

The background features a light yellow and orange gradient. In the top-left corner, there is a faint, purple-tinted anatomical illustration of the female pelvic region. In the bottom-right corner, there is a faint, orange-tinted anatomical illustration of a fetus in a curled position, likely representing the fetal position during childbirth. The title text is centered in the middle of the page.

РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ И ПЛОДА

План лекции

1. ТЕОРИИ РАЗРЫВОВ МАТКИ, ПРИЧИНЫ.
2. РАЗРЫВЫ МАТКИ. КЛАССИФИКАЦИЯ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА
3. РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ: ПРИЧИНЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ
4. РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ И ВЛАГАЛИЩА: ПРИЧИНЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ
5. ГЕМАТОМЫ
6. ВЫВОРОТ МАТКИ
7. РАСТЯЖЕНИЕ И РАЗРЫВЫ СОЧЛЕНЕНИЙ ТАЗА
8. МОЧЕПОЛОВЫЕ И КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ
9. РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ ПЛОДА: ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ
10. ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЛОДА
11. ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ
12. РОДОВАЯ ТРАВМА СПИННОГО МОЗГА И ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

ТЕОРИИ РАЗРЫВОВ МАТКИ

Бандль (1875) выдвинул **механическую теорию** разрывов (пространственное несоответствие между подлежащей частью плода и тазом матери) может возникать при:

- 1) узком тазе;
- 2) поперечном положении плода;
- 3) разгибательных предлежаниях и асинклитических вставлениях головки;
- 4) гидроцефалии плода;
- 5) крупном плоде;
- 6) опухолях в области малого таза;
- 7) рубцовых сужениях различных отделов родовых путей;
- 8) неправильных положениях матки после различных фиксирующих ее положение операций и т. д.

Если при таких условиях развивается хорошая родовая деятельность, плод постепенно перемещается в перерастянутый нижний сегмент, который при продолжающейся родовой деятельности резко истончается, и в результате происходит его разрыв.

ТЕОРИИ РАЗРЫВОВ МАТКИ

Я. Д. Вербов (1911) выдвинул гистопатическую теорию разрывов матки - причиной разрывов матки являются патологические изменения воспалительного и дегенеративного характера в мускулатуре матки, возникающие при:

- 1) рубцах на матке после различных операций (кесарево сечение, вылушение миоматозных узлов, операция при внематочной беременности с удалением интерстициальной части трубы, перфорация при внутриматочном вмешательстве и т. д.);**
- 2) повреждениях матки при абортах, особенно криминальных и часто повторяющихся;**
- 3) инфантилизме и аномалиях развития половых органов, характеризующихся недостаточным развитием миометрия;**
- 4) воспалительных заболеваниях матки и придатков;**
- 5) многорождении (более 5 родов в анамнезе);**
- 6) многоводии, многоплодии;**
- 7) приращении и предлежании плаценты;**
- 8) разрушающем пузырьном заносе.**

Часто разрывы матки возникают при одновременном существовании патологических изменений в стенке матки и каких-либо препятствий для изгнания плода.

РАЗРЫВЫ МАТКИ. КЛАССИФИКАЦИЯ.

Разрывом матки называется нарушение целостности ее стенок.

1) по времени возникновения:

А) во время беременности разрывы матки (9 %)

Б) во время родов.

2) по этиологии и патогенезу:

А) самопроизвольные - без каких-либо внешних воздействий;

Б) насильственные - с неправильно примененными оперативными вмешательствами;

3) по локализации:

А) в дне матки,

Б) в теле матки,

В) в нижнем сегменте матки,

Г) отрыв матки от сводов влагалища;

4) по характеру повреждения:

А) полный разрыв,

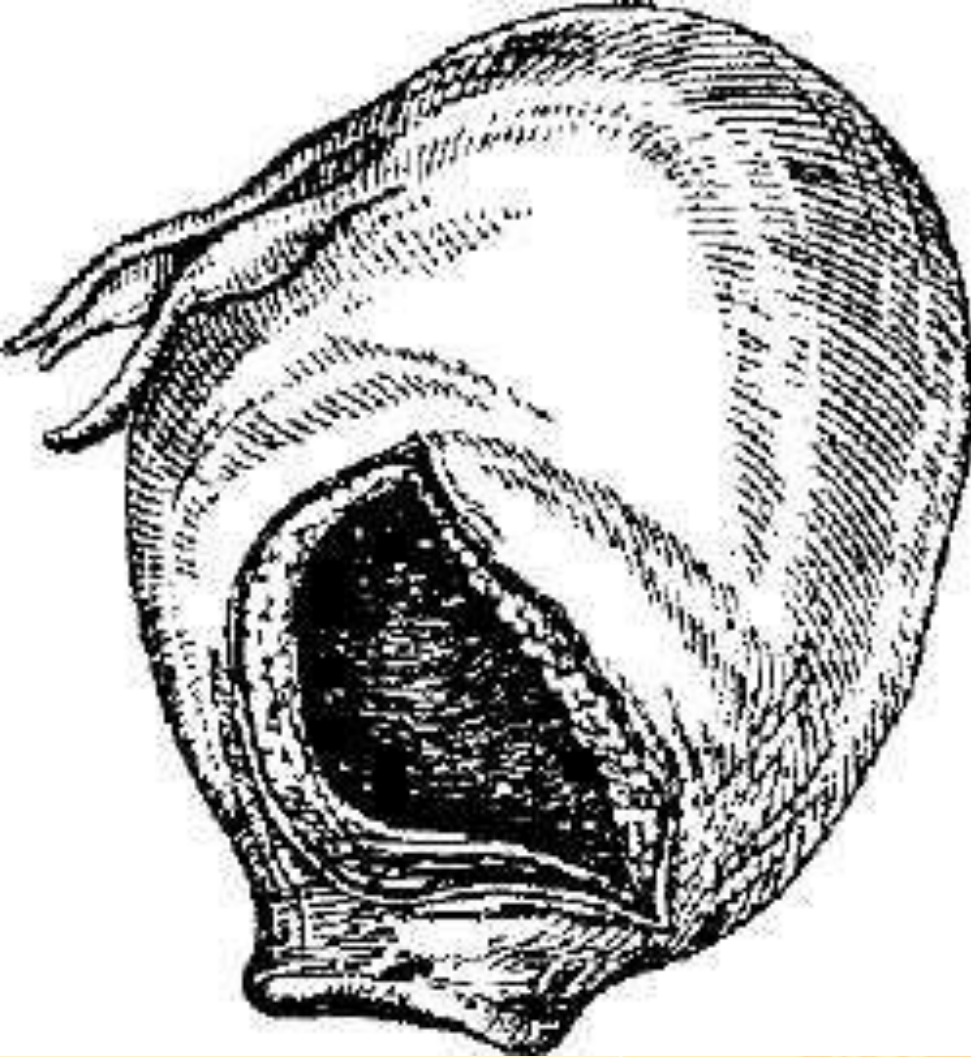
Б) неполный разрыв.

5) по клиническому течению:

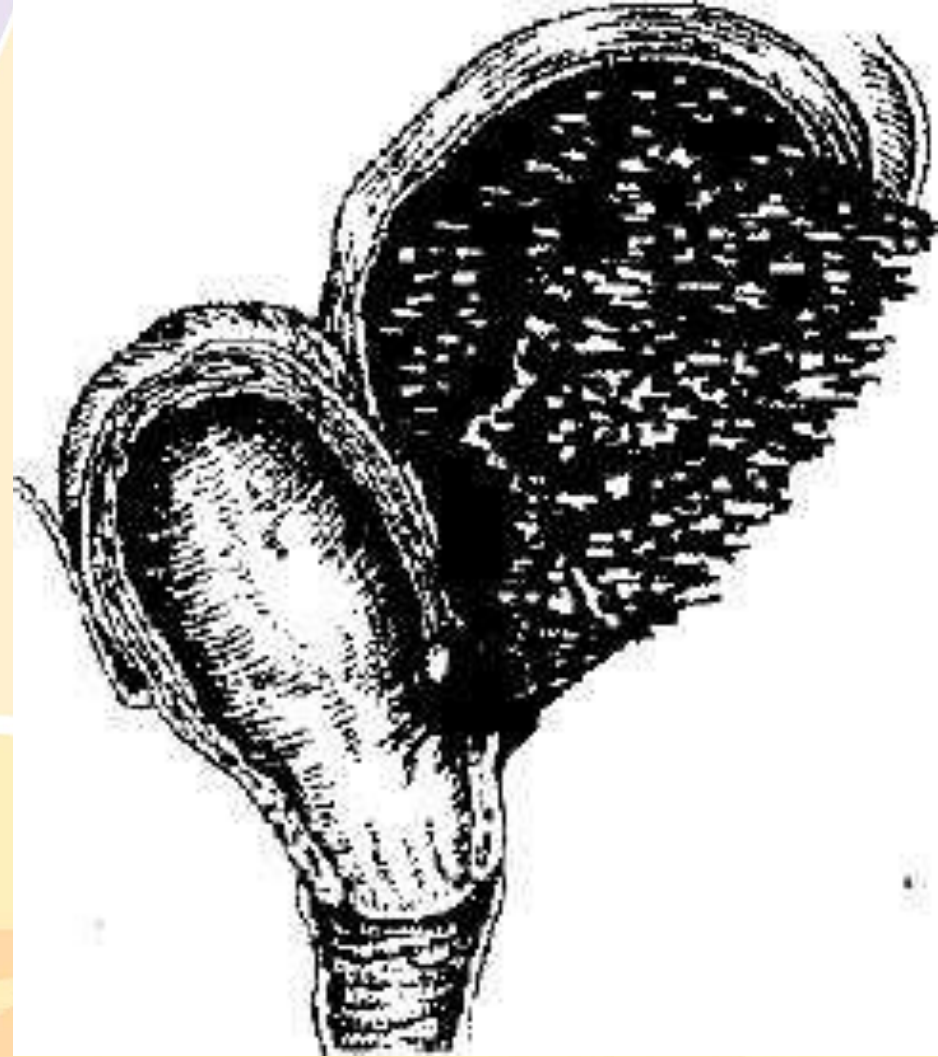
А) угрожающий разрыв,

Б) начинающийся разрыв,

В) совершившийся разрыв.



Полный разрыв матки



Неполный разрыв матки

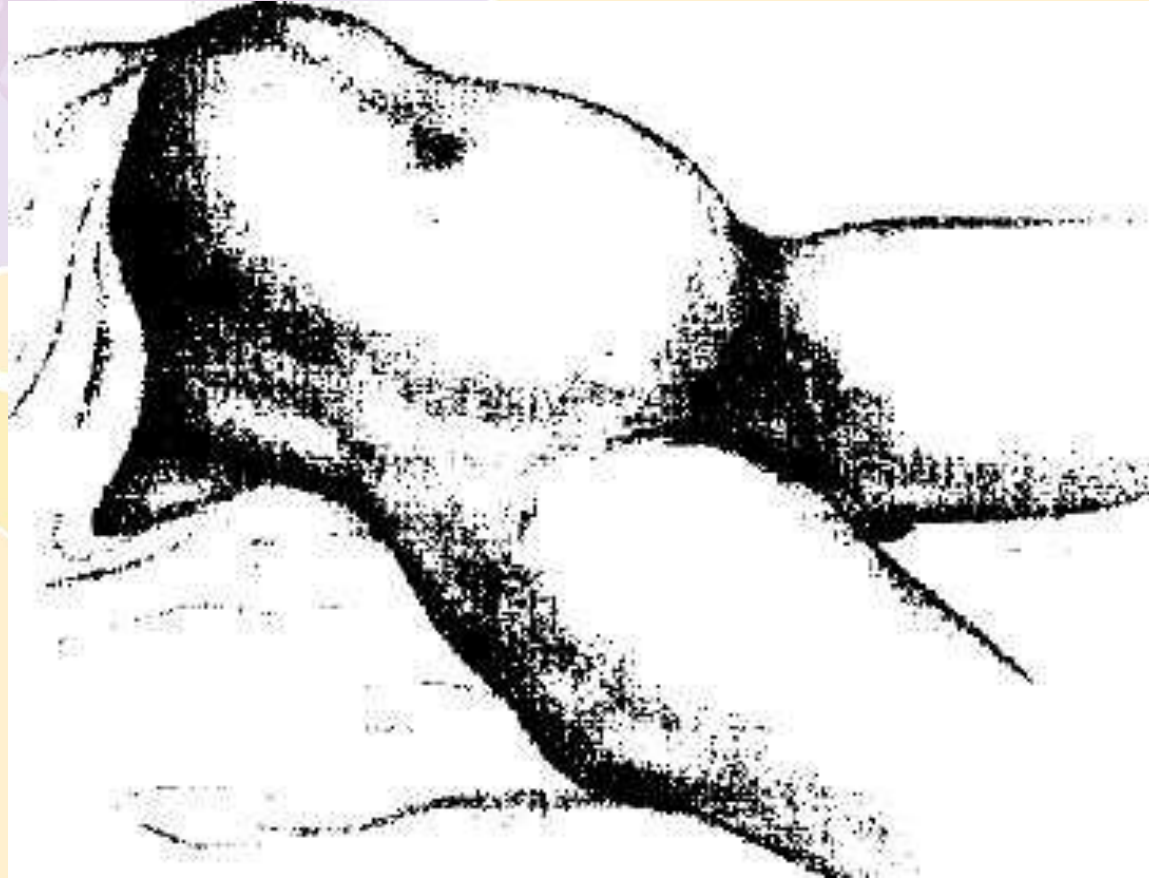
Неполный разрыв может иметь любую локализацию, но чаще бывает в нижнем сегменте. В этих случаях наблюдаются гематомы параметральной клетчатки.

УГРОЖАЮЩИЙ РАЗРЫВ МАТКИ

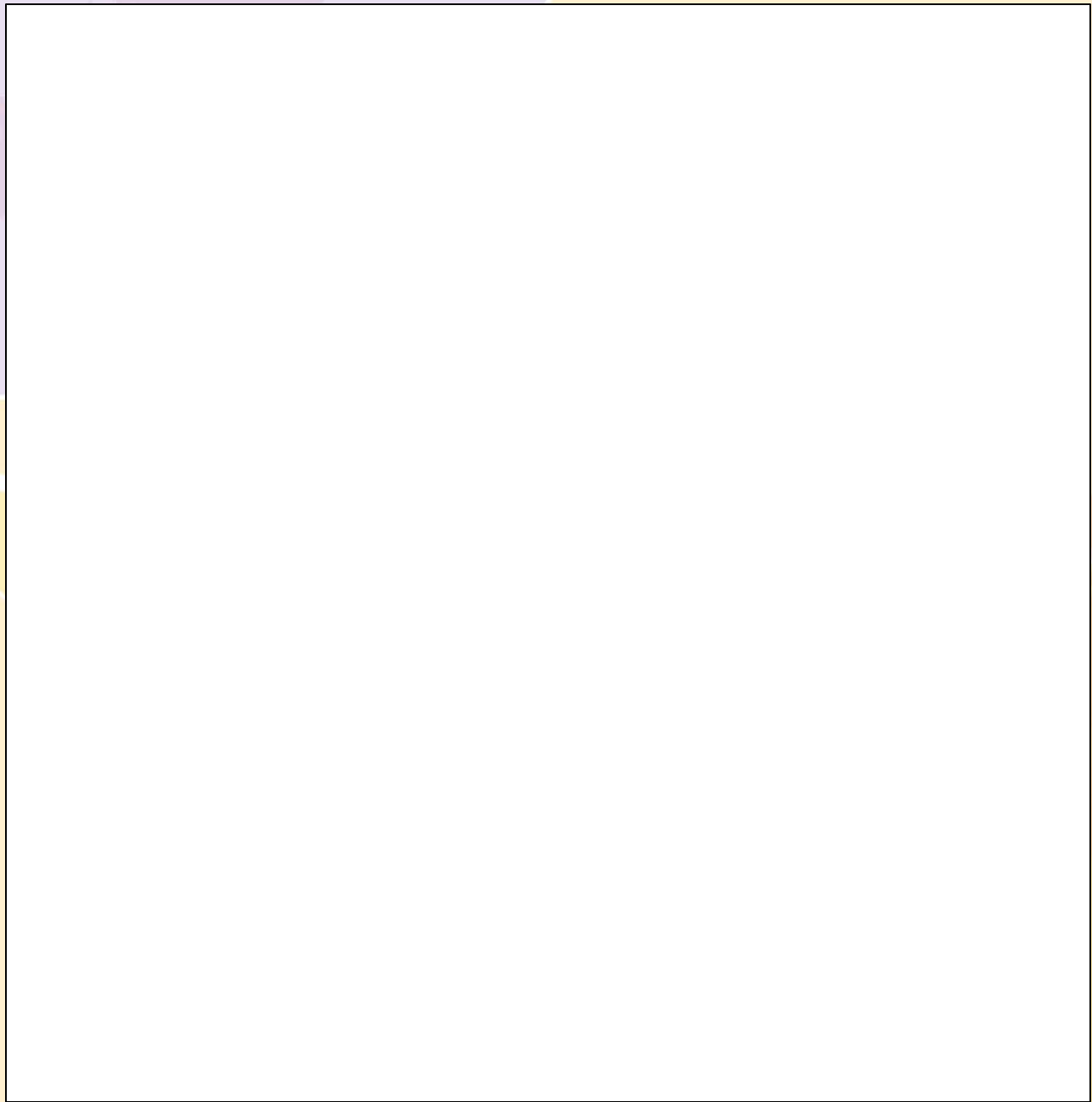
- это такое состояние, когда ни разрыва матки, ни надрывов миометрия еще не произошло.

