



**Клиническое течение и ведение  
второго периода родов. Асфиксия  
новорожденного. Родовые травмы  
новорожденного. Родовой  
травматизм матери**

# ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ

(от полного раскрытия шейки матки  
до изгнания плода)

- *Потуги*- ритмичное сокращение мышц матки, брюшного пресса и диафрагмы



*Врезывание* головки – во время потуги  
головка появляется, затем прячется



*Прорезывание* ГОЛОВКИ – после потуги  
головка не прячется



# Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания



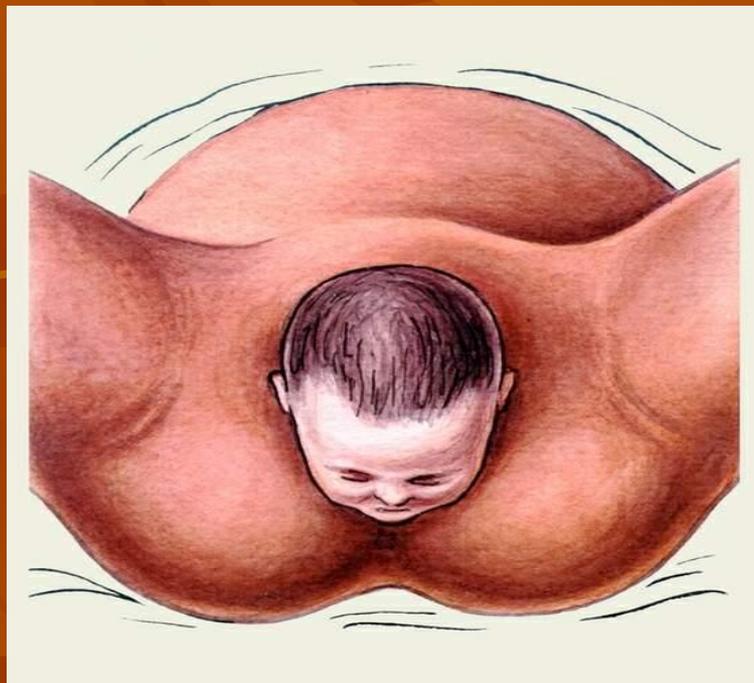
*Биомеханизм родов* – это совокупность движений, которые осуществляет плод, проходя по родовым путям. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания состоит из четырех моментов:

- *Сгибание головки*
  - проводная точка малый родничок (проводная точка – это точка, которая первой опускается во вход таза и первой выходит из половой щели), стреловидный шов в косом размере

- *Внутренний поворот головки  
Затылок и малый родничок поворачи-  
ваются кпереди. Личико кзади.  
Стреловидный шов в прямом размере.*



- *Разгибание головки – подзатылочная ямка фиксируется под лоном, головка разгибается и из половой щели прорезывается лобик, личико, подбородок.*



- *Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. При первой позиции личико поворачивается к правому бедру матери. При второй позиции – личико к левому бедру.*



*Переднее плечико фиксируется под  
лоном, рождается заднее плечико, а  
затем и весь плод. Головка  
прорезывается окружностью,  
соответствующей малому косому  
размеру – 32 см. Родовая опухоль  
расположена на затылке, форма  
головки долихоцефалическая*

# Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания



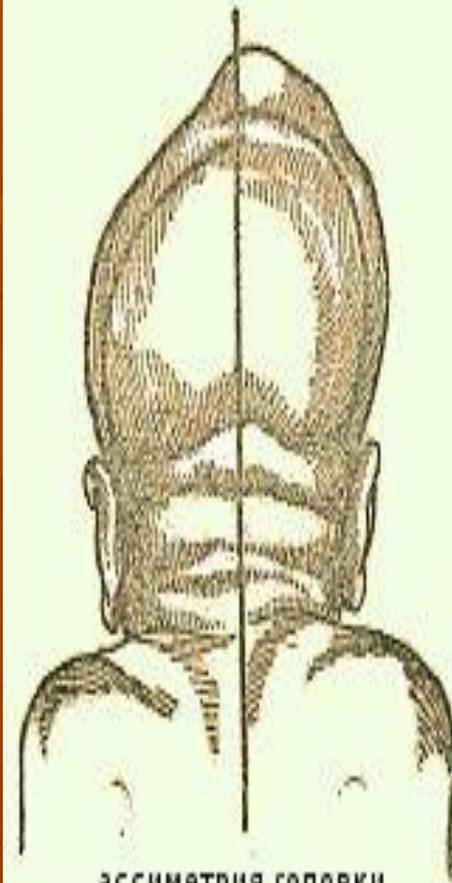
- *Сгибание головки – малый родничок становится впереди идущим пунктом на головке, т.е. проводной точкой. В полости таза проводной точкой становится середина между малым и большим родничком. Стреловидный шов в косом размере.*
- *Внутренний поворот головки – согнутая головка опускается в таз и одновременно поворачивается затылком кзади, а личиком кпереди. В выходе таза стреловидный шов становится в прямом размере.*

- *Дополнительное сгибание головки – граница волосистой части лба упирается в лобковую дугу, головка сильно сгибается, прорезываются теменные бугры и затылочный бугор*
- *Разгибание головки –подзатылочная ямка упирается в крестцово-копчиковое соединение и происходит разгибание.*
- *Наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. Головка прорезывается окружностью соответствующей среднему косому размеру – 33 см. Головка приспособабливается к родовым путям в области швов и родничков, кости надвигаются одна на другую*

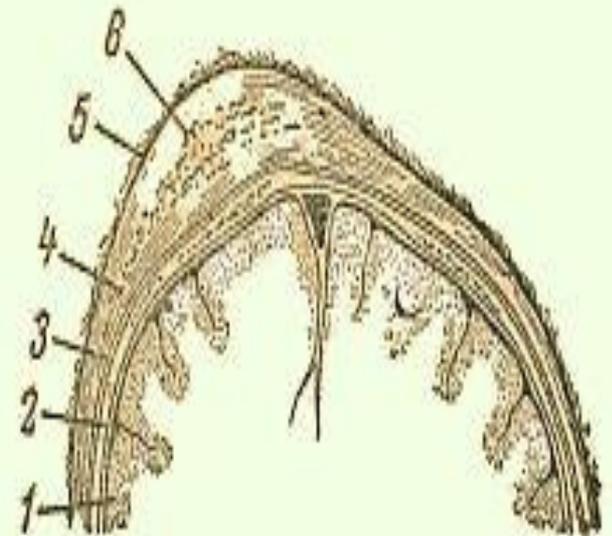
# Родовая опухоль – отек подлежащей части



рис. 2



ассиметрия головки при головной опухоли



Разрез головки новорожденного

1 - твердая мозговая оболочка

2 - кость                      4 - galea

3 - периост                 5 - кожа

6 - отек клетчатки в области  
родовой опухоли

*Кефалогематома* – кровоизлияние под надкостницу одной определенной кости



# *Асфиксия новорожденного.*

- Асфиксия новорожденного – синдром, характеризующийся отсутствием или отдельными нерегулярными и неэффективными дыхательными движениями ребенка при наличии сердечной деятельности.
- При асфиксии нарушается функция жизненно важных органов: центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, печени.

Состояние новорожденного оценивается по шкале Вирджинии Апгар на первой и пятой мин после рождения ребёнка по 5 наиболее важным клиническим признакам

Признаки	Оценка признака в баллах		
	0	1	2
Сердцебиение	Отсутствует	Частота менее 100 в мин	Частота более 100 в мин
Дыхание	Отсутствует	Слабый крик	Громкий крик
Мышечный тонус	Вялый или отсутствует	Некоторая степень сгибания	Активные движения
Пяточный рефлекс (рефлекторная возбудимость)	Отсутствует	Слабо выражен	Хорошо выражен
Окраска кожи	Синюшная или бледная	Розовая тела и синюшная конечностей	Розовая

Состояние оценивается суммой баллов по каждому признаку в отдельности:

- 8-10 баллов – здоровые новорожденные
- 4-7 баллов – умеренная асфиксия
- 3-1 балов – тяжёлая асфиксия.

