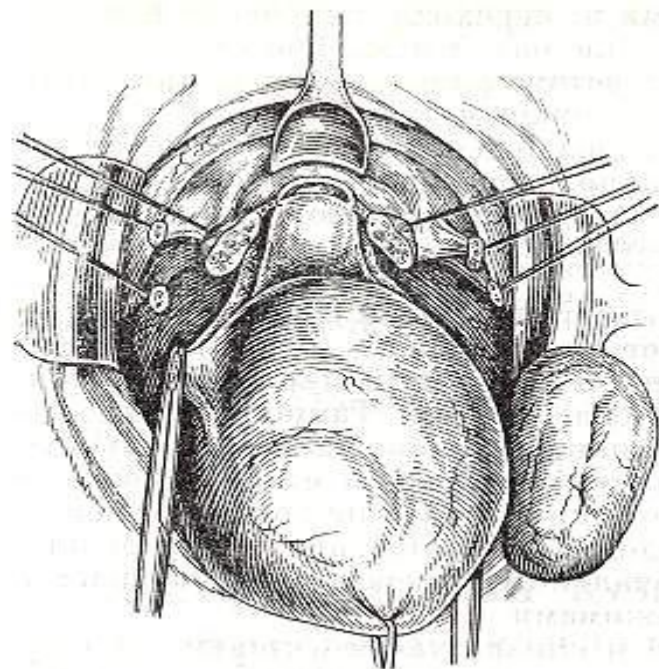


**Перитонизация**

# Экстирпация матки



**Наложение зажима  
вдоль шейки матки**



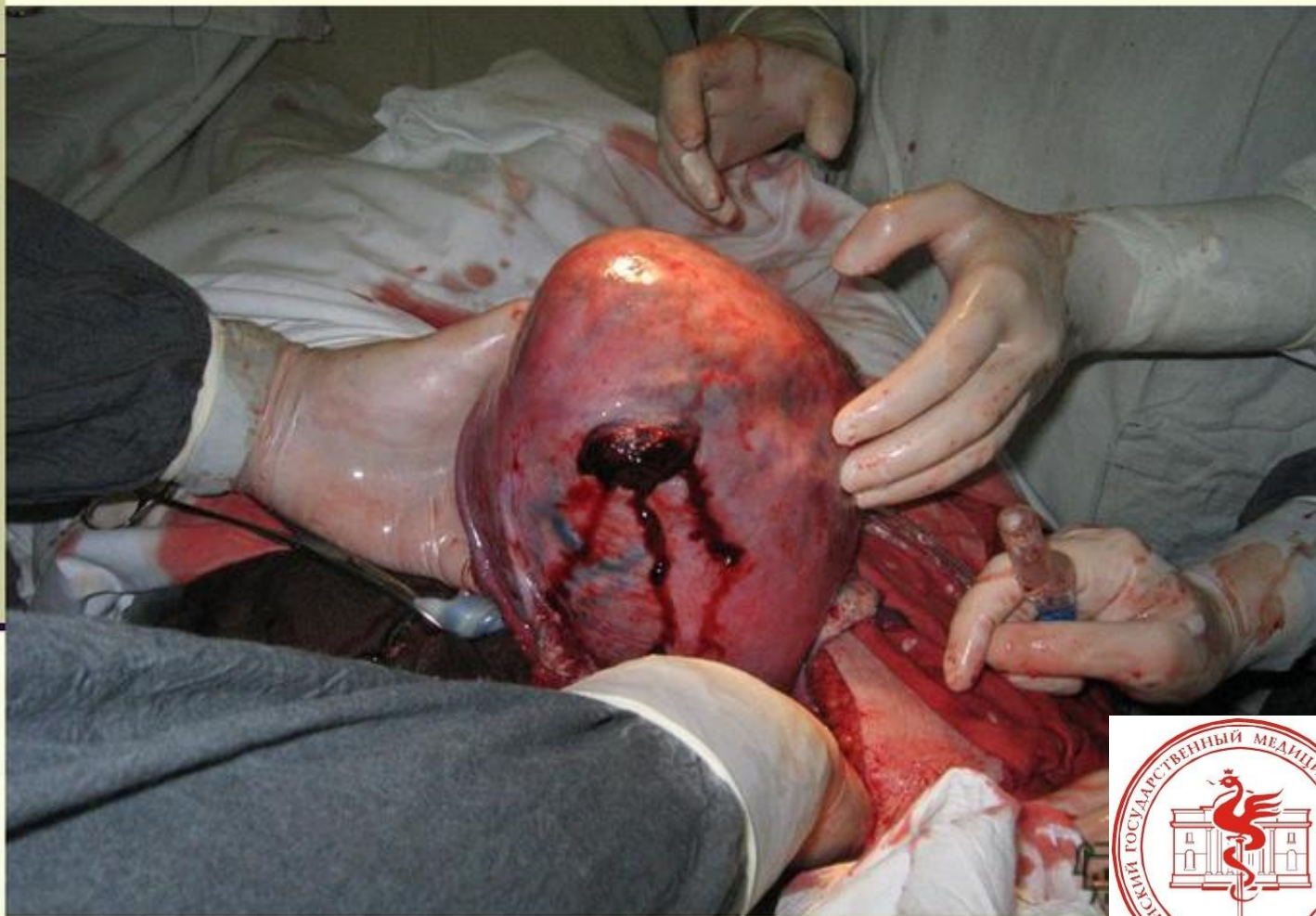
**Вскрытие переднего  
свода влагалища**



# Риск разрыва матки у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения (American College of Obstetricians and Gynecologists)

Разрез на матке при предыдущей операции	Разрыв матки (%)
Корпоральное кесарево сечение	4 - 9
T-образный рубец на матке	4 - 9
Истмико-корпоральное кесарево сечение	1 - 7
Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте	0,2 - 1,5

