



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





ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ



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

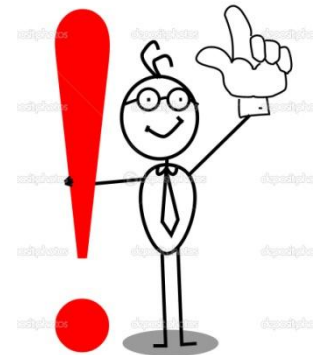


Различают родовые травмы:

- 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

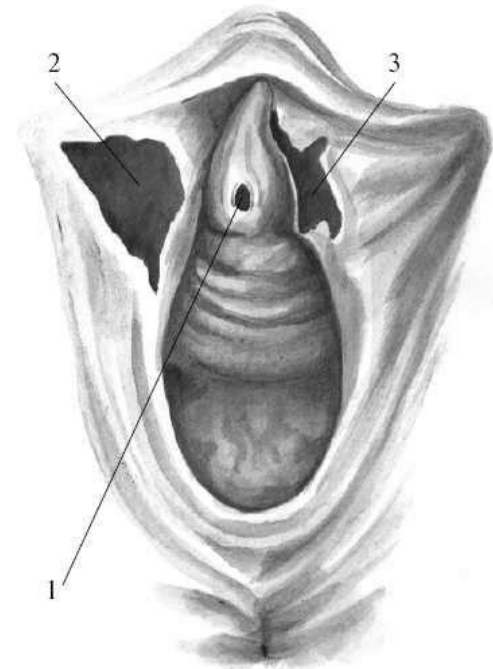


Разрывы вульвы

— 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

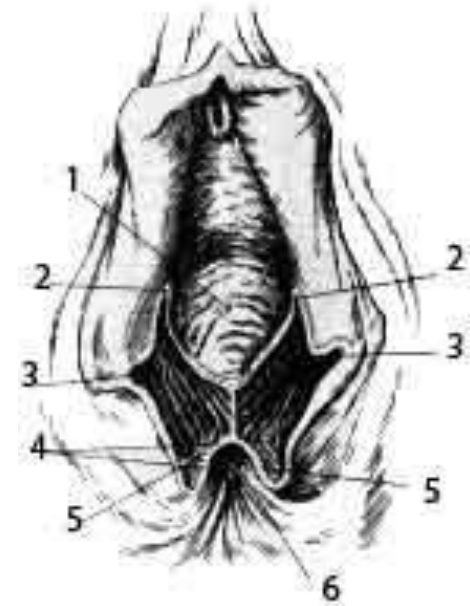
- **Разрыв промежности — нарушение целостности тканей промежности в процессе изгнания плода — наиболее часто встречающаяся родовая травма матери.**
- Даже незначительные разрывы промежности в дальнейшем predispose к формированию функциональной недостаточности мышц тазового дна, что приводит к опущению 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)

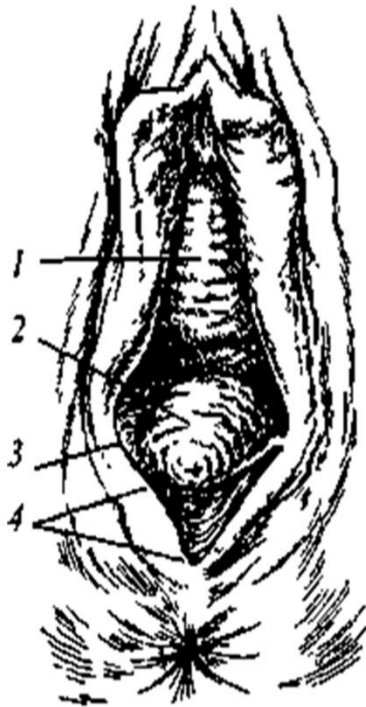


Рис. 24. Разрыв промежности I степени:
 1 - передняя стенка влагалища;
 2 - задняя стенка влагалища;
 3 - задняя спайка;
 4 - кожа промежности

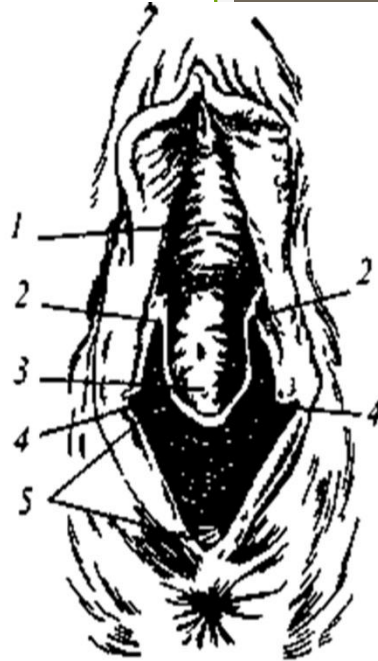


Рис. 25. Разрыв промежности II степени:
 1 - передняя стенка влагалища;
 2 - верхний край разрыва;
 3 - задняя стенка влагалища;
 4 - задняя спайка;
 5 - кожа промежности

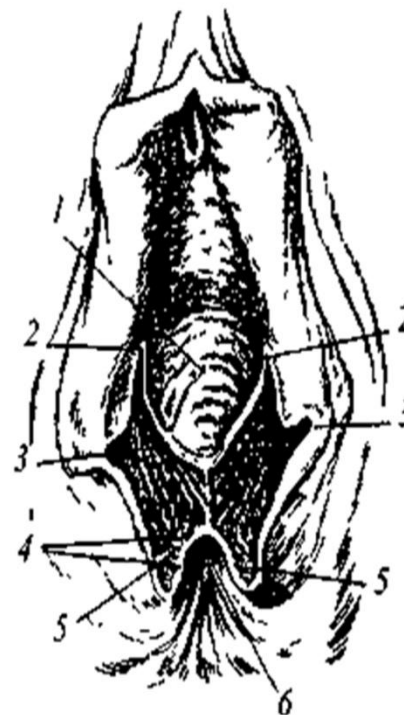


Рис. 26. Разрыв промежности III степени:
 1 - задняя стенка влагалища;
 2 - верхний край разрыва;
 3 - задняя спайка;
 4 - слизистая прямой кишки;
 5 - сфинктер;
 6 - анус

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

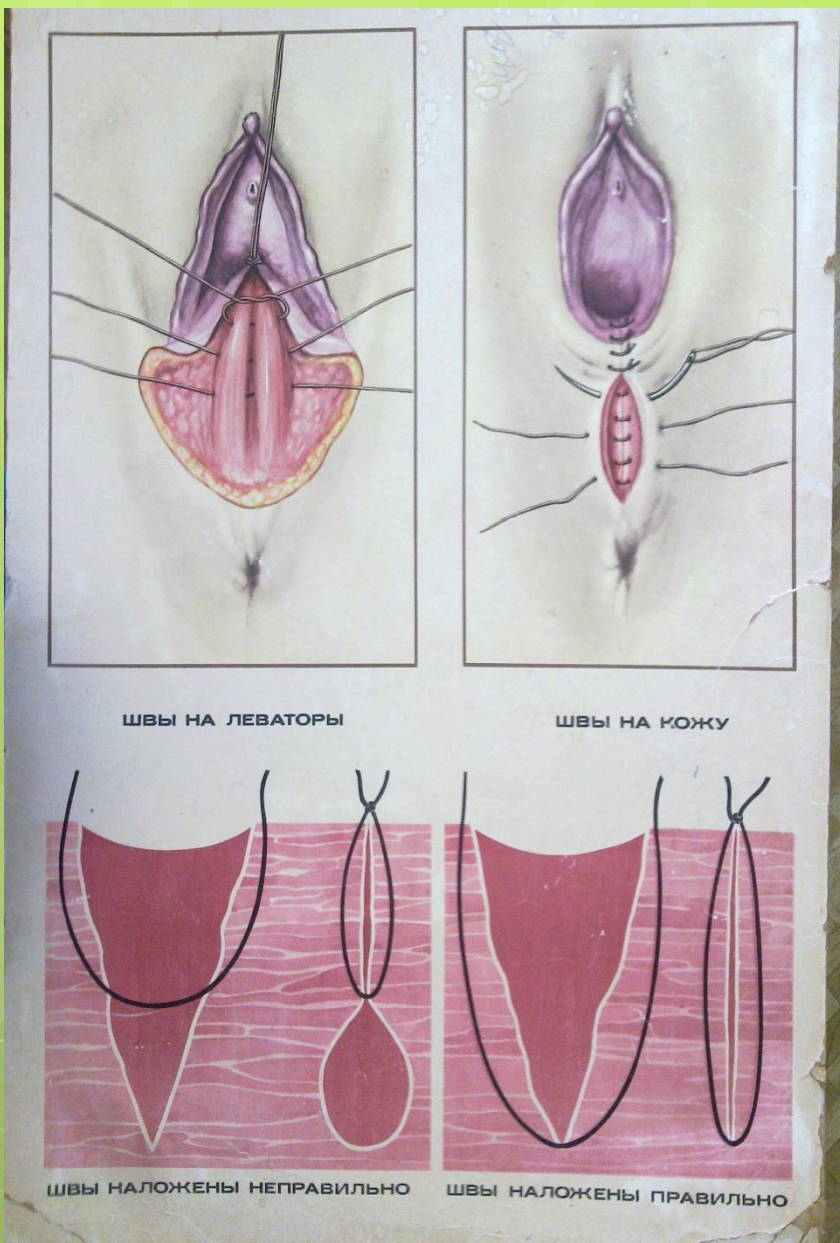
- выпячивание промежности;
- цианоз;
- отёк;
- побледнение.



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

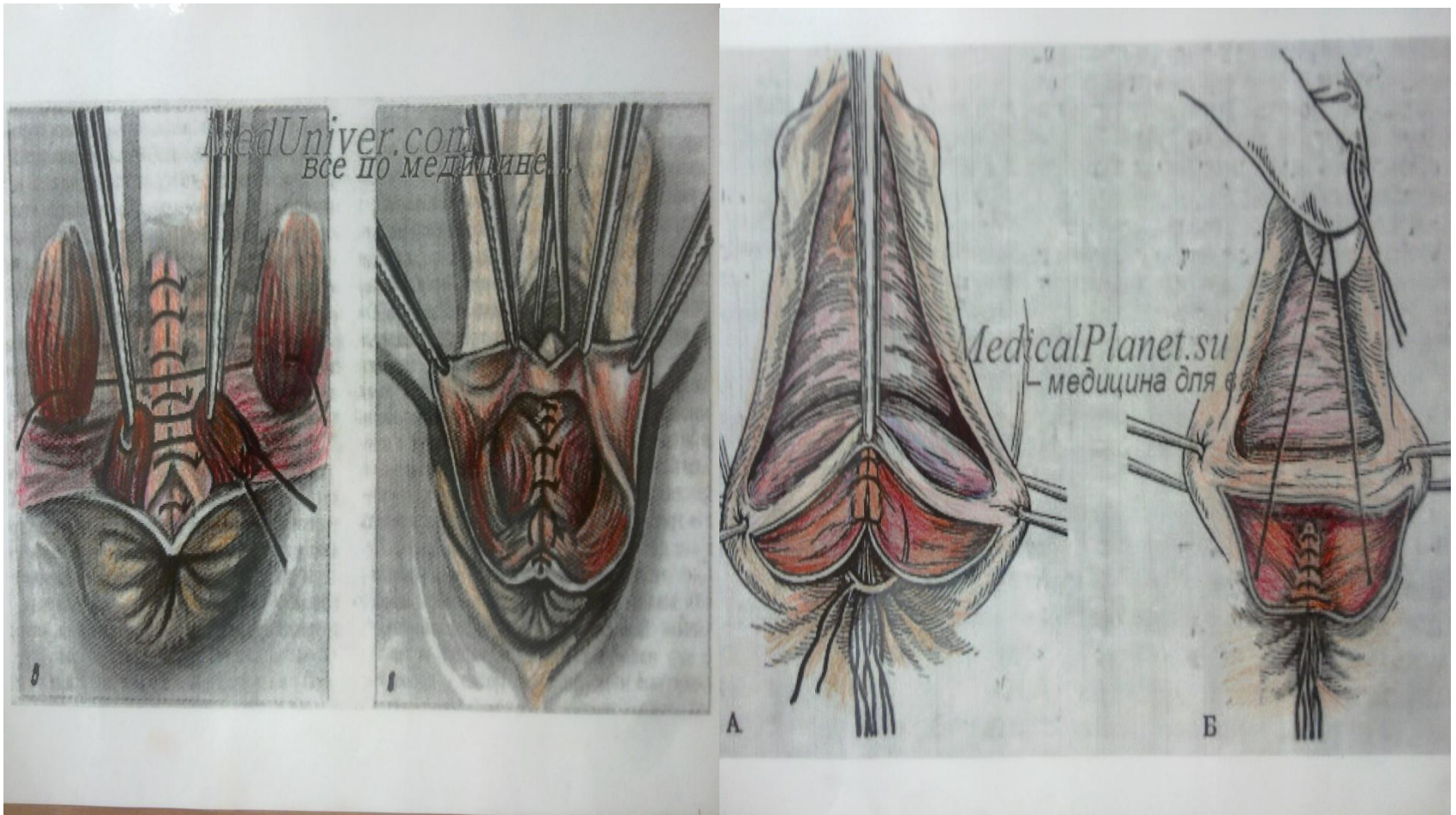


ПЕРИНЕОТОМИЯ



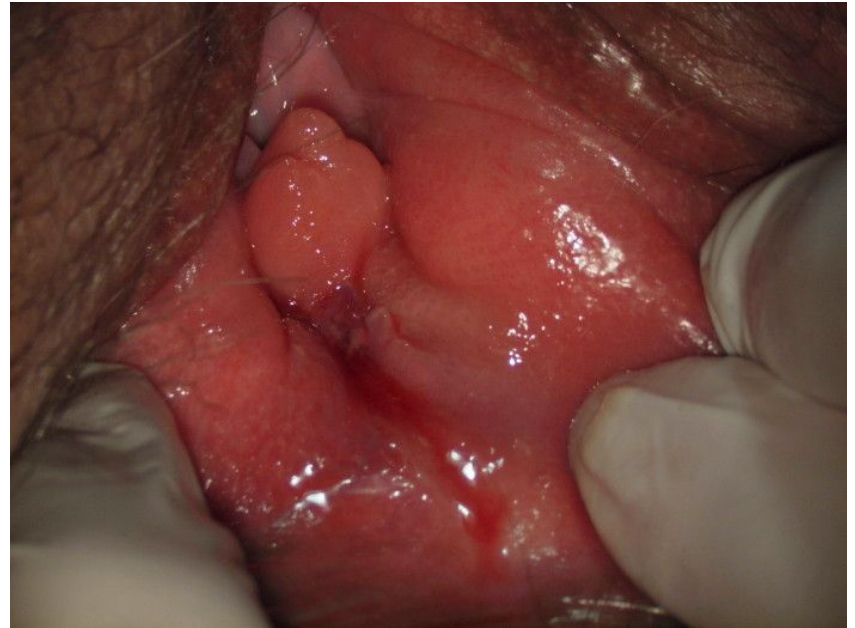
ЭПИЗИОТОМИЯ

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

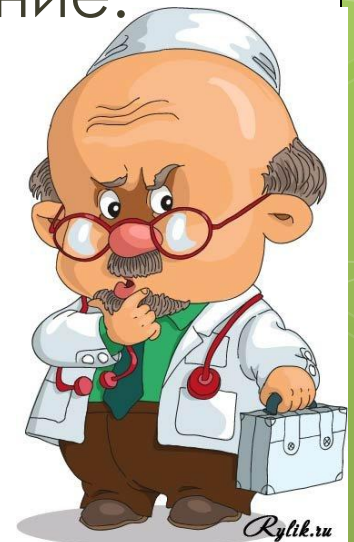
- Разрывы влагалища возникают при недостаточной растяжимости его стенок, инфантилизме, оперативных родах, разгибательных предлежаниях, крупной головке плода, затяжных родах.
- Отрывы сводов влагалища могут возникнуть самопроизвольно (чаще) или в результате акушерских вмешательств.



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.



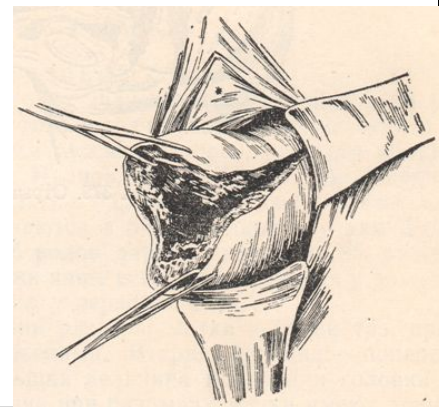
Лечение разрыва влагалища

- **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.