- *Умеренная асфиксия* характеризуется выраженным цианозом кожных покровов, чёткими, но замедленными сердечными сокращениями, редким и поверхностным дыханием, удовлетворительным мышечным тонусом, сохраненной реакцией на введение носового катетера. Дать кислород через маску.



- При *тяжелой степени асфиксии* наблюдается состояние глубокого торможения. Кожные покровы бледные, слизистые оболочки цианотичные, дыхание отсутствует, тоны сердца глухие, резко замедленны (до 60-80 ударов в 1 мин), аритмичные. Тонус мышц и рефлексы значительно снижены или полностью исчезают. Произвести интубацию трахеи, в интубационную трубку ввести 0,01 % р-р адреналина (для этого взять 0,5 мл р-ра адреналина + 4,5 мл раствора хлорида натрия 0,9 %, с этой дозы взять 0,1-0,3 мл на 1 кг веса), наружный массаж сердца. Реанимационные мероприятия проводят в течение 20 минут.



Акушерский травматизм матери – это нарушение целостности родовых путей женщины.

## РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Причины разрывов промежности:

1

- Крупный плод

2

- Высокая промежность

3

- Ригидность промежности

4

- Роды в тазовом предлежании плода

5

- Отек промежности при затяжных родах

Лучше произвести перинеотомию или эпизиотомию , так как резаная рана заживает лучше.

# РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Разрыв промежности бывает 3-х степеней тяжести:

I

- Разрыв слизистой оболочки влагалища и кожи промежности

II

- Разрыв слизистой влагалища, мышц промежности и кожи промежности

III

- Разрыв слизистой влагалища, сфинктера прямой кишки и кожи промежности

# РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА

Разрывы влагалища бывают самопроизвольными и насильственными (оперативное родоразрешение).

Причины разрывов влагалища:

1

- Недостаточная растяжимость стенок влагалища

2

- Инфантилизм

3

- Разгибательные предлежания плода

4

- Крупный плод

5

- Стремительные роды

6

- Кольпиты

Разрывы чаще возникают в нижней трети влагалища вместе с разрывом промежности.

Встречаются разрывы верхнего бокового свода влагалища вместе с разрывом шейки матки. Иногда повреждаются сосуды около влагалищной клетчатки.

## КЛИНИКА

Кровотечение, которое появляется в конце второго периода родов, последовом или раннем послеродовом периоде.

Диагноз устанавливается при осмотре в зеркалах.

Лечение – тщательное ушивание разрывов кетгутом или ПГА

# ГЕМАТОМЫ

Разрыв сосудов без повреждения кожных покровов вульвы и слизистой влагалища приводит к **образованию гематом**.

Величина гематом зависит от:

1

- Калибра поврежденного сосуда

2

- Длительности кровотечения

3

- Времени обнаружения гематомы

При значительном кровотечении гематома может распространяться в околовлагалищную, околоматочную клетчатку и дальше в забрюшинную клетчатку. Может опускаться под кожу половых губ, на ягодицу, промежность.

## Причины возникновения гематом:

Механическое повреждение стенок влагалища

Повышенная проницаемость сосудистой стенки

Развитие вторичной родовой слабости

Узкий таз

Крупный плод

## Клиника гематом:

1

- Гематомы небольших размеров протекают бессимптомно

2

- Большие гематомы сдавливают окружающие ткани и соседние органы

3

- Появляются боли в области половых губ, промежности, прямой кишке в раннем послеродовом периоде.

# РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Причины разрывов шейки матки:

1

- Потеря эластичности тканей шейки матки (инфантилизм, рубцы, воспалительные процессы)

2

- Аномалии родовой деятельности, нарушается процесс раскрытия маточного зева)

3

- Большие размеры головки плода (крупный плод, разгибательные вставления)

4

- Насильственная травма при оперативном родоразрешении

Клиника – кровотечение разной интенсивности, которое начинается сразу после рождения плода.