# Гистиопатический разрыв матки

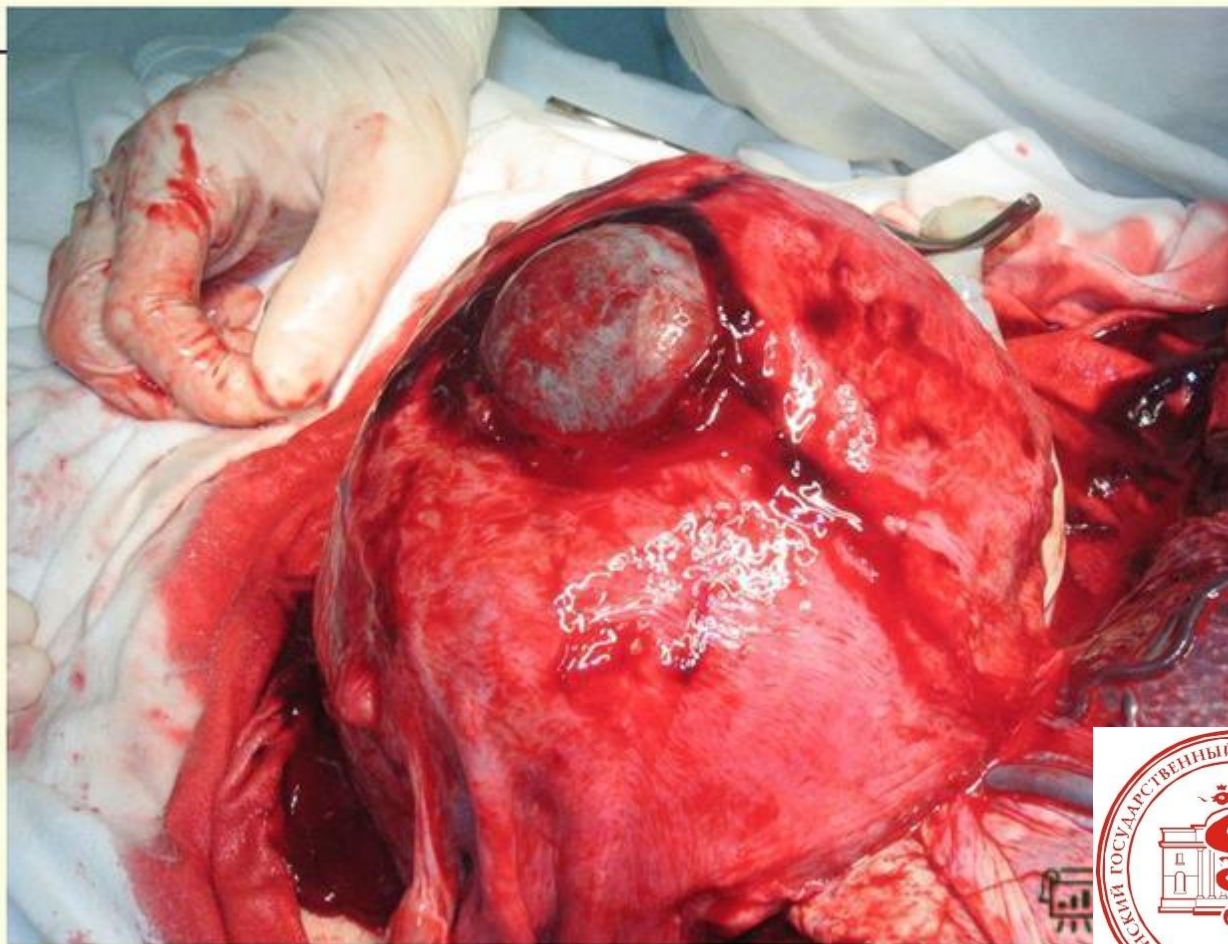


# Гистиопатический разрыв матки

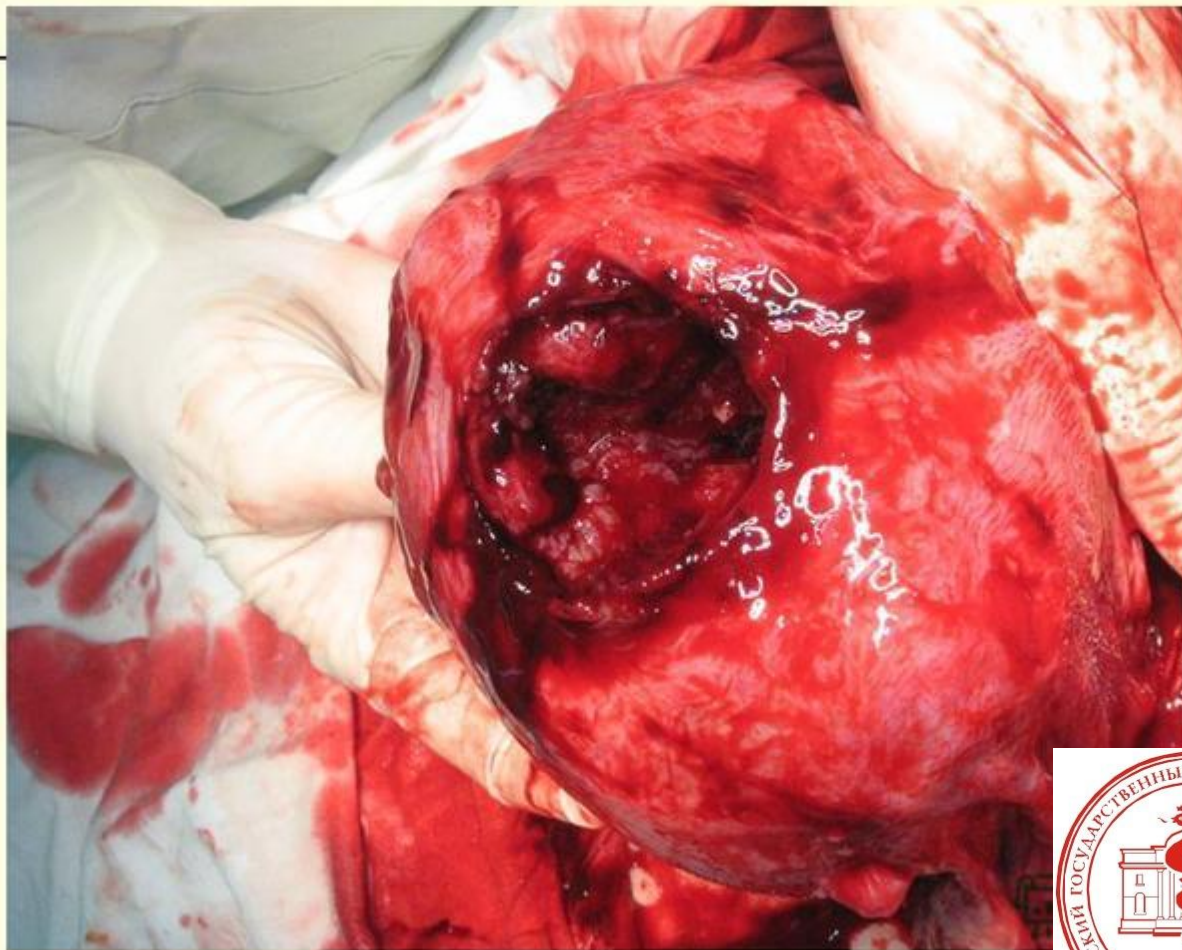




## Гистиопатический разрыв матки

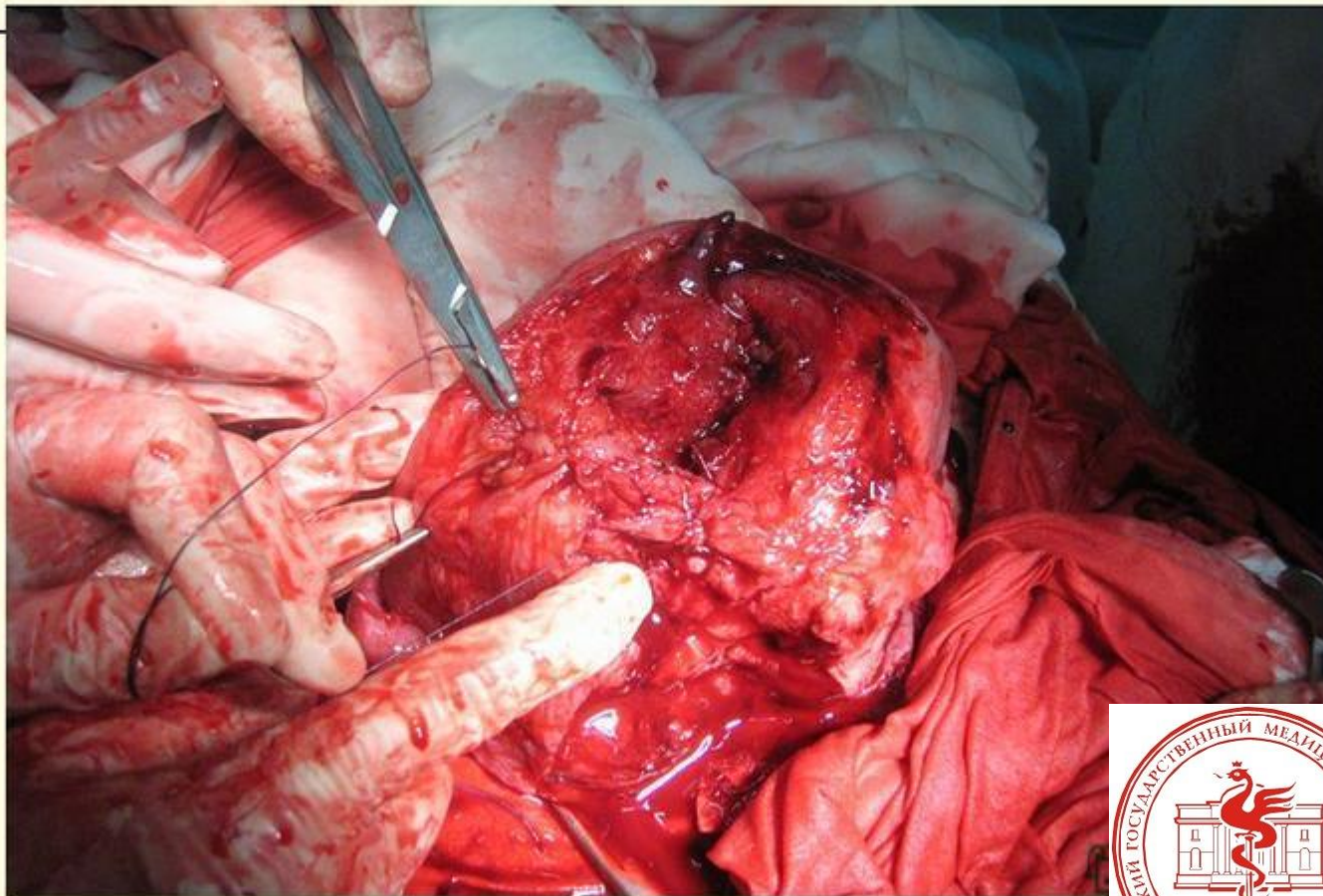


## Гистиопатический разрыв матки

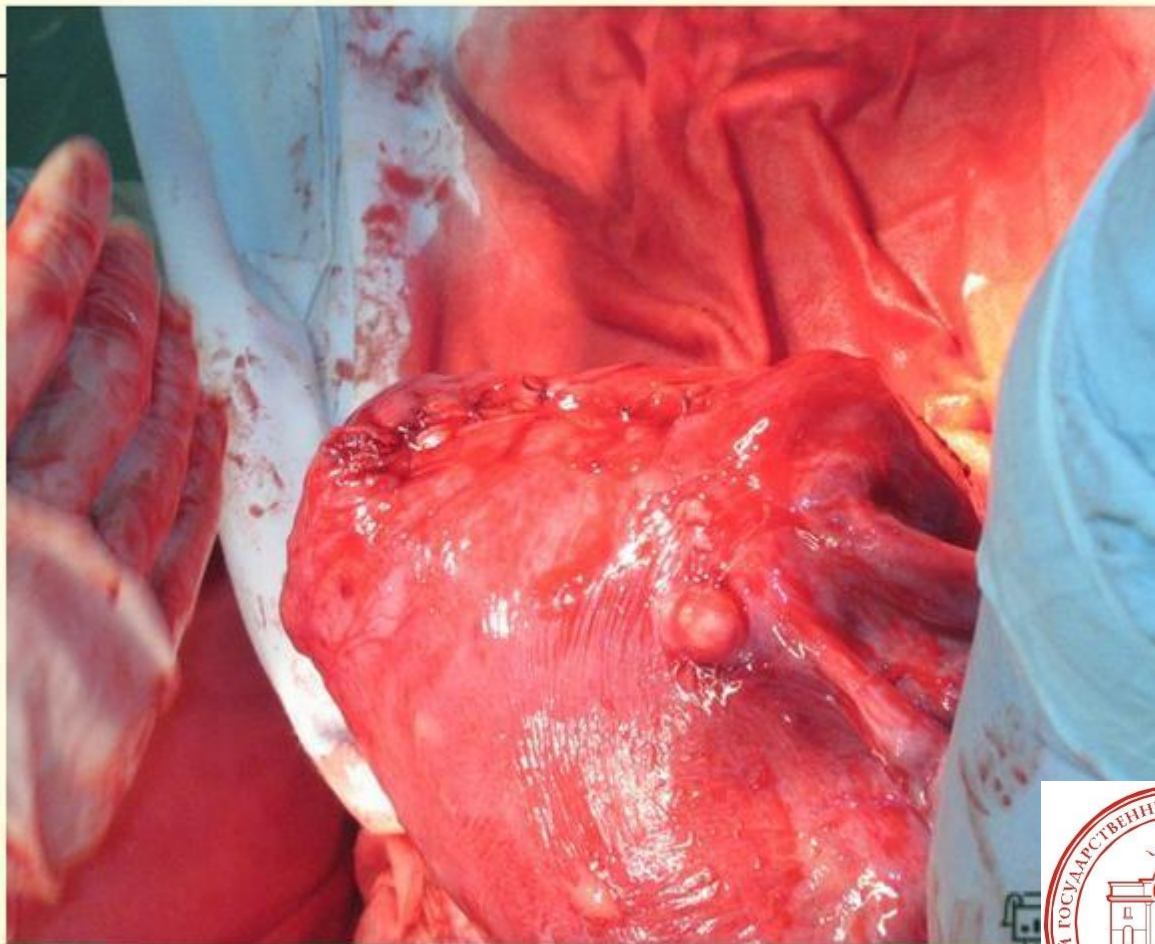




## Гистиопатический разрыв матки



## Гистиопатический разрыв матки





## Механический разрыв матки

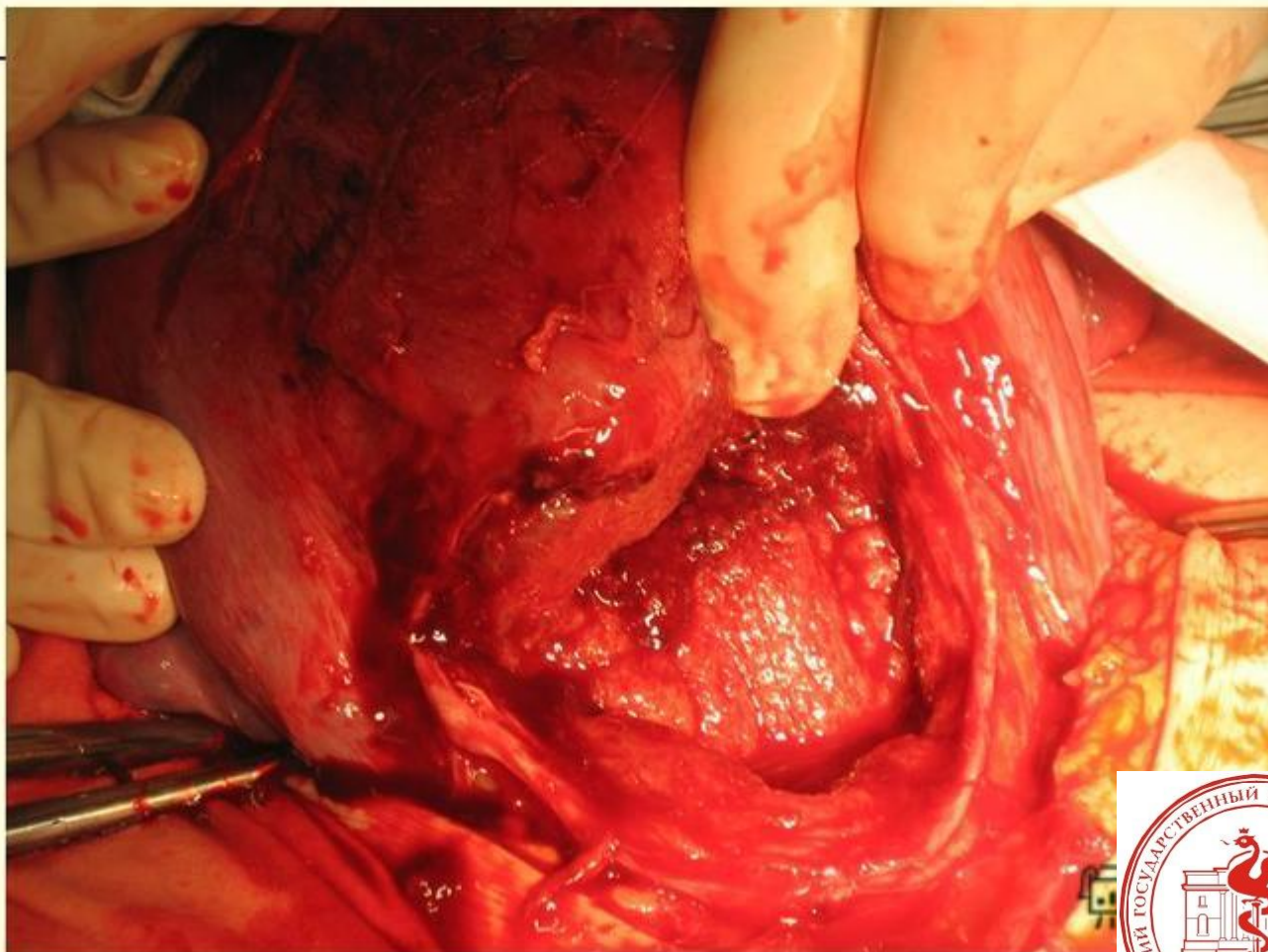


## Механический разрыв матки

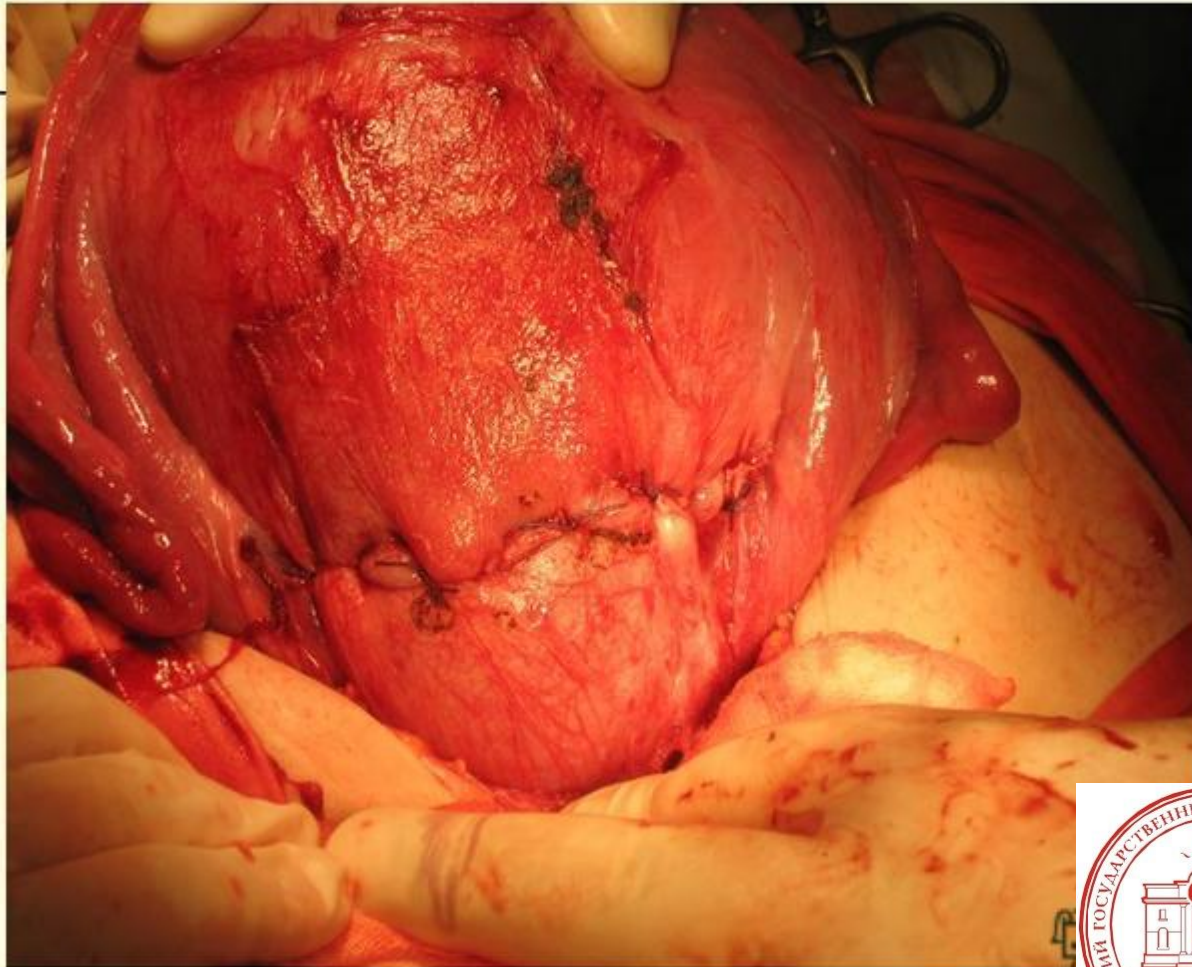




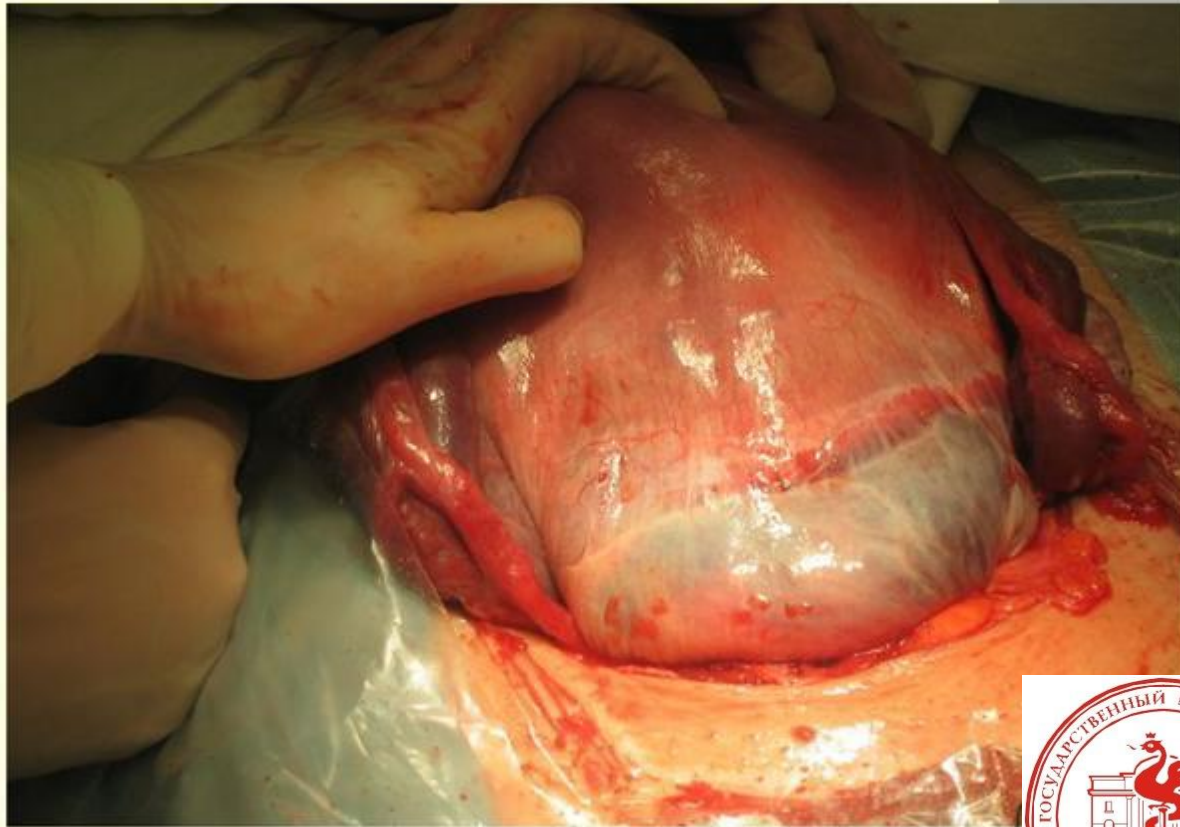
## Механический разрыв матки



## Механический разрыв матки

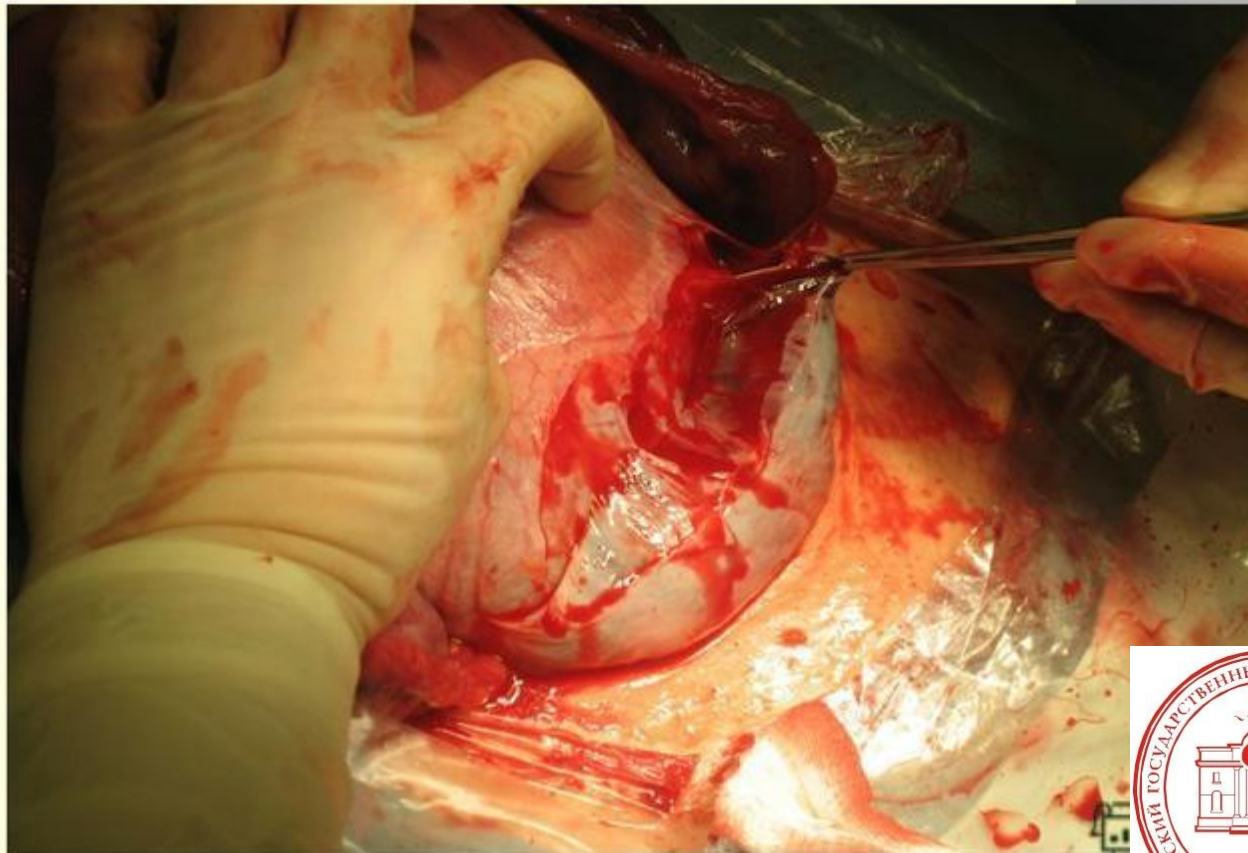


## Неполный разрыв матки



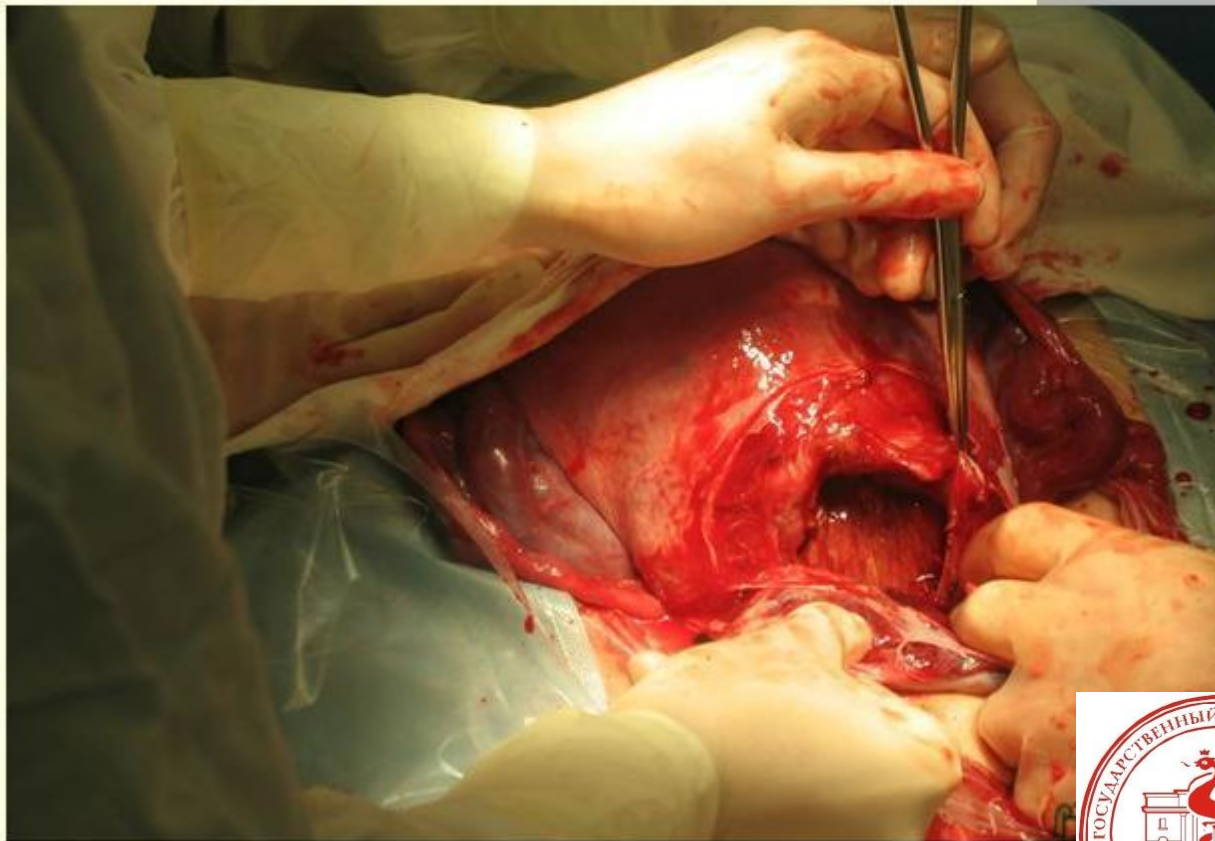


## Неполный разрыв матки

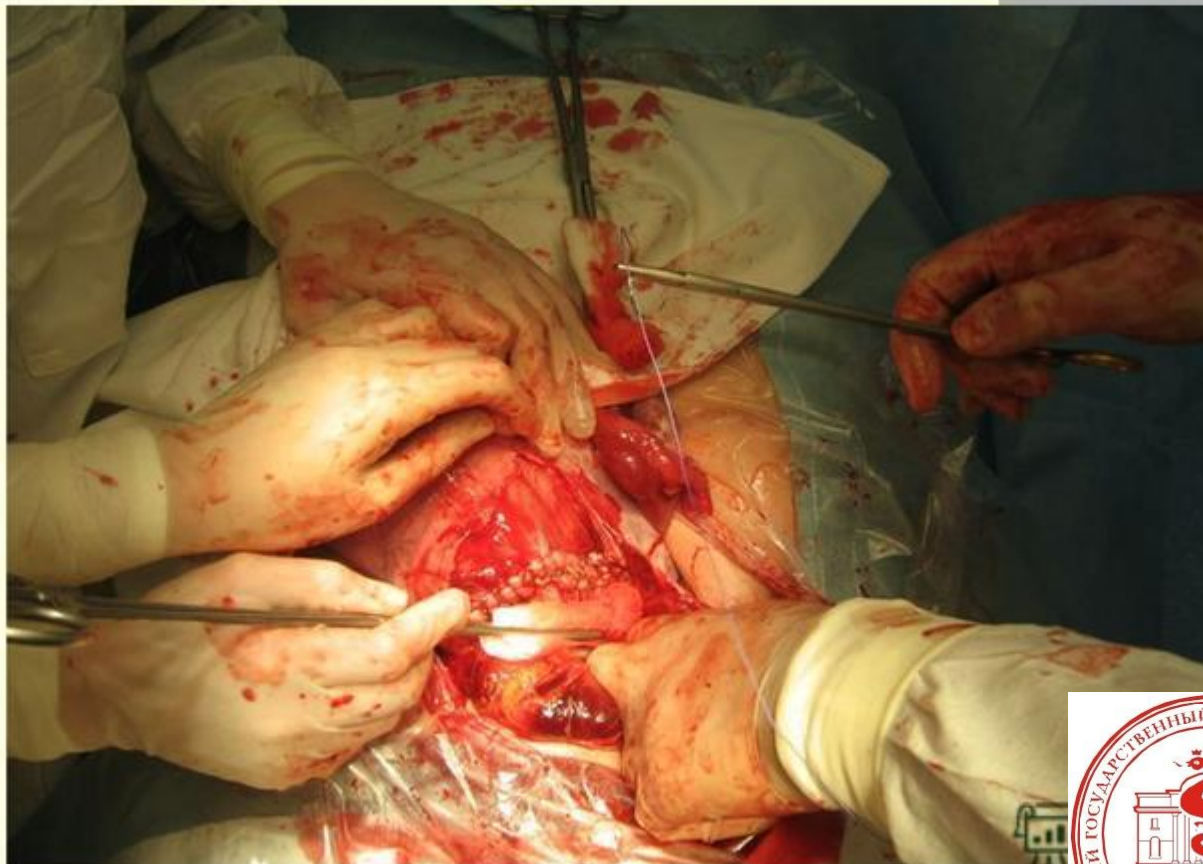




## Неполный разрыв матки

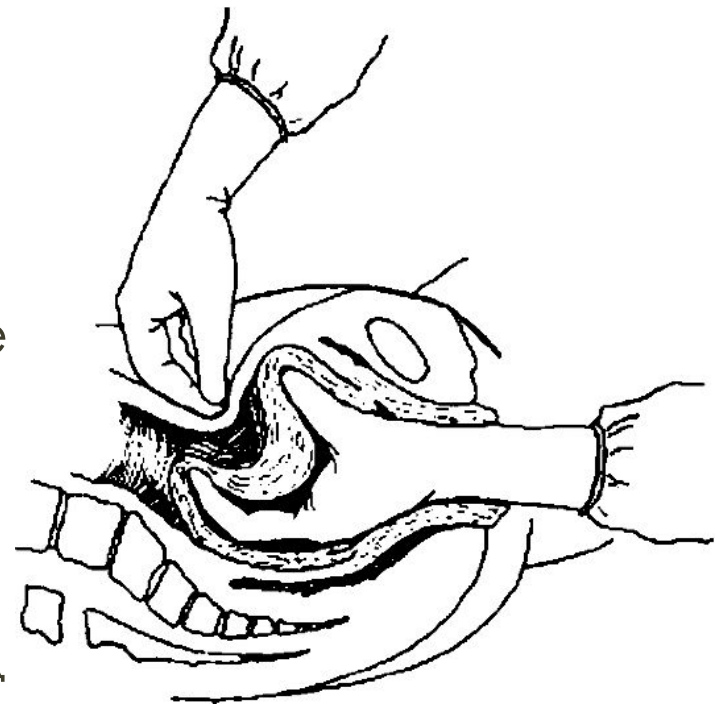