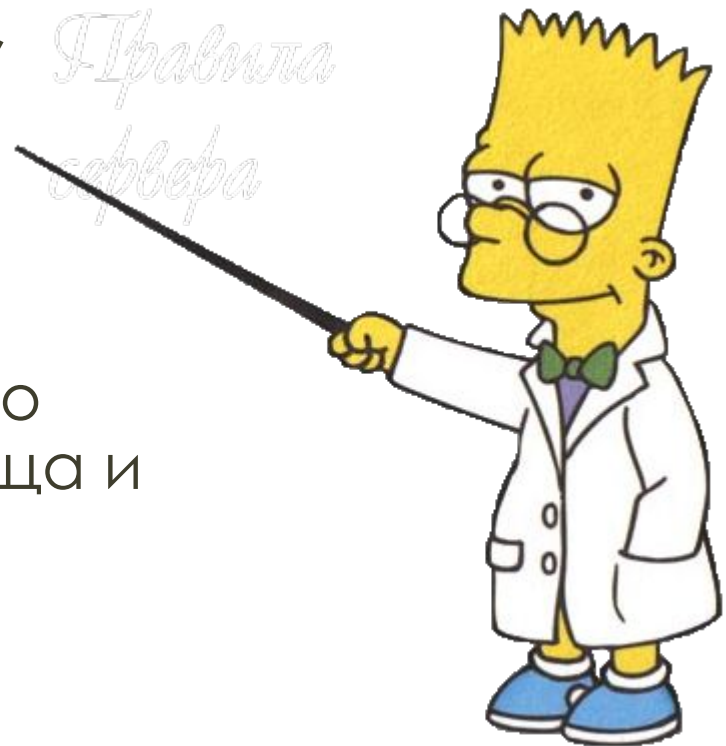
ЭТИОЛОГИЯ

- 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

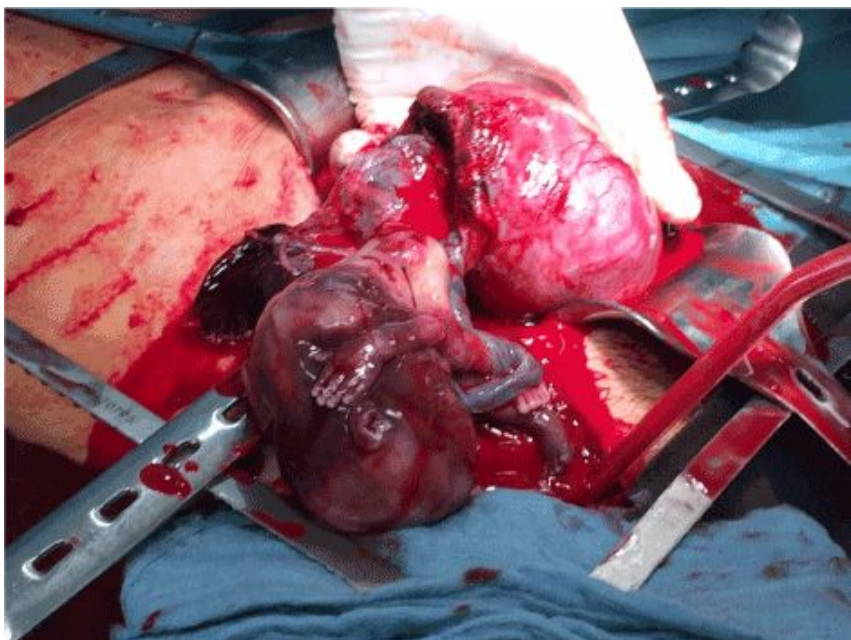
- ▣ **Разрыв шейки матки III степени** — прямое показание к контрольному ручному обследованию стенок полости матки для исключения перехода разрыва на нижний сегмент матки.
- ▣ **Хирургическое лечение**
- ▣ **Методы обезболивания** При разрывах шейки матки II–III степени родильнице проводят общее обезболивание



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

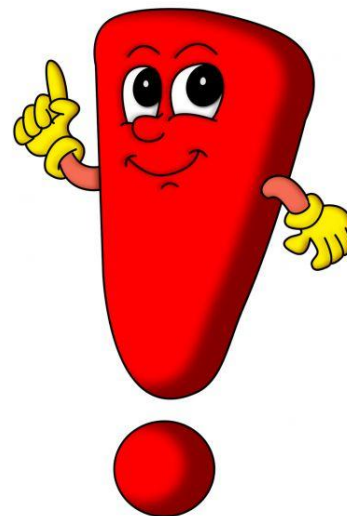


тяжелейшее
осложнение
беременности и
родов.



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
матки

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).

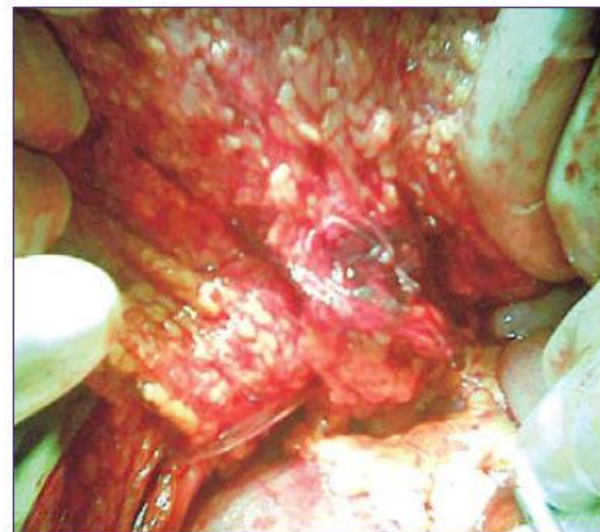
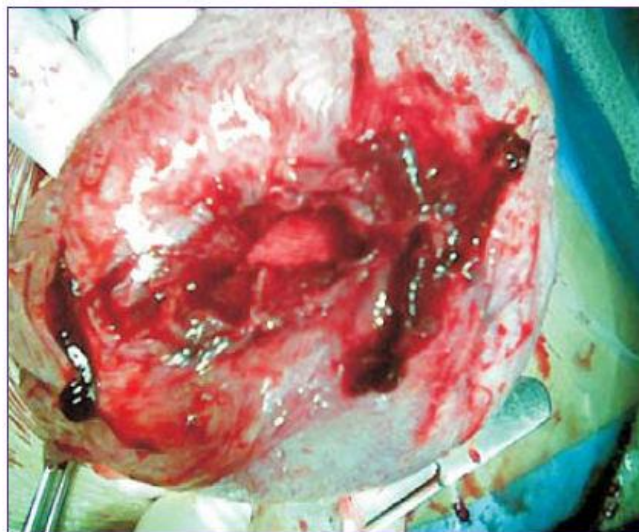
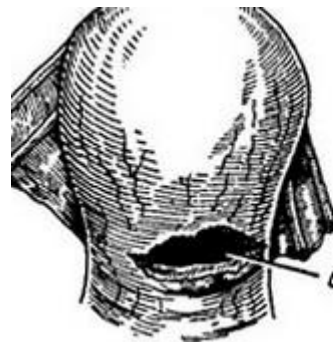
ЭТИОЛОГИЯ

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

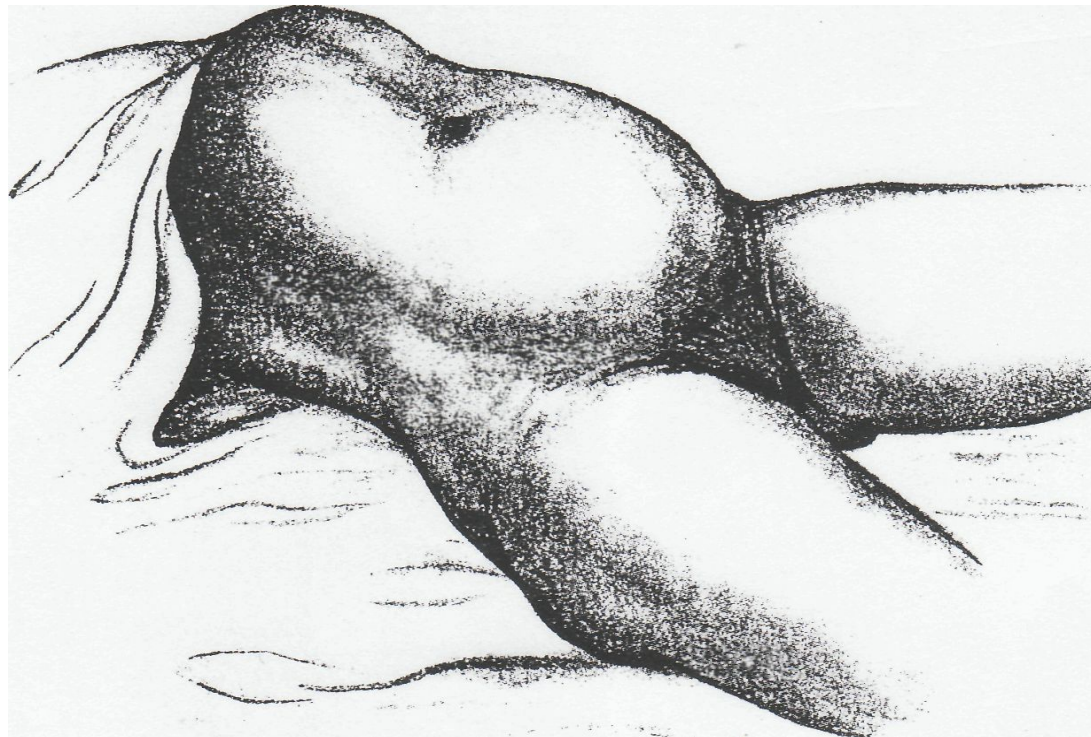
б

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.

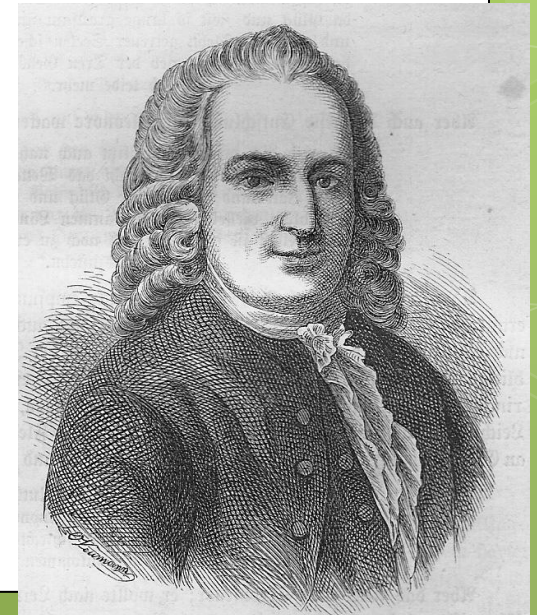
Свершившийся разрыв матки

**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

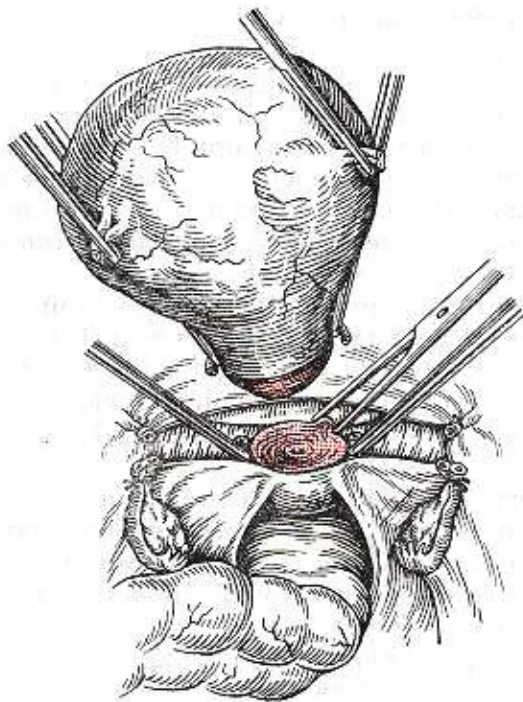
- во время беременности с
- Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты,
 - кишечной непроходимостью,
 - почечной коликой,
 - острым аппендицитом.