- 1) бурная родовая деятельность (схватки становятся сильными и резко болезненными);**
- 2) матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены и болезненны;**
- 3) контракционное кольцо расположено высоко (на уровне пупка) и косо, матка приобретает форму песочных часов;**
- 4) нижний сегмент матки резко перерастян и истончен. При пальпации нижнего сегмента определяется напряжение его и резкая болезненность, в результате чего не удастся определить подлежащую часть;**
- 5) появляется выпячивание или припухлость над лоном вследствие отека предпузырной клетчатки. Признак Вастена положительный;**
- 6) наблюдается затруднение самопроизвольного мочеиспускания вследствие сдавления мочевого пузыря или уретры между головкой и костями таза;**
- 7) часто отмечается непроизвольная и безрезультатная потужная деятельность при высоко стоящей головке;**
- 8) поведение роженицы становится беспокойным.**

Если своевременно не будет оказана необходимая помощь, то угрожающий разрыв матки перейдет в начинающийся разрыв.



**Высокое косое стояние контракционного кольца.
Угрожающий разрыв матки.**



ТАКТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

- При появлении симптомов **угрожающего разрыва** матки необходимо немедленно прекратить родовую деятельность и закончить роды оперативным путем.
- Для снятия родовой деятельности необходимо дать глубокий наркоз.
- При головке, стоящей во входе в малый таз, показано родоразрешение путем кесарева сечения. При головке, стоящей в полости малого таза, - плодоразрушающая операция. После удаления плода и детского места необходимо ручное обследование полости матки.
- Поворот плода на ножку, экстракция плода за тазовый конец и наложение акушерских щипцов противопоказаны, так как они могут привести к разрыву матки.

НАЧИНАЮЩИЙСЯ РАЗРЫВ МАТКИ

- присоединение к симптомам угрожающего разрыва матки новых симптомов, вызванных надрывом миометрия.

- 1. Схватки приобретают судорожный характер.**
- 2. Появляются сукровичные или кровяные выделения из родовых путей, в моче - примесь крови.**
- 3. Ухудшается состояние плода (учащение или урежение сердцебиения, повышение двигательной активности плода, отхождение мекония при головных предлежаниях, иногда внутриутробная смерть плода).**
- 4. Роженица возбуждена, жалуется на сильные, непрекращающиеся боли, чувство страха, боязнь смерти.**
- 5. Часто отмечается нарушение ритма схваток, общая слабость, головокружение. При отсутствии немедленной помощи происходит разрыв матки.**

При появлении симптомов угрожающего разрыва матки необходимо немедленно прекратить родовую деятельность и закончить роды оперативным путем.

СОВЕРШИВШИЙСЯ РАЗРЫВ МАТКИ

(может быть полным и неполным).

- 1) роженицы испытывают сильную режущую боль, некоторые ощущают, что что-то лопнуло, разорвалось.**
- 2) прекращается родовая деятельность.**
- 3) роженица становится апатичной, перестает кричать.**
- 4) с угнетением состояния роженицы бледнеют кожные покровы, нарастает учащение пульса, падает его наполнение и артериальное давление, появляется холодный пот, т. е. развивается типичная картина шока. Наружное кровотечение обычно бывает несильным, так как кровь изливается в брюшную полость, а при неполном разрыве образуется гематома в околоматочной клетчатке.**
- 5) меняется форма живота, исчезает напряжение брюшной стенки, исчезают контракционное кольцо и напряжение круглых связок.**
- 6) плод полностью или частично выходит в брюшную полость (части плода отчетливо определяются непосредственно под брюшной стенкой)**
- 7) сердцебиение плода исчезает.**



СОВЕРШИВШИЙСЯ РАЗРЫВ МАТКИ. ТАКТИКА

- **Немедленное чревосечение. Во время операции из брюшной полости удаляют плод, плаценту и излившуюся кровь.**
- **Объем оперативного вмешательства зависит от состояния женщины, характера разрыва и инфицирования матки (при небольших разрывах матки производят зашивание разрывов после освежения краев раны. Во всех других случаях - надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки).**
- **До начала операции, во время и после ее окончания проводят борьбу с шоком и кровопотерей по общепринятым принципам, коррекцию гемокоагуляции, начинают антибактериальную терапию.**

Необходимо произвести ручное обследование полости матки, осмотреть шейку матки при помощи зеркал.

- **При подозрении на разрыв матки,**
- **после плодоразрушающих операций,**
- **после поворота плода на ножку,**
- **при влагалищном родоразрешении по поводу угрожающего разрыва**

Клиническая картина угрожающего и начавшегося разрыва матки у беременных и рожениц с рубцом на матке. Определять его состояние - полноценность.

Рубец на матке считают неполноценным, если:

- предыдущее кесарево сечение было произведено менее года назад;**
- в послеоперационном периоде была лихорадка;**
- рубец заживал вторичным натяжением;**
- разрез на матке был корпоральным;**
- плацента расположена в области рубца;**
- во время данной беременности отмечались боли в животе или кровяные выделения задолго до родов;**
- определяется болезненность рубца при его пальпации или при шевелении плода;**
- кожа в области рубца спаяна с подлежащими тканями передней брюшной стенки;**
- при пальпации или при УЗИ рубца определяли его истончение и/или ниши.**

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Частота их колеблется от 3 до 60 %, у первородящих они наблюдаются в 4 раза чаще, чем у повторнородящих.

Причины разрывов шейки матки:

- 1) изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения;
- 2) ригидность шейки матки у возрастных первородящих;
- 3) чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, разгибательных предлежаниях головки;
- 4) быстрые и стремительные роды;
- 5) длительные роды при преждевременном отхождении вод;
- 6) длительное ущемление шейки матки между головкой и костями таза;
- 7) оперативные роды - щипцы, вакуум-экстракция плода, поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение плаценты и выделение последа;
- 8) плодоразрушающие операции;
- 9) нерациональное ведение II периода родов, ранняя потужная деятельность.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ (три степени):

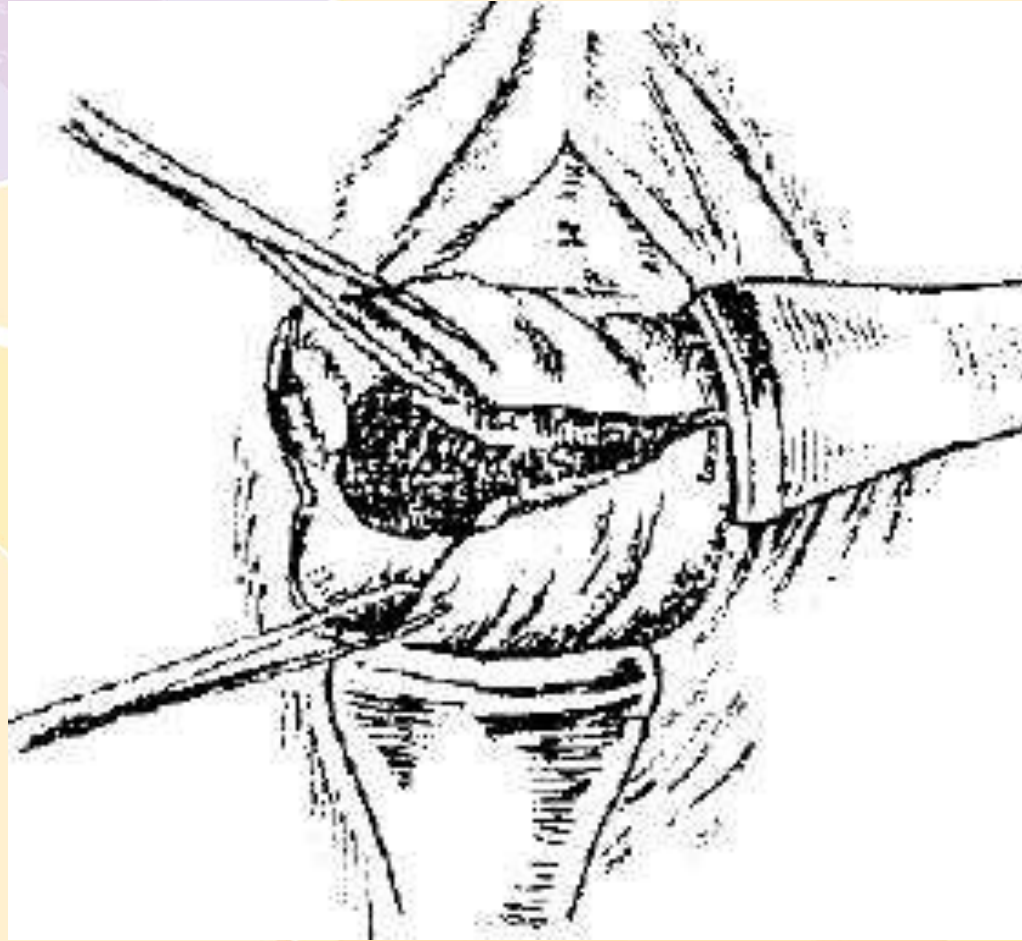
- 1) I степень - разрывы шейки матки с одной или двух сторон не более 2 см.**
- 2) II степень - разрывы более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища.**
- 3) III степень - достигающие до свода влагалища или переходящие на него.**

Единственным симптомом разрывов шейки матки является кровотечение из родовых путей, которое возникает в основном после рождения плода и последа при хорошо сократившейся матке.

Кровотечение может быть от незначительного до профузного, вытекающая при этом кровь имеет алый цвет.

Диагностика разрыва шейки матки - осмотр шейки матки при помощи зеркал.

(Этот осмотр обязателен для всех родильниц).

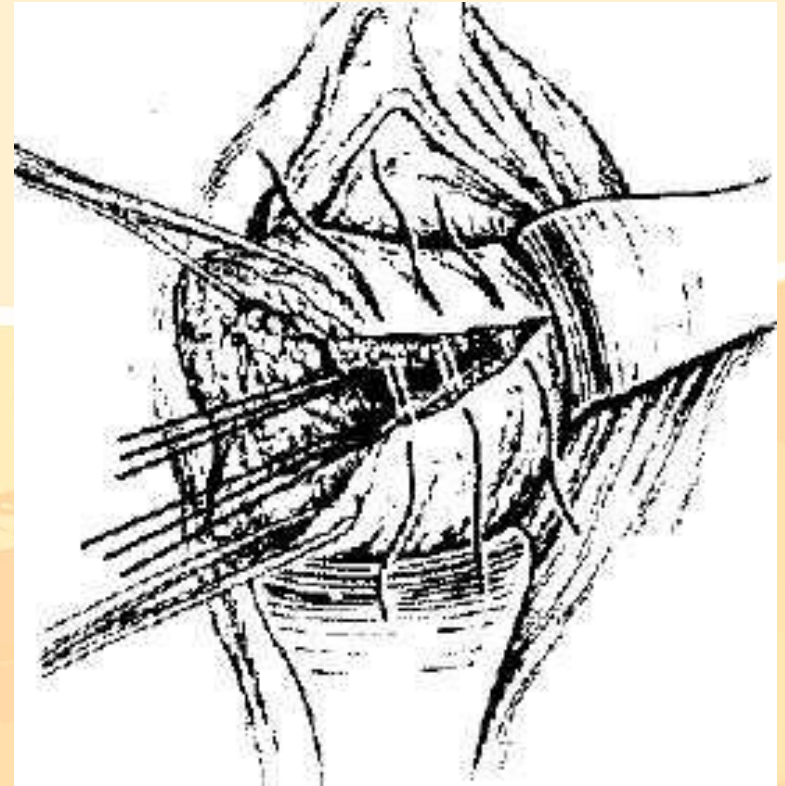


Наложение щипцов и низведение шейки матки

Зашивание разрыва шейки матки - наложение однорядного шва синтетической или кетгутовой нитью. Восстановление анатомической целостности шейки матки можно производить наложением двухрядных кетгутовых швов по методу В. И. Ельцовым-Стрелковым [1975]



Зашивание разрыва шейки матки по общепринятой методике



Наложение двухрядных швов на разрыв шейки матки

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ И ВЛАГАЛИЩА

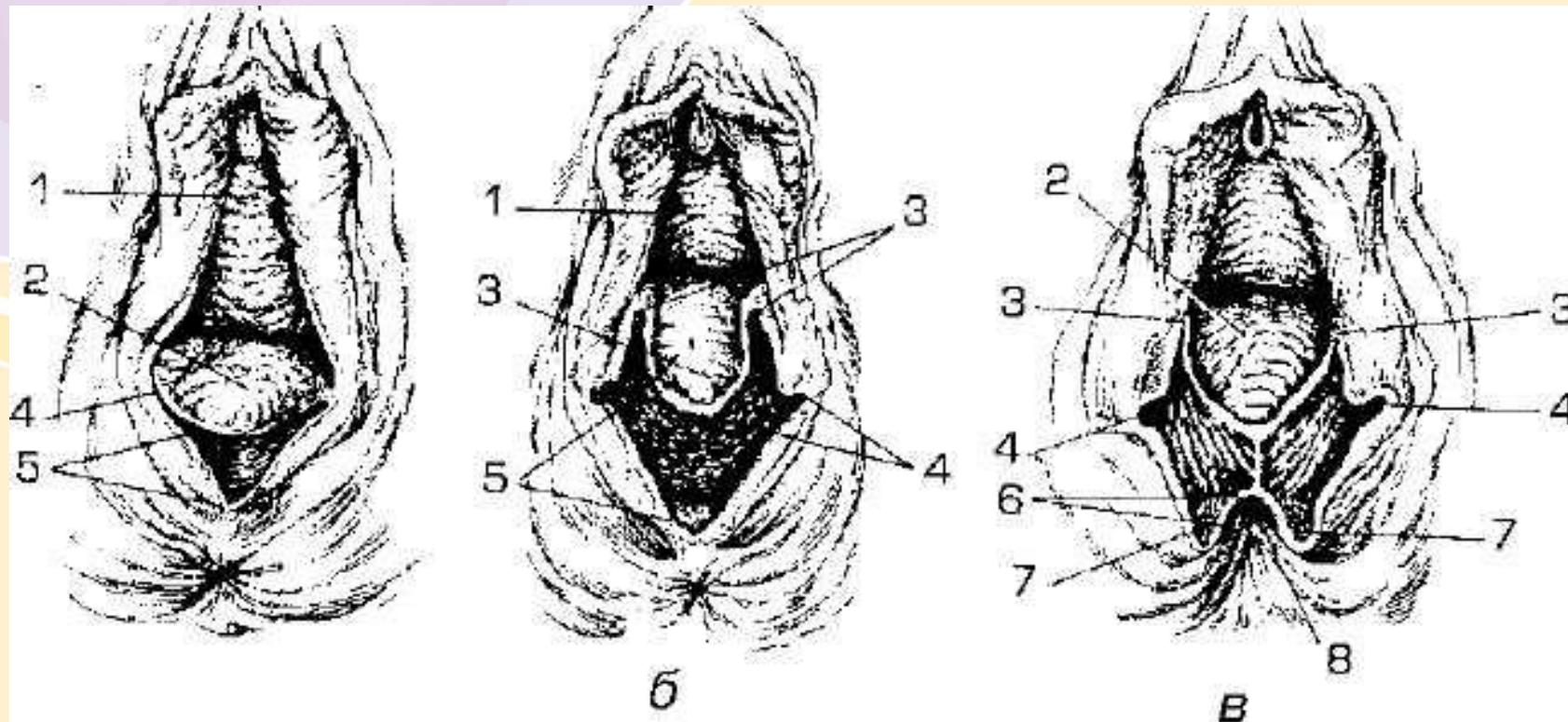
- встречаются в 7-15 % всех родов, причем у первородящих они наблюдаются в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих.



Классификация травм промежности и влагалища:

- разрыв I степени - нарушается целостность только задней спайки;**
- разрыв II степени - нарушается кожа промежности, стенки влагалища и мышцы тазового дна, кроме наружного сфинктера прямой кишки;**
- разрыв III степени - кроме вышеперечисленных образований происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки;**
- разрыв IV степени - кроме вышеперечисленных образований происходит разрыв передней стенки прямой кишки.**

Различают четыре степени разрыва промежности.



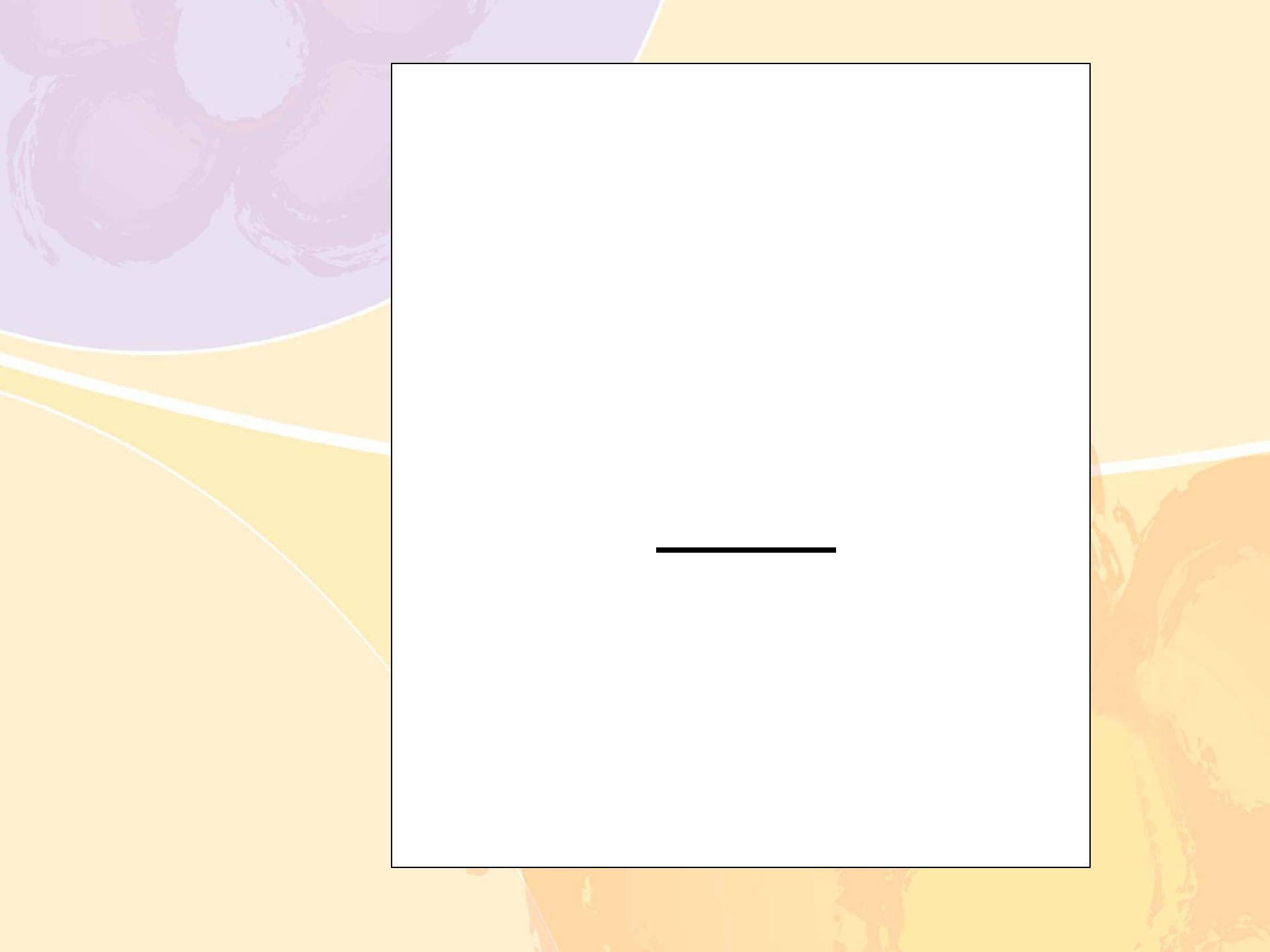
Разрывы промежности I (а), II (б), IV (в) степени:

- 1 - передняя стенка влагалища; 2 - задняя стенка влагалища;
- 3 - верхний край разрыва; 4 - задняя спайка; 5 - кожа промежности;
- 6 - слизистая оболочка прямой кишки;
- 7 - наружный сфинктер прямой кишки; 8 - задний проход

Классификация травм промежности и влагалища:

Редкая форма разрыва промежности - **центральный разрыв. Рвутся ткани между задней спайки и наружным сфинктером прямой кишки. Плод рождается через образовавшееся отверстие, а не через половую щель.**

Разрывы могут быть самопроизвольными (независимо от внешних воздействий) и насильственными (акушерская «агрессия») или в связи с родоразрешающими операциями.



Причины разрывов промежности:

- 1) неправильное оказание акушерского пособия — преждевременное разгибание и прорезывание головки;**
- 2) быстрые и стремительные роды;**
- 3) крупный плод;**
- 4) оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция);**
- 5) ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, рубцы, оставшиеся после предыдущих родов, а также высокая промежность;**
- 6) анатомически узкий таз;**
- 7) прорезывание головки большим размером при разгибательных предлежаниях: переднеголовном, лобном, лицевом.**

Признаки угрозы разрыва промежности:

- **Выпячивание промежности**
- **Цианоз (сдавление вен)**
- **Отек (затруднение лимфатического и венозного оттока, а затем с ишемизация тканей вследствие сдавления артерий).**
- **Побледнение (кожа промежности становится блестящей, на ней появляются незначительные трещины, и происходит разрыв промежности).**

Тактика при угрожающем разрыве промежности

1. производят срединный разрез промежности - **перинеотомию**
2. или боковой разрез (при низкой промежности) - **эпизиотомию**

Стенки влагалища должны быть осмотрены даже при незначительном кровотечении и обязательно зашиты.

Разрывы влагалища могут быть глубокими и проникать до околоvagалищной и даже околоматочной клетчатки.

Зашивание таких разрывов технически трудно и требует хорошего знания анатомии. При таких глубоких разрывах могут образоваться гематомы, возможно их инфицирование.

Лечение разрывов промежности заключается в восстановлении анатомических взаимоотношений тканей путем наложения швов.

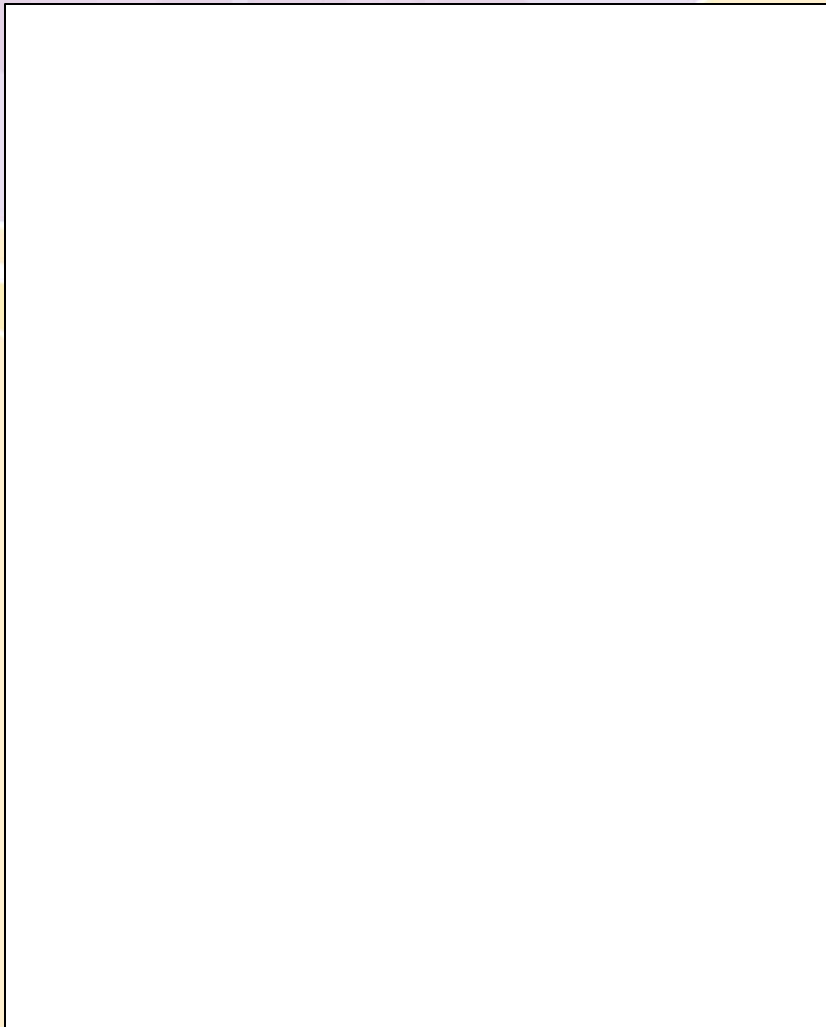
Обезболивание. При I и II степени разрыва зашивание проводят чаще под местной инфильтрационной или пудендальной анестезией новокаином, при III и IV степени показано общее обезболивание.

При разрыве I степени разрыв ушивают однорядным швом.

При разрыве промежности II степени - двурядный шов (погружные - на мышцы т. е. без захватывания слизистой оболочки).

Далее зашивание производят так же, как и при разрыве I степени.

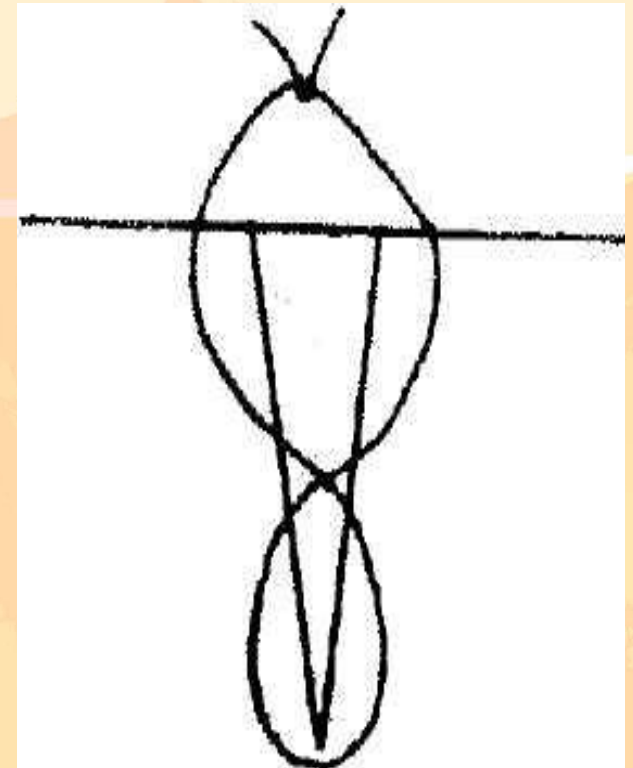
Методика ушивания разрывов влагалища



Зашивание раны промежности можно производить по методу Шуте (1959 г).

Схема наложения шва по Шуте.

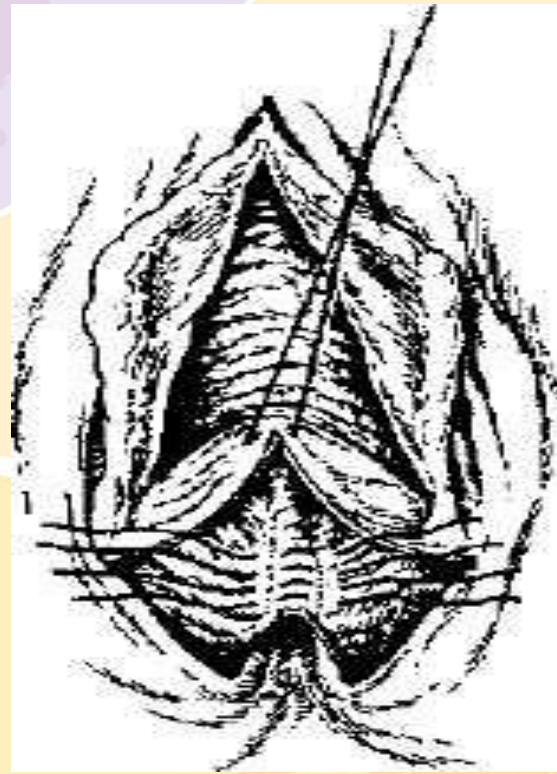
Зашивание производят нехромированным кетгутом (в толще промежности не образуется узлов и все слои приходят в плотное соприкосновение).



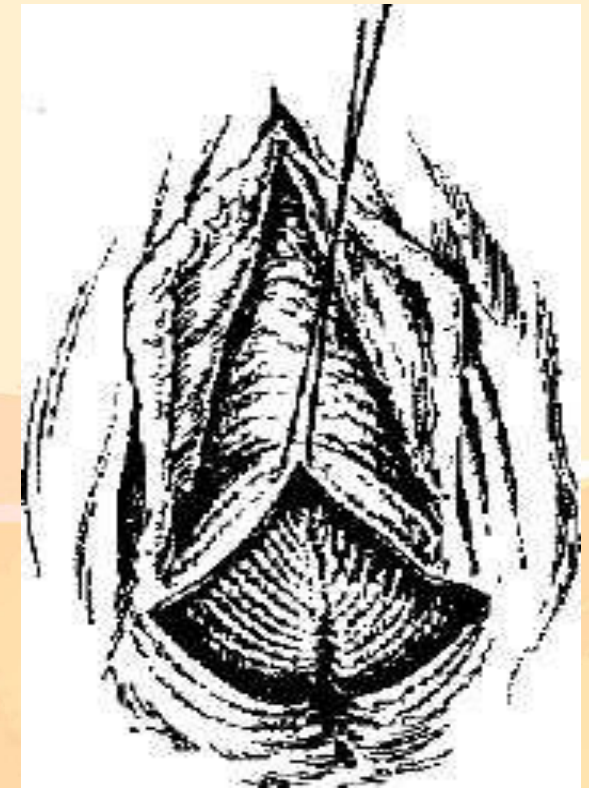
Зашивание разрыва III степени является ответственной операцией, производится опытным хирургом.



Наложение швов на стенку прямой кишки



Наложение швов на сфинктер прямой кишки



После восстановления целостности сфинктера прямой кишки, швы накладывают в том же порядке, что и при разрыве II степени

Этапы ушивания разрывов III степени

- 1) зашивают стенку прямой кишки отдельными синтетическими швами с захватыванием слизистого и мышечного слоев кишки и завязыванием лигатур в просвете кишки;**
- 2) концы сфинктера прямой кишки сшивают кетгутом.**
- 3) швы на мышцы**
- 4) швы на стенку влагалища и кожу**

ГЕМАТОМЫ

Гематомы наружных половых органов и влагалища возникают во время родов вследствие длительного или быстрого периода изгнания плода или при извлечении головки плода с помощью акушерских щипцов.

Происходит растяжение и разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается неповрежденной. Изливающаяся кровь скапливается в тканях и рыхлой клетчатке, образуется гематома.

Клиническая картина гематом:

- сине-багровая опухоль в области наружных половых органов или влагалища,**
- вход во влагалище расположен эксцентрично.**
- ощущение дискомфорта (чувство давления, распираания в области гематомы)**
- резкая боль.**
- При больших или прогрессирующих гематомах развивается картина геморрагического шока.**
- Гематомы могут распространяться вверх на клетчатку малого таза, что потребует лапаротомии и дренирования околоматочной клетчатки.**

Распознают гематомы

- **осмотр наружных половых органов и влагалища,**
- **при влагалищном исследовании.**

Лечение гематом.

Небольшие не прогрессирующие гематомы чаще рассасываются самостоятельно.

Прогрессирующие гематомы и гематомы более 4-5см в диаметре подлежат вскрытию с целью лигирования сосуда, удаления сгустков крови и ушивания раны.

При прогрессировании гематом - хирургическая остановка кровотечения, иногда нельзя избежать чревосечения

Возможно нагноение гематом. При признаках инфекции зашивание раны противопоказано.

Антибактериальная терапия.

ВЫВОРОТ МАТКИ

Выворот матки возникает при неправильном ведении последового периода, вследствие слабости связочного аппарата матки.

Выворот матки может быть полным или частичным.

Всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.

Лечение выворота матки заключается в немедленной противошоковой терапии и вправлении вывернутой матки под глубоким наркозом.

Выворот матки



РАСТЯЖЕНИЕ И РАЗРЫВЫ СОЧЛЕНЕНИЙ ТАЗА

У отдельных беременных имеет место чрезмерное размягчение сочленений таза (симфизит, симфизиопатия).

При родах крупным или переношенным плодом, родоразрешающих операциях размягченные сочленения начинают растягиваться, лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние (более 0,5см).

При разрыве лонного сочленения может быть:

- смещение лонных костей,**
- повреждение мочеиспускательного канала,**
- повреждение клитора,**
- повреждение мочевого пузыря.**

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

РАСТЯЖЕНИЕ И РАЗРЫВЫ СОЧЛЕНЕНИЙ ТАЗА

Клинически эти осложнения вызывают появление после родов болей в области лонного сочленения, крестца, копчика, 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.

Лечение может быть консервативным (покой, тугое бинтование таза, корсеты). При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство.

Расхождение лонного сочленения



МОЧЕПОЛОВЫЕ И КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей связано с неправильным ведением родов.

Свищи являются тяжелым увечьем и делают женщину инвалидом.

Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 часов), в результате чего происходит нарушение кровообращения в окружающих тканях с последующим их некрозом.

Образование свищей происходит на 6-7-й день после родов, т. е. после выписки роженицы из родильного дома.

Свищи могут образоваться при заживлении зашитых травм промежности вторичным натяжением, при ранении мочевого пузыря и кишечника во время чревосечения.

Основные клинические проявления свищей:

- **выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания,**
- **выделение газов и жидкого кала,**
- **сопровождающиеся всегда местной воспалительной реакцией во влагалище.**

Диагностика свищей:

- **Мочеполовые свищи - при осмотре влагалища и шейки матки с помощью зеркал и цистоскопии,**
- **Кишечно-половые - при осмотре влагалища с помощью зеркал, пальцевого ректального исследования и при ректоскопии и ирригоскопии, цветной и рентгеновской фистулографии.**

Лечение.

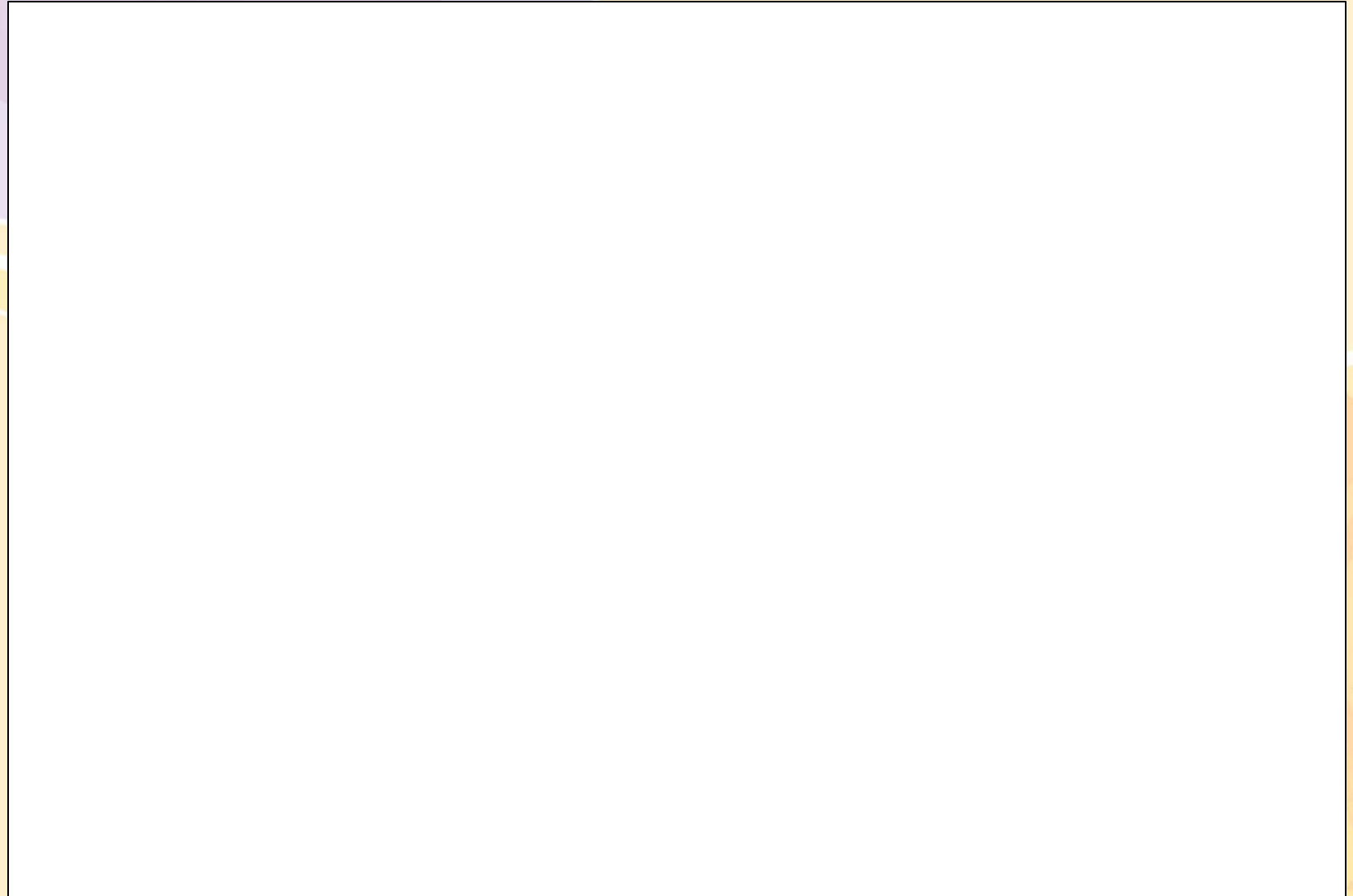
- **Мелкие влагалищно-прямокишечные свищи могут закрыться сами при соблюдении соответствующей диеты и гигиены.**
- **При не закрывшихся мочеполовых и кишечно-половых свищах необходимы пластические операции, которые являются довольно сложными и могут быть выполнены не ранее чем через 4-6 месяцев после родов.**

РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ ПЛОДА (6 – 8%).

РОДОВАЯ ТРАВМА – НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ТКАНЕЙ И ОРГАНОВ РЕБЕНКА, ВОЗНИКШИЕ ВО ВРЕМЯ РОДОВ.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

- 1. ЯГОДИЧНОЕ И ДРУГИЕ АНОМАЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ**
- 2. ПЕРЕНОШЕННОСТЬ**
- 3. ЗАТЯЖНЫЕ И ЧРЕЗМЕРНО БЫСТРЫЕ РОДЫ**
- 4. БОЛЬШИЕ РАЗМЕРЫ ГОЛОВКИ ПЛОДА**
- 5. ГЛУБОКАЯ НЕДОНОШЕННОСТЬ**
- 6. ОЛИГОГИДРАМИОН**
- 7. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА**
- 8. УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ КОСТНОГО ТАЗА И РИГИДНОСТЬ РОДОВЫХ ПУТЕЙ**
- 9. АКУШЕРСКИЕ ПОСОБИЯ (ПОВОРОТЫ НА НОЖКУ, НАЛОЖЕНИЕ ПОЛОСТНЫХ ИЛИ ВЫХОДНЫХ ЩИПЦОВ, ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА И ДР.)**



ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЛОДА:

- 1. ПОВЕРХНОСТНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ - ПЕТЕХИИ,
- ЭКХИМОЗЫ,
- САДИНЫ**

Требуют местного антисептического лечения, рассасываются самостоятельно через 1 – 2 недели

- 2. АДИПОНЕКРОЗ (очаговый некроз подкожной жировой клетчатки) – инфильтраты размером 1 – 5 см, лечения не требуют, исчезают самостоятельно**

Повреждения и кровоизлияния в грудинно-ключичную-сосцевидную мышцу

- **При наложении акушерских щипцов**
- **При выполнении ручных пособий**
- **В родах при ягодичном предлежании**

Клиника разрыва мышц.

Гематома в области повреждения, кривошея (в сторону повреждения).

Лечение: фиксирующая повязка, физиотерапия, массаж, при неэффективности – оперативное лечение.

Родовая опухоль

- Припухлость, множественные петехии или экхимозы, отечность мягких тканей головы при головном предлежании или на месте наложения вакуум-экстрактора.
- **Лечения** не требуют, проходят самостоятельно через 1 – 3 дня.
- **Дифференцируют** с кефалогематомой, кровоизлиянием под апоневроз (отек теменной и затылочной части головы, часто инфицируется).

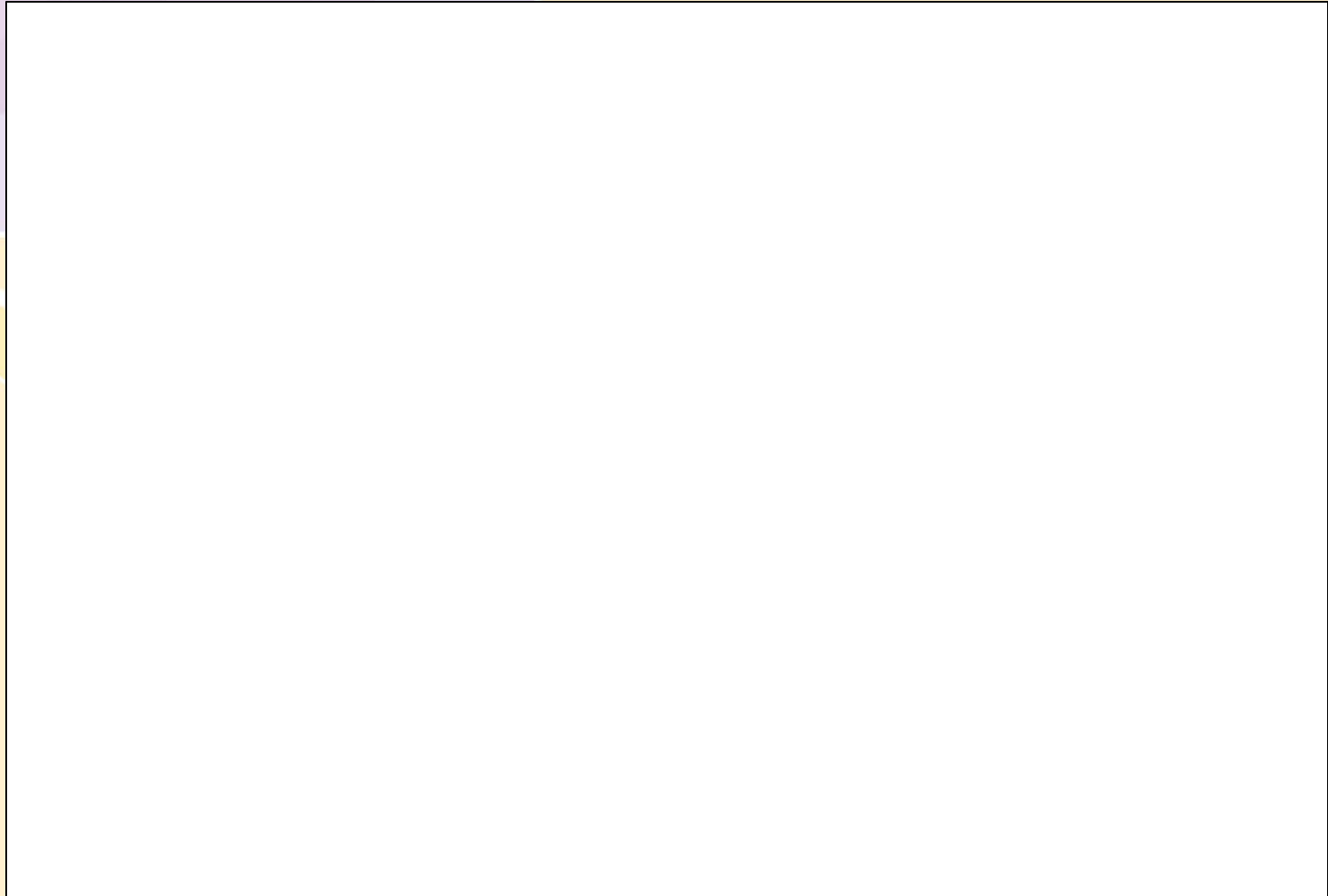
Родовая опухоль



Кефалогематома (0,2 – 0,3%)

- **кровоизлияние под надкостницу какой-либо части кости свода черепа – имеет упругую консистенцию, не пульсирует, безболезненна, флюктуирует при осторожной пальпации.**
- **М/б желтуха из-за повышенного образования внесосудистого билирубина. Лечение: витамин К.**
- **Полная резорбция к 6 – 8 неделе.**
- **В редких случаях – нагноение.**

Кефалогематома



Внутричерепные кровоизлияния.

- **Субдуральные**
- **Эпидуральные**
- **Субарахноидальные**
- **Пери- и интравентрикулярные**
- **Паренхиматозные**
- **Мозжечковые**
- **Геморрагические инфаркты мозга (после ишемического размягчения при тромбозах и эмболии)**

Причины внутричерепных кровоизлияний

- **Родовой травматизм**
- **Перинатальная гипоксия**
- **Перинатальные особенности коагуляционного и тромбоцитарного гемостаза**
- **Малый гестационный возраст ребенка**
- **Внутриутробные вирусные и микоплазменные инфекции**
- **Нерациональное ведение родов и врачебные вмешательства**

Клиника внутричерепных кровоизлияний

- **Внезапное ухудшение общего состояния, синдромы угнетения и/или гипервозбуждение.**
- **Изменение характера крика и потеря коммуникабельности.**
- **Выбухание большого родничка или его напряжение.**
- **Аномальные движения глазных яблок**
- **Нарушение терморегуляции (гипо- или термо).**
- **Вегетовисцеральные расстройства (срыгивание, метеоризм, неустойчивый стул, тахипноэ, расстройство периферического кровообращения и т.д.)**
- **Судороги, расстройства мышечного тонуса.**
- **Псевдобульбарные и двигательные расстройства.**
- **Метаболические нарушения.**
- **Присоединение соматических заболеваний.**

Внутричерепные кровоизлияния

- Возникают при повреждении концевых (терминальных) ветвей передних и задних черепных артерий.
- **Клиника:** вялость, срыгивание, нарушение мышечного тонуса и физиологических рефлексов, нестойкие очаговые симптомы, нистагм, анизокория, страбизм, фокальные кратковременные судороги, симптом Грифе.

Течение внутричерепных кровоизлияний

Периоды течения родовой травмы головного мозга:

- Острый (7 – 10 дней, иногда до 1 месяца),
- Подострый (ранний восстановительный – до 3 – 4, иногда до 6 месяцев),
- Поздний восстановительный (от 4 – 6 месяцев до 1 – 2 лет).

Лечение:

- режим, мобилизация головы и шеи, бережное подмывание и пеленание, «температурная защита», кормление (парентеральное или через зонд, либо из бутылочки).

Мониторирование основных параметров жизнедеятельности.

Медикаментозная и другая терапия зависит от характера сопутствующей патологии, тяжести и локализации кровотечения.

Родовая травма спинного мозга и плечевого сплетения (2 – 2,5%).

- **Этиология:** растяжение между плечиками и основанием черепа
 - при тяге за головку при фиксированных плечиках (при головном предлежании),
 - при тяге за плечики при фиксированной головке (при ягодичном предлежании),
 - при чрезмерной ротации (при лицевом предлежании у 25%),
 - при использовании щипцов,
 - при вакуум-экстракции,
 - при различных ручных пособий.

Родовая травма спинного мозга и плечевого сплетения (2 – 2,5%).

- **Патогенез:** нарушение кровообращения в бассейне позвоночных артерий с развитием ишемии в области ствола мозга, мозжечка и шейного отдела спинного мозга (при головном предлежании), а также на грудной и поясничные отделы (при тазовом предлежании).
- **Сосудистые нарушения возникают при:**
 - флексии, тракции, торзии шейного отдела позвоночника плода.

Клиническая картина при родовой травме спинного мозга.

- **Повреждение C_I – C_{IV} : спинальный шок: вялость, адинамия, диффузная мышечная гипотония, артериальная гипотония, гипо- или арефлексия, полный паралич ниже места травмы или спастический тетрапарез, синдром дыхательных расстройств (причина сметри)**
- **Парез диафрагмы C_{III} - C_{IV} (синдром Кофферата). Часто наблюдается при левостороннем парезе Дюшенна-Эрба. Сопровождается синдромом дыхательных расстройств.**

Клиническая картина при родовой травме спинного мозга.

- **Парез и паралич Дюшенна-Эрба (CV - CVI) – пораженная конечность приведена к туловищу, разогнута в локтевом суставе, повернута внутрь, ротирована в плечевом суставе, кисть в ладонном сгибании и повернута назад и кнутри.**
- **Голова наклонена, шея кажется короткой.**
- **Снижены рефлексы Моро, Бабкина, отсутствуют рефлексы хватательный и сухожильный.**

Клиническая картина при родовой травме спинного мозга.

- **Нижний дистальный паралич Дежерин-Клюмпке (Cvii – T1 или среднего и нижнего пучка плечевого сплетения) – нарушена функция руки в дистальном отделе: резко снижена или отсутствует функция сгибателей кисти и пальцев («тюленьей лапки» или «когтистой лапки»), в локтевом суставе, мышц тенера и гипотенера. Рефлекс Моро снижен, Бабкина и хватательный – отсутствуют.**
- **Появление синдрома Бернара-Горнера (птоз, миоз, энофтальм) на пораженной стороне.**

Клиническая картина при родовой травме спинного мозга.

- **Тотальный паралич верхней конечности (паралич Керера) повреждение Сv – Т1 отсутствие активных движений, резкая мышечная гипотония, трофические расстройства (синдром Бернара-Горнера).**
- **Повреждение грудного отдела спинного мозга Т1 – ТхII – дыхательные расстройства, спастические повреждения нижних конечностей.**

Клиническая картина при родовой травме спинного мозга.

- Травма в пояснично-крестцовой области – нижний вялый парапарез при сохранении нормальной двигательной активности верхних конечностей.**
- Ноги в «позе лягушки», отсутствуют рефлексы опоры, автоматической походки, угнетены коленные, ахилловы рефлексы.**
- М/б недержание мочи и кала.**
- Прогрессируют трофические расстройства.**
- Разрыв спинного мозга часто ведут к гибели ребенка.**

Профилактика родовой травмы.

- **Для профилактики спинальной травмы новорожденного в родах требуется:**
 - - **не разгибать голову,**
 - - **не поворачивать голову,**
 - - **не тянуть за голову,**
 - - **шире проводить оперативное расширение вульварного кольца,**
 - - **аккуратнее извлекать ребенка при кесаревом сечении**

Спасибо за внимание.