## Неполный разрыв матки

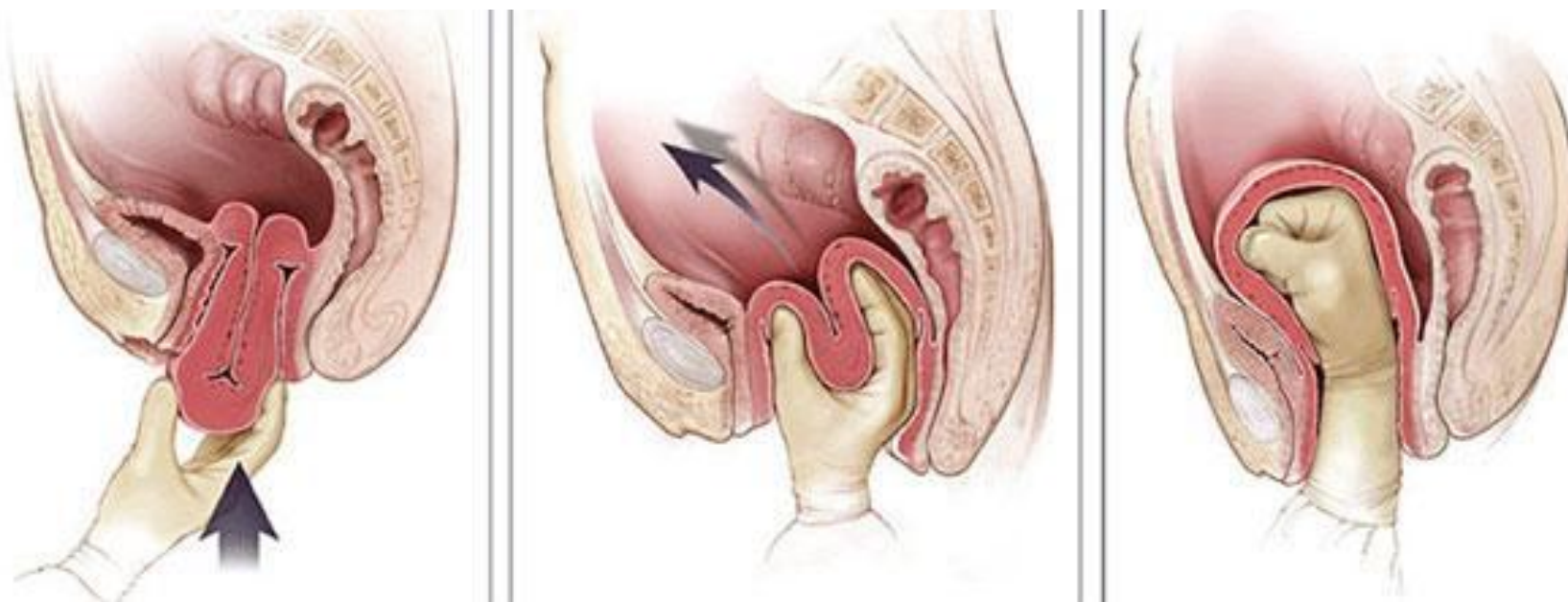


# Выворот матки

- Острый выворот матки возникает при неправильном ведении последового периода (активное ведение 3 го периода родов), вследствие слабости связочного аппарата матки, ее атонии и патологии прикрепления плаценты.
- Выворот матки может быть полным или частичным. Всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.
- Лечение острого выворота матки заключается в немедленной противошоковой терапии и вправлении вывернутой матки на место под глубоким наркозом



# Выворот матки - вправление матки.



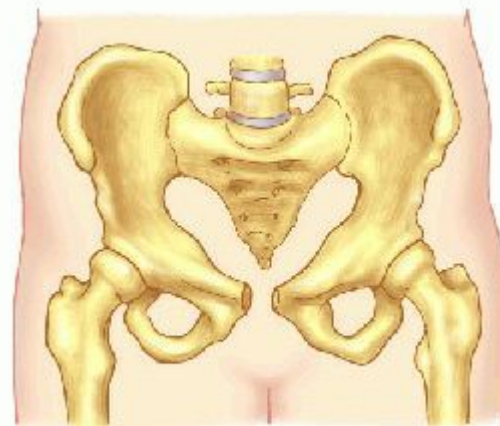


# Разрыв лонного сочленения

-При родах крупным или переношенным плодом, хондропатиях и оперативных вмешательствах (акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода) размягченные сочленения начинают растягиваться, лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние (более 1 см).