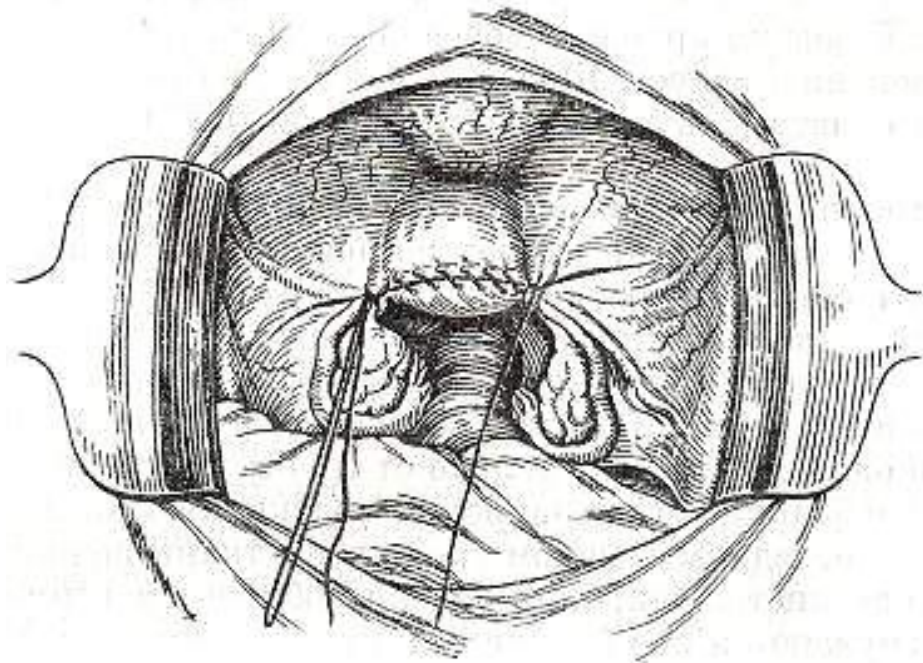
ТАКТИКА

- 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

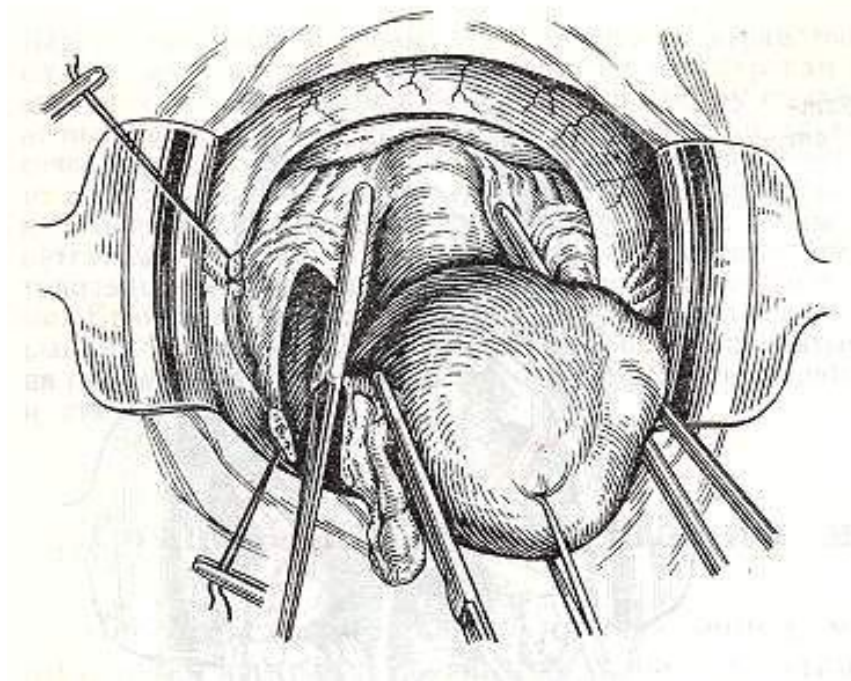


**Отсечение тела матки
от шейки матки**

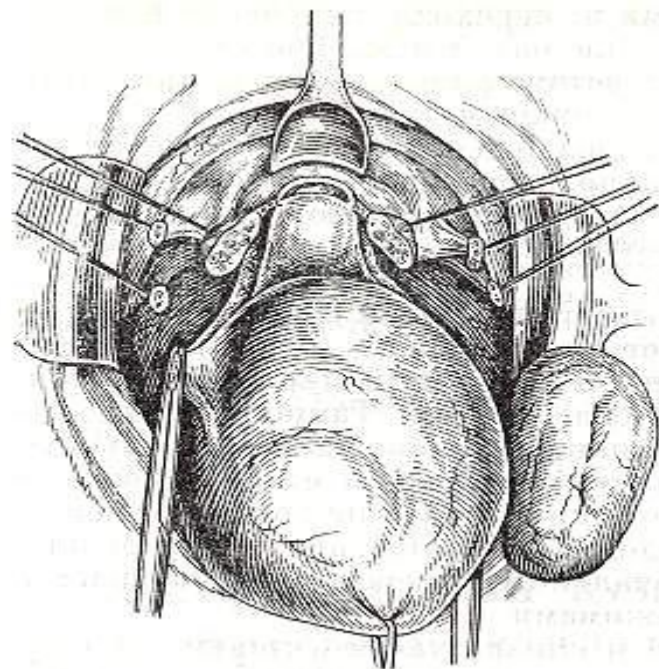


Перитонизация

Экстирпация матки



**Наложение зажима
вдоль шейки матки**

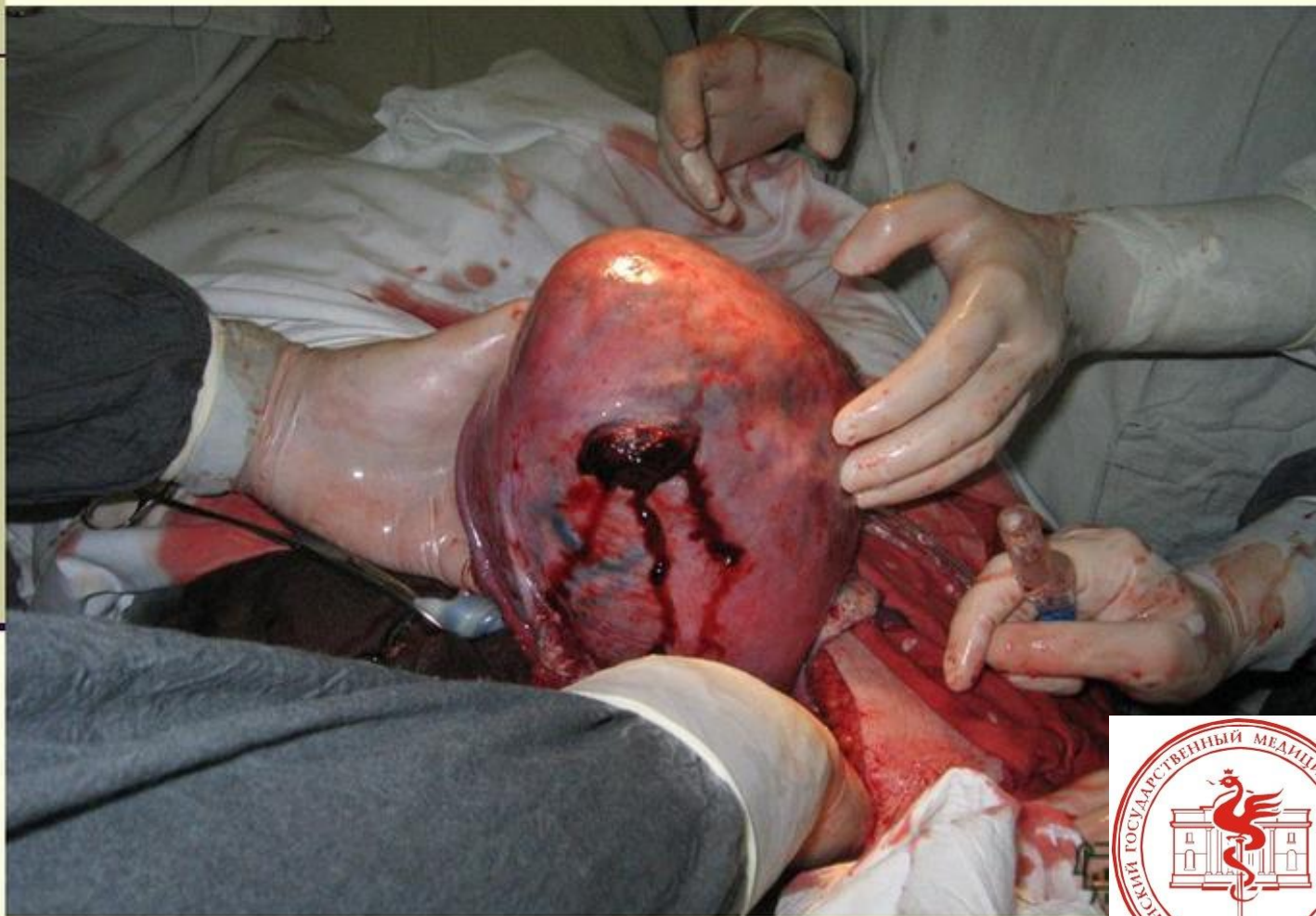


**Вскрытие переднего
свода влагалища**

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

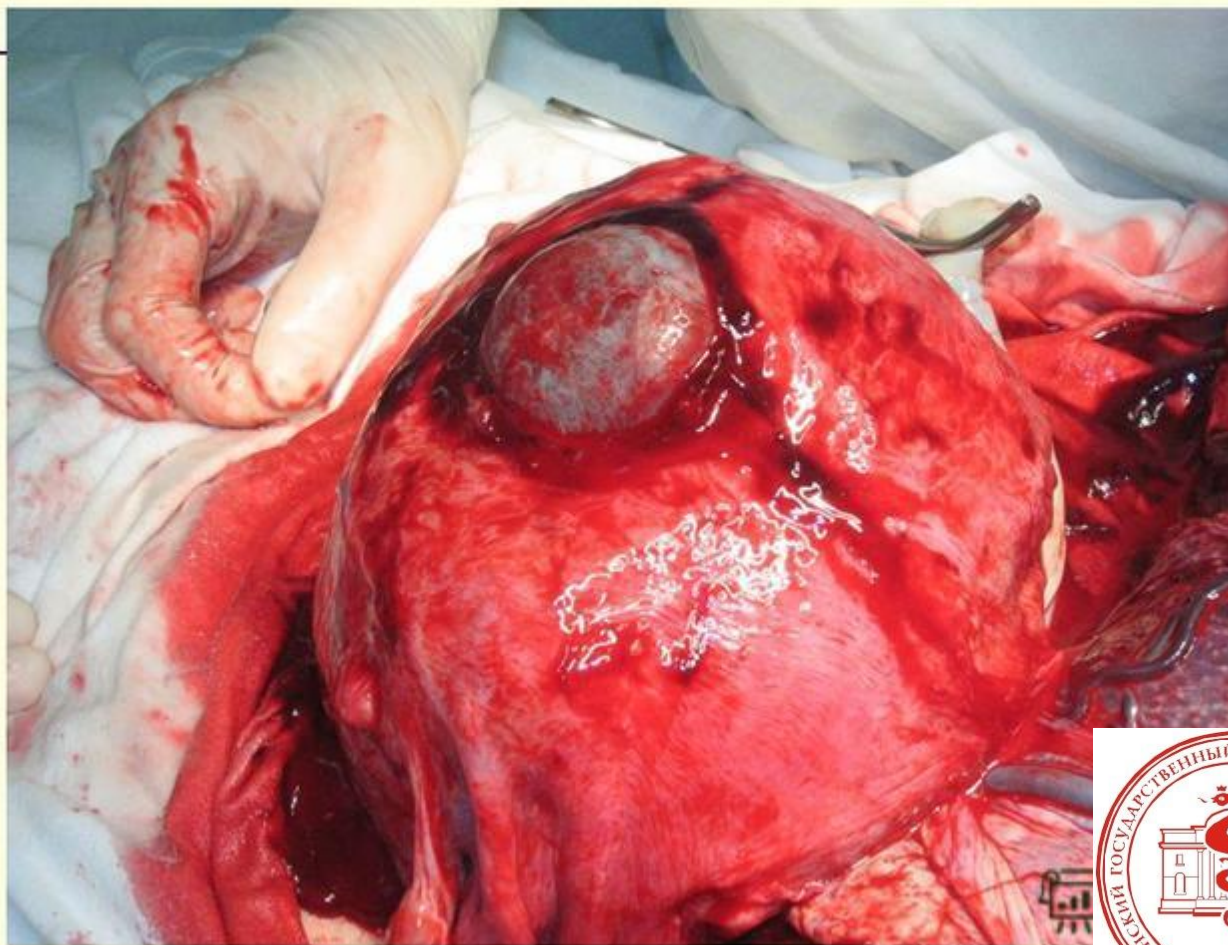
Гистиопатический разрыв матки



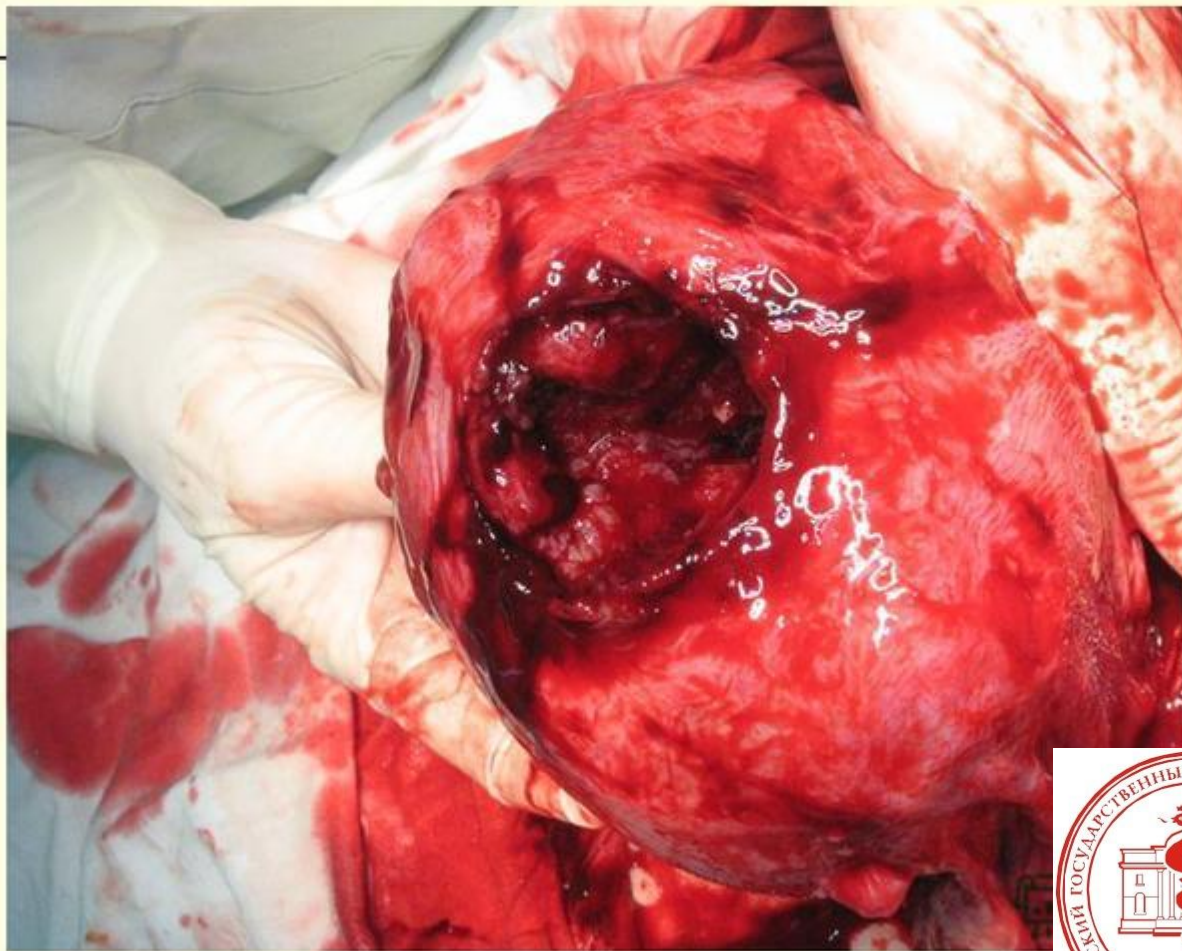
Гистиопатический разрыв матки



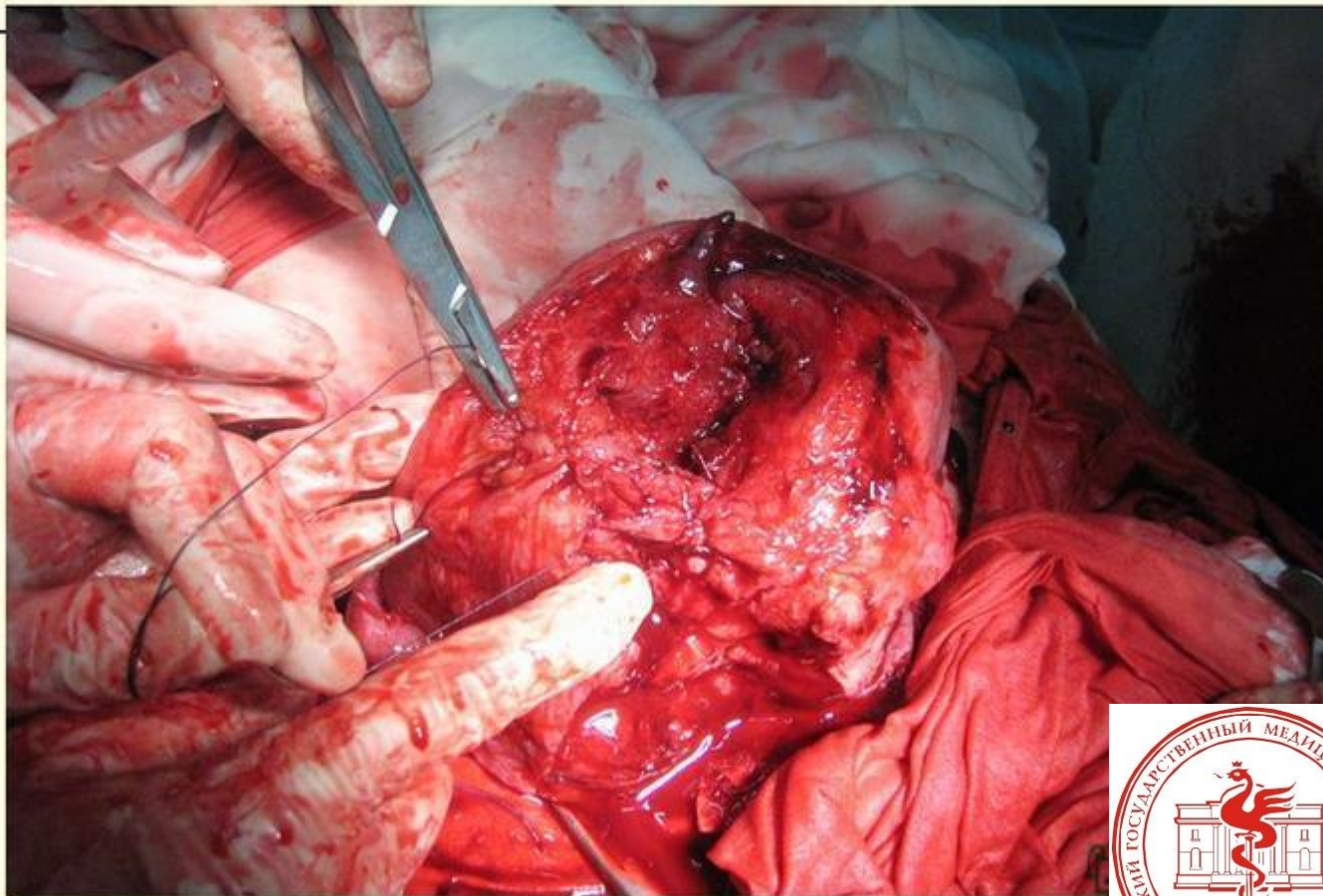
Гистиопатический разрыв матки



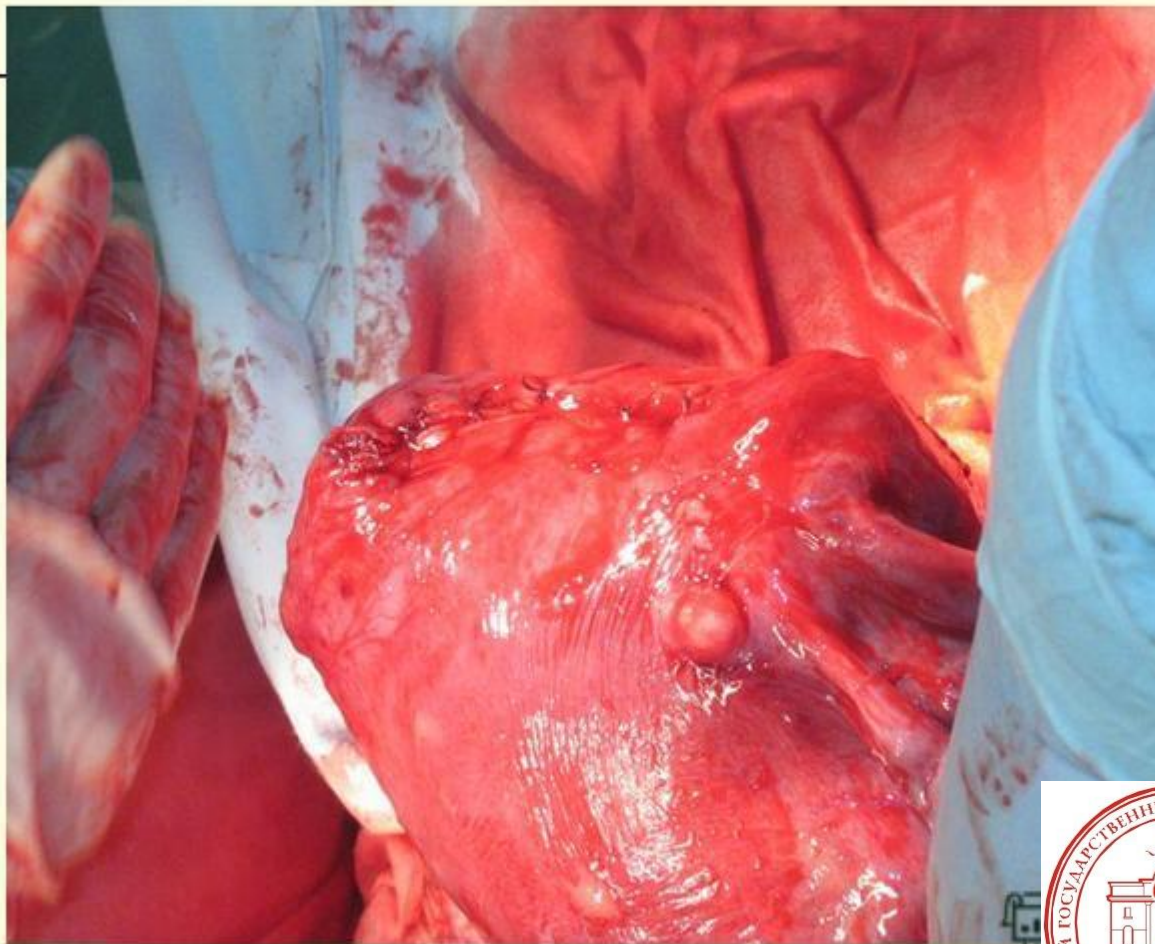
Гистиопатический разрыв матки



Гистиопатический разрыв матки



Гистиопатический разрыв матки



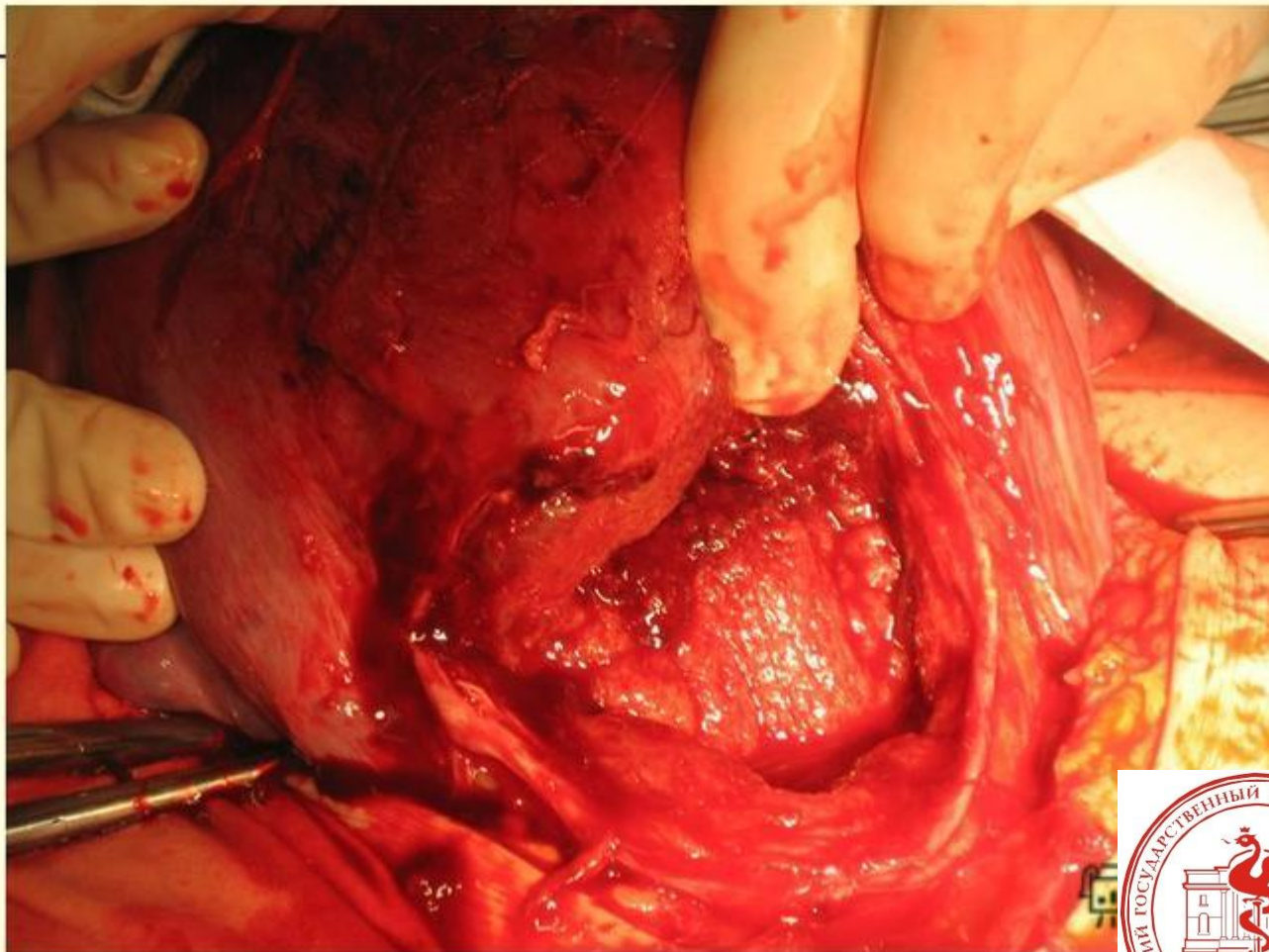
Механический разрыв матки



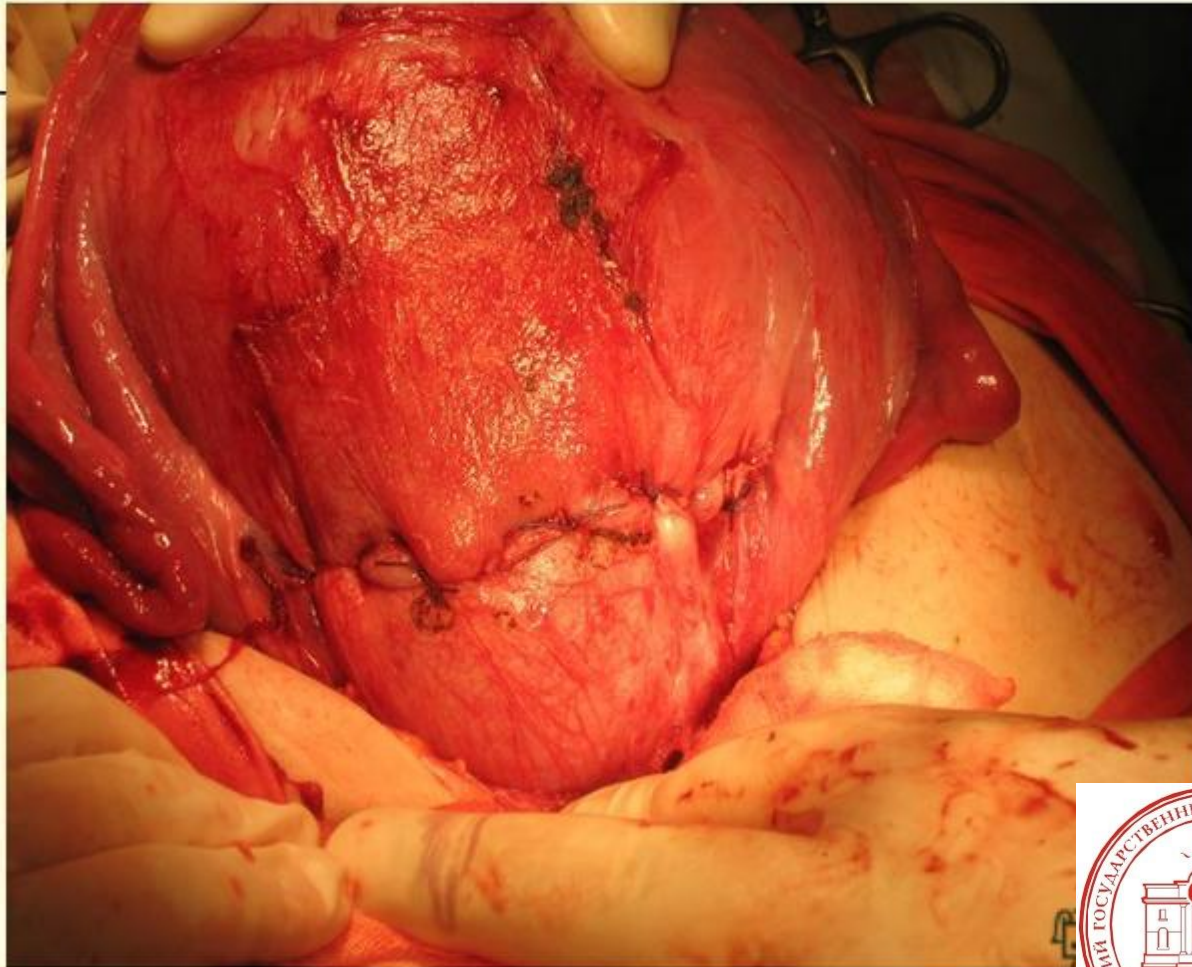
Механический разрыв матки



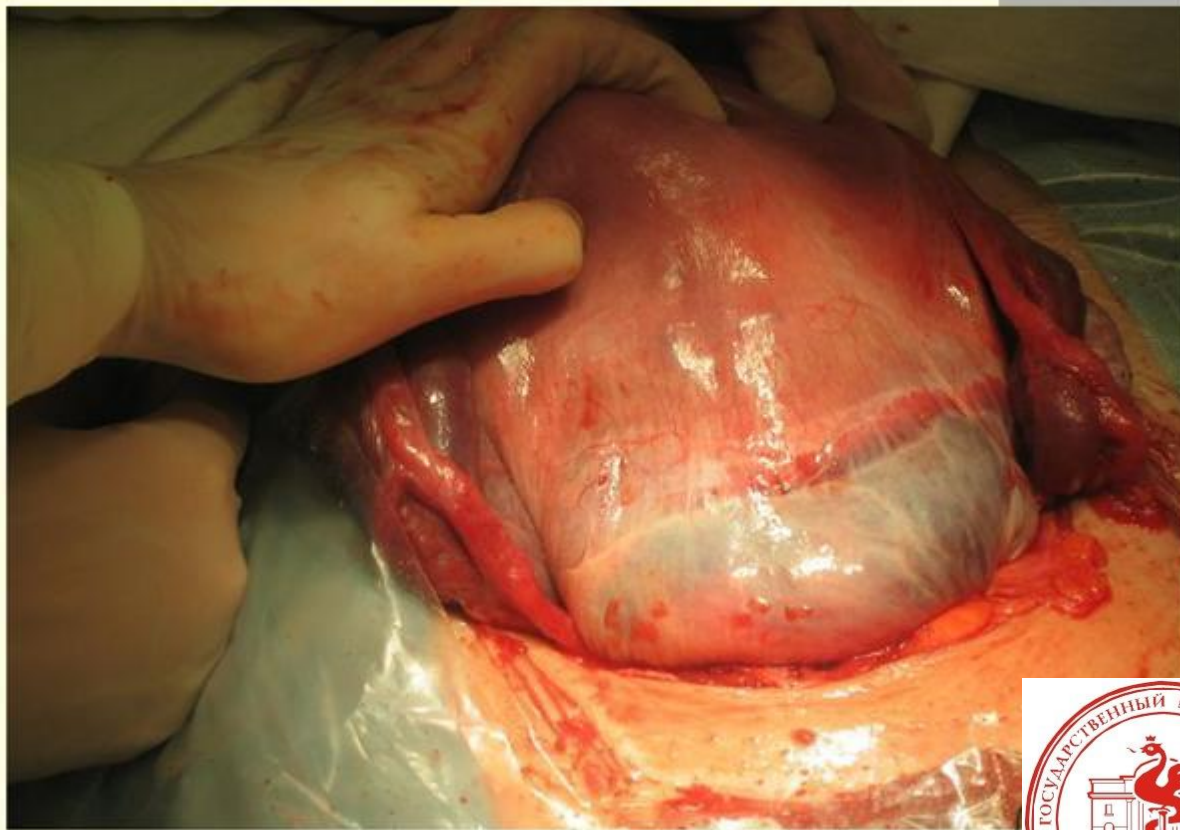
Механический разрыв матки



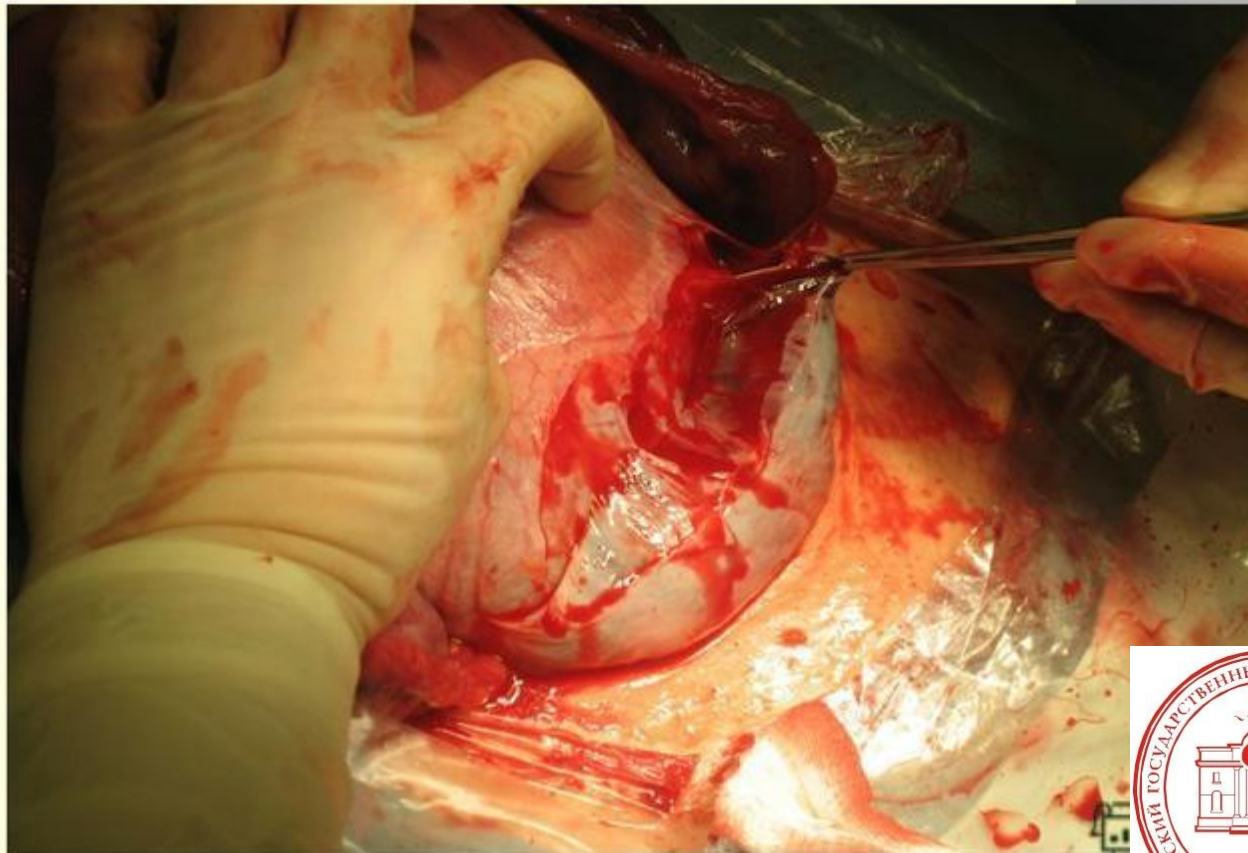
Механический разрыв матки



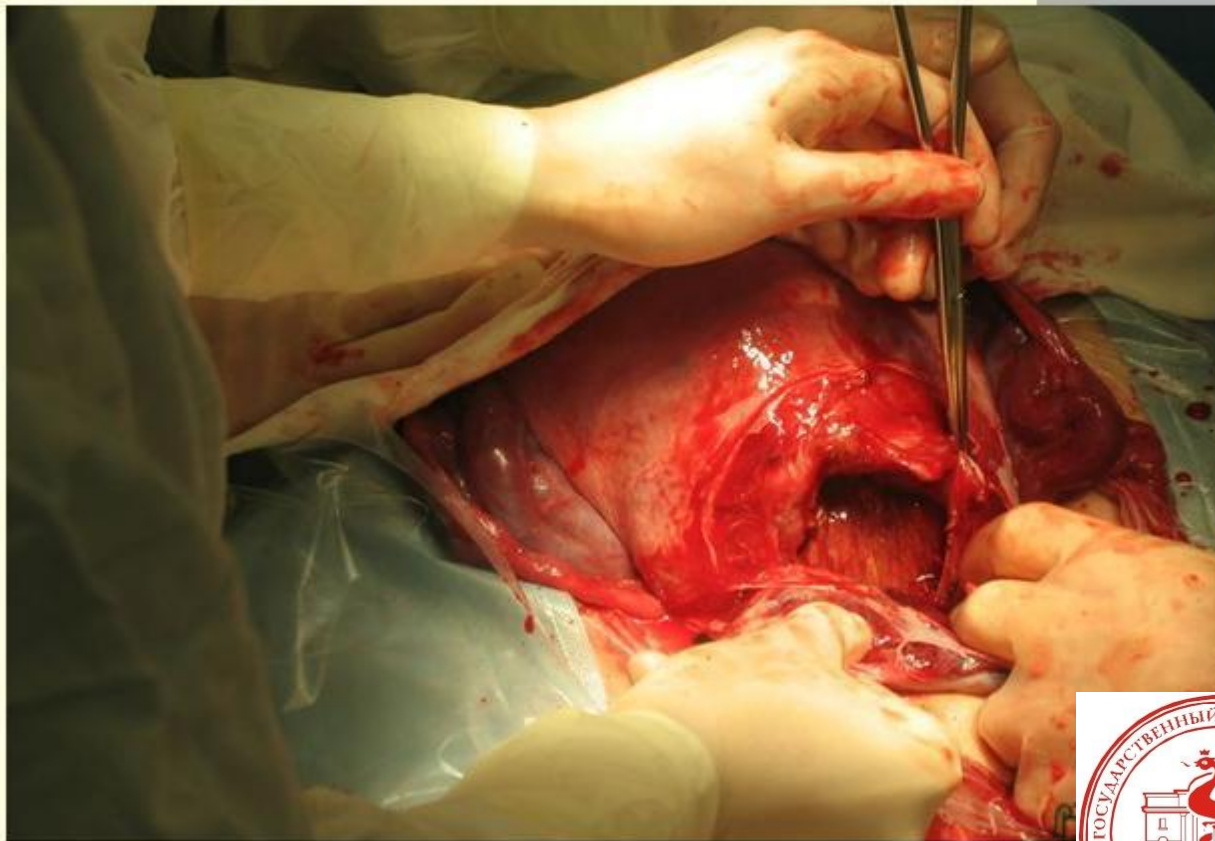
Неполный разрыв матки



Неполный разрыв матки



Неполный разрыв матки

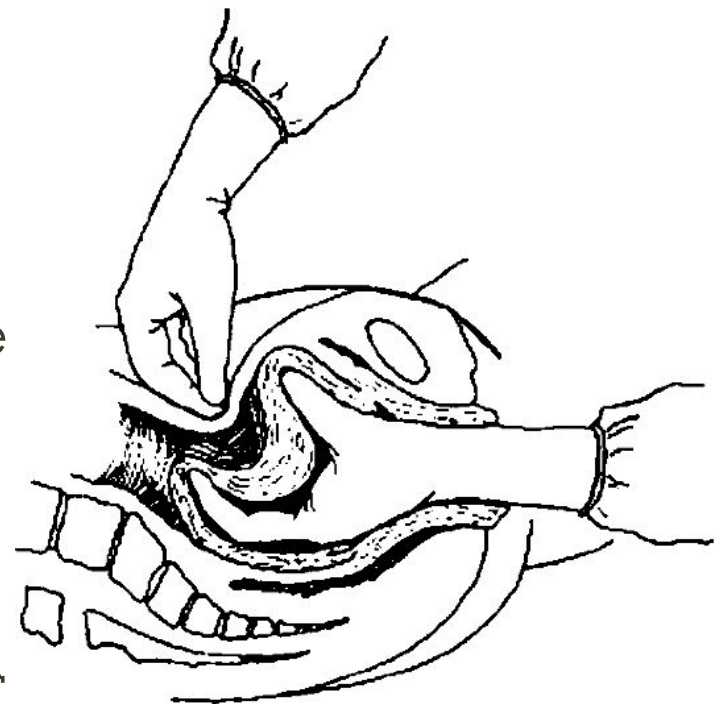


Неполный разрыв матки

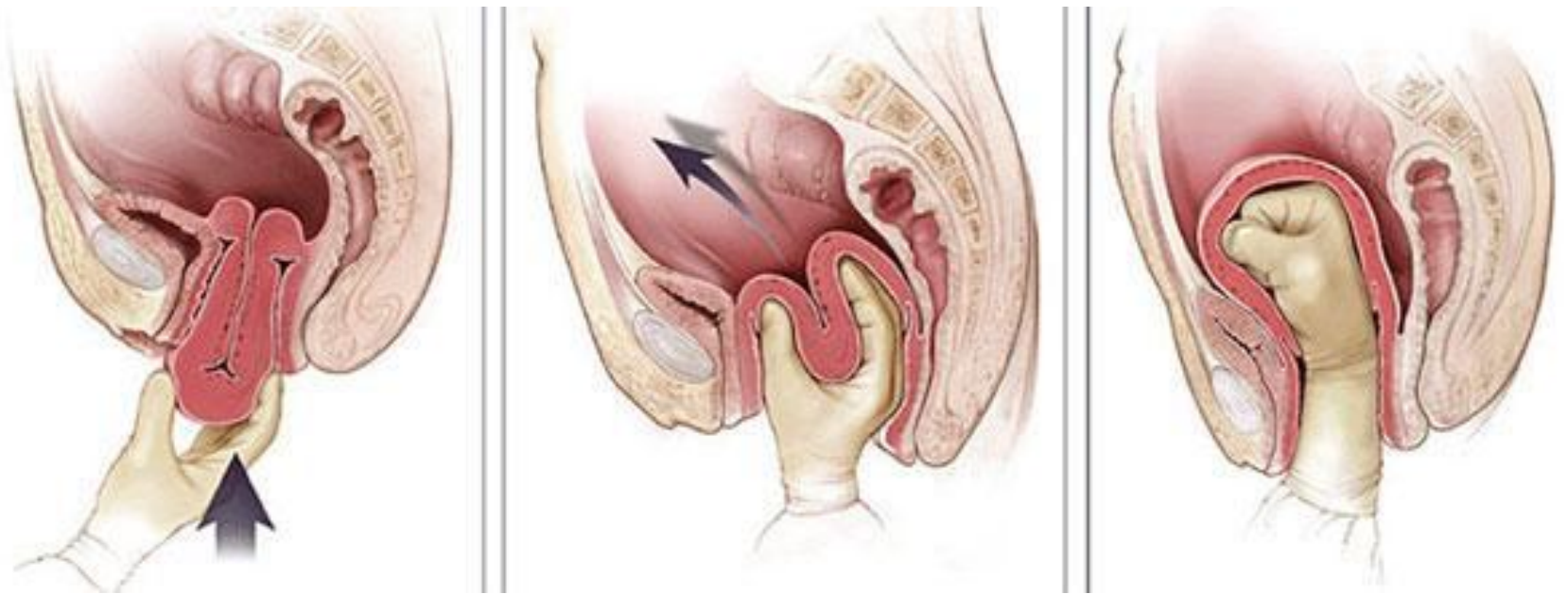


Выворот матки

- 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.

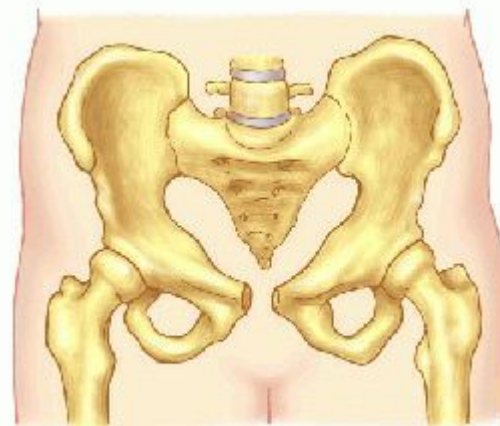


Разрыв лонного сочленения

-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

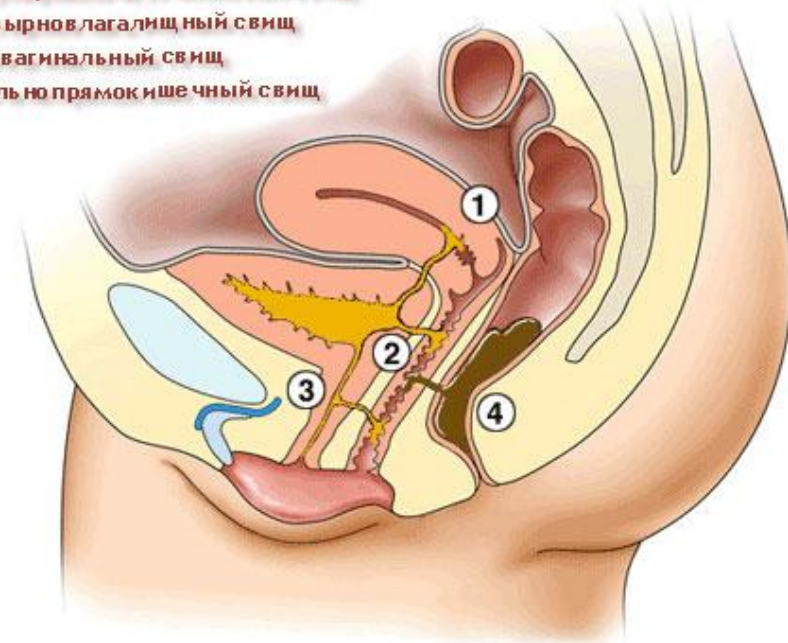
Кишечно-вагалищные