Диагностика – разрыв устанавливается при осмотре шейки матки в зеркалах

# РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Бывают 3-х степеней тяжести:

## **I – степень**

разрыв шейки матки  
не более 2 см с двух сторон

## **II – степень**

более 2 см, но не доходит до свода влагалища

## **III – степень**

разрыв переходит на своды влагалища

Лечение – разрывы шейки матки ушиваются ПГА, первый шов накладывается выше места разрыва.

Профилактика – своевременная подготовка шейки матки к родам, предупреждение ущемления шейки матки в родах между головкой плода и лобковым сочленением.

# РАЗРЫВЫ МАТКИ

Разрыв матки – это нарушение целостности ее стенок. Частота разрывов матки составляет 0,1-0,05 % от общего числа родов. Среди причин материнской смертности разрывы матки занимают одно из первых мест.



## Этиология и патогенез

В патогенезе разрыва матки имеют место сочетание гистопатического фактора с механическим. Патологические изменения мышцы матки являются предрасполагающим фактором, а механическое препятствие- разрешающим.

По теории БАНДЛЯ (1875 г), разрыв матки связан с механическим препятствием для рождения плода.



Препятствия в родах, способствующие разрыву матки, многообразны:

1

- Узкий таз

2

- Крупный плод

3

- Неправильные вставления головки плода

4

- Неправильные положения плода

5

- Фиксированные в малом тазу опухоли яичника

6

- Значительные рубцовые изменения шейки матки

Я. Вербов в начале 20 века в споре с Бандлем доказал, что причина разрывов матки состоит в морфологических изменениях стенки матки.

## Причины неполноценности миометрия:

1

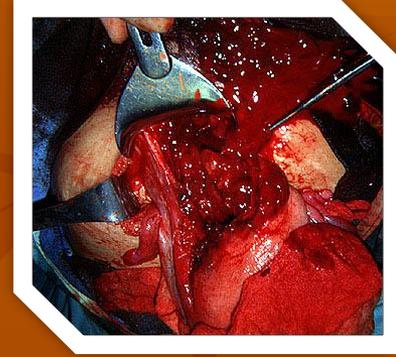
- Инфантилизм и пороки развития матки (матка бедна мышечной тканью, менее эластична)

2

- Рубцовые изменения в связи с абортами

3

- Рубец на матке после кесарева сечения, перфорации во время аборта, миомэктомии



Разрывы матки бывают как во время беременности, так и во время родов.

Разрыва матки делят на самопроизвольные и насильственные.

В зависимости от локализации:

1

- В дне матки

2

- В теле матки

3

- В нижнем сегменте матки

4

- Отрыв матки от сводов

В зависимости от характера повреждения разрывы матки делят на:

1

- Полный

2

- Неполный

3

- Трещина

По клиническому течению разрывов матки различают:

Угрожающий  
разрыв матки

Начавшийся  
разрыв матки

Совершившийся  
разрыв матки

Клиника угрожающего разрыва матки:

1

• Бурная родовая деятельность

2

• Изменение формы матки( песочные часы)

3

• Напряжение круглых связок

4

• Повышенный тонус матки

5

• Резкая болезненность при пальпации

6

• Отсутствие продвижения головки

7

• Большая родовая опухоль на головке

8

• Отек влагалища, наружных половых органов

9

• Затруднение при мочеиспускании

Клиника начавшегося разрыва матки:

К перечисленным выше признакам угрожающего разрыва присоединяются:

1

- Сукровичные выделения из половых путей

2

- Примесь крови в моче

3

- Возбужденное состояние роженицы (чувство страха, жалобы на сильные боли)

4

- Ухудшение состояния плода (учащение или урежение сердцебиения плода)

## Клиника совершившегося разрыва матки:

1

- В момент разрыва резкая боль в животе

2

- Родовая деятельность прекращается

3

- Изменение формы и величины матки

4

- Возникают симптомы внутреннего кровотечения( бледность кожных покровов, низкое АД, частый пульс)

5

- Наружное кровотечение незначительное

При угрожающим разрыве снять родовую деятельность и роды закончить путем операции кесарева сечения

При совершившемся разрыве – немедленное чревосечение.

Из брюшной полости удаляют плод, послед, а затем производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. Иногда производят зашивание разрыва матки



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!