-При разрыве лонного сочленения не исключены смещение лонных костей, повреждение мочеиспускательного канала, клитора, мочевого пузыря.

- При этом растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения. В суставах образуются кровоизлияния, в последующем может начаться воспалительный процесс.



# Разрыв лонного сочленения

- Клинически эти осложнения вызывают появление болей в области лонного сочленения, крестца, копчика на 2-3-й день после родов, которые усиливаются при разведении ног и ходьбе, нарушается походка. Могут появиться признаки воспаления в области травмы - гиперемия кожи, отек окружающих тканей.
- Распознают повреждения сочленений таза при осмотре и пальпации области лонного сочленения и с помощью рентгенографии.
- Допустимо консервативное лечение (покой, тугое бинтование таза, корсеты).
- При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство.



# Послеродовые свищи

По патогенетическому  
признаку

Самопроизвольные

Насильственные

По локализации

Пузырно-вагалищные

Уретро-вагалищные

Мочеточниково-вагалищные

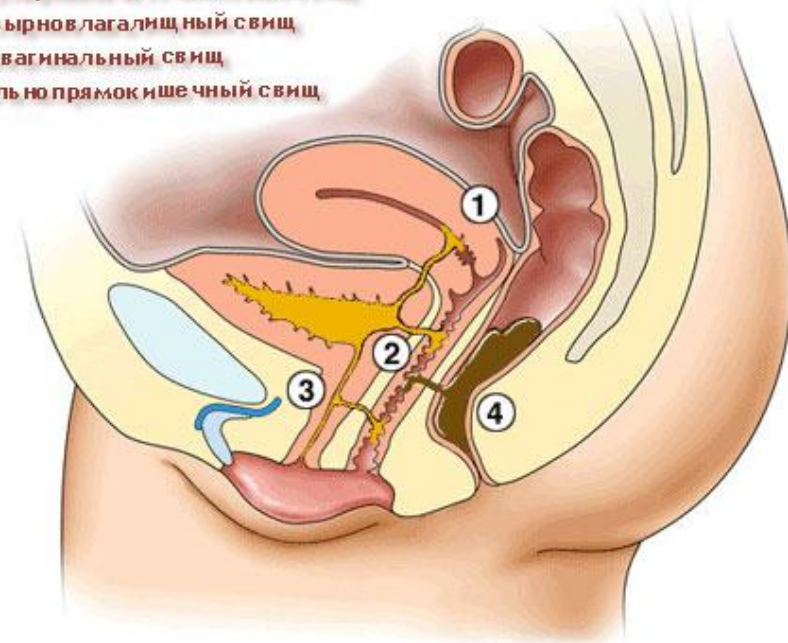
Кишечно-вагалищные

# Послеродовые свищи

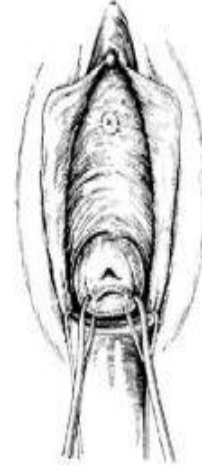
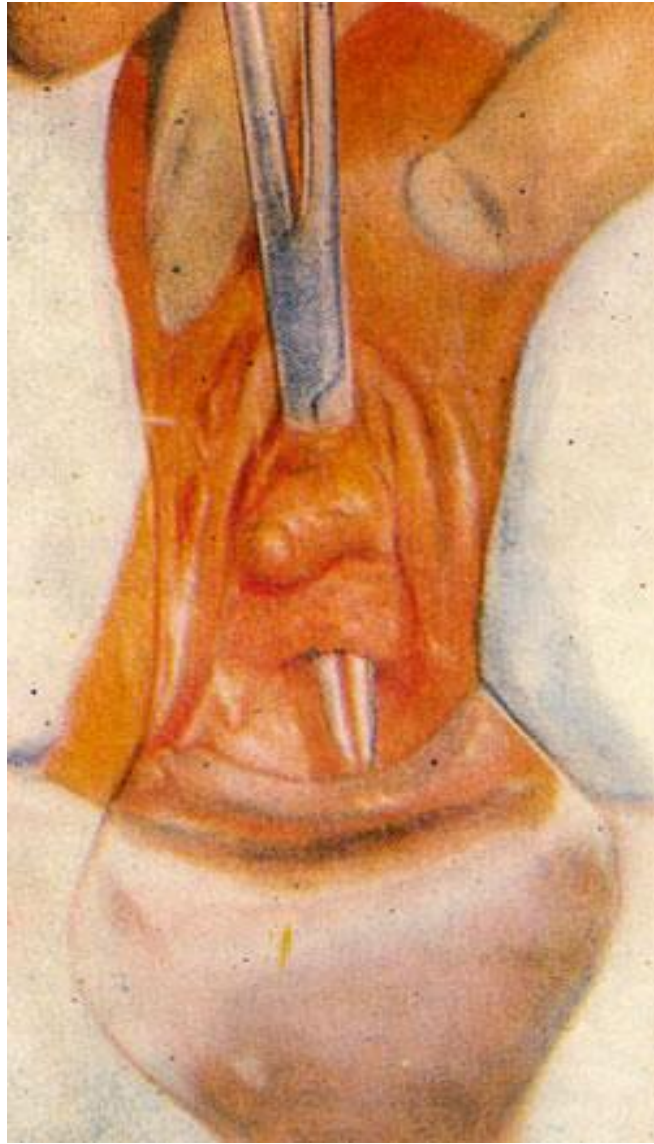
- Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей после родов связано с неправильным ведением последних, особенно при узком тазе.
- Свищи являются тяжелым увечьем и делают женщину инвалидом.
- Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 ч), в результате чего происходит нарушение кровообращения в окружающих тканях с последующим их некрозом.
- Образуются свищи на 6-7-й день после родов, т.е. после выписки из родильного дома
- . Кроме того, свищи могут образоваться при заживлении зашитых травм промежности вторичным натяжением, при ранении мочевого пузыря и кишечника при разрывах промежности и влагалища тяжелых степеней.

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

1. Мочепузырно-мочеточниковый свищ
2. Мочепузырно-вагинальный свищ
3. Уретро-вагинальный свищ
4. Вагинально-прямокишечный свищ



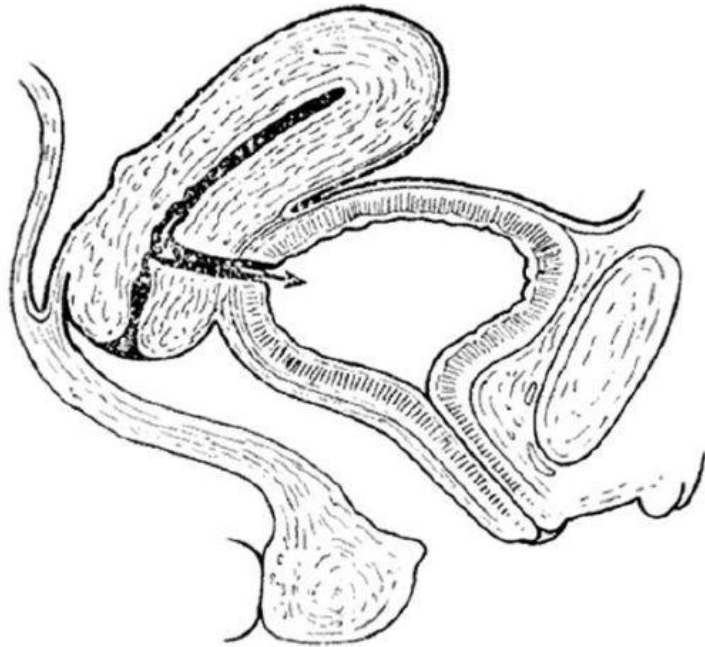
## Пузырно- влагалищные свищи





Послеродовые  
СВИЩИ

**Уретро-  
вагинальные свищи**



Послеродовые  
СВИЩИ

**Пузырно-маточные  
СВИЩИ**



# Родовая травма новорожденного

Как может быть тяжел путь в  
этот мир !



# Родовая травма новорожденного

**ВАЖНО!**



- Родовая травма— это группа заболеваний, вызванных воздействием механического фактора во время родов.
- Различают родовую травму черепа, головного и спинного мозга, костей скелета, внутренних органов, нервных сплетений и др.
- Родовая травма дифференцируется на **спонтанную**, возникающую при обычно протекающих родах, **и акушерскую**, вызванную механическими действиями акушера (щипцы, тракции, пособия и др.).

# Родовая травма новорожденного

- под «родовой травмой» мы понимаем болезнь, вызванную повреждениями в результате действия **механических сил в процессе родов.**
- **К ней не относятся так называемые «асфиктическая родовая травма», «биохимическая родовая травма»** или просто какие-либо кровоизлияния.
- Повреждения ЦНС в результате внутриутробной асфиксии— это другая патология и другая тема, хотя многие **«гипоксически-ишемические энцефалопатии»** являются результатом нарушений мозгового кровообращения вследствие действия механических факторов в родах



# Родовая травма черепа

**это целостная реакция организма плода и новорожденного на повреждение головного мозга, вызванное механическими силами в результате нарушения компенсаторных и приспособительных возможностей плода в родах, которая сопровождается постнатальной дезадаптацией.**



# Коды по МКБ-10 (*International Classification of Diseases*)

- - P10 Разрыв внутричерепных тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы.
- - P11.5 Натальная спинальная травма.
- - P14 Родовая травма периферической нервной системы.
- - P12.0 Кефалогематома.
- - P15 Другие родовые травмы.





# причины родовой травмы

- 1) несоответствие размеров головки плода и таза матери,
- 2) быстрые и стремительные роды,
- 3) затяжные роды,
- 4) акушерские щипцы
- 5) вакуум-экстракция,
- 6) разгибательные вставления головки,
- 7) асинклитическое вставление головки
- 8) тазовые предлежания,
- 9) пособия,
- 10) любые способы ускорения родов: стимуляция родов, «выдавливание» плода (способ выжимания плода по Кристеллеру), применение бинта Вербова и другие



# Необходимо различать

## родовую травму

- 1) признаки механических повреждений
- 2) сопутствующие нарушения кровообращения.

## родовые повреждения

- Кровоизлияния
- Ссадины
- царапины,
- участки отека и др. Эти повреждения **не вызывают болезнь**, так как не ведут к нарушениям организма в целом, не сопровождаются его дезадаптацией. Как патологический процесс не является болезнью,



# Родовая травма черепа и ЦНС

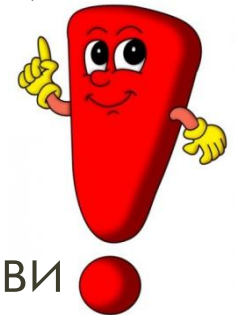
- обозначим основные патологические процессы черепа, его дериватов и головного мозга, которые обнаруживаются при родовой травме, то есть вызваны механическими силами



# Родовая опухоль (caput succedaneum)—

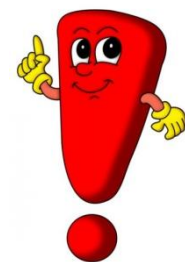


- отек мягких тканей головы с кровоизлияниями, возникающими в процессе родов в предлежащей части головки.
- Родовая опухоль находится ниже пояса соприкосновения в родовом канале и возникает вследствие нарушения оттока крови из тканей головки, что приводит к экссудации и периваскулярным кровоизлияниям.
- Возникает после отхождения околоплодных вод у живого плода. Она имеет желеобразную или тестоватую консистенцию желтоватую, красноватую или темно-красную окраску
- (в зависимости от количества кровоизлияний).



# Родовая опухоль (caput succedaneum) — продолжение

- Родовая опухоль не имеет четких границ, переходит через швы и роднички. Иногда при влагалищном исследовании она ошибочно принимается за плодный пузырь (надежным дифференциально-диагностическим критерием является наличие волос).
- Чем длительнее безводный промежуток времени, тем более выражена родовая опухоль.
- Родовая опухоль чаще наблюдается у первородящих матерей, при затяжных родах и при длительном прорезывании головки.
- Небольшая родовая опухоль рассасывается в течение 1–3 дней.