Послеродовые свищи

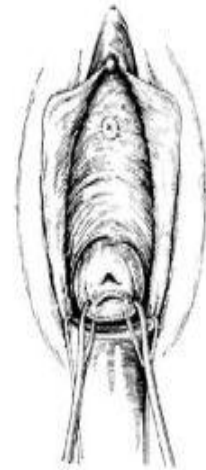
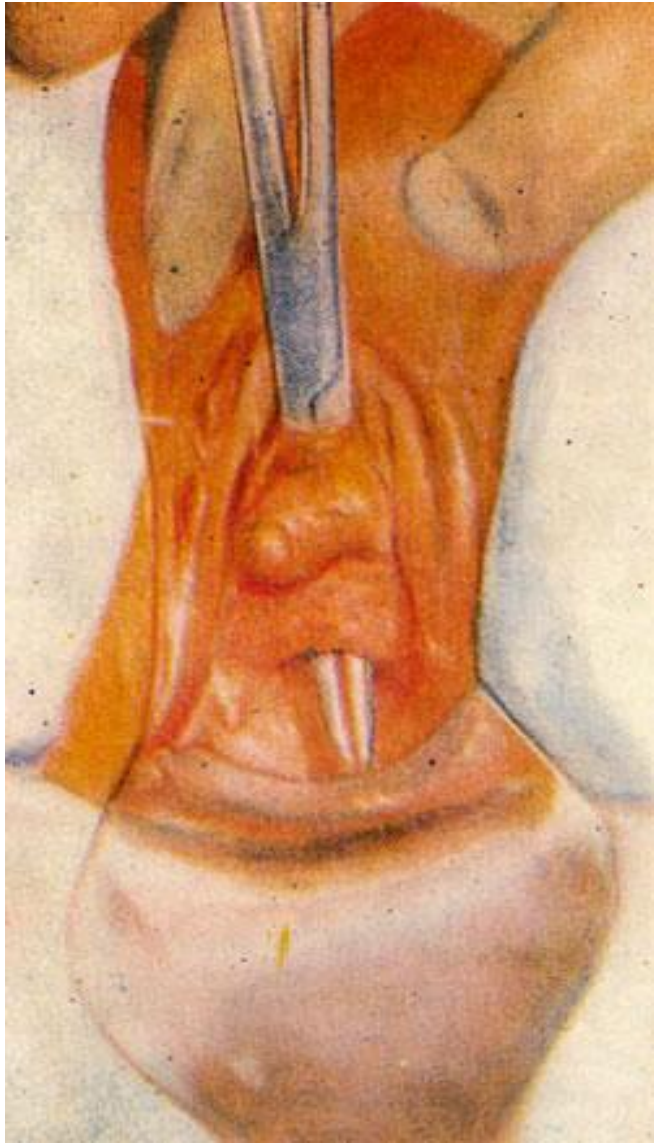
- Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей после родов связано с неправильным ведением последних, особенно при узком тазе.
- Свищи являются тяжелым увечьем и делают женщину инвалидом.
- Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 ч), в результате чего 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



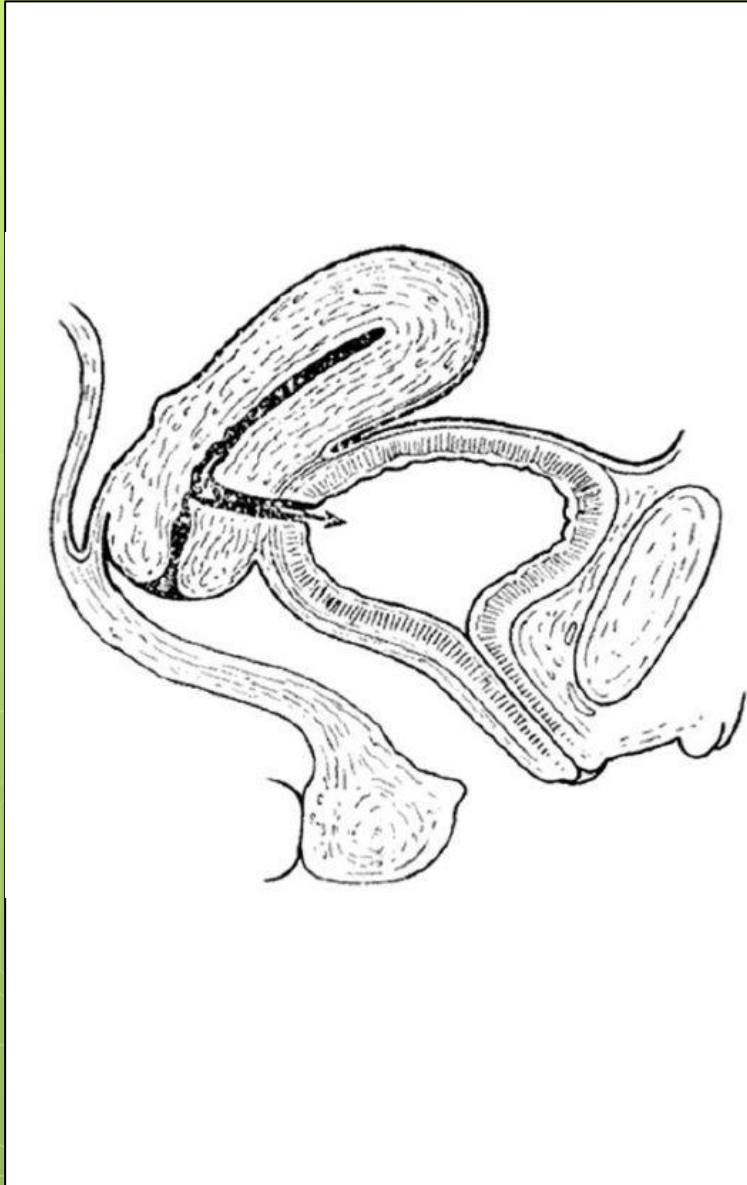
Пузырно- влагалищные свищи





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

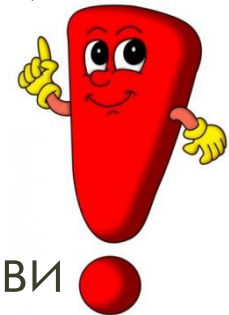
- обозначим основные патологические процессы черепа, его дериватов и головного мозга, которые обнаруживаются при родовой травме, то есть вызваны механическими силами



Родовая опухоль (caput succedaneum)—

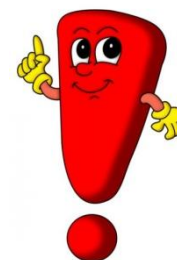


- отек мягких тканей головы с кровоизлияниями, возникающими в процессе родов в подлежащей части головки.
- Родовая опухоль находится ниже пояса соприкосновения в родовом канале и возникает вследствие нарушения оттока крови из тканей головки, что приводит к экссудации и периваскулярным кровоизлияниям.
- 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

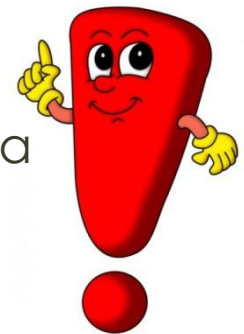
- Родовая опухоль не имеет четких границ, переходит через швы и роднички. Иногда при влагалищном исследовании она ошибочно принимается за плодный пузырь (надежным дифференциально-диагностическим критерием является наличие волос).
- Чем длительнее безводный промежуток времени, тем более выражена родовая 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 (сарит succedaneum) — продолжение



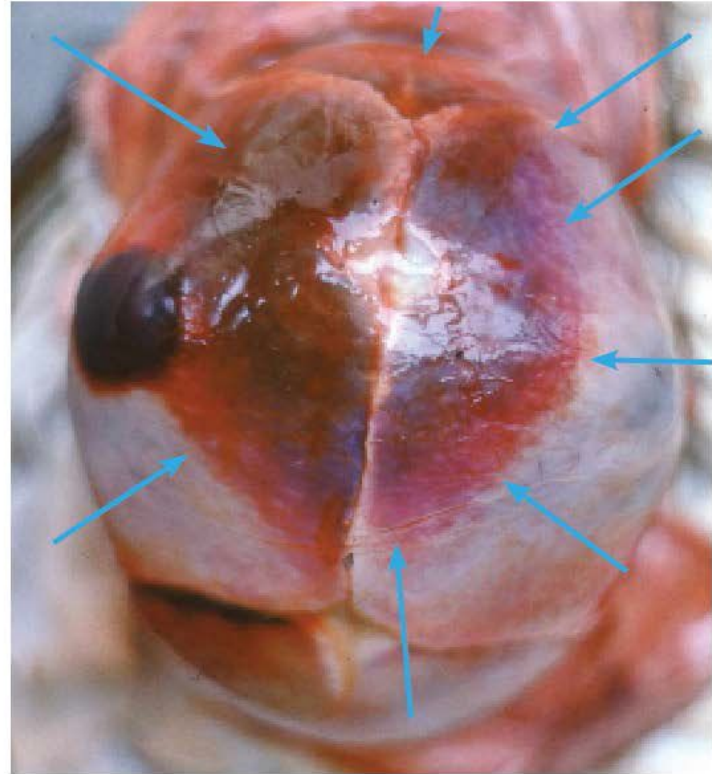
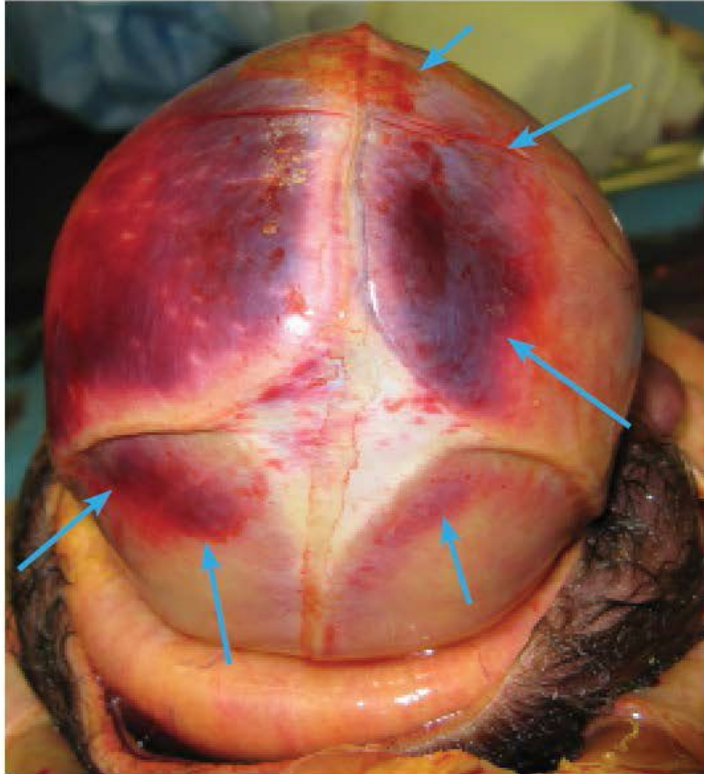
- Наиболее часто родовая опухоль располагается в затылочно-теменной области
- При первой позиции родовая опухоль чаще располагается в области правого теменного бугра или правой теменной кости, а при второй — в области левого теменного бугра (или левой теменной кости).
- При затылочном предлежании голова 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)

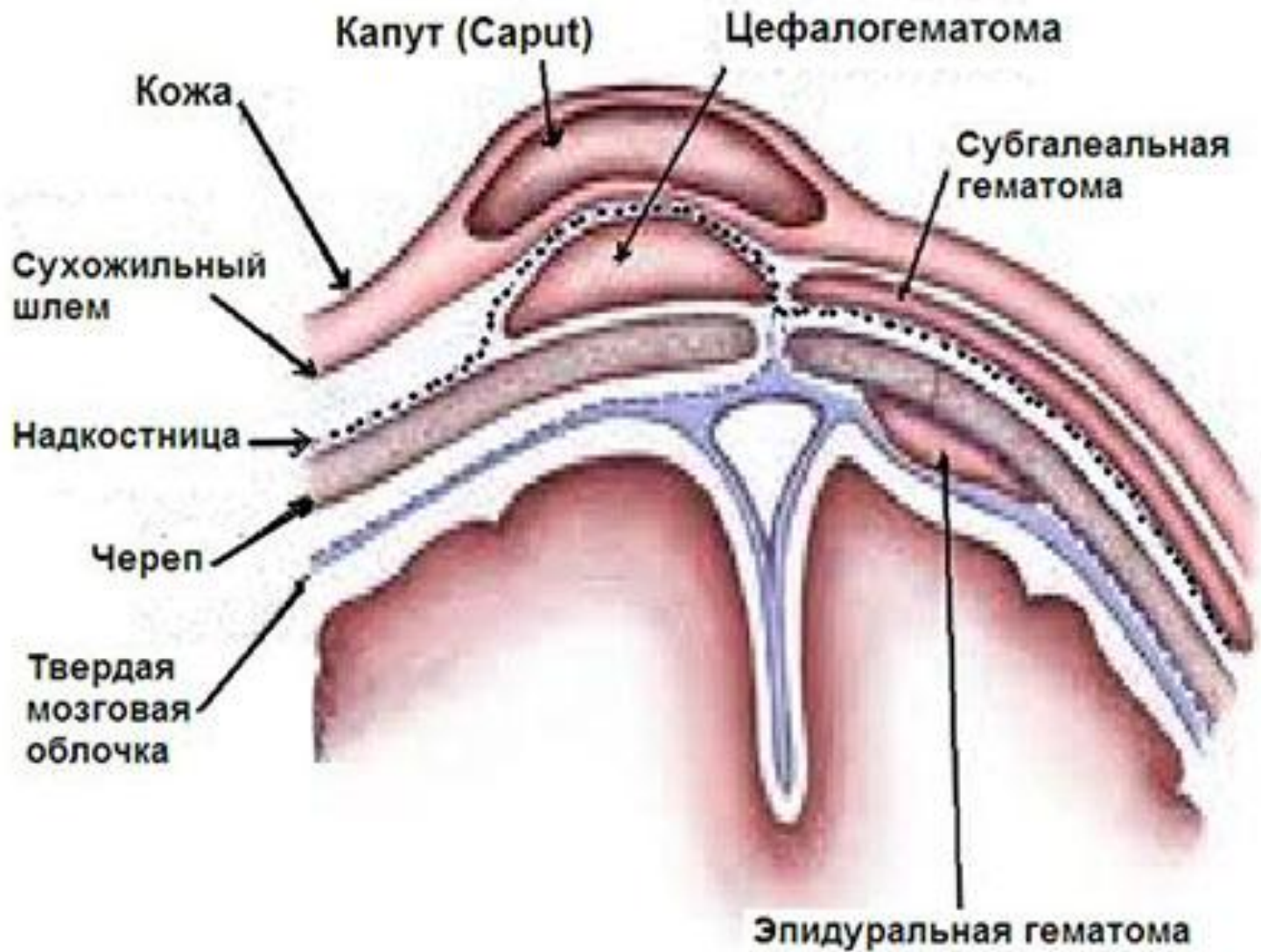


- Данные изменения можно назвать «субапоневротическим кровоизлиянием типа геморрагического пропитывания» или «родовой опухолью с выраженным геморрагическим пропитыванием», но первое название представляется нам предпочтительней.
- Однако когда речь идет о субапоневротическом кровоизлиянии, то предполагается 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

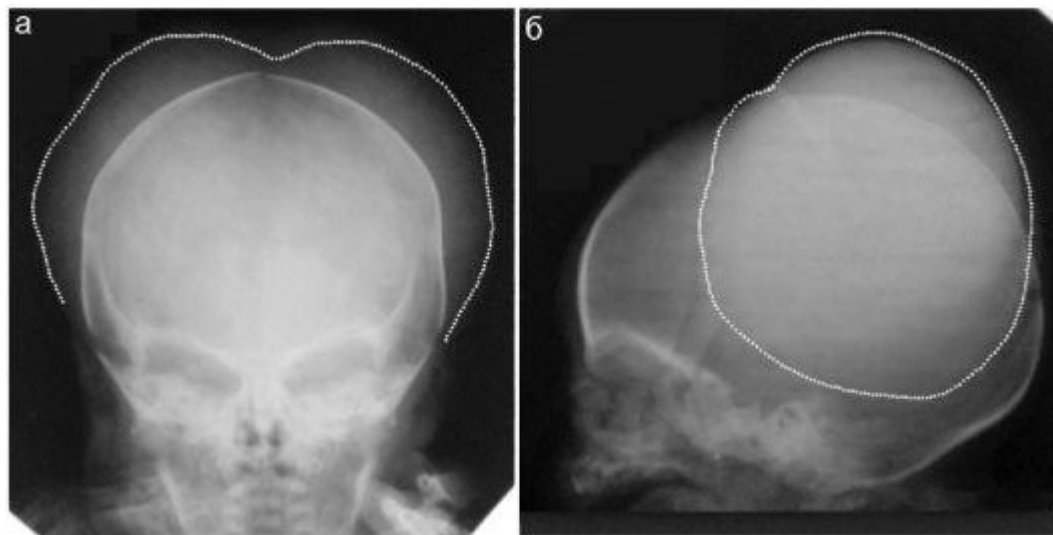
- В возрасте 10–20 дней кровь в гематоме приобретает кашицеобразную и желеобразную консистенцию.
- Ткани вокруг гематомы приобретают желтоватый оттенок за счет скоплений гемосидерина.
- По краям кефалогематомы откладывается кальций и образуется плотное кольцо.



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

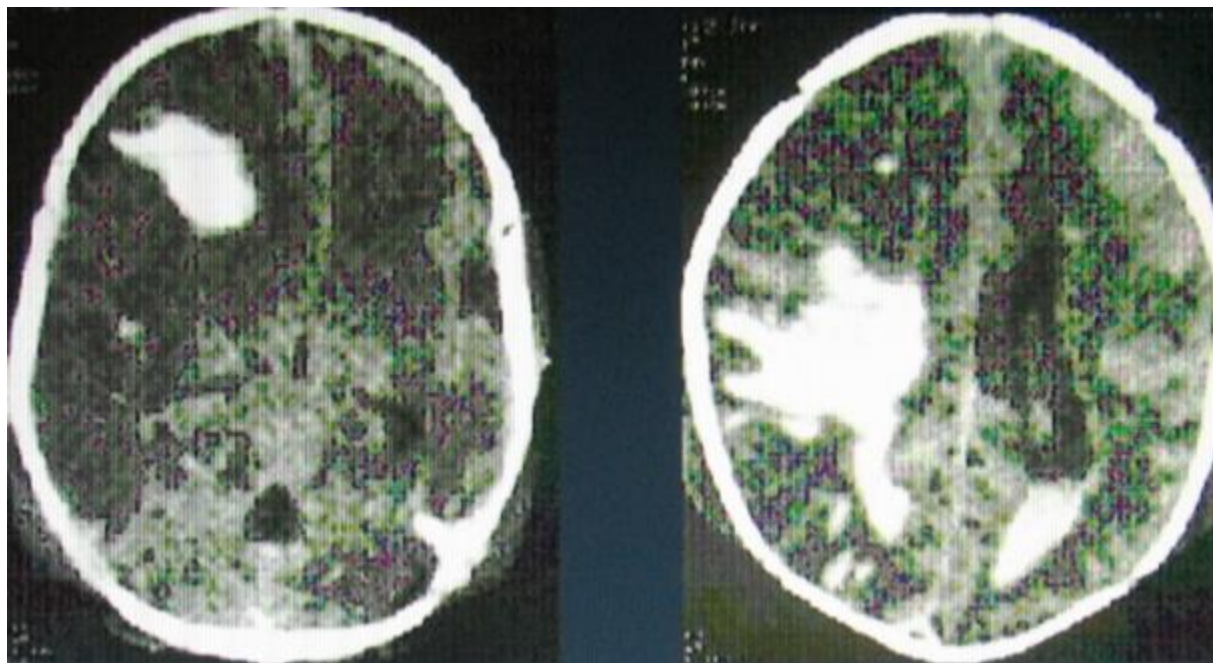
-Это приводит к деформации и асимметрии черепа.

-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

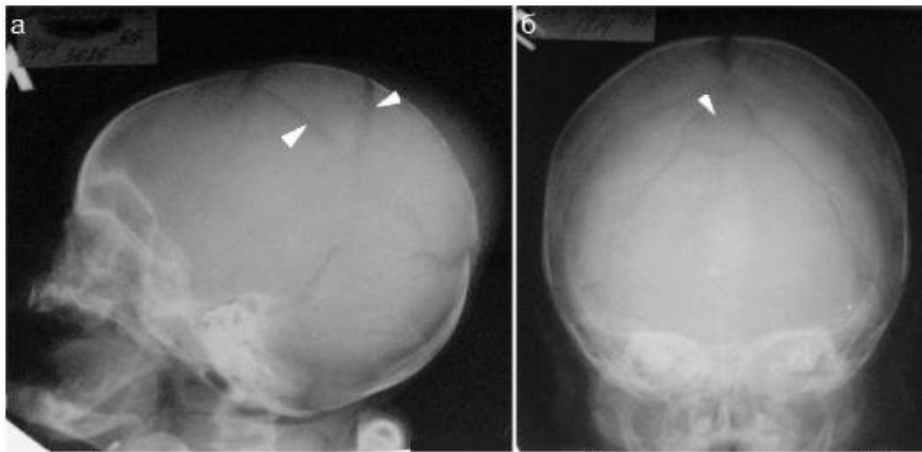
- в настоящее время встречаются редко.
- Это связано, прежде всего, с частым родоразрешением путем кесарева сечения.



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

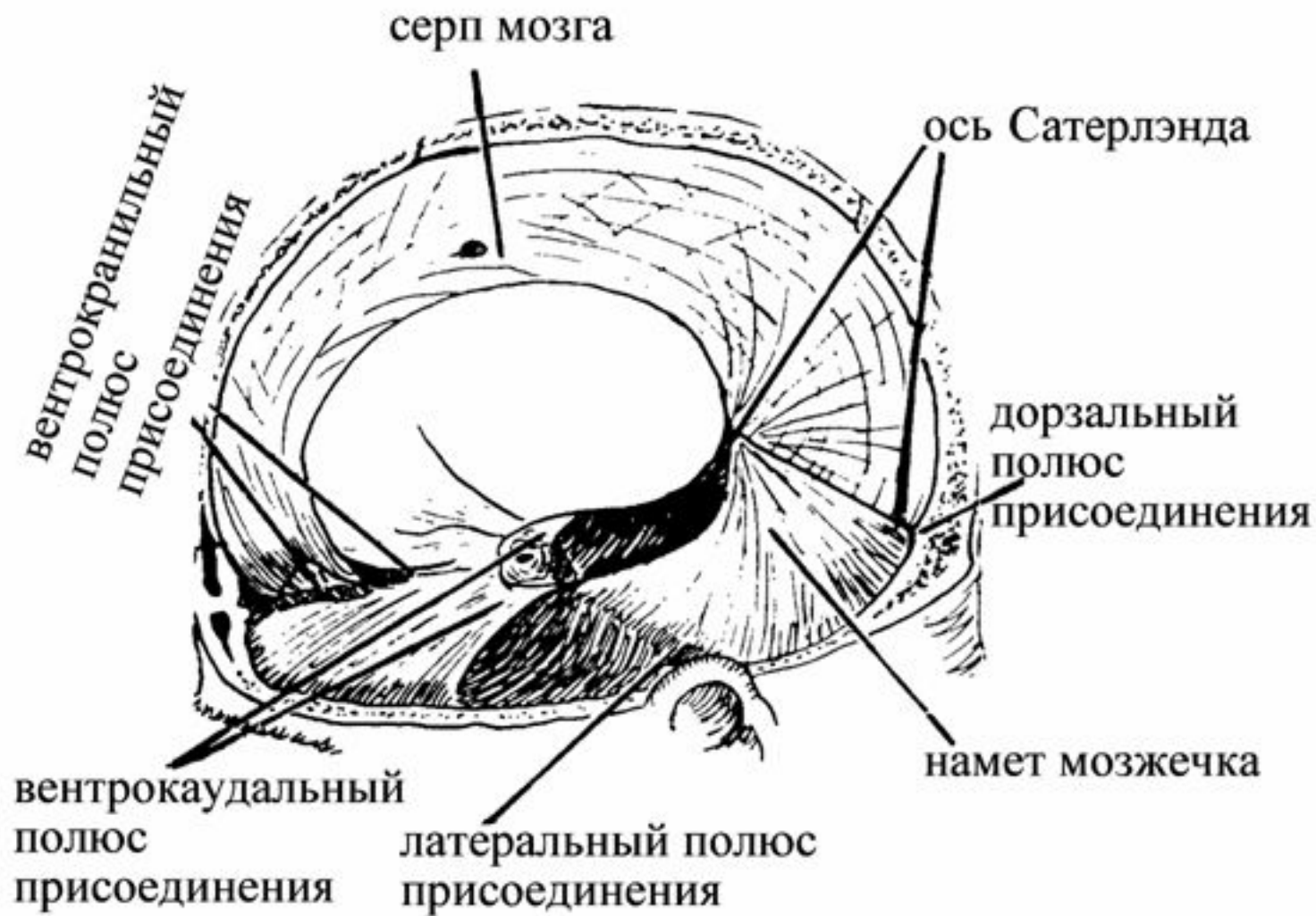
- встречаются редко, в основном при переломах (трещинах) черепа и при пороках развития черепа.
- Возникают при повреждении сосудов твердой мозговой оболочки, чаще эпидуральных вен. Кровь скапливается между твердой мозговой оболочкой и внутренней поверхностью костей свода черепа.
- Однако часто наблюдаются 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.

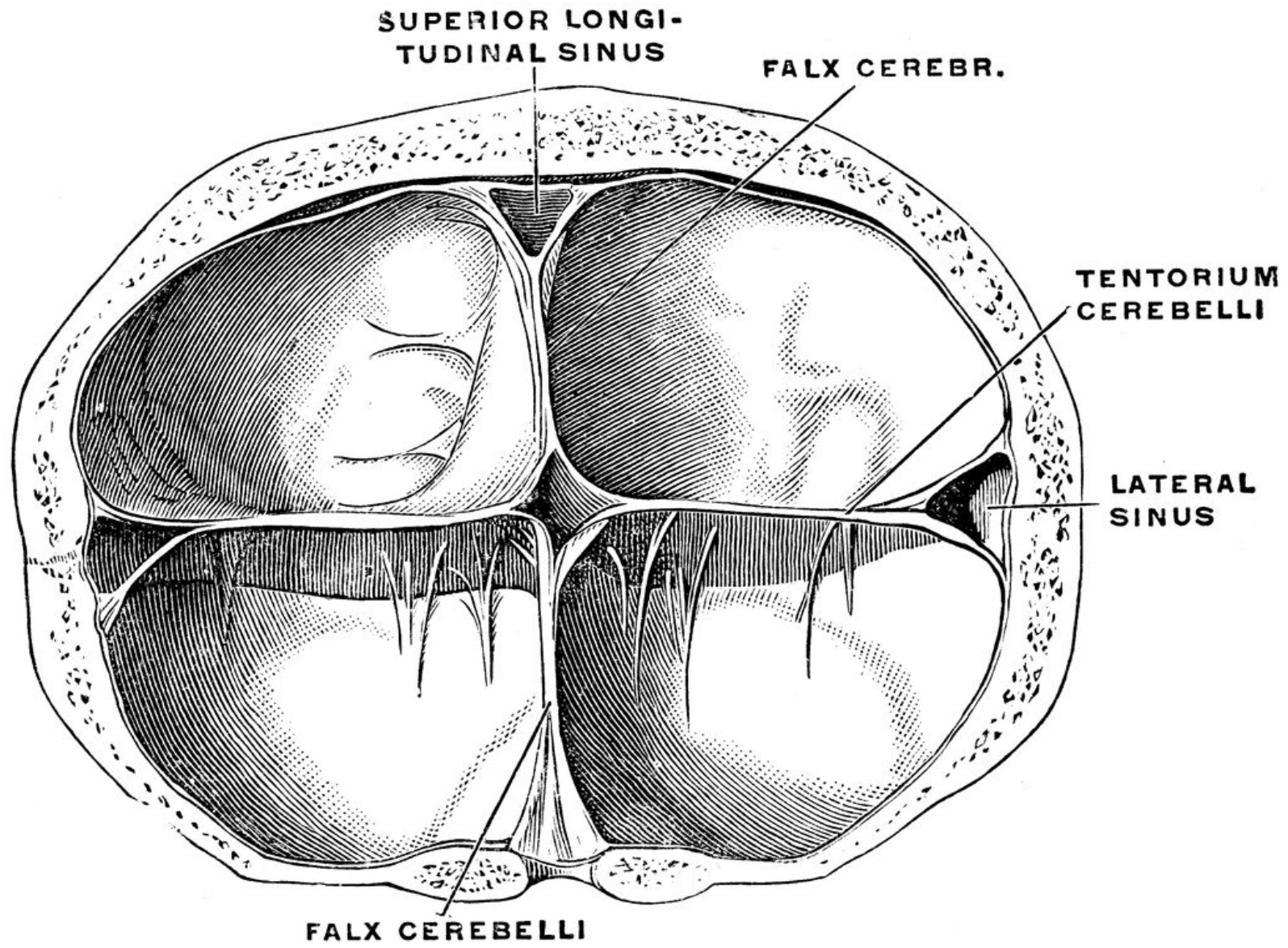




Классификация повреждений тентория

- ▣ **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

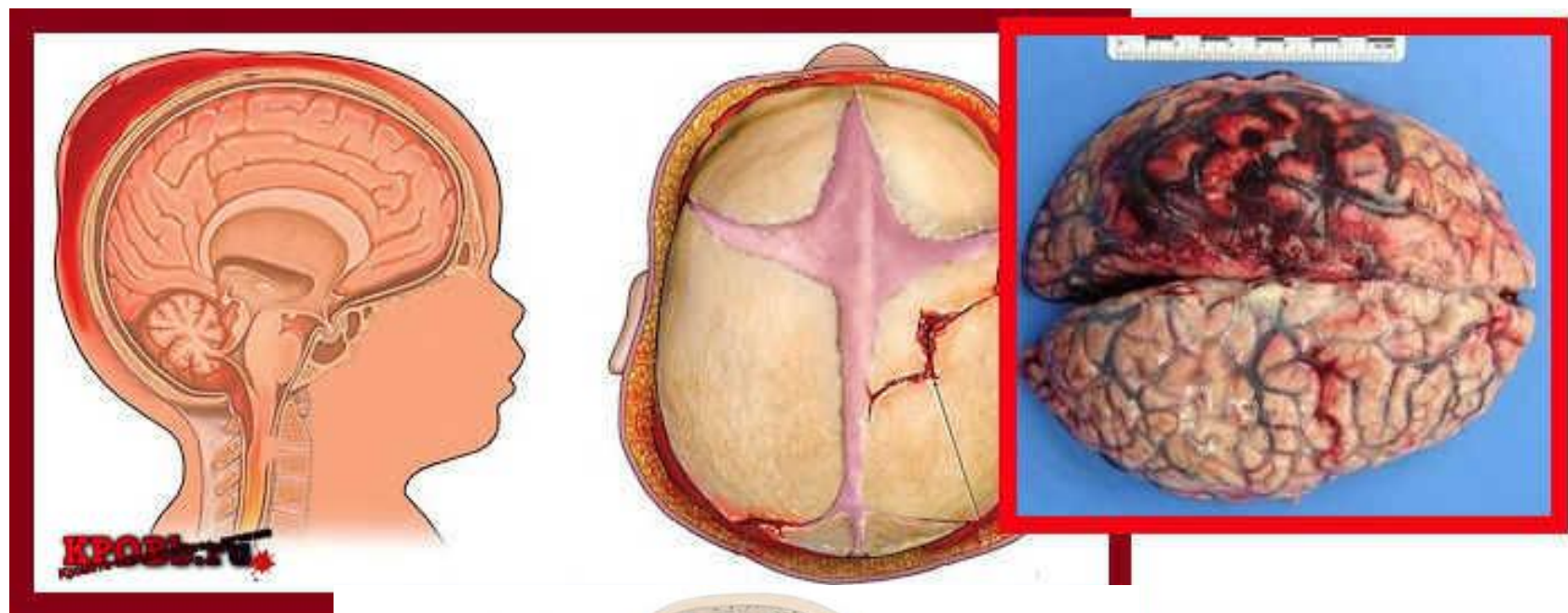
- Разрывы МН составляют 80–85 % всех смертельных родовых травм.
- Частота разрывов МН возрастает при увеличении массы плодов при рождении, при головном предлежании она составляет — 16,3 %, при тазовых — 55,2 %.
- Односторонние разрывы МН составляют 69 % и чаще встречаются в левой половине тентория.

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)

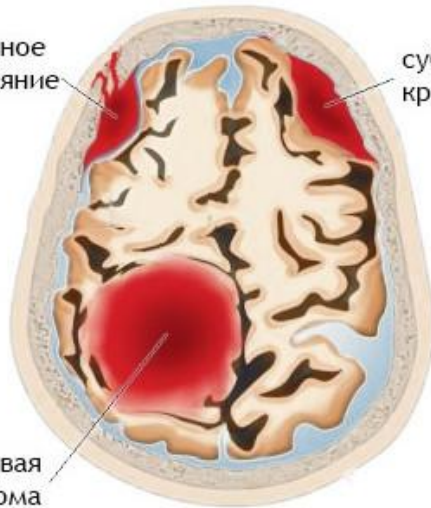
- Последствием разрывов МН являются **субдуральные кровоизлияния (СДК)** в средние и заднюю черепные ямки.
- Эти кровоизлияния можно также дифференцировать на супратенториальные, субтенториальные и супрасубтенториальные.
- Последствия кровоизлияний для ребенка зависят от величины разрывов МН и скорости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



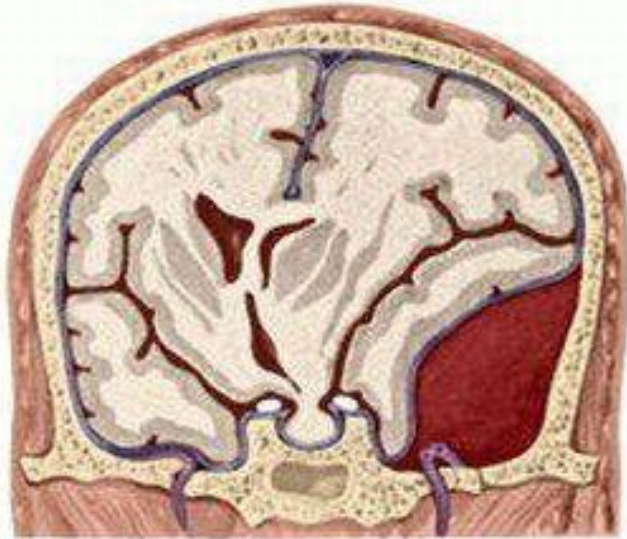
эпидуральное
кровоизлияние

субдуральное
кровоизлияние

внутри мозговая
гематома

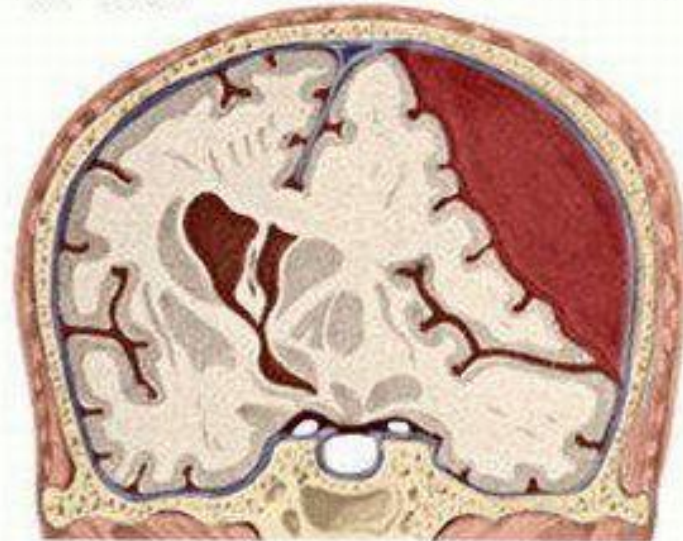


Эпидуральная гематома



- 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

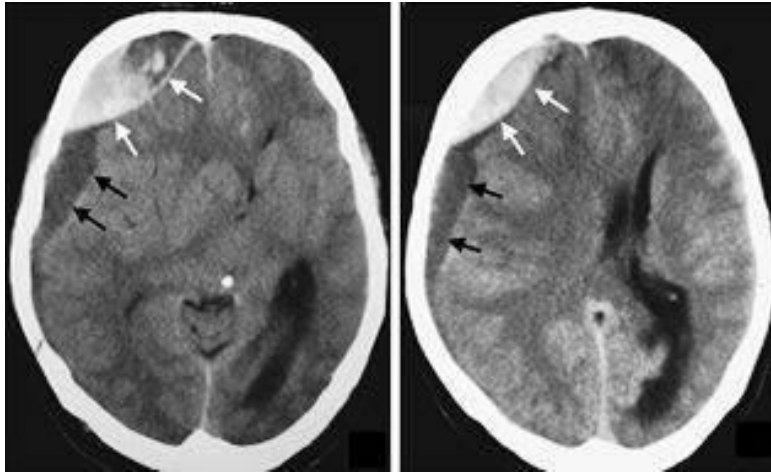
- При повреждениях верхнего (редко) и нижнего продольного синусов кровь изливается в межполушарную щель. Кровь скапливается супратенториально. Значительные разрывы серпа у места соединения с тенторием часто являются смертельными ввиду распространения разрыва на прямой синус и массивного СДК.

Разрыв вен.

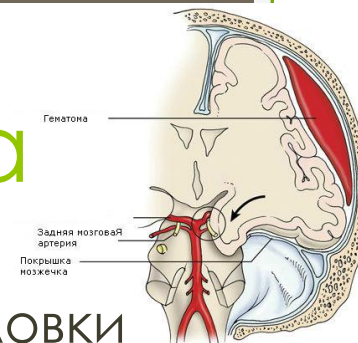
- Чаще разрываются вены, впадающие в верхний сагиттальный и поперечный синусы. Эти вены называются «мостовыми», поскольку образуют мостики между веществом мозга и синусами.
- У плодов и новорожденных детей лобные, теменные и затылочные латеральные вены в виде 6–8 тонких стволиков (верхних мостовых вен) 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

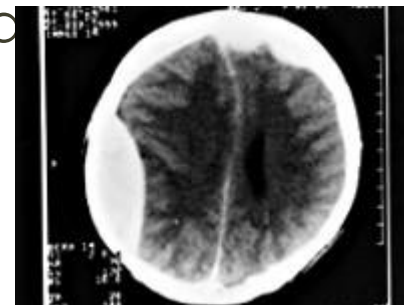
- Сдавление мозга в родах может возникать без каких-либо разрывов и кровоизлияний, вызывая гипоксию и ишемию мозговой ткани.
- Клинически состояние таких плодов обычно ошибочно оценивается как «внутриутробная гипоксия» или «асфиксия», хотя насыщение крови кислородом не нарушено, все внутренние органы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



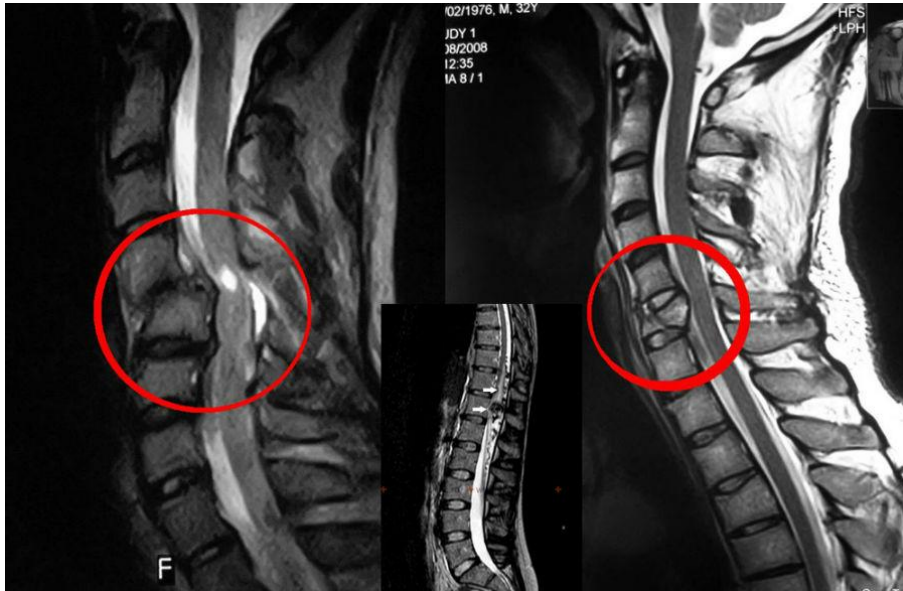
Сдавление головного мозга



- 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 субпиаальные кровоизлияния по линиям этих борозд.
- Сдавление ведет к ишемии и гипоксии ткани мозга, а клинически проявляется симптомами характерными для «асфиксии плода».



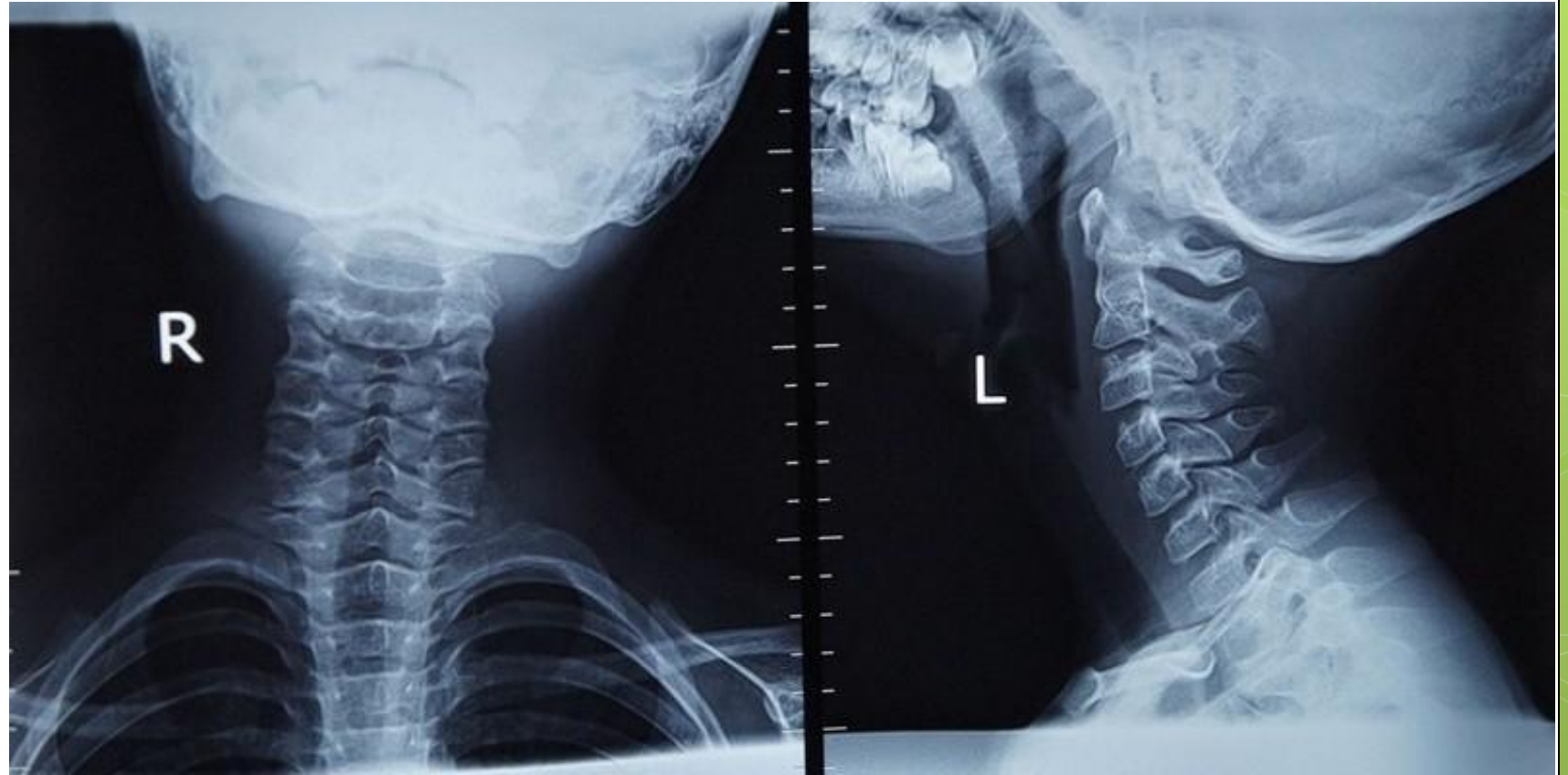
Родовая травма позвоночника и спинного мозга



Переломы позвоночника обычно локализируются 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.



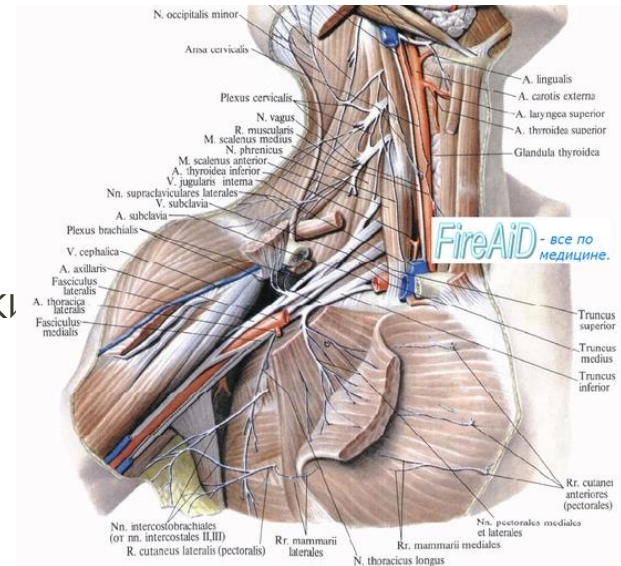
Травмы нервных сплетений

- 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.



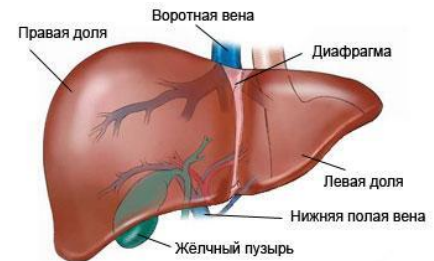
Травмы нервных сплетений

- 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.



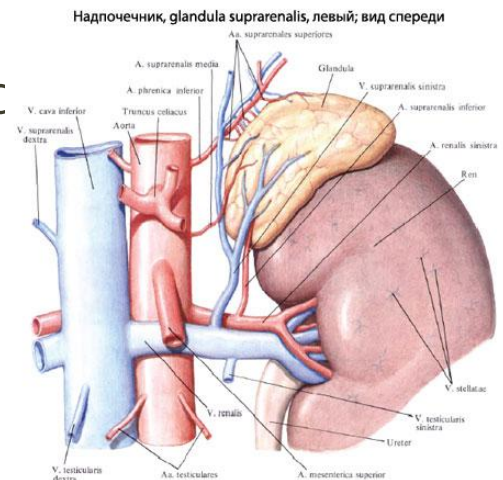
Родовая травма внутренних органов - селезенка

- 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.**



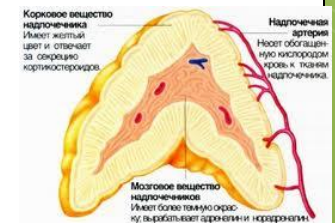
Травма надпочечников

- 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



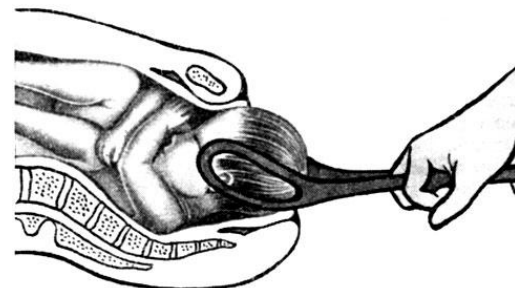
Акушерская травма

- 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 !**

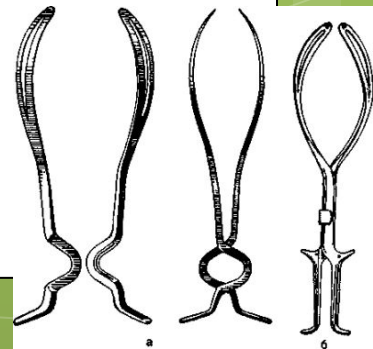
Акушерские щипцы

- 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

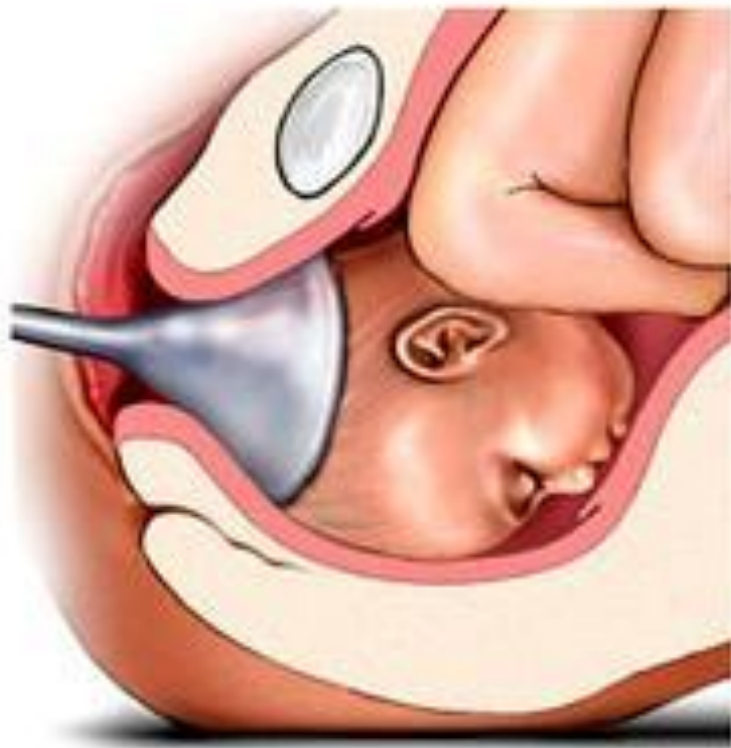


Вакуум-экстрактор

- 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



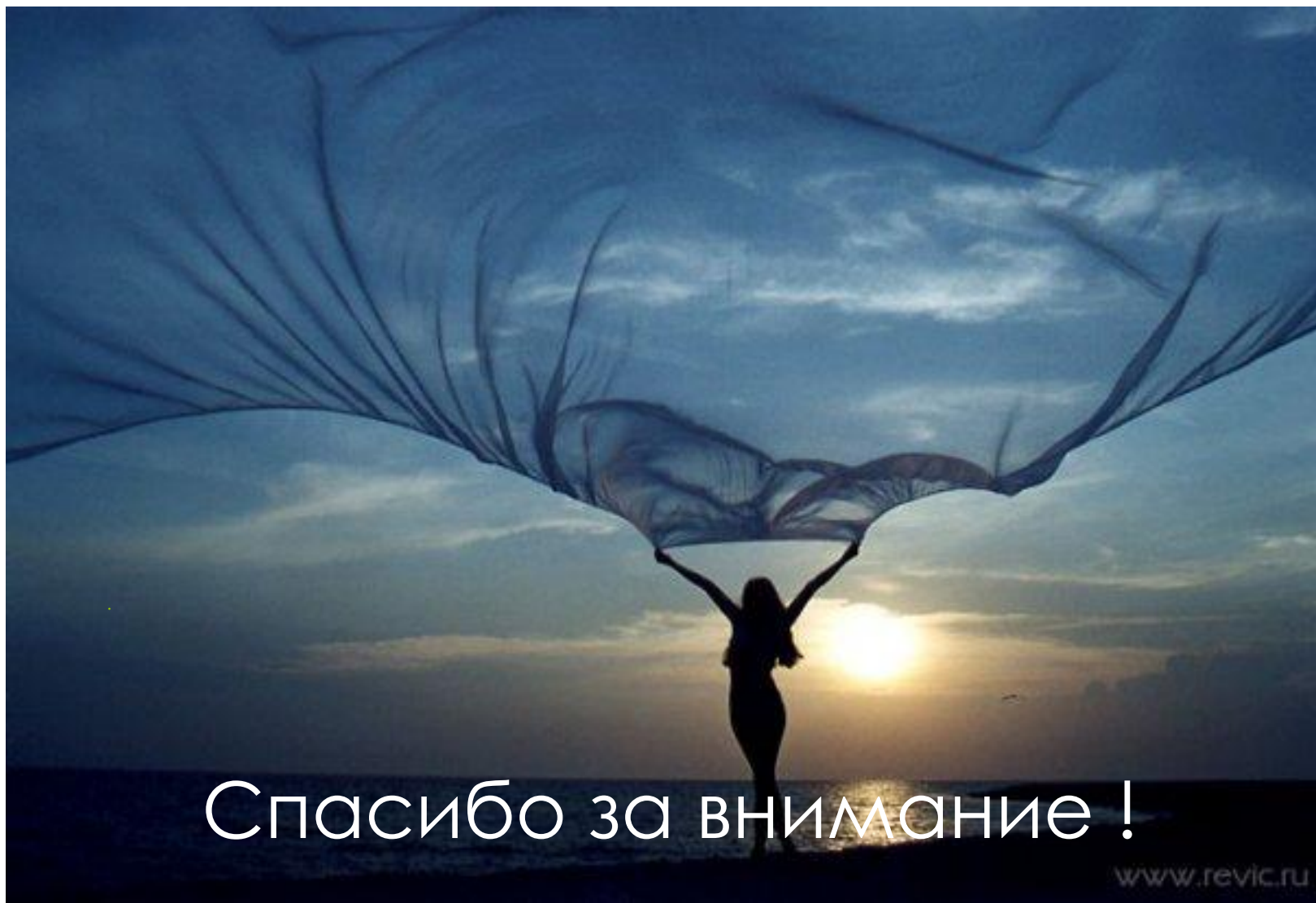
Ошибки тактики

- ❑ 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