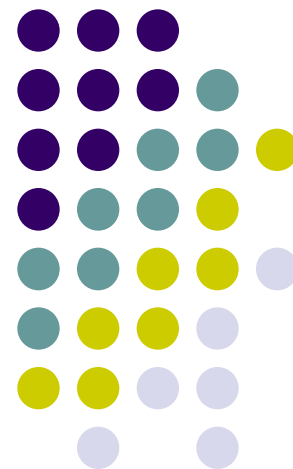
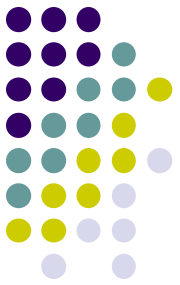


МАТЕРИНСКИЙ И ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ В РОДАХ



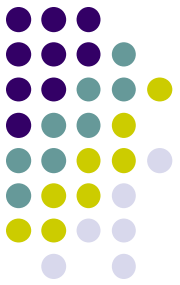
Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
д.м.н., проф.
Пашов Александр Иванович



ПЛАН ЛЕКЦИИ

- Травматизм новорожденных в родах
- Акушерская и родовая травма плода
- Материнский травматизм
- Классификация
- Диагностика
- Лечение
- Профилактика
- Прогноз

Перинатальные показатели, характеризующие качество акушерской помощи



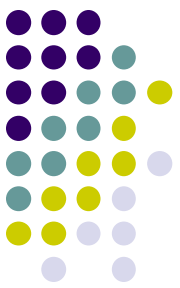
- **Внутричерепная родовая травма новорожденных**
- **Аntenатальная мертворождаемость**
- **Перинатальная смертность доношенных плодов и детей**
- **Перинатальная заболеваемость**
- **Доля запоздалых родов (%)**
- **Перинатальная смертность переносимых плодов и детей**

Акушерские показатели, характеризующие качество акушерской помощи



- частота акушерских кровотечений в родах и после них,
- показатели акушерского травматизма - разрыв матки, разрыв промежности 3-4 степени,
- внутричерепная родовая травма плода,
- плодоразрушающие операции
- гистерэктомия в родах и после родов.

Перечень нозологических форм и отдельных синдромов у новорожденных по МКБ 10



- Р 10 Разрыв внутричерепных тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы
 - *Р 10.0 Субдуральное кровоизлияние при родовой травме*
 - *Субдуральная гематома (локализованная) при родовой травме*
 - *Р 10.1 Кровоизлияние в мозг при родовой травме*
 - *Р 10.2 Кровоизлияние в желудочек мозга при родовой травме*
 - *Р 10.3 Субарахноидальное кровоизлияние при родовой травме*
 - *Р 10.4 Разрыв мозжечкового намета при родовой травме*
 - *Р 10.8 Другие внутричерепные разрывы и кровоизлияния при родовой травме*
 - *Р 10.9 Внутричерепные разрывы и кровоизлияния при родовой травме неуточненные*

Перечень нозологических форм и отдельных синдромов у новорожденных по МКБ 10



- **Р 11 Другие родовые травмы центральной нервной системы**
 - Р 11.0 Отек мозга при родовой травме
 - Р 11.1 Другие уточненные поражения мозга при родовой травме
 - Р 11.2 Неуточненные поражения мозга при родовой травме
 - Р 11.3 Поражение лицевого нерва при родовой травме
 - Паралич лицевого нерва при родовой травме
 - Р 11.4 Поражение других черепных нервов при родовой травме
 - Р 11.5 Повреждение позвоночника и спинного мозга при родовой травме
 - Перелом позвоночника при родовой травме
 - Р 11.9 Поражение центральной нервной системы при родовой травме неуточненное

Современные методы диагностики патологии ЦНС новорожденного



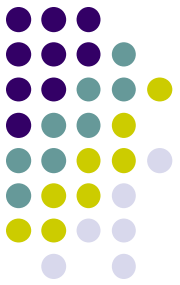
- нейросонография НСГ,
- доплеровская энцефалография ДЭГ,
- компьютерная томография КТ,
- магниторезонансная томография МРТ,
- позитронно-эмиссионная томография ПЭТ,
- церебральная сцинтиграфия ЦСГ,
- электроэнцефалография ЭЭГ,
- нейро-иммунохимическое идентификация церебральных белков и др.

Эпидуральное кровоизлияние



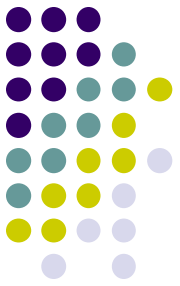
- **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПЛОДА:**
- Ранняя внутричерепная гипертензия
- Гипервозбудимость
- Судороги
- Иногда расширение зрачка на стороне кровоизлияния.

Субдуральное кровоизлияние



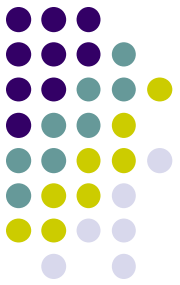
- **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПЛОДА:**
- Бессимптомное течение
- Гемипарез
- Парциальные судороги
- Расширение зрачка на стороне очага (непостоянно!)
- Внутричерепная гипертензия (прогрессирующая)

Внутрижелудочковое кровоизлияние



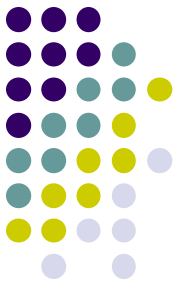
- **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПЛОДА:**
- Гипервозбудимость -> угнетение
- Судороги (фокальные, мультифокальные)
- Прогрессирующая внутричерепная гипертензия -> гидроцефалия
- Нарушения дыхания и сердечной деятельности

Паренхиматозное кровоизлияние (геморрагический инфаркт)



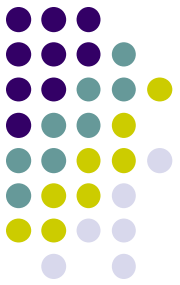
- **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПЛОДА:**
- Гипервозбудимость
- Угнетение -> кома
- Судороги
- Прогрессирующая внутричерепная гипертензия
- Очаговые нарушения (зависят от локализации и объема гематомы)
- Возможно бессимптомное течение

Субарахноидальное кровоизлияние



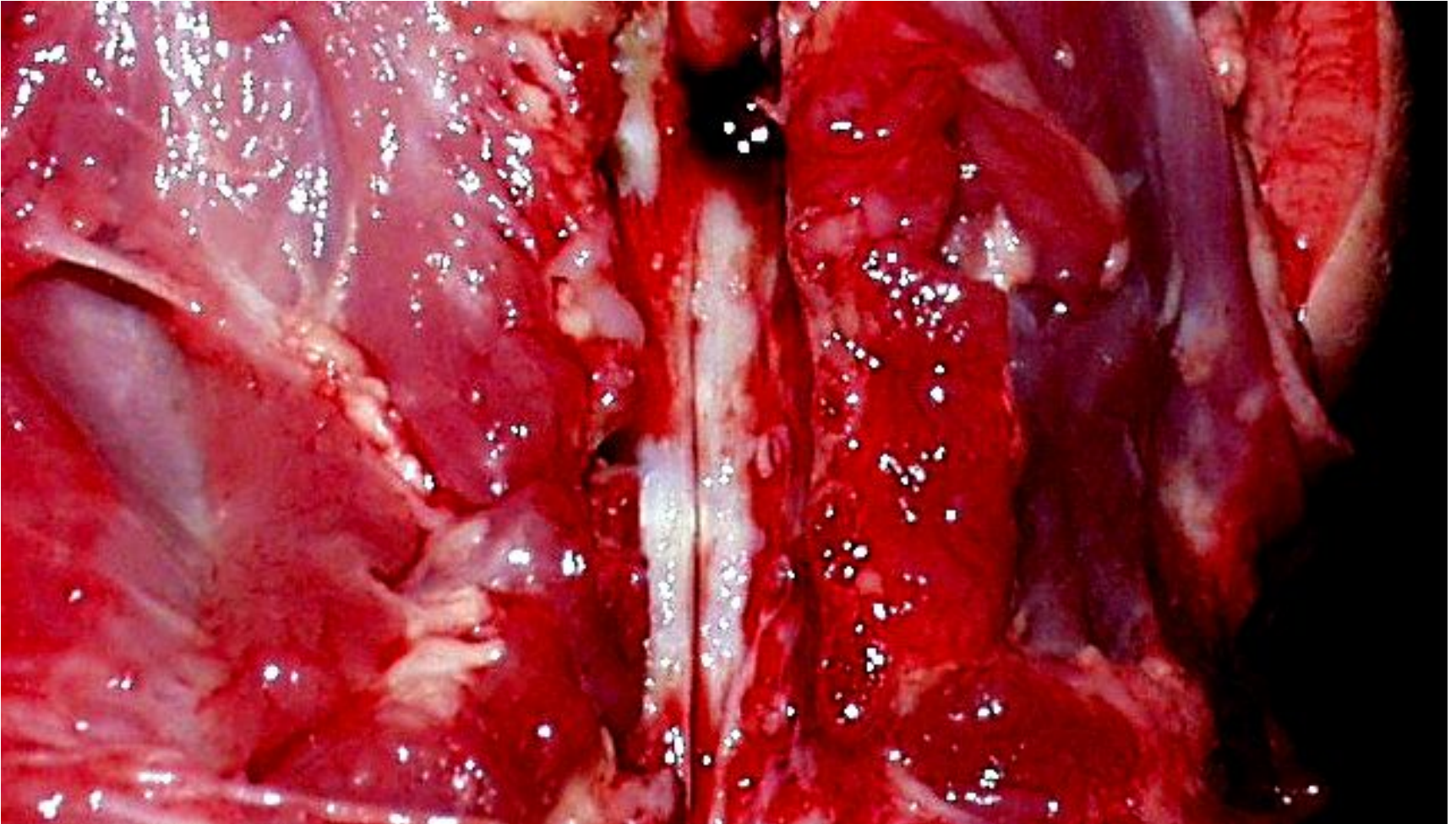
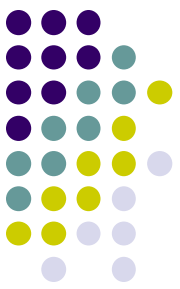
- **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПЛОДА:**
- Гипервозбудимость
- Гиперестезия
- Острая наружная гидроцефалия
- Судороги
- Угнетение -> “бодрствующая” кома”

Родовая травма спинного мозга

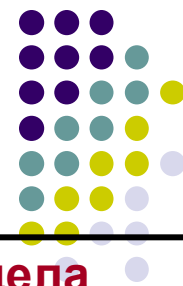


- Кровоизлияние в спинной мозг (растяжение, разрыв, надрыв) (с травмой или без травмы позвоночника)
- Причины: аномалии предлежания плода (ягодичное и ножное), неправильное выполнение акушерских пособий (например, избыточные боковые тракции или ротация туловища при фиксированной головке). Предрасполагающие факторы – гипоксия.
- КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПЛОДА:
 - Спинальный шок
 - Дыхательные нарушения
 - Двигательные и чувствительные нарушения
 - Нарушения функции сфинктеров
 - Синдром Клода Бернара-Горнера

Эпидуральная сдавливающая гематома на уровне 6-7 шейных позвонков



Родовая травма периферической нервной системы

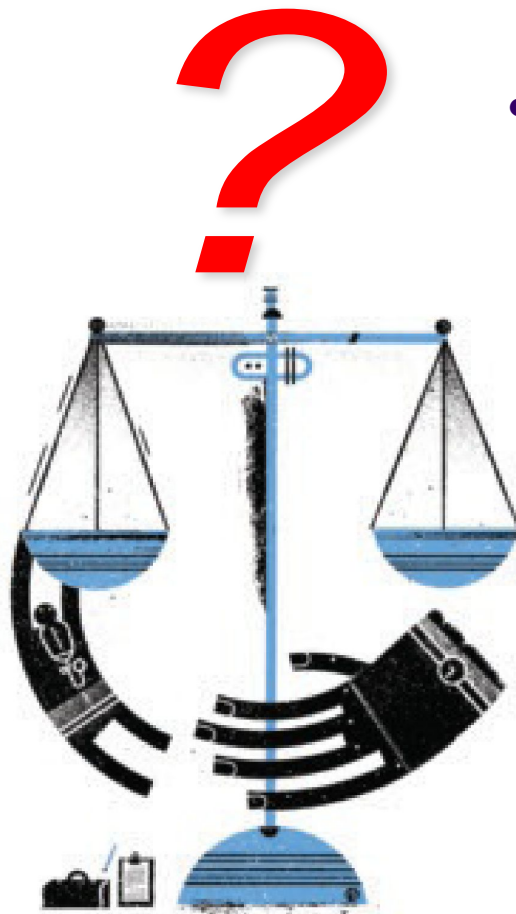


Травматическое повреждение плечевого сплетения Проксимальный тип Эрба-Дюшена (С 5–С 6)	Вялый парез проксимального отдела руки (рук)
Дистальный тип Дежерина-Клюмпке (С 7–Т 1)	Вялый парез дистального отдела руки (рук) Синдром Клода Бернара-Горнера
Тотальный паралич (С 5-Т 1)	Вялый тотальный парез руки (рук) Синдром Клода Бернара-Горнера Дыхательные нарушения редко
Повреждение диафрагмального нерва (С 3-С 5).	Дыхательные нарушения ("парадоксальное" дыхание, тахипноэ) Возможно бессимптомное течение
Травматическое повреждение лицевого нерва	На стороне поражения: Лагофтальм; Сглаженность носогубной складки; При крике рот перетягивается в здоровую сторону

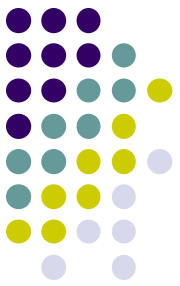
ВЕРСИЯ и КОНТРАВЕРСИЯ



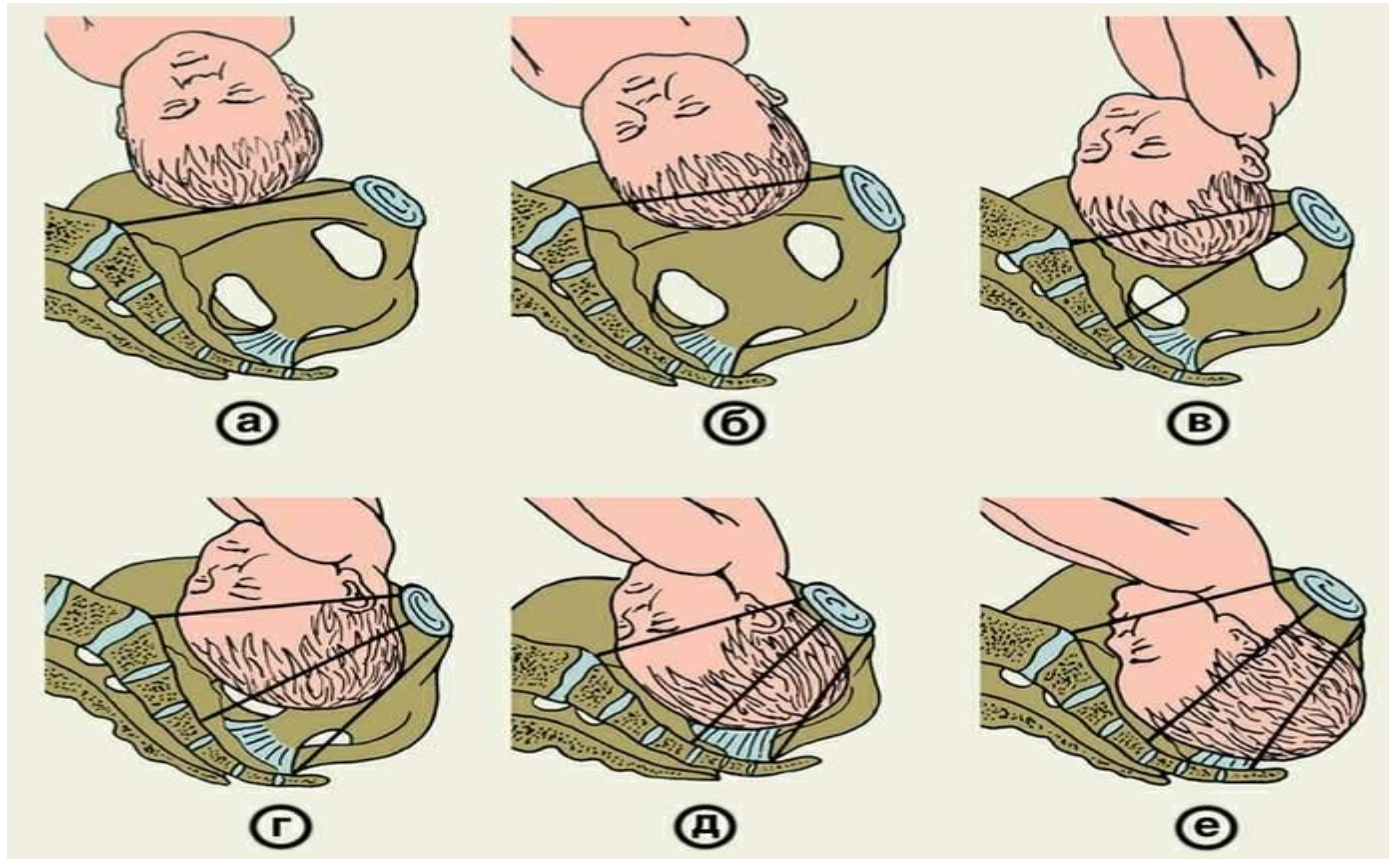
Родовая травма
плода при
головном
предлежании
является
следствием
нерационального
ведения родов,
акушерских ошибок
и ручных
вмешательств
(фактически –
ятрогеня)



- Родовая травма
плода при
головном
предлежании,
исключающая
ятрогенные
факторы, связана
с особенностями
биомеханизма
родов

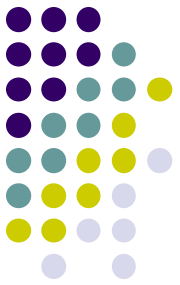


Схематическое изображение положения головки плода по отношению к плоскостям малого таза



а — головка над входом в малый таз; б — головка малым сегментом во входе в малый таз; в — головка большим сегментом во входе в малый таз; г — головка в широкой части полости малого таза; д — головка в узкой части полости малого таза; е — головка в выходе малого таза.

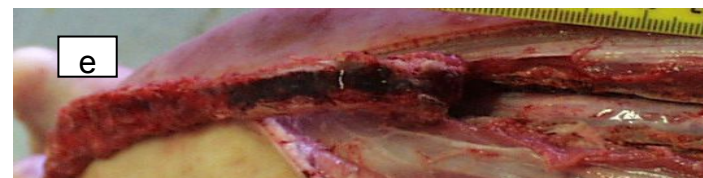
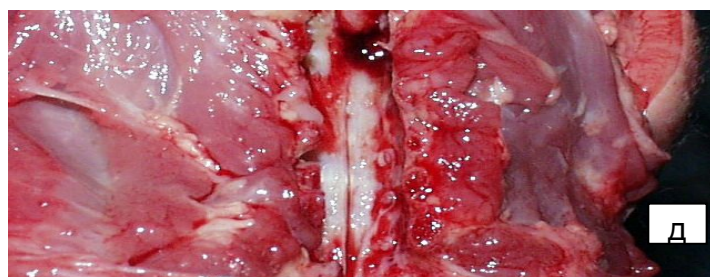
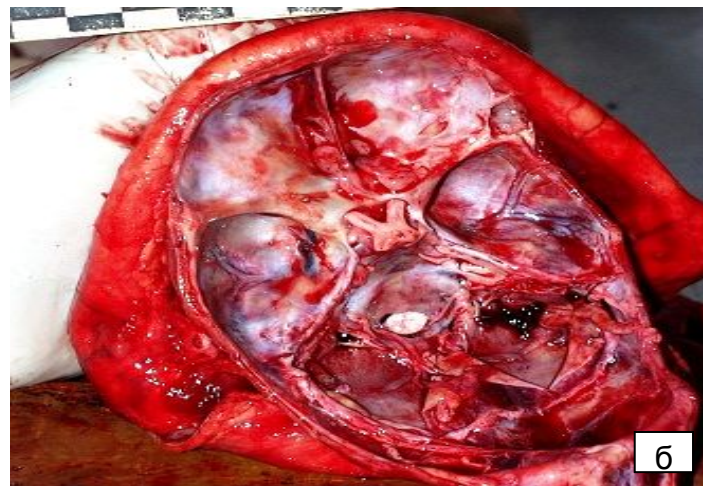
Первый момент – сгибание головки (второй этап биомеханизма родов – flexio capitis)



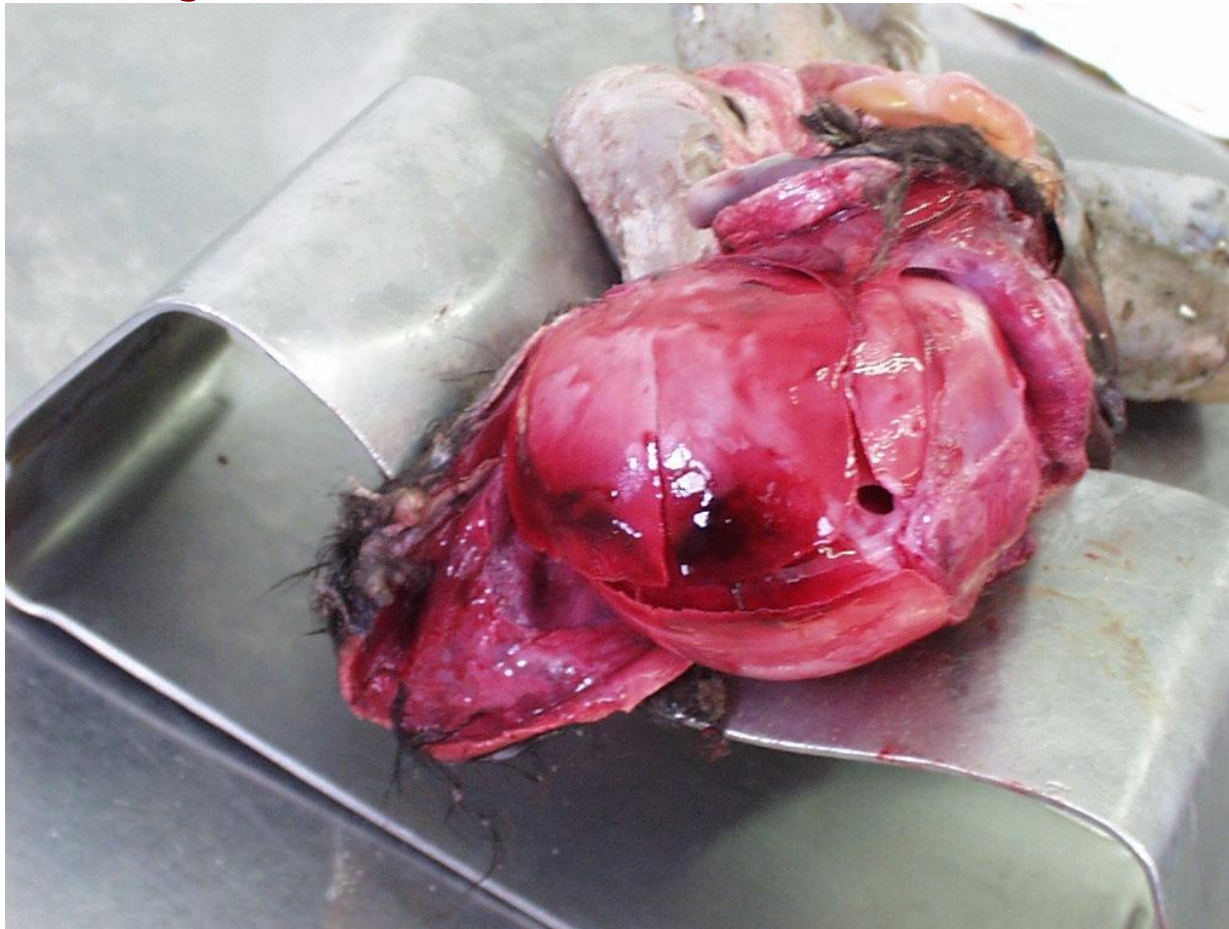
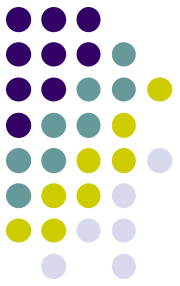
■ На затылочную кость снизу вверх давит позвоночный столб, во внутренней части основания черепа возникают симметричные или ассиметричные напряжения растяжения по синхондрозам - напряжение сжатия.

Первичный разрыв кости всегда происходит в самом слабом месте. Таким местом являются синхондрозы. По ходу синхондрозов и возникают первичные повреждения в виде трещин и кровоизлияний. Повреждения максимальны по оси сдавления – оси «проводной точки».

иногда изменение конфигурации головки плода из-за нарастания сжатия по швам свода черепа, смещение костей с возникновением перелома костей свода черепа, начинающихся по оси «проводной точки»



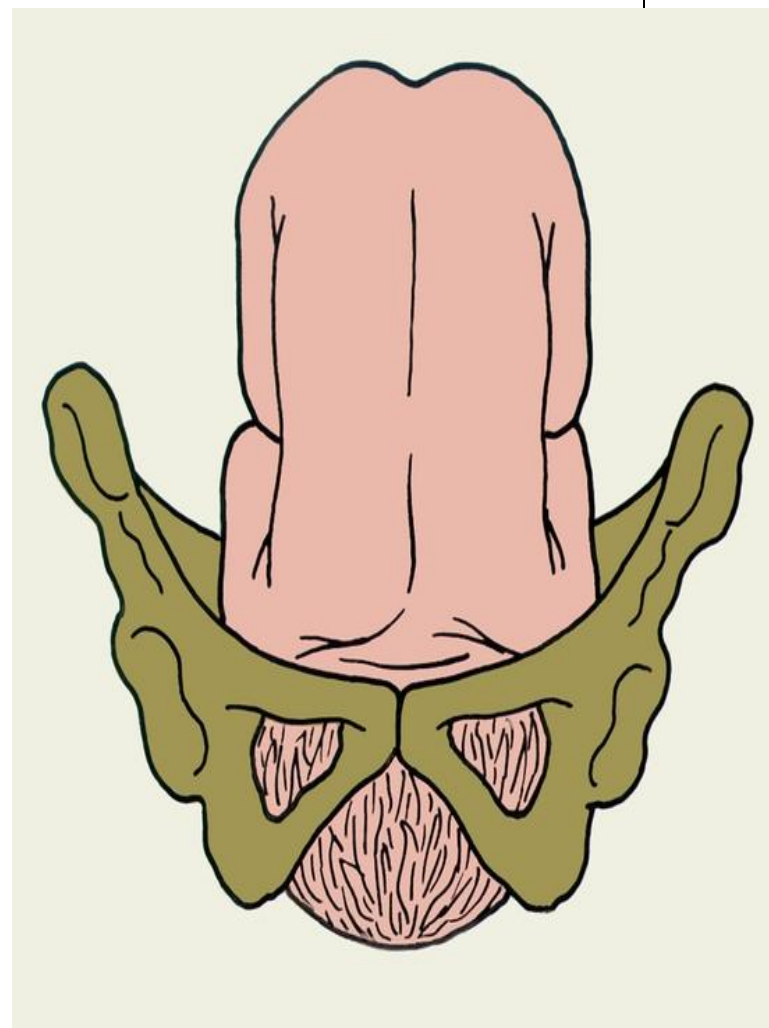
***Трещины в синхондрозе между чешуей
и основной частью затылочной кости
при локальном давлении на шейно-
затылочную область***



Второй момент биомеханизма родов – *rotatio capitis interna*



- При затруднении продвижения и ротации головки плода может произойти сдвиг основной части затылочной кости по синхондрозу с близлежащей латеральной частью.
- Значительно меняется конфигурация головки плода из-за нарастания сжатия по швам свода черепа.
- Могут возникать переломы костей свода черепа, начинающиеся на лобных или теменных буграх по оси «проводной точки»



Инtradуральные кровоизлияния в серпе и правом парусе мозжечкового намета в областях надрыва волокон, вследствие перерастяжения

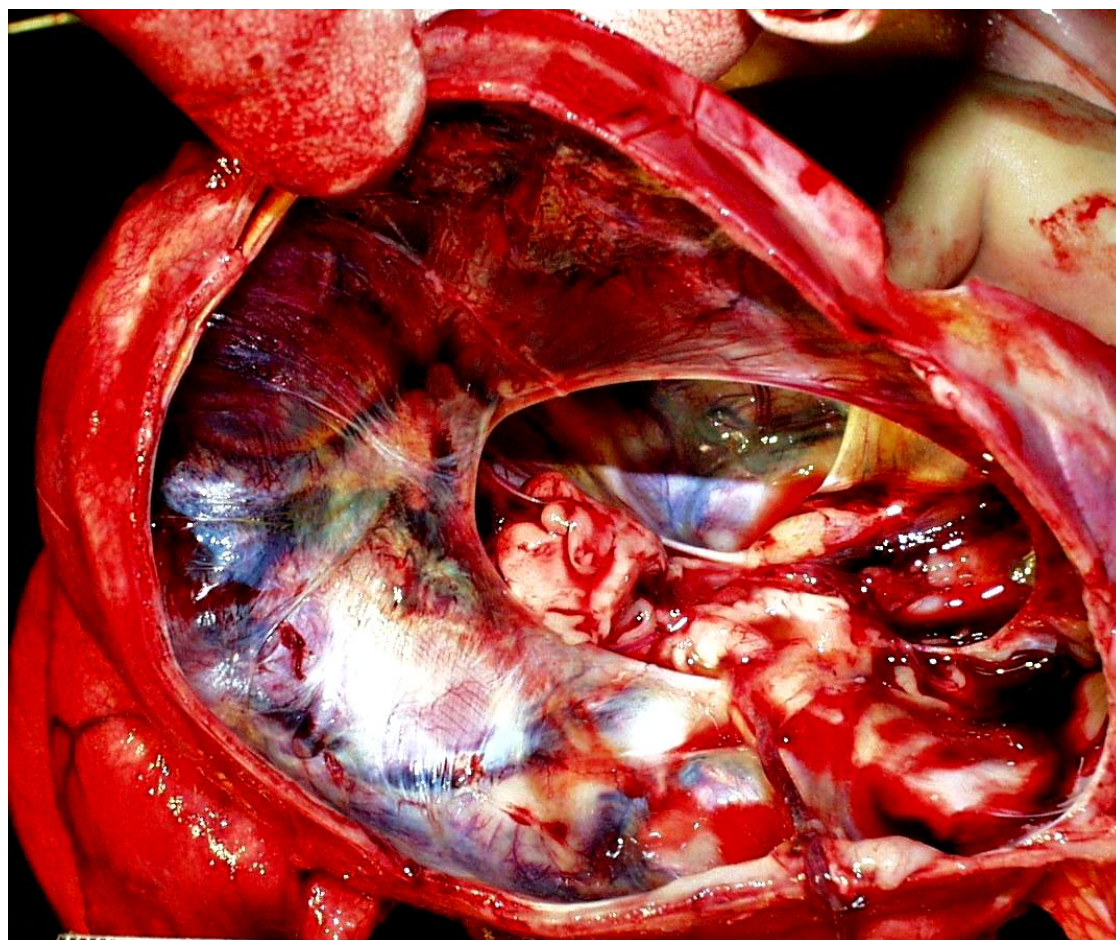
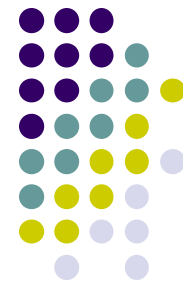
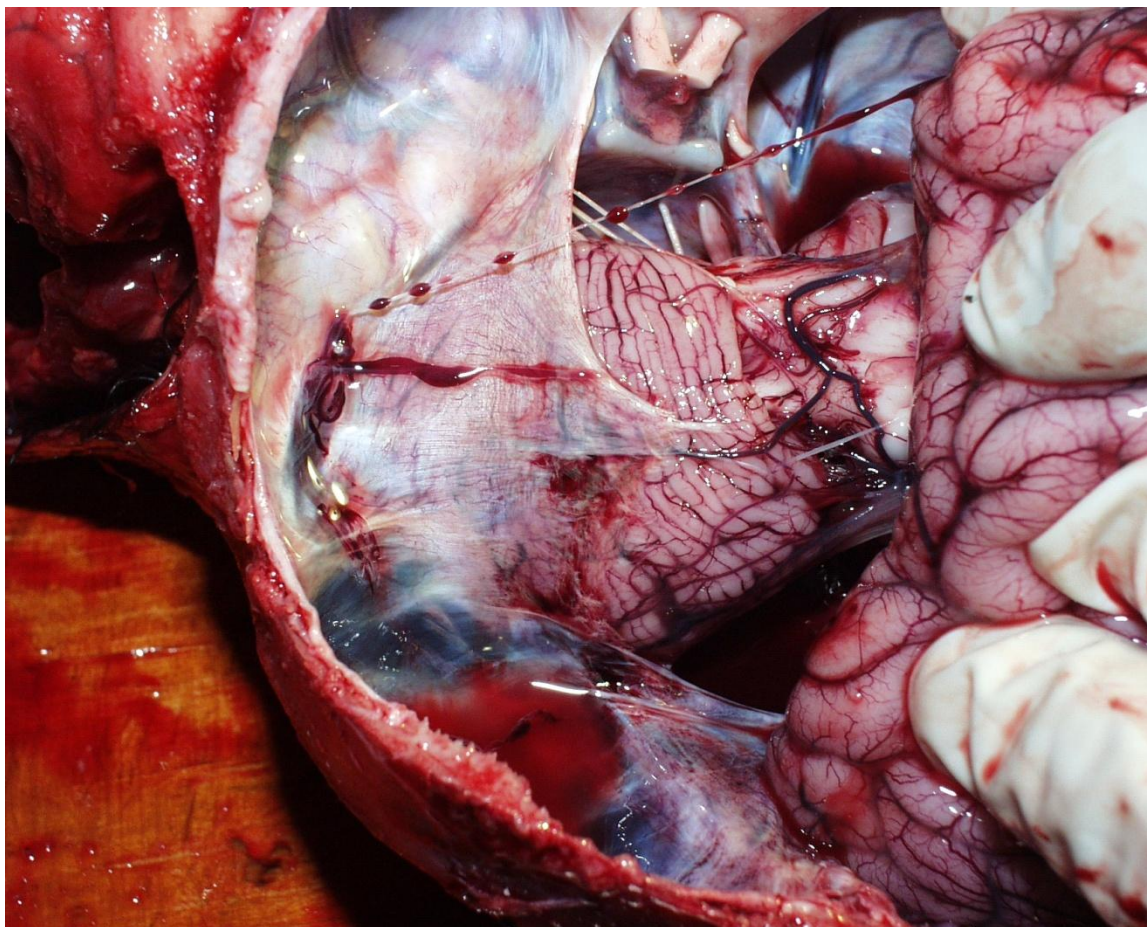


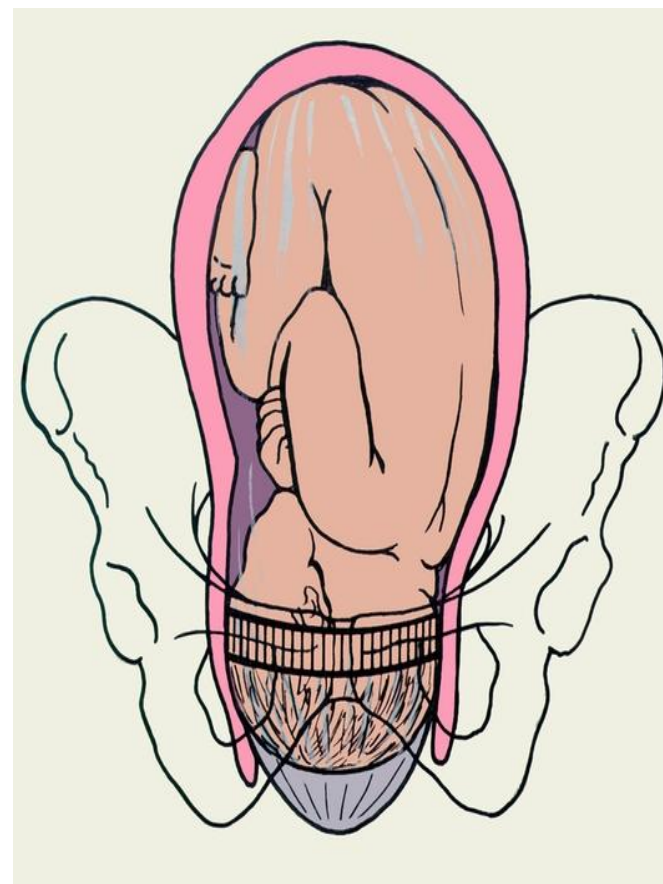
Рис. Первичный разрыв мозжечкового намета вследствие асимметричного натяжения его парусов



Третий момент биомеханизма родов – deflexio capitis

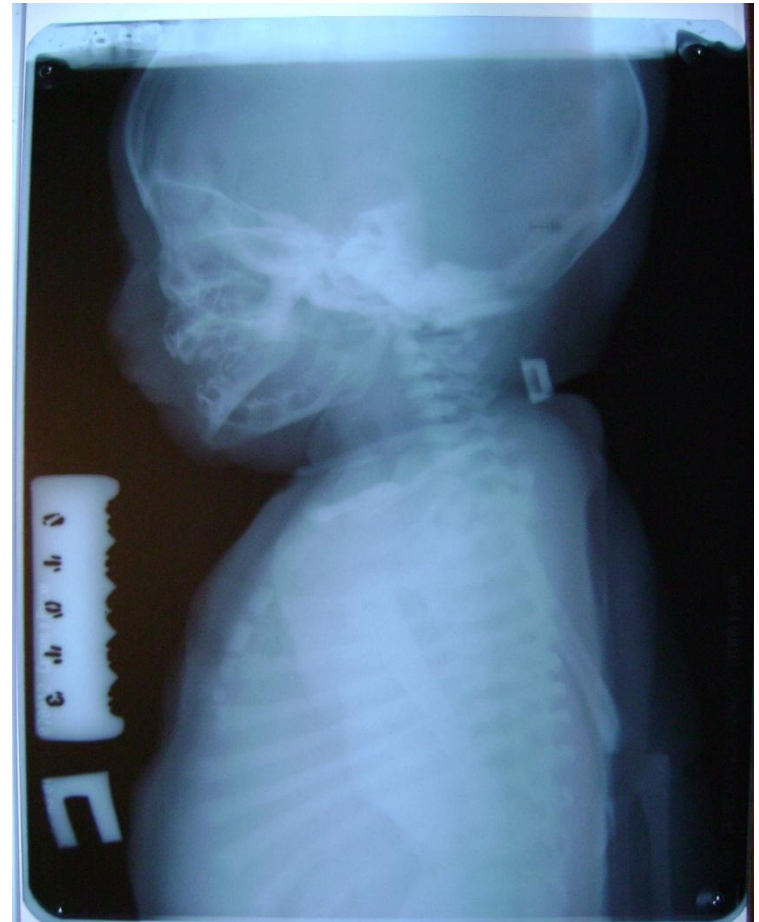


- Совершается в плоскости выхода малого таза, то есть на тазовом дне.
- На этом этапе родов остается только давление позвоночника на основание черепа снизу вверх, головка плода не испытывает жесткого давления в остальных плоскостях, конфигурация ее уже закончилась и соответствует родовым путям.
- На этом этапе возможно только усиление травматизации поврежденных областей и разгибательный механизм спинальной травмы.

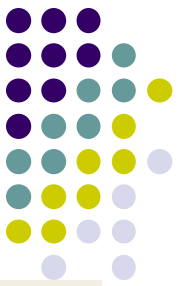


Повреждения позвоночного столба

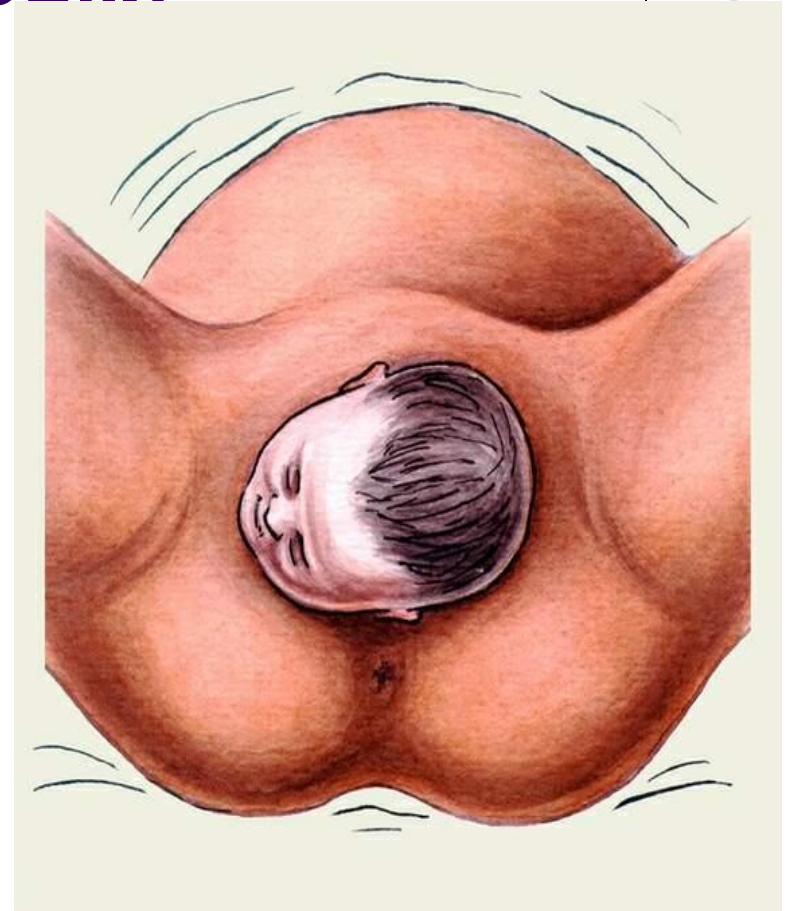
Повреждения позвоночного столба сопровождается одновременным повреждением и межпозвоночных дисков. Вертикальное нагружение 1 и 2 шейных позвонков сопровождается в начале повреждениями на нижней поверхности 1-го шейного позвонка, возникают растягивающие напряжения в связочном аппарате.



Четвертый момент - внутренний поворот туловища и наружный поворот головки



- (внутренний поворот туловища и наружный поворот головки) повреждений головки плода не возникает, возможны травмы только грудного и поясничного отделов позвоночника.



«ОПАСНЫЕ» МОМЕНТЫ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛОДА

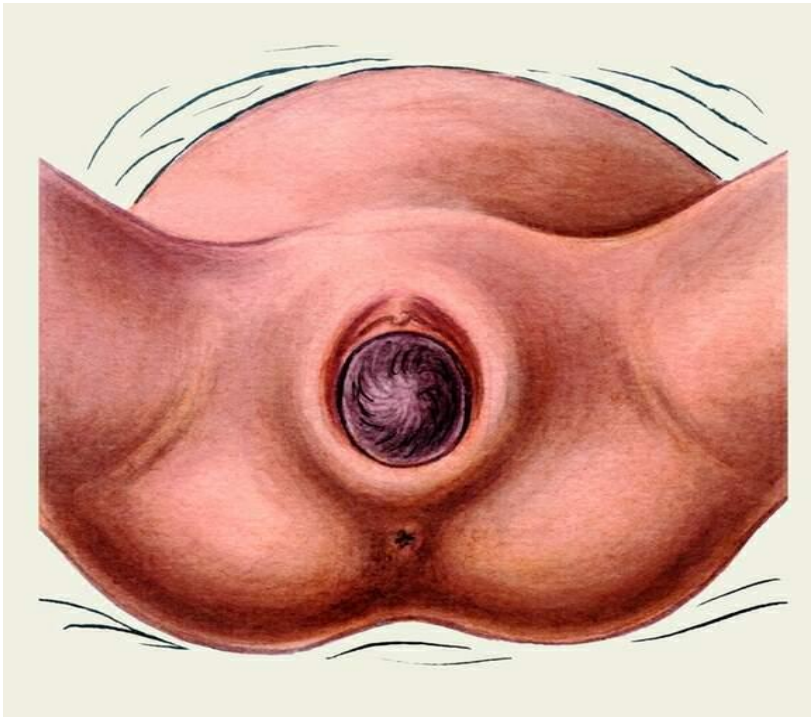
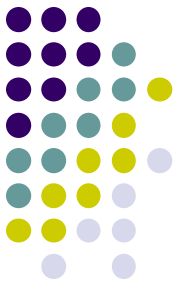


Рис. Схематическое изображение врезывание головки плода при переднем виде затылочного предлежания (головка показывается из половой щели во время потуги).

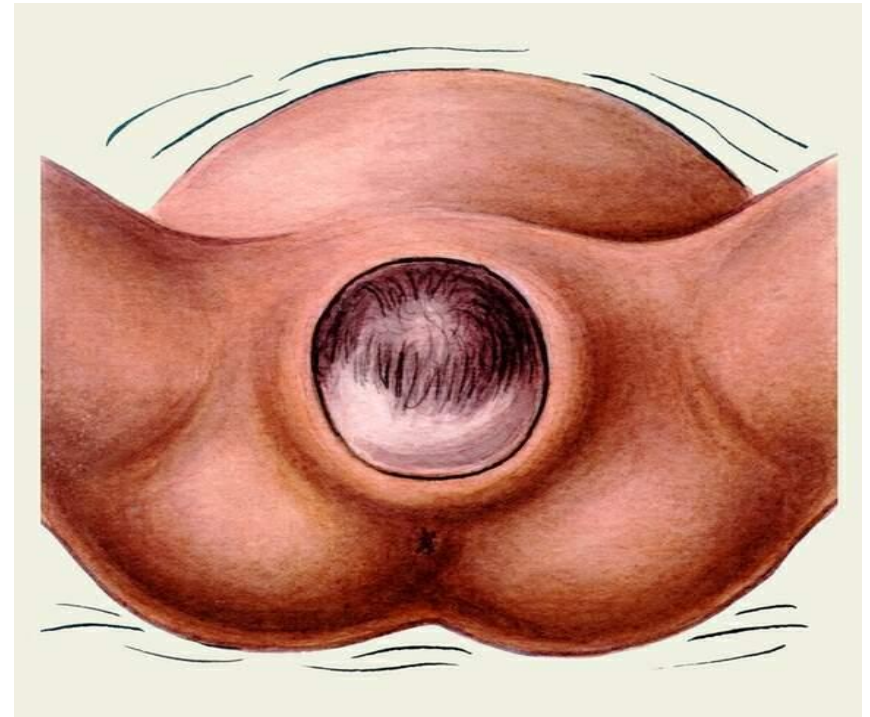
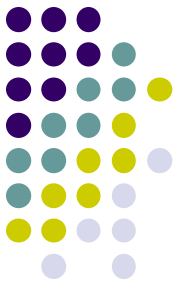


Рис. Схематическое изображение прорезывание головки плода при переднем виде затылочного предлежания (головка видна в половой щели и вне потуги).

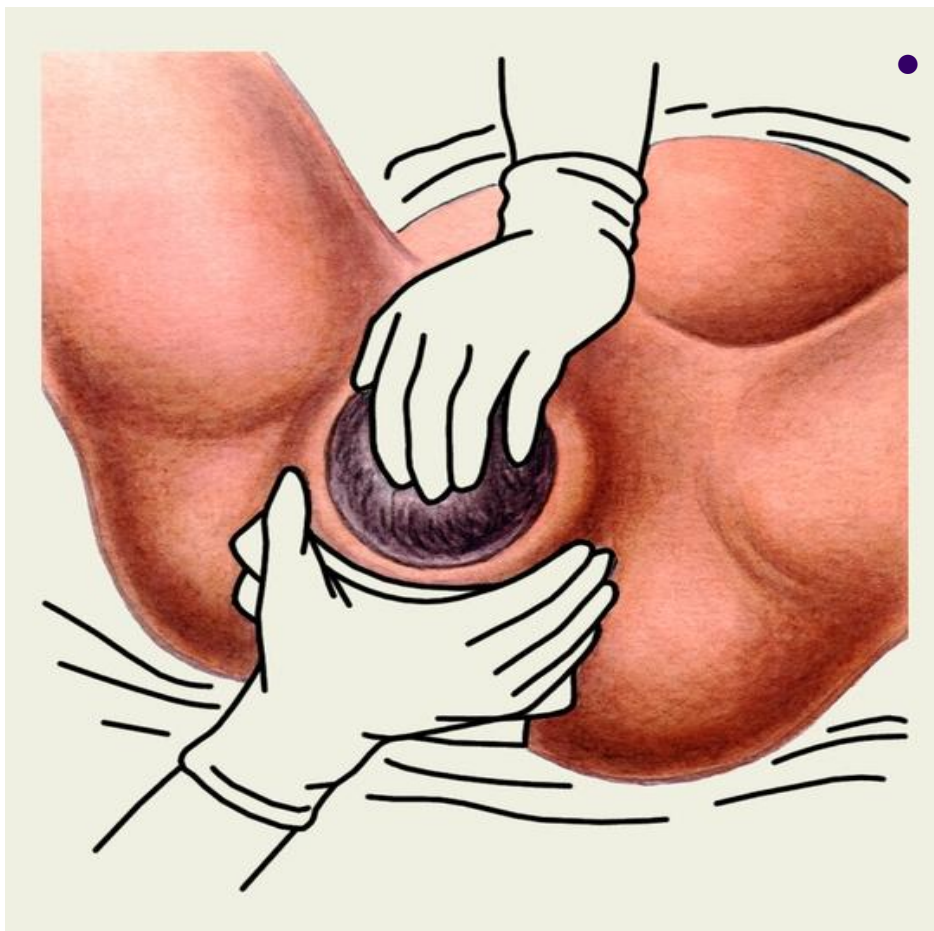
СПОРНЫЕ МОМЕНТЫ



- Некоторые акушеры предлагают проводить роды при затылочном предлежании плода без защиты промежности и сгибания головки плода, полагая, что эти приемы увеличивают травматизм роженицы и особенно плода.
- Однако большинство акушеров считают, что при правильном выполнении указанных приемов и своевременной (по показаниям) перинеотомии, травм быть не должно.



Защита промежности и сгибание головки плода



- Основные моменты приема родов при переднем виде затылочного предлежания плода: правой рукой поддерживают промежность, левой — сдерживают преждевременное разгибание головки плода

«ОПАСНЫЕ» МОМЕНТЫ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛОДА

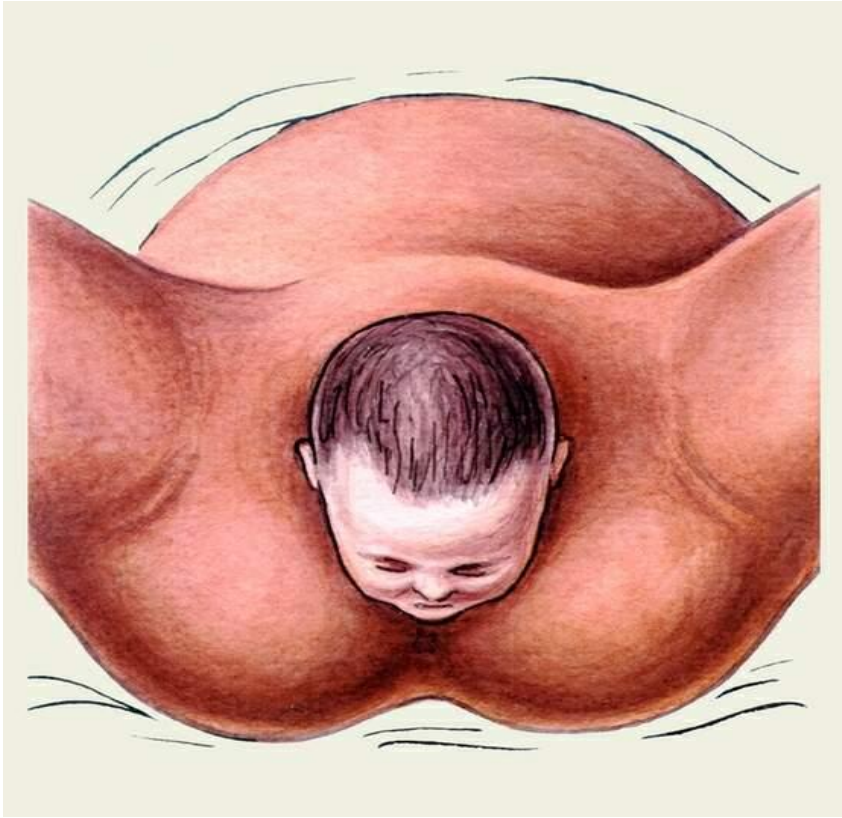
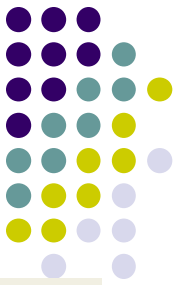
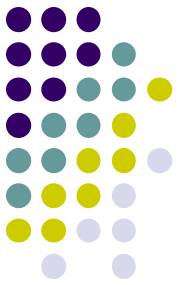


Рис. Схематическое изображение рождение головки плода при переднем виде затылочного предлежания (первая позиция)



Рис. Схематическое изображение изгнания плода при переднем виде затылочного предлежания (первая позиция): поворот головки плода личиком к правому бедру роженицы.



ПОСОБИЯ ПРИ РОЖДЕНИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА

- Родившаяся головка плода должна сама поворачиваться личиком к правому или левому бедру матери (в зависимости от позиции).
- Если наружный поворот головки задерживается, роженице предлагают потужиться.
- Во время потуги происходят внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки плода, плечики встают в прямой размер таза и пальпируются через вульварное кольцо.

«ОПАСНЫЕ» МОМЕНТЫ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛОДА

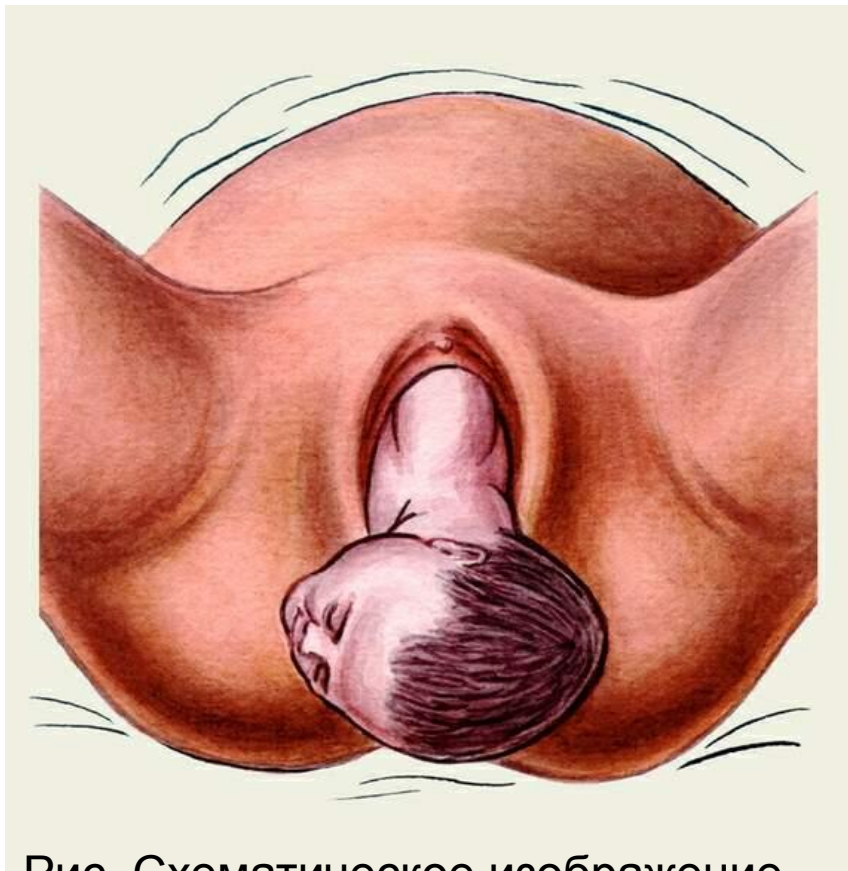
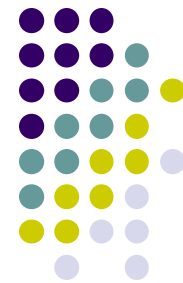


Рис. Схематическое изображение при рождении переднего плечика плода.

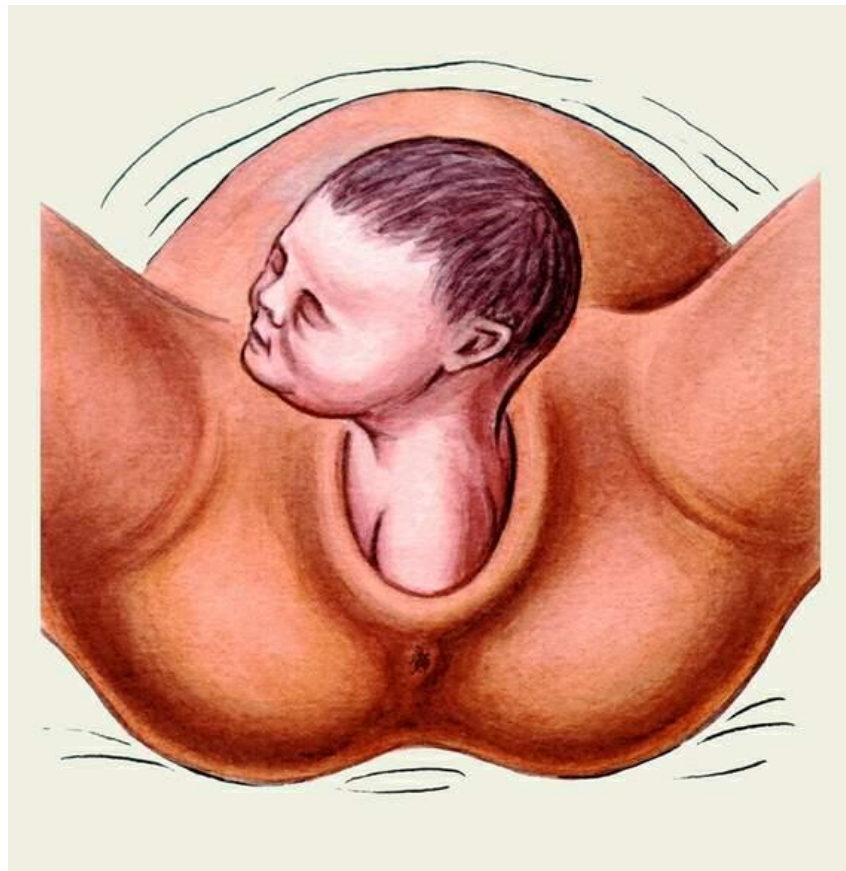
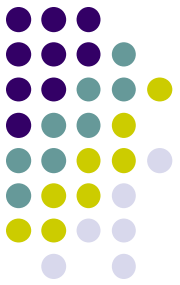


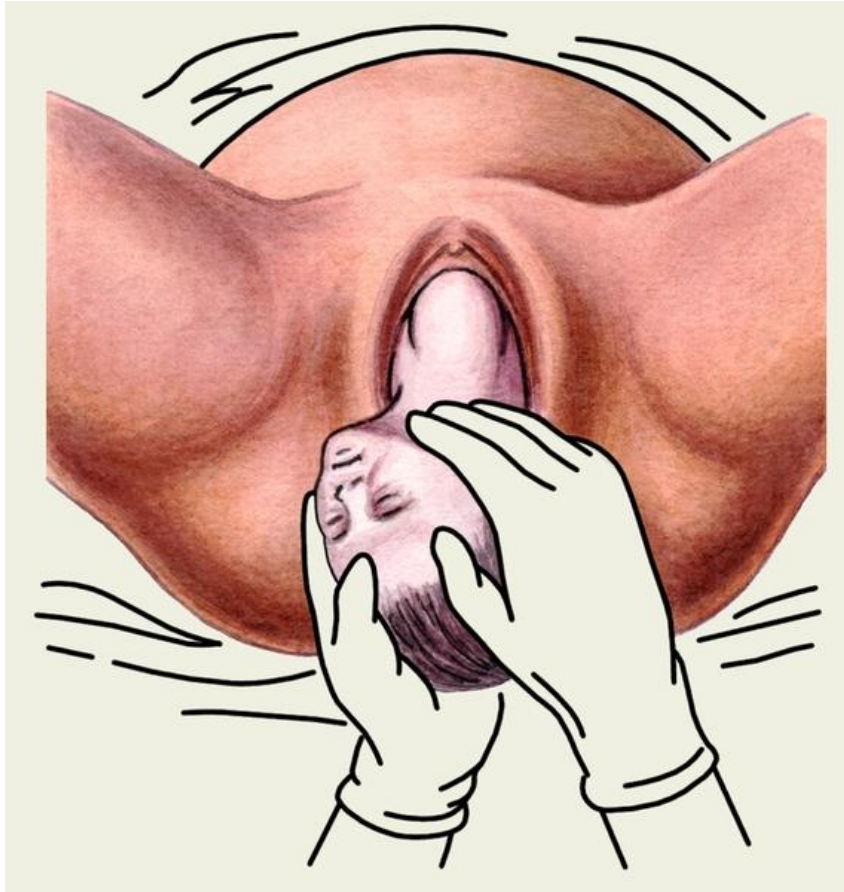
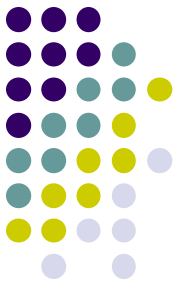
Рис. Схематическое изображение при рождении заднего плечика плода.

ПОСОБИЯ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА



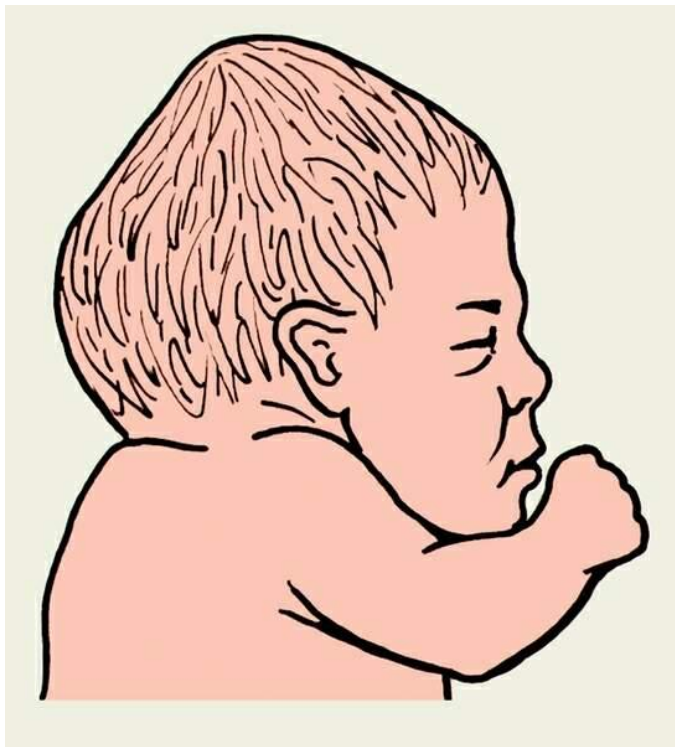
- Сначала способствуют рождению верхней трети плечика, обращенного кпереди, а затем заднего, осторожно «сводя» с него промежность.
- Если самостоятельное прорезывание плечевого пояса задерживается, головку плода захватывают обеими руками так, чтобы ладони легли на ушные раковины (концы пальцев не должны касаться шеи плода из-за опасности сдавливания сосудов и нервов) и отклоняют ее книзу, а после рождения переднего плечика кверху.
- Вывести заднее плечико плода можно также следующим приемом: головку плода захватывают левой рукой и отводят кверху правой рукой опускают с плечика ткани промежности.

ПОСОБИЯ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА

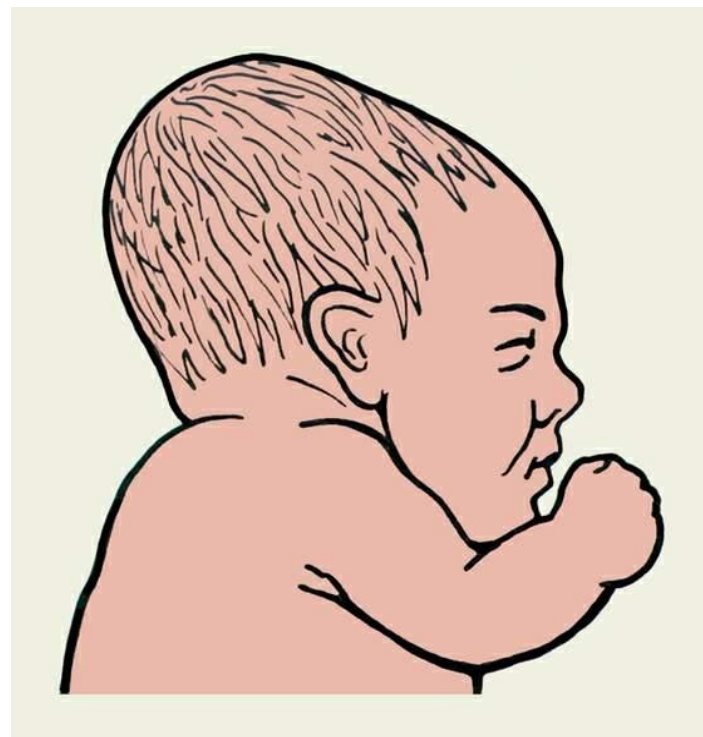


- **Основные моменты приема родов при переднем виде затылочного предлежания плода: обеими руками обхватывают головку плода и выводят переднее плечико.**

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ НА ПОКАЗАТЕЛЬ ТРАВМАТИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ

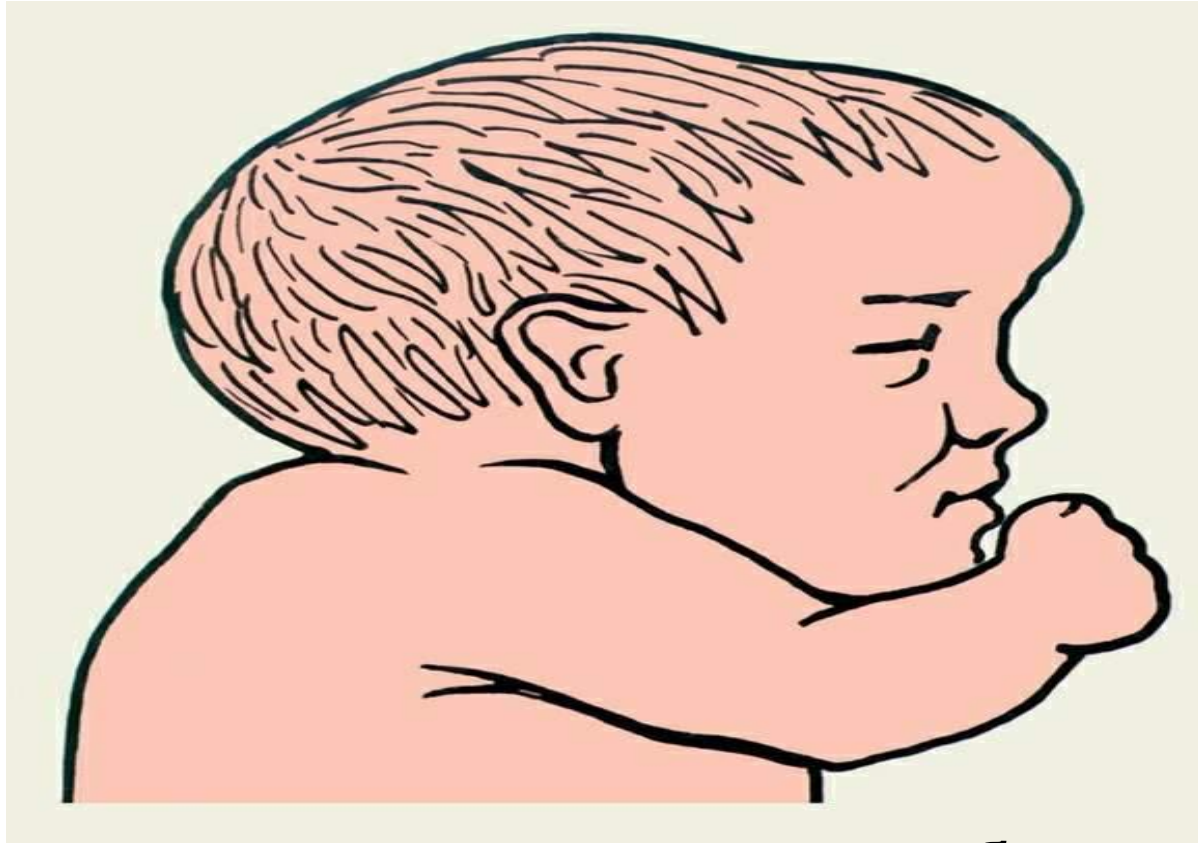
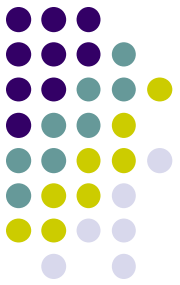


Брахицефалическая форма головки плода, образовавшаяся в результате родов в передне-головном предлежании.



Долихоцефалическая форма головки плода, образовавшаяся в результате родов при затылочном его предлежании.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ НА ПОКАЗАТЕЛЬ ТРАВМАТИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ



- Рис. Головка, вытянутая в сторону лба в результате родов в лобном предлежании.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ НА ПОКАЗАТЕЛЬ ТРАВМАТИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ

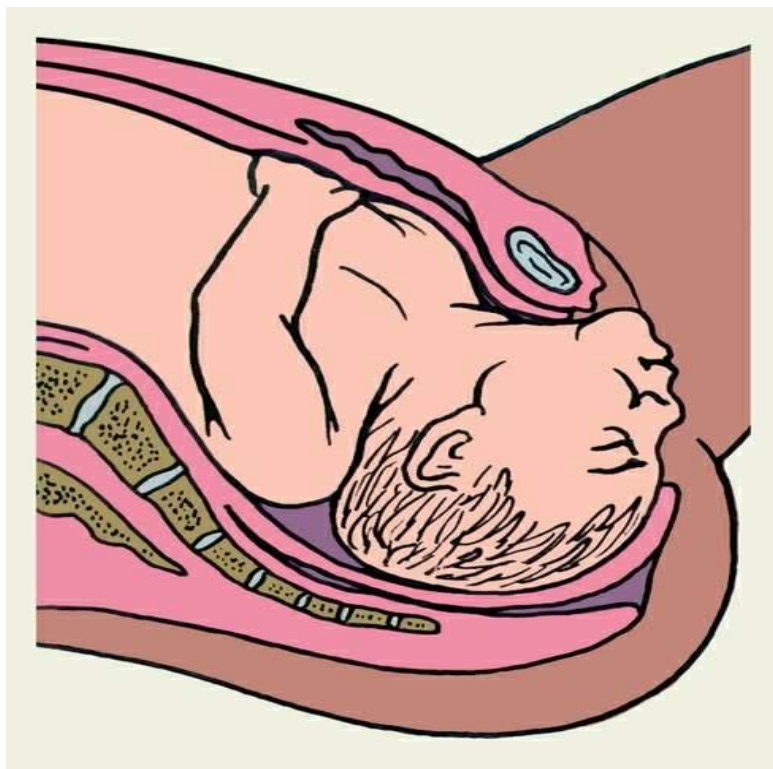


Рис. Схематическое изображение прорезывания головки плода при лицевом предлежании в момент образования точки фиксации в области подъязычной кости.

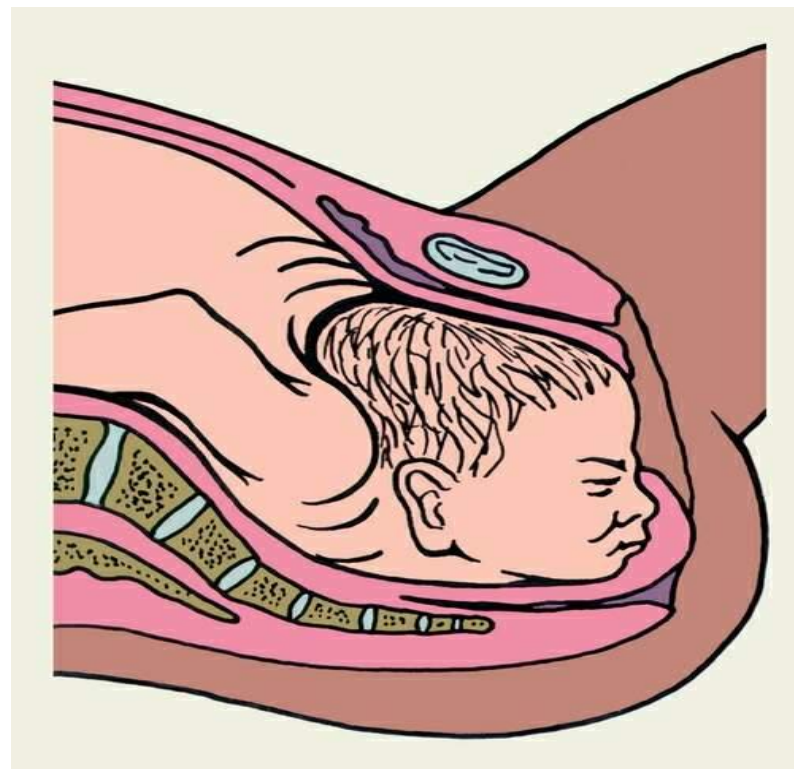
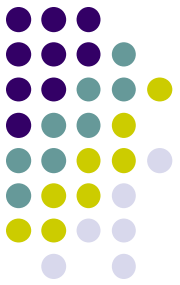


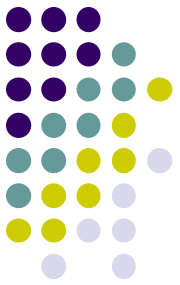
Рис. Схематическое изображение варианта вставления головки плода при лицевом предлежании — затылок плода обращен к лобковому симфизу (роды невозможны).

РОДЫ В ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ



- Если при влагалищном исследовании установлено, что подбородок обращен кзади, то самопроизвольные Р. невозможны.
- В этом случае при живом плоде необходимо произвести кесарево сечение, при мертвом — перфорацию головки.
- Если при лицевом предлежании плода подбородок обращен кпереди, роды протекают самостоятельно.

Родовая травма периферической нервной системы

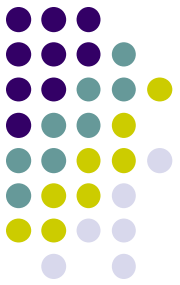


- Частота встречаемости **0,1%**, преимущественно у доношенных

ПРИЧИНЫ:

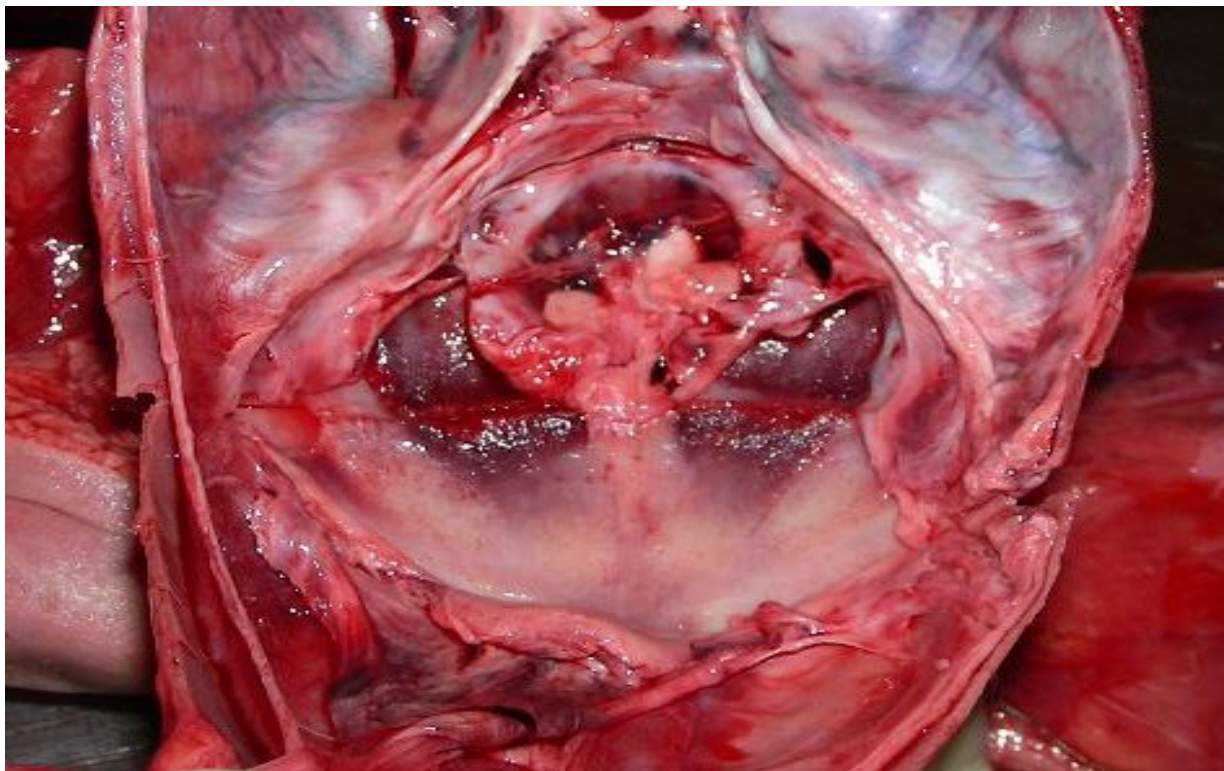
- Неправильное выполнение акушерских пособий, оказываемых при затрудненном выведении плечиков и головки,
- запрокидывании рук плода при тазовом предлежании.

РОДОВАЯ ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ



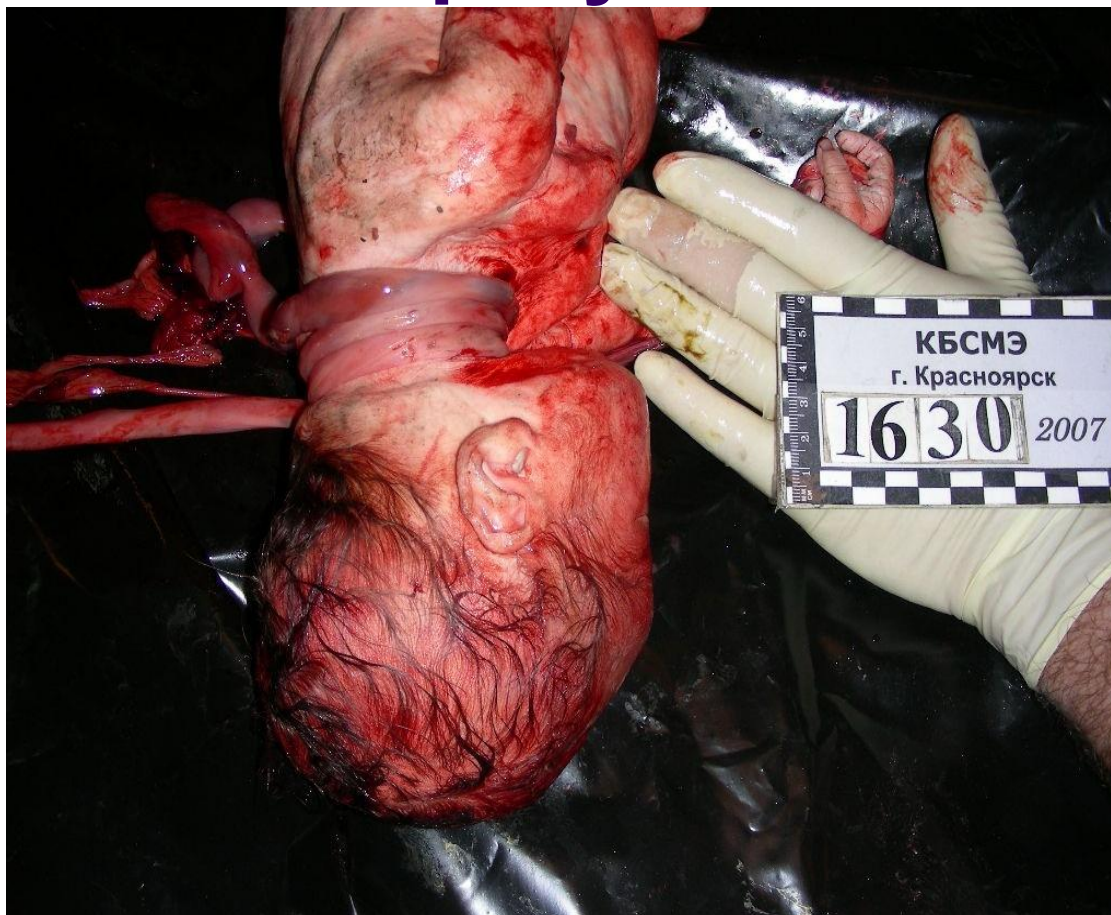
- Повреждения кожи и подкожной клетчатки при родах (ссадины, царапины, кровоизлияния и др.), как правило, не опасны и требуют только местного лечения для предупреждения, инфицирования (обработка 0,5% спиртовым раствором йода, наложение асептической повязки); они исчезают обычно через 5—7 дней.

Клинические случаи и патолого-анатомические результаты



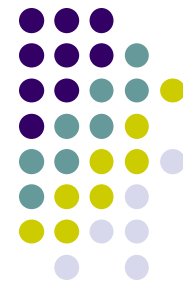
- ***Рис. Трещины в синхондрозе между чешуей и основной частью затылочной кости при локальном давлении на шейно-затылочную область (указаны стрелками).***

Клинические случаи и патолого-анатомические результаты