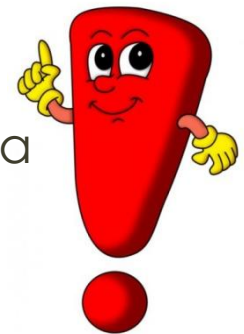




# Родовая опухоль (саркут succedaneum) — продолжение



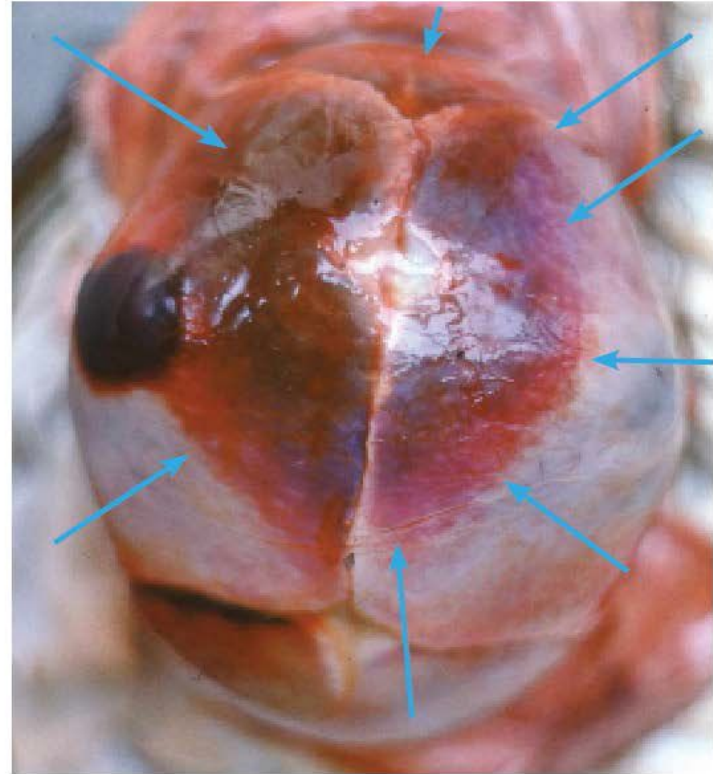
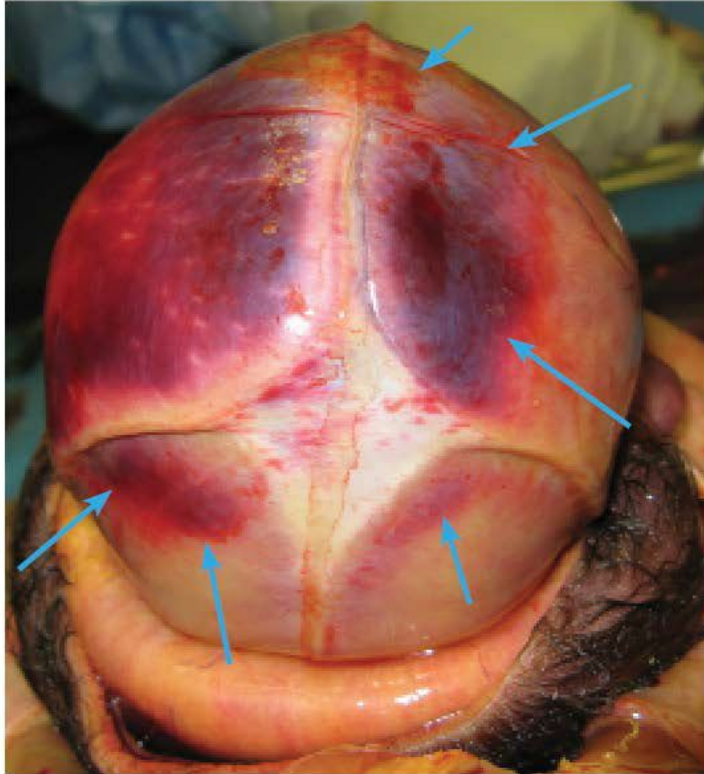
- Наиболее часто родовая опухоль располагается в затылочно-теменной области
- При первой позиции родовая опухоль чаще располагается в области правого теменного бугра или правой теменной кости, а при второй — в области левого теменного бугра (или левой теменной кости).
- При затылочном предлежании голова приобретает долихоцефалическую форму.
- При ягодичном предлежании подобные изменения (отек и кровоизлияния) возникают в области ягодиц, мошонки или половых губ.
- При переднетеменном вставлении родовая опухоль смещается в сторону лобной кости, а голова приобретает брахицефалическую форму.
- При лицевых предлежаниях отек и кровоизлияния располагаются на лице — в области лба, носа, губ, на веках и щеках. .



# Область периостального застоя крови (ОПЗ)

- область выраженного полнокровия надкостницы костей черепа, нередко с точечными и пятнистыми кровоизлияниями, часто имеющая четкие границы (у доношенных детей), обычно смещающаяся на правую или левую теменные кости и указывающая на вставление головки и ее проводную точку в родовом канале матери.
- ОПЗ возникает ниже пояса соприкосновения головки в родовом канале.
- Проводная точка головки располагается в центре ОПЗ и обычно смещена вправо или влево от сагиттальной плоскости, что свидетельствует об асинклитическом вставлении головки (как правило, наблюдается физиологический асинклитизм).
- При 1-й позиции ОПЗ чаще смещается вправо от стреловидного шва, а при 2-й — влево. Это объясняется более частым передним асинклитизмом, при котором предлежит и первой идет правая теменная кость, а задняя временно задерживается на мысе.





Крыши черепа умерших новорожденных (вид сверху).  
Стрелками обозначена ОПЗ. На рисунке справа на  
границе ОПЗ определяется небольшая  
кефалогематома

# Субапоневротическое кровоизлияние (СК)



- возникает при значительных расстройствах кровообращения в области родовой опухоли с образованием гематомы, которая после родов может увеличиваться и нагнаиваться.
- Источником кровоизлияния являются вены, идущие из надкостницы в подкожную клетчатку, а также сосуды самой подкожной клетчатки. Встречаются также случаи со значительным пропитыванием кровью подкожной клетчатки и выраженным отеком, нередко наблюдаемые при использовании вакуум-экстрактора. Среди пропитанной кровью ткани могут определяться небольшие гематомы..

# Субапоневротическое кровоизлияние (СК)



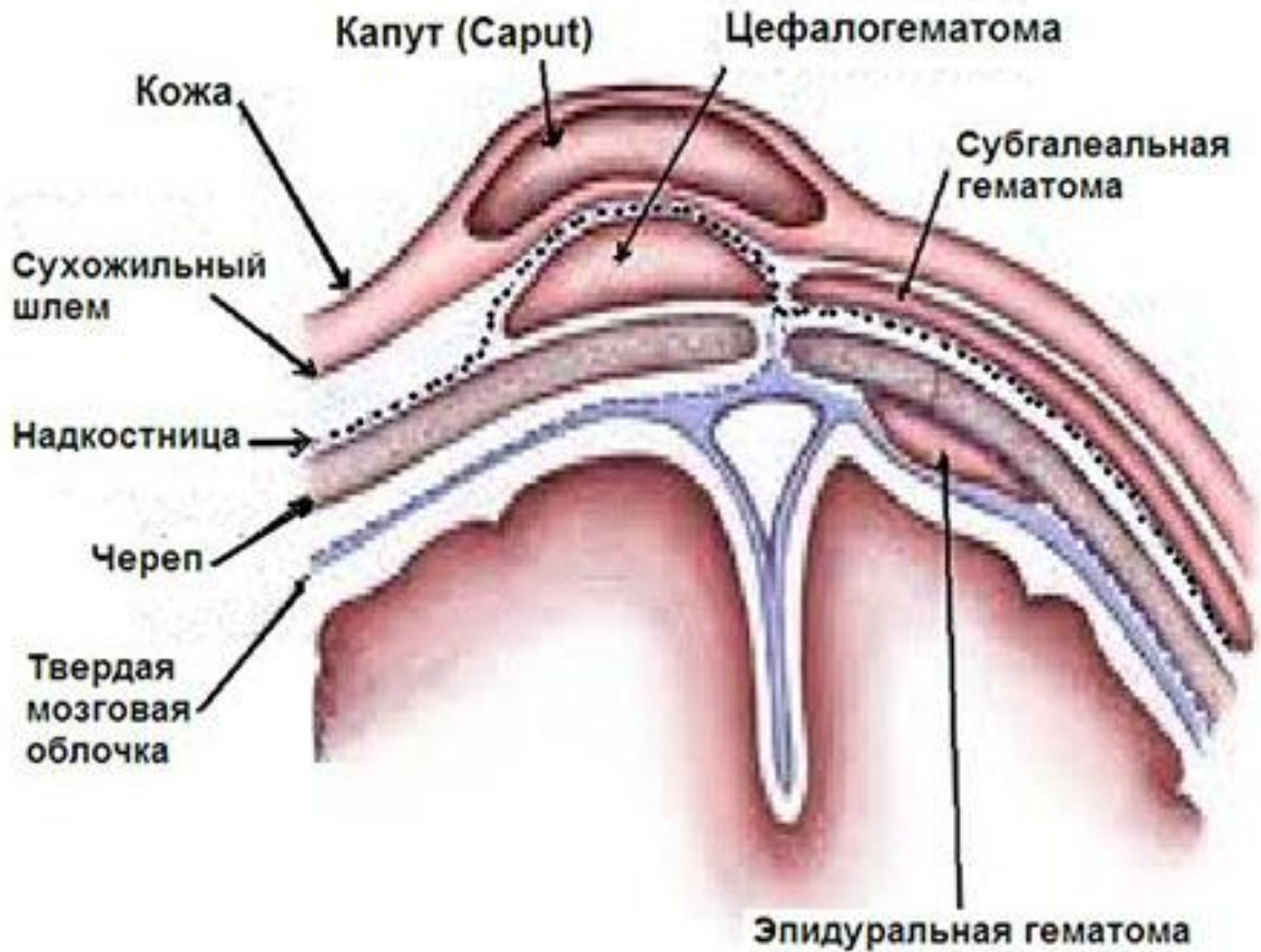
- Данные изменения можно назвать «субапоневротическим кровоизлиянием типа геморрагического пропитывания» или «родовой опухолью с выраженным геморрагическим пропитыванием», но первое название представляется нам предпочтительней.
- Однако когда речь идет о субапоневротическом кровоизлиянии, то предполагается прежде всего наличие гематомы.
- В отличие от кефалогематомы данное кровоизлияние не располагается под надкостницей и не ограничивается одной костью.
- Небольшие субапоневротические кровоизлияния рассасываются в течение нескольких недель.
- Однако при больших кровоизлияниях требуется оперативное лечение ввиду высокой опасности инфицирования и частых повреждений волосистой части головы.



# Кефалогематома

- кровоизлияние под надкостницу костей черепа, соответствует области периостального застоя и локализации родовой опухоли. Возникает при значительных расстройствах кровообращения в надкостнице и при переломах костей (трещинах).





# Кефалогематома

- Кефалогематома может быть очаговой в виде поднадкостничного возвышения разных размеров или распространенной, захватывая одну кость черепа (чаще теменную) и не переходя за линию швов.
- Кефалогематома может появляться и обнаруживаться через несколько часов и дней после рождения или увеличиваться в размерах ввиду медленного накопления излившейся крови под надкостницей.
- В первые дни после возникновения кровь под надкостницей жидкая и кефалогематома плотной
- консистенции, но иногда может флюктуировать.
- По своей окружности она ограничена валиком.



# Кефалогематома

- Однако кефалогематома прикрыта родовой опухолью и в первые дни жизни часто не диагностируется.
- Она становится заметной через 1–2 дня по мере рассасывания родовой опухоли и по мере увеличения самой кефалогематомы.
- В последующем кровь медленно рассасывается, сворачивается и подвергается организации.



# Кефалогематома

- В возрасте 10–20 дней кровь в гематоме приобретает кашицеобразную и желеобразную консистенцию.
- Ткани вокруг гематомы приобретают желтоватый оттенок за счет скоплений гемосидерина.
- По краям кефалогематомы откладывается кальций и образуется плотное кольцо.

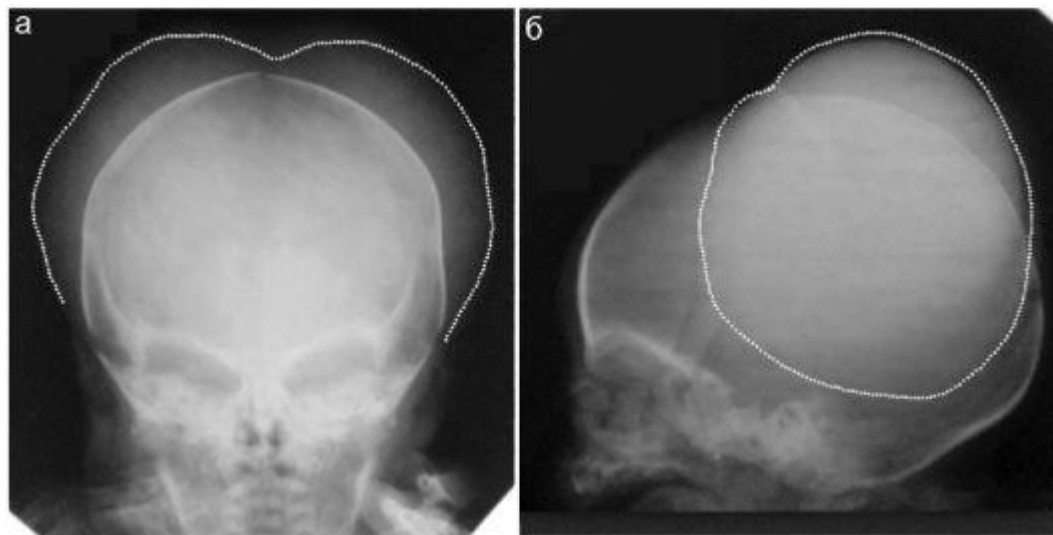




-Небольшая кефалогематома рассасывается в течение 1,5–2 месяцев, крупная (при отсутствии лечения и нагноения)— оссифицируется.

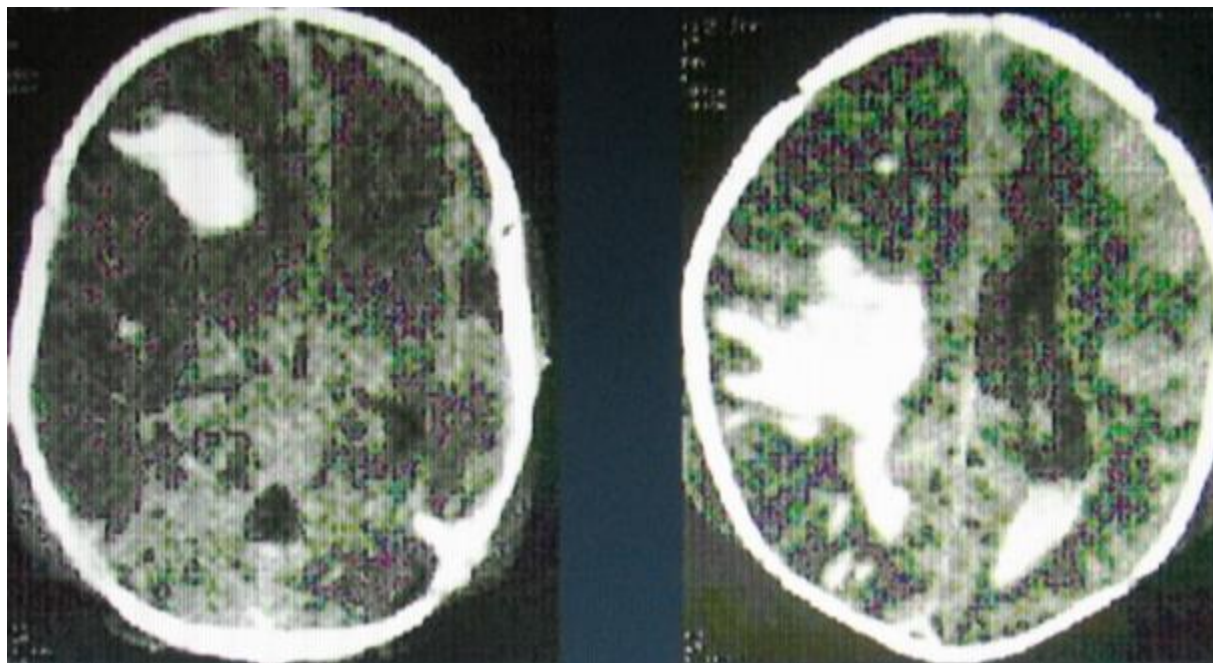
-Это приводит к деформации и асимметрии черепа.

-Вследствие распада гемоглобина в кровь попадает некоторое количество билирубина, что приводит к желтухе или удлиняет физиологическую желтуху новорожденных (может длиться более 10 дней).



# Переломы костей черепа

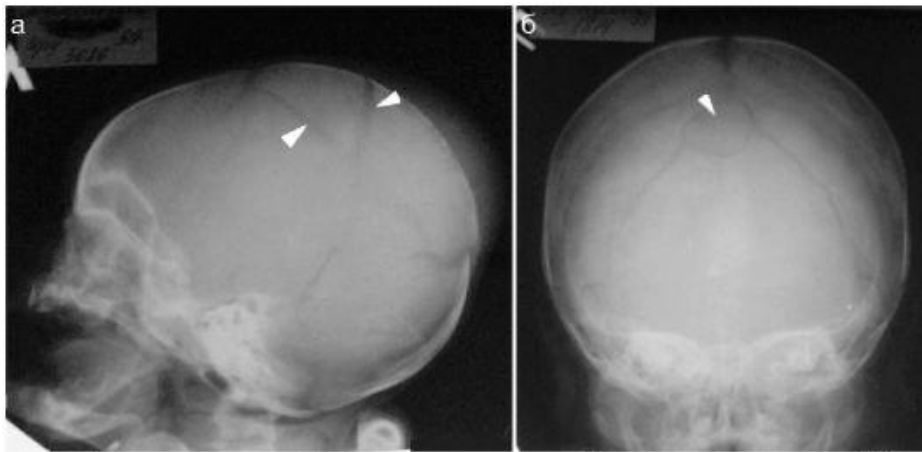
- в настоящее время встречаются редко.
- Это связано, прежде всего, с частым родоразрешением путем кесарева сечения.



Кефалогематома с вдавленным переломом

# Переломы костей черепа

- ▣ **1) вдавленные «переломы» или переломы по типу теннисного мяча** (чаще при тазовых предлежаниях, наложении акушерских щипцов и др.)
- ▣ **2) трещины (истинные переломы)** обычно теменных костей. Переломы можно диагностировать при ультрасонографическом



# Переломы костей черепа

- Вдавленные переломы редко сопровождаются клиническими проявлениями, имеют тенденцию к спонтанной репозиции или выправляются хирургическим путем.
- Могут сочетаться с повреждениями тентория и субдуральными кровоизлияниями.
- При истинных переломах линии трещин идут обычно радиально по ходу свода черепа, то есть перпендикулярно к стреловидному, венечному (при трещинах лобных костей) и ламбдовидному (при трещинах затылочной кости) швам



# Эпидуральные кровоизлияния

- встречаются редко, в основном при переломах (трещинах) черепа и при пороках развития черепа.
- Возникают при повреждении сосудов твердой мозговой оболочки, чаще эпидуральных вен. Кровь скапливается между твердой мозговой оболочкой и внутренней поверхностью костей свода черепа.
- Однако часто наблюдаются точечные и пятнистые кровоизлияния, которые клинически не проявляются и на которые патологи обычно не обращают внимания.

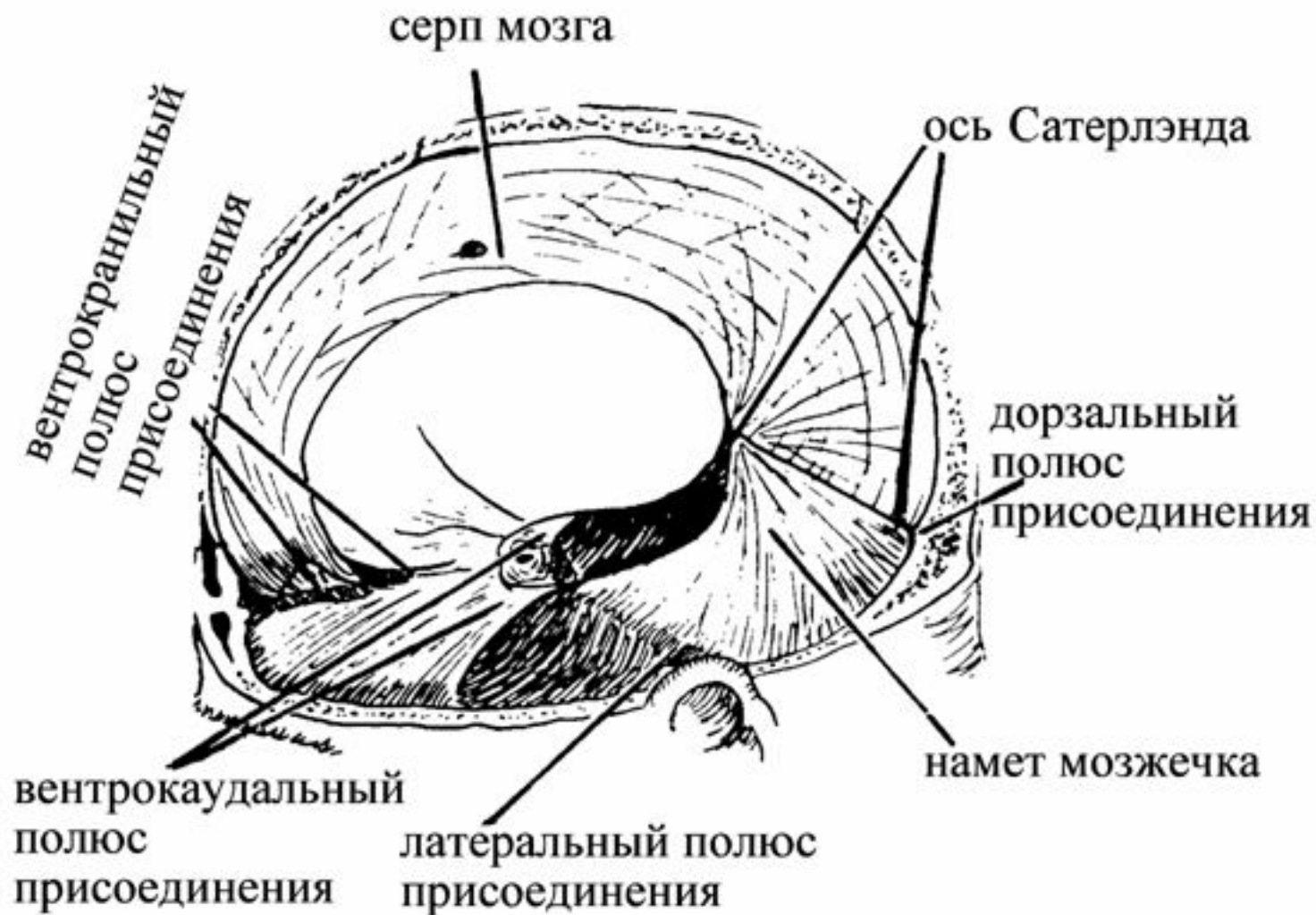




# Повреждения мозжечкового намета (тентория).

- физиологическая конфигурация головки становится чрезмерной (патологической), когда перерастягивается и начинает разрываться тенторий.
- Во вторую очередь разрываются мостовые вены и их притоки, серповидный отросток и другие структуры.
- **Повреждения тентория можно рассматривать основным маркером родовой травмы.**
- Без механических воздействий в нем не могут возникнуть кровоизлияния и разрывы.
- При перерастяжениях тентория в нем возникают интрадуральные кровоизлияния, но если сила перерастяжения превышает прочность, то тенторий начинает разрываться.
- Это ведет к субдуральным кровоизлияниям, которые могут привести к смерти.

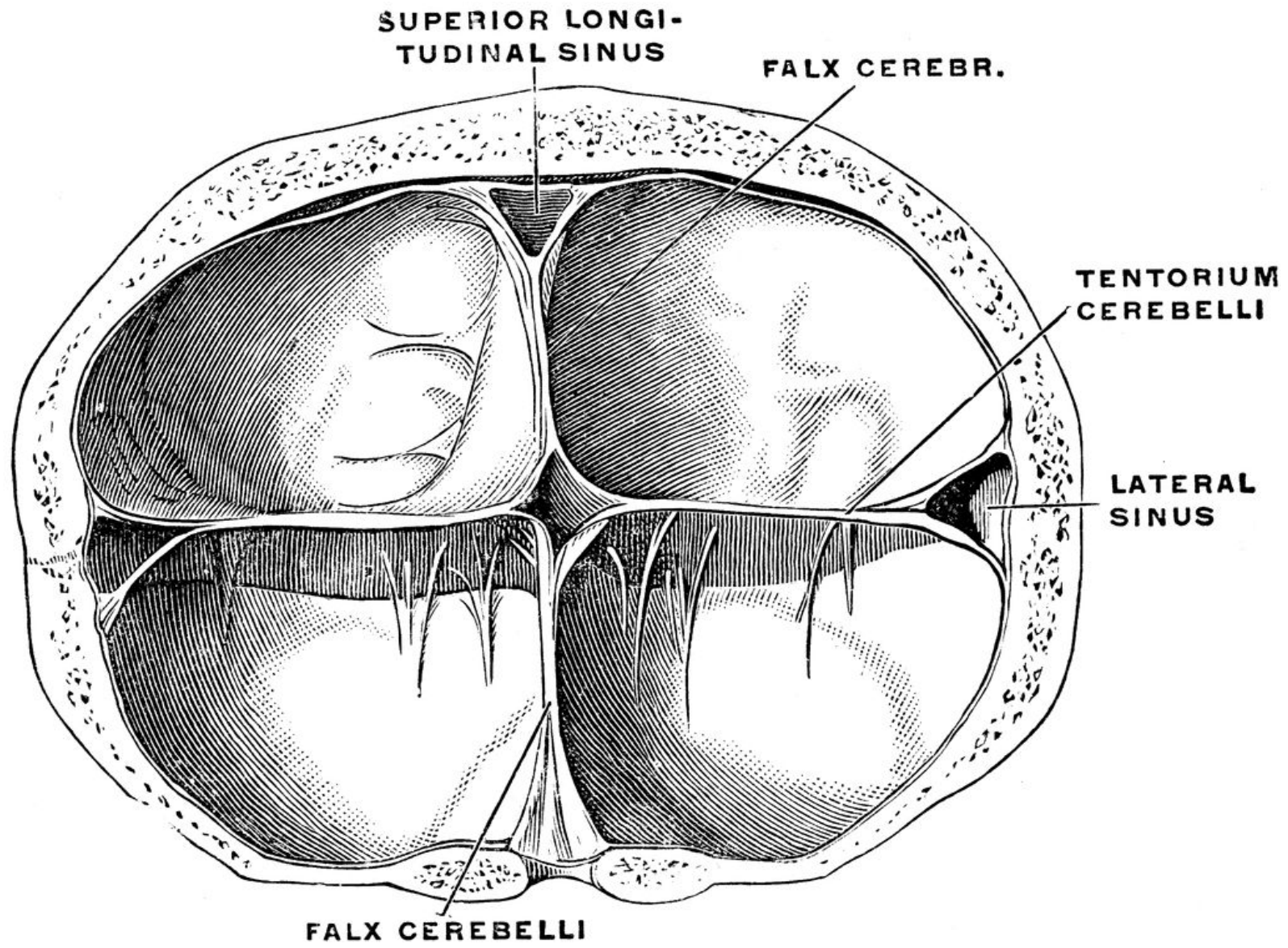




# Классификация повреждений тентория

- ▣ **А. в зависимости от стороны поражения:**
  - 1) односторонний или преимущественно односторонний, 2) двусторонний;
- ▣ **Б. зависимости от топографии:**
  - ▣ 1) краевой (преобладает)
  - ▣ 2) центральный (при полном разрыве он называется дырчатым);
- ▣ **В. в зависимости от степени поражения:**
  - ▣ 1) частичный (разрыв или надрыв одного, чаще верхнего, листка твердой мозговой оболочки)
  - ▣ 2) полный (разрываются два листка).





# Классификация повреждений тентория

- Разрывы МН составляют 80–85 % всех смертельных родовых травм.
- Частота разрывов МН возрастает при увеличении массы плодов при рождении, при головном предлежании она составляет — 16,3 %, при тазовых — 55,2 %.
- Односторонние разрывы МН составляют 69 % и чаще встречаются в левой половине тентория.

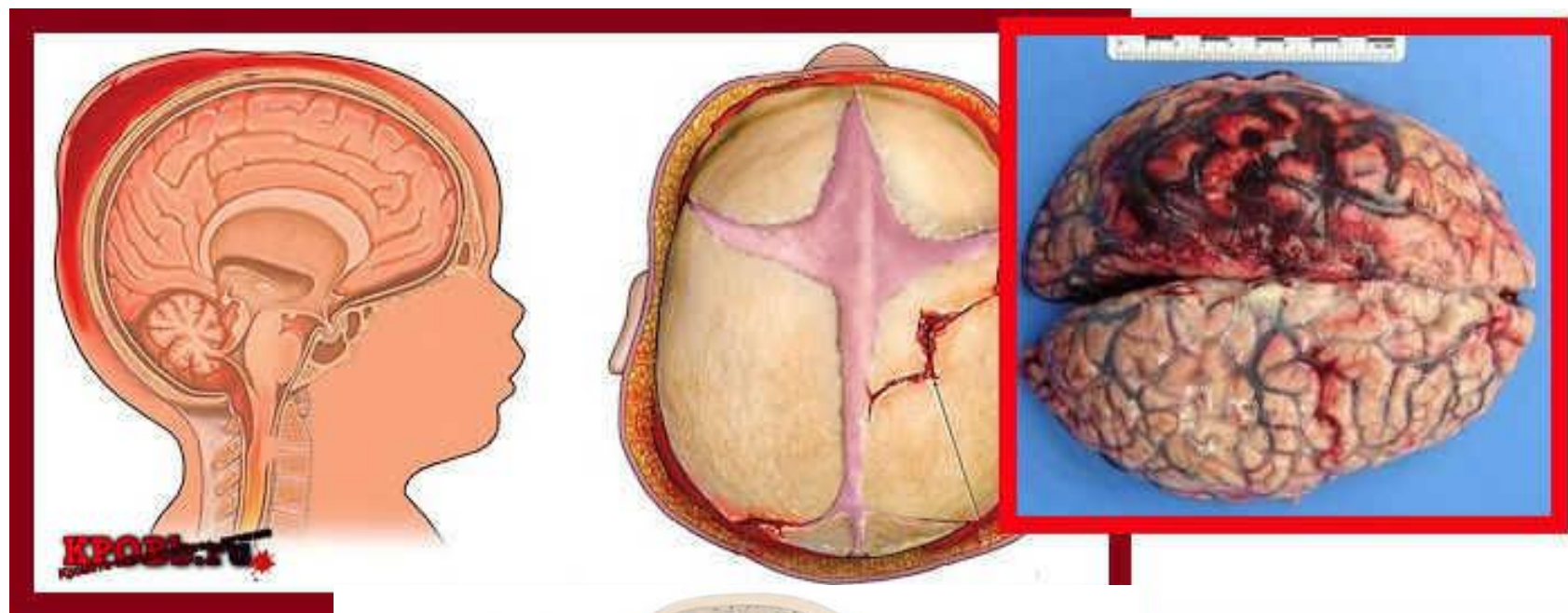


# повреждений тентория

- Асинклитизм имеет большое значение в возникновении разрывов МН, то есть родовой травмы.
- Асинклитизм ведет к конфигурации головки, сопровождающейся неравномерным натяжением двух половин тентория, и разрыв происходит на стороне, где сила натяжения больше.
- При синклитическом вставлении сила натяжения, идущая от серповидного отростка, равномерно распределяется на двух половинах тентория и при той же степени конфигурации головки разрыв не происходит.

# субдуральные кровоизлияния (СДК)

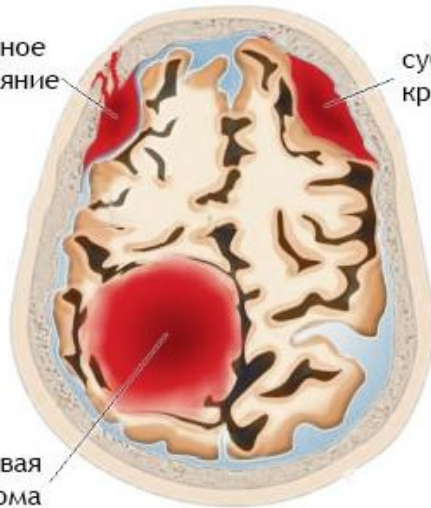
- Последствием разрывов МН являются **субдуральные кровоизлияния (СДК)** в средние и заднюю черепные ямки.
- Эти кровоизлияния можно также дифференцировать на супратенториальные, субтенториальные и супрасубтенториальные.
- Последствия кровоизлияний для ребенка зависят от величины разрывов МН и скорости излития крови.
- Особенно опасны для жизни субтенториальные кровоизлияния, обычно возникающие при полном разрыве (разрыве двух листков) тентория.



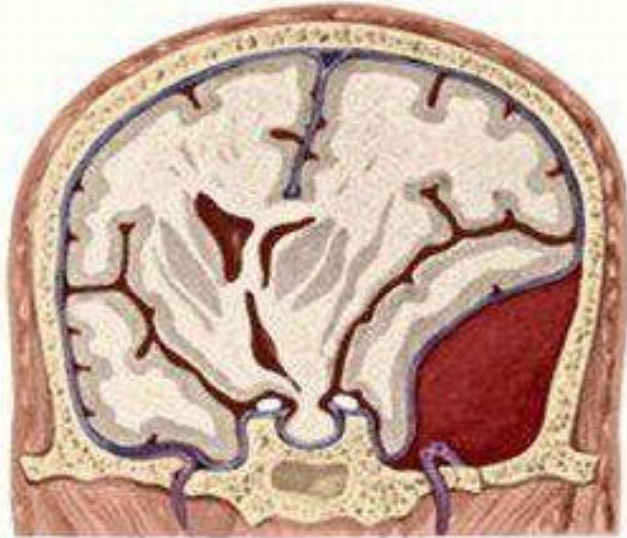
эпидуральное  
кровоизлияние

субдуральное  
кровоизлияние

внутри мозговая  
гематома

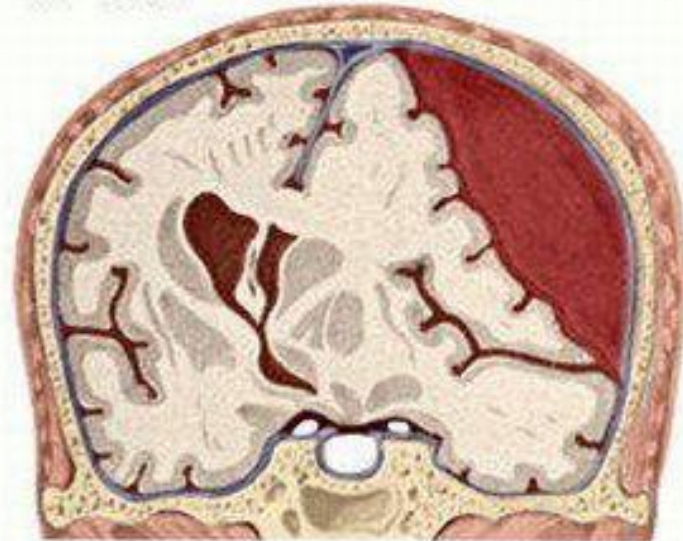


## Эпидуральная гематома



- Артериальное кровотоечение
- Локализация чаще односторонняя, ограниченное распространение
- Длительность „светлого“ промежутка- часы, 1-2 дня
- Четкая очаговая симптоматика
- Явления застоя на глазном дне

## Субдуральная гематома



- Венозное кровотоечение
- Локализация односторонняя или двухсторонняя, обширное распространение
- Длительность „светлого“ промежутка- дни, недели
- Сочетание симптомов сотрясения и ушиба мозга
- Геморрагии и застой на глазном дне
- Течение острое, подострое, хроническое







# Повреждения серповидного отростка и вен

- Кровоизлияния в серповидный отросток обычно носят пятнистый характер, встречаются часто и не имеют танатогенетического значения. Однако количество этих кровоизлияний и их локализация указывают на сосредоточение сил натяжения серповидного отростка в родах.
- Разрыв серповидного отростка, более прочного, чем мозжечковый намет, наблюдается реже разрывов тентория, с которыми он часто сочетается, и обычно возникает при тяжелой родовой травме, при родовспомогательных операциях, при тазовых предлежаниях и др.
- Разрывы серпа встречаются в 2,5–8,1 % случаев смертельных родовых травм

# Повреждения серповидного отростка и вен

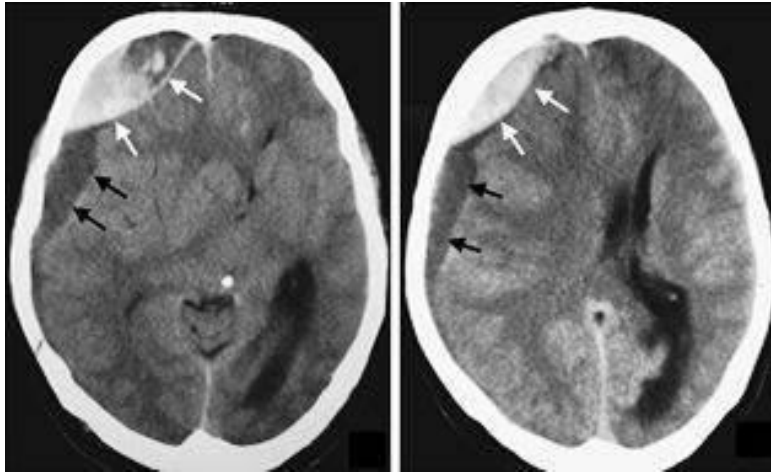
- При повреждениях верхнего (редко) и нижнего продольного синусов кровь изливается в межполушарную щель. Кровь скапливается супратенториально. Значительные разрывы серпа у места соединения с тенторием часто являются смертельными ввиду распространения разрыва на прямой синус и массивного СДК.

# Разрыв вен.

- Чаще разрываются вены, впадающие в верхний сагиттальный и поперечный синусы. Эти вены называются «мостовыми», поскольку образуют мостики между веществом мозга и синусами.
- У плодов и новорожденных детей лобные, теменные и затылочные латеральные вены в виде 6–8 тонких стволиков (верхних мостовых вен) длиной в среднем 1–2 см., часто толщиной меньше человеческого волоса, впадают в верхний сагиттальный синус. Задние латеральные затылочные и височные вены, а также нижние медиальные затылочные вены (нижние мостовые вены) подобным образом впадают в поперечный синус. При венозном застое эти вены способны значительно расширяться.
- Разрывы происходят при выраженной конфигурации головки и смещениях массы мозга.

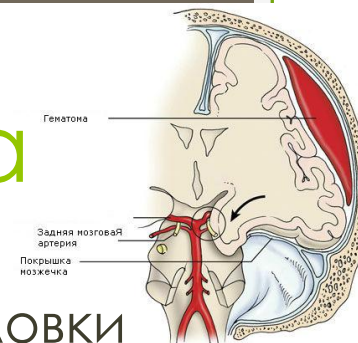
# Сдавление головного мозга

- Сдавление мозга в родах может возникать без каких-либо разрывов и кровоизлияний, вызывая гипоксию и ишемию мозговой ткани.
- Клинически состояние таких плодов обычно ошибочно оценивается как «внутриутробная гипоксия» или «асфиксия», хотя насыщение крови кислородом не нарушено, все внутренние органы получают достаточное количество кислорода.
- Лишь головной мозг страдает от гипоксии, вызванной родовой травмой — его сдавлением.

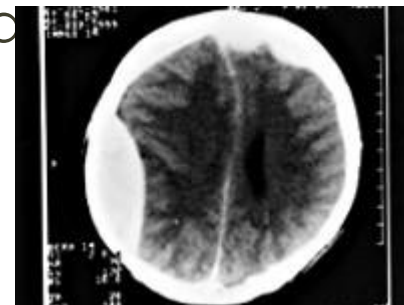




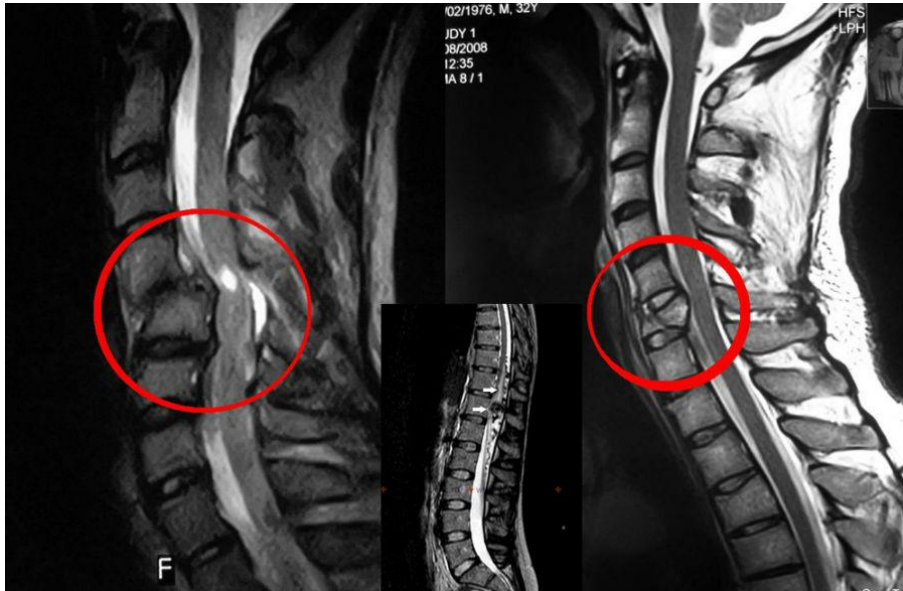
# Сдавление головного мозга



- возникает при чрезмерной конфигурации головки и сопровождается его аксиальной дислокацией с появлением характерных признаков ущемлений миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии.
- можно обнаружить борозды сдавления вокруг миндалин мозжечка, а иногда и борозды на верхней поверхности полушарий мозжечка (в результате давления края тентория) или пятнистые субарахноидальные и субпиальные кровоизлияния по линиям этих борозд.
- Сдавление ведет к ишемии и гипоксии ткани мозга, а клинически проявляется симптомами характерными для «асфиксии плода».



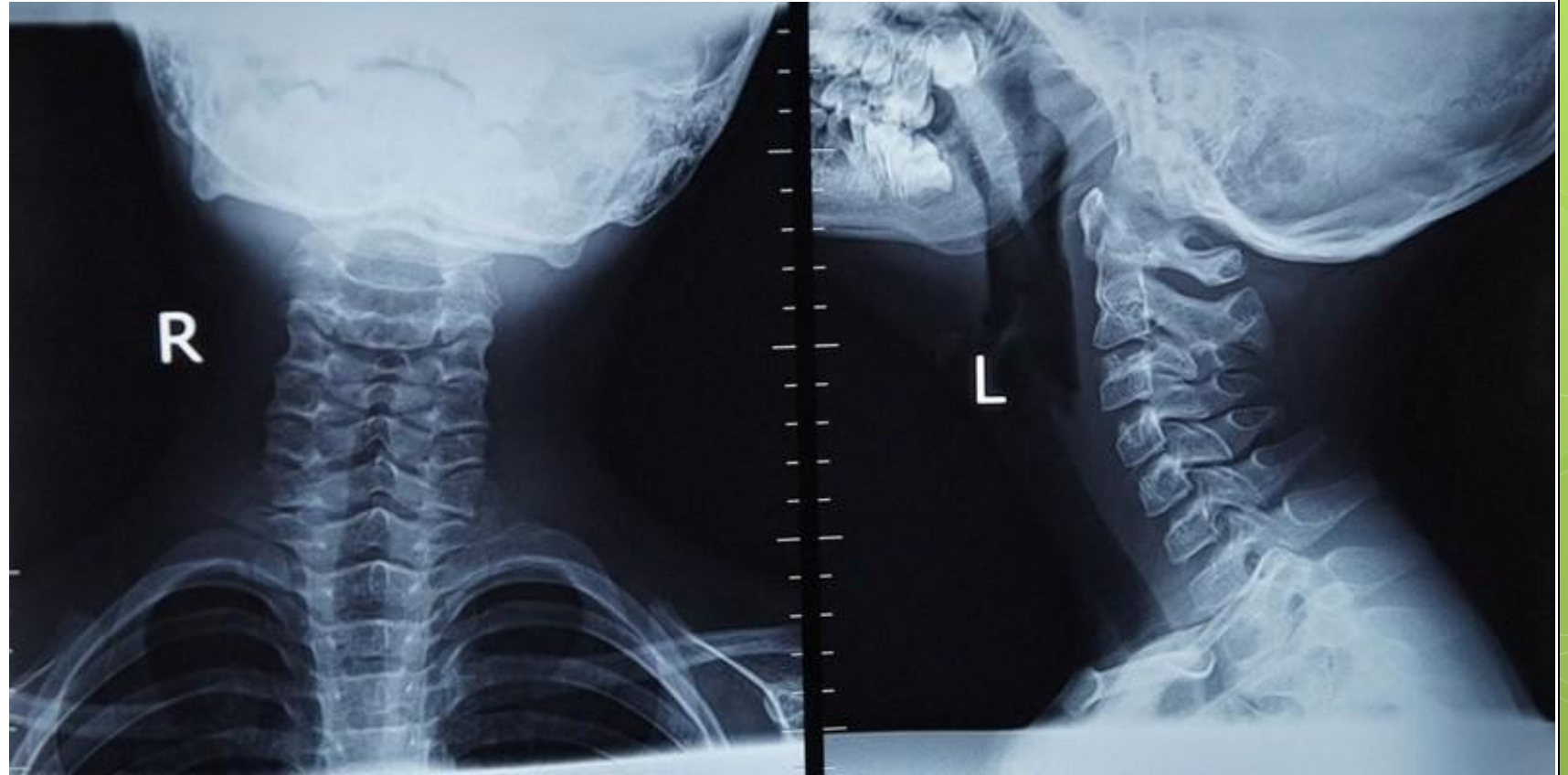
# Родовая травма позвоночника и спинного мозга



Переломы позвоночника обычно локализуются между С6–С7 шейными и Th1 грудным позвонками, значительно реже — в нижнем грудном и поясничном отделах. Обычно они возникают при экстракциях плода за тазовый конец.

# Шейный отдел позвоночника

- При родовой травме шейного отдела позвоночника возникают кровоизлияния в межпозвоночные диски, в продольную и другие связки, а также в канал позвоночной артерии.
- При значительных поворотах и наклонах головки, тягах за головку позвоночные артерии перерастягиваются, перегибаются и сдавливаются, перерастягиваются их веточки, идущие к спинному мозгу, что ведет к ишемии соответствующих сегментов спинного мозга, ишемическим поражениям нейронов передних рогов и даже инфарктам соответствующих зон.
- Ишемия усугубляется при возникновении кровоизлияний в канал позвоночных артерий.
- Ишемические поражения нейронов наиболее опасны, так как ведут к спинальной недостаточности, параличам, нарушениям регуляции дыхания, параличу диафрагмального нерва и др.



# КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ И СПИННОЙ МОЗГ

- выявлены при самопроизвольных родах и головном предлежании в 25,3 % случаев, при тазовых предлежаниях — в 27,6 % случаев и при родовспомогательных операциях — в 39 % случаев.
- Наиболее частые кровоизлияния это эпидуральные, генез которых недостаточно ясен.
- Есть данные, что патогенез данных кровоизлияний в большинстве случаев не связан с родовой травмой. Они часто сочетаются с гиалиновыми мембранами легких.



## Повреждения скелета и периферической нервной системы

- Среди костей скелета наиболее часто травмируется **ключица**, в которой обычно обнаруживаются переломы в средней и наружной трети.
- Смещения отростков обычно не происходит. Ключица травмируется обычно у крупных плодов при затруднениях при выведении плечиков, при широком плечевом поясе, при неправильном оказании ручного пособия.
- Чаще переломы наблюдаются в правой ключице, поскольку роды чаще происходят в 1-й позиции, при которой первым должно рождаться правое плечико.
- Для профилактики переломов ключицы рекомендуется производить перинеотомию



## повреждения скелета и периферической нервной системы

- Переломы **плечевой кости** чаще происходят при извлечениях плода за тазовый конец.
- В родах при тазовом предлежании возможно запрокидывание ручек, а последующее их извлечение может привести к перелому плечевой кости.
- Переломы чаще располагаются в средней и верхней трети с незначительным смещением костных отломков.



## повреждения скелета и периферической нервной системы

- Перелом **бедренной кости** обычно возникает в верхней половине и сопровождается смещением костных отломков.
- Причина возникновения перелома связана с извлечением плода за тазовый конец. Значительно реже встречаются переломы большеберцовой и малоберцовой костей.
- Редко встречаются переломы костей предплечья, ребер (чаще они связаны с ИВЛ при оживлении ребенка) и лопаточной кости.





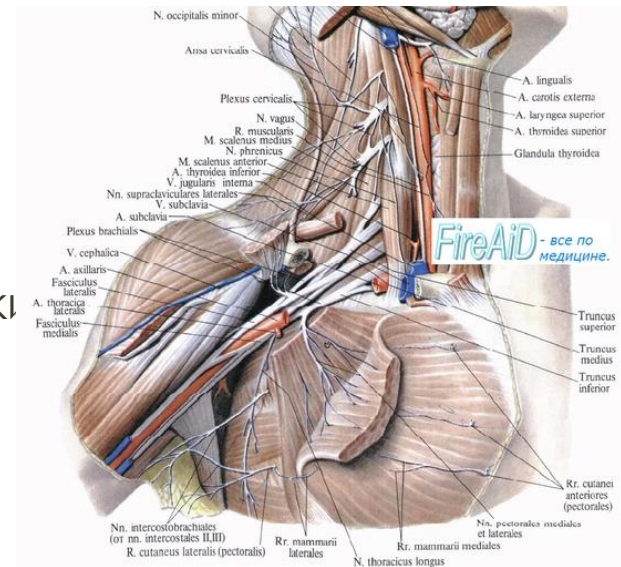
# Травмы нервных сплетений

- Встречаются случаи родовой травмы **лицевого нерва**, при которых обнаруживаются кровоизлияния и отек тканей вокруг нерва впереди слухового хода.
- Травма возникает при надавливании на нерв ложки акушерских щипцов (особенно при несимметричном их наложении, при неполном охвате головы), давления костных выступов таза матери и др.
- Клинически травма чаще проявляется в виде признаков пареза лицевого нерва.



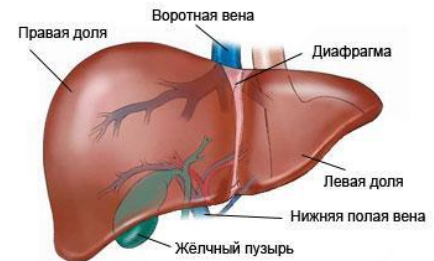
# Травмы нервных сплетений

- В родах может травмироваться **плечевое сплетение**, особенно часто при ягодичном предлежании, при извлечении плода за тазовый конец.
- В области плечевого сплетения наблюдаются отек, кровоизлияния и разрывы нервных корешков.
- Позже на месте повреждений образуется фиброзная ткань, окутывающая нервы.
- Паралич Эрба возникает при повреждениях 5-го и 6-го шейных корешков.
- Паралич Клюбке возникает при повреждении нижней части плечевого сплетения.
- Тотальный паралич возникает при повреждении всех компонентов плечевого сплетения.
- Если в процесс вовлечены 3-й и 4-й корешки спинного мозга, то возникает паралич диафрагмального нерва.



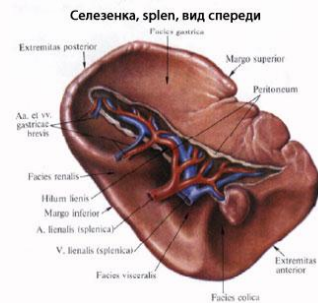
# Родовая травма внутренних органов - печень

- печень травмируется в родах в тазовом предлежании
- возникают субкапсулярные гематомы на верхней поверхности правой или левой долей, причем у переднего края.
- При разрыве капсулы над гематомой возникают смертельные кровотечения в брюшную полость.
- При отсутствии разрыва могут оказаться незамеченными, тем более, что субкапсулярные гематомы клинически не проявляются.
- Субкапсулярные гематомы часто встречаются у глубоко недоношенных детей и у новорожденных менее 1000 г, что связано с недоразвитием капсулы и выраженностью кровенаполнения печени.
- Это указывает на важность бережного отношения к глубоконедоношенным детям в процессе родов, которые очень ранимы даже минимальным физическим воздействием.



# Родовая травма внутренних органов - селезенка

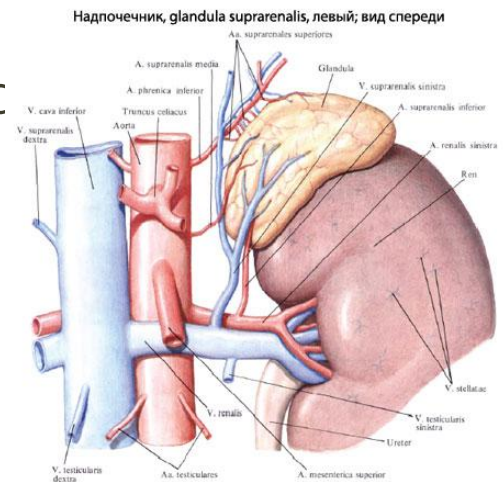
- родах может травмироваться селезенка, особенно при ее увеличении при гемолитической болезни.
- происходят разрывы в области корня с переходом на капсулу селезенки.
- возможны полные отрывы селезенки.
- **Кровоизлияние в брюшную полость обычно является смертельным осложнением.**





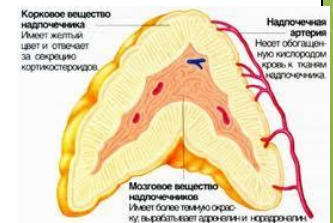
# Травма надпочечников

- могут возникать кровоизлияния в надпочечники, обычно односторонние.
- Кровоизлияния могут быть очаговыми, захватывая часть фетальной коры, и тотальными с превращением надпочечника в «мешочек с кровью».
- При разрыве капсулы кровь прорывается в паранефральную клетчатку с образованием забрюшинной гематомы. Кровь вначале жидкая, затем организуется.
- Микроскопически в ткани надпочечника помимо кровоизлияния определяются очаги некрозов; некрозу подвергается ткань надпочечника вокруг гематомы.
- При длительном существовании кровоизлияния в краевой зоне откладываются соли извести.



# Травма надпочечников

- В результате кровоизлияния может образовываться кровяная киста с капсулой и небольшими остатками коркового вещества мозга или возникает фиброзирование со скоплениями гемосидерина в разросшейся соединительной ткани.
- Генез кровоизлияний в надпочечники связан с венозным застоем и гипоксией, при которых разрываются синусоидные капилляры фетальной коры, состоящие из одного слоя эндотелия.
- Надпочечники в состоянии венозного застоя являются очень ранимыми к физическим воздействиям, в частности, передающимся через печень и почки, при извлечении туловища или, например, при «выдавливании» плода при затруднении продвижения головки
- . Полагают, что тотальное кровоизлияние в надпочечник может явиться причиной смерти.
- Однако выявление случаев таких кровоизлияний у детей, умерших от других причин, указывают, что они могут не играть существенной роли в танатогенезе



# Акушерская травма

К проявлениям акушерской травмы относятся повреждения и их последствия, которые непосредственно связаны с действиями акушера и акушерки



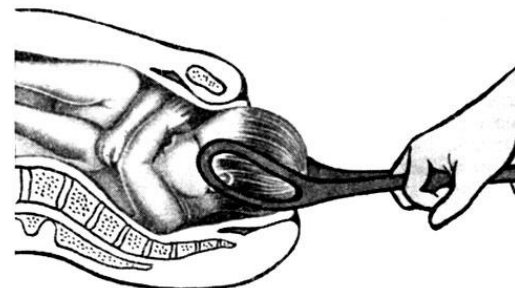
# Акушерская травма

- К акушерской травме относятся последствия родовспомогательных операций — акушерских щипцов и вакуум-экстрактора.
- Оперативное родоразрешение является фактором риска травматических повреждений.
- При использовании акушерских щипцов возрастает перинатальная смертность, чаще развивается ДЦП, чаще наблюдаются судороги у новорожденных и т. д.
- у новорожденных, родившихся с помощью выходных акушерских щипцов, поражения ЦНС встречаются достоверно чаще (26,8 %), чем при самопроизвольных родах (12,9 %).
- Достоверно чаще (25,5 %), чем при самопроизвольных родах, обнаруживаются поражения ЦНС у новорожденных, извлеченных при операции кесарева сечения.

**ВНИМАНИЕ  
СТУДЕНТ !**

# Акушерские щипцы

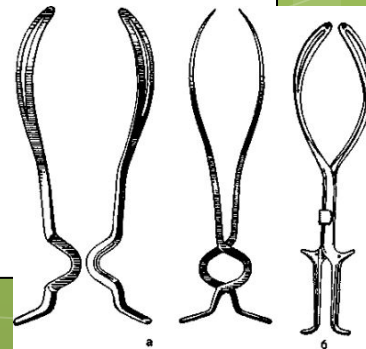
- При использовании для родоразрешения акушерских щипцов часто обнаруживались подкожные кровоизлияния, ссадины, нередко с отслойкой эпидермиса.
- Повреждения кожи иногда располагались в области лица.
- В большинстве случаев обнаруживались следы от ложек щипцов. Эти следы были слабозаметными в случаях наложения выходных щипцов или при смерти детей на 2–3-й дни жизни. Если акушерские щипцы накладывались правильно (битемпорально), то следы от ложек менее заметны; они имеют вид овалов вокруг ушных раковин с отеком в центре и точечными кровоизлияниями по окружности.
- В ряде случаев «овальные следы» от ложек щипцов определялись в области щек (впереди мочки уха) и в области лба. Это свидетельствовало об атипичном наложении ложек щипцов.
- Часто обнаруживаются кефалогематомы. Разрывы мозжечкового намета нами выявлены в 46,2 % случаев, то есть почти в 2 раза чаще, чем у родившихся при самопроизвольных родах (23,8 %).
- У части детей определялись признаки сдавления головного мозга и различные внутрочерепные кровоизлияния. У 2 из 26 исследуемых детей, рожденных с помощью акушерских щипцов, выявлены переломы позвоночника





# Акушерские щипцы

- Применение акушерских щипцов ведет к переломам нижней челюсти и кровоизлияниям в окружающие ткани, возникающим при асимметричном их наложении, когда одна из ложек не охватывает весь лицевой череп, а ее конец давит на челюсть
- при асинклитическом вставлении головки неполный хват головки плода одной из ложек может наблюдаться именно при асинклитически вставленной головке

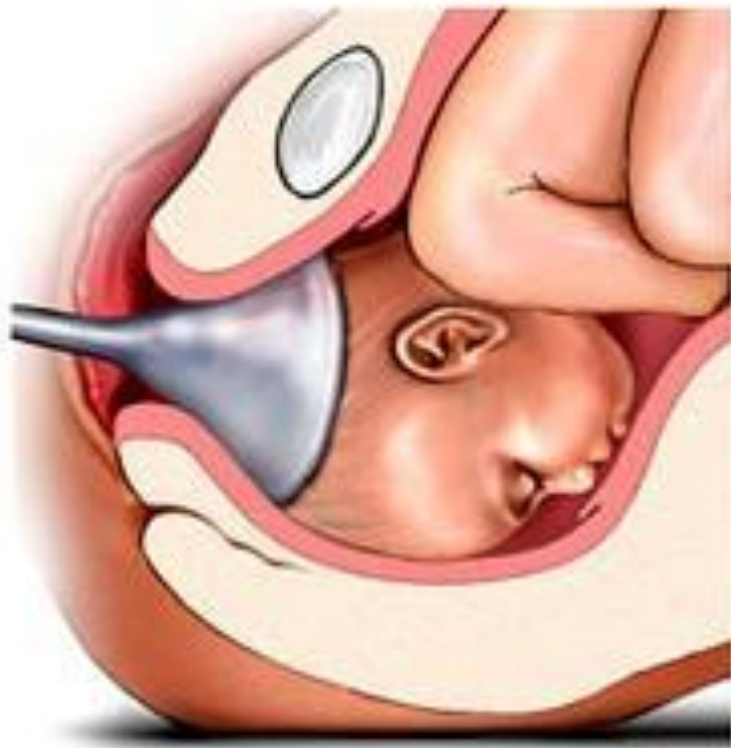


# Вакуум-экстрактор

- При использовании **вакуум-экстрактора** с целью родоразрешения определяются выраженные отечно-геморрагические изменения в мягких тканях головы вплоть до образования субапоневротических гематом.
- Обнаруживаются трещины костей черепа, чаще, чем при применении акушерских щипцов, выявляются разрывы тентория



## Использование щипцов и вакуум экстрактора



# Ошибки тактики

- ❑ Неправильная диагностика нарушений состояния плода ведет к ошибкам в выборе способа родоразрешения.
- ❑ Наиболее частой ошибкой является, по нашим данным, родоразрешение с помощью полостных акушерских щипцов и вакуум-экстрактора в случаях функционального несоответствия между размерами головки и родовым каналом матери, проявляющегося затрудненными родами (дистоцией), вторичной слабостью родовой деятельности и внутриутробной «асфиксией».
- ❑ В случаях смерти после данных операций обнаруживаются грубые травматические повреждения: разрывы мозжечкового намета и серповидного отростка, переломы позвоночника, СДК и даже родовые травмы внутренних органов.
- ❑ Причем среди умерших оказалось много крупных плодов (с массой 4000 г. и выше).
- ❑ Нередки и травматические повреждения у матери особенно при использовании акушерских щипцов.

# Ошибки при кесаревом сечении

- ❑ Травматические повреждения плода минимальны, если кесарево сечение плановое, но значительно возрастают при проведении данной операции в родах при возникших показаниях.
- ❑ По нашим данным, поражения ЦНС наиболее часто встречаются, если операция кесарева сечения проводится в связи с поперечным положением плода и слабостью родовой деятельности.
- ❑ Наблюдаются разрывы мозжечкового намета, вен, субдуральные и другие кровоизлияния.
- ❑ В отдельных случаях у новорожденных, родившихся при кесаревом сечении, наблюдались эпидуральные, субдуральные и субарахноидальные кровоизлияния спинного мозга.
- ❑ Для предупреждения акушерской травмы при кесаревом сечении в нижнем сегменте матки необходимо делать разрез не менее 12–13 см, не тянуть головку с целью извлечения плечиков, а извлекать плод за подмышечные впадины [







Спасибо за внимание !

[www.revic.ru](http://www.revic.ru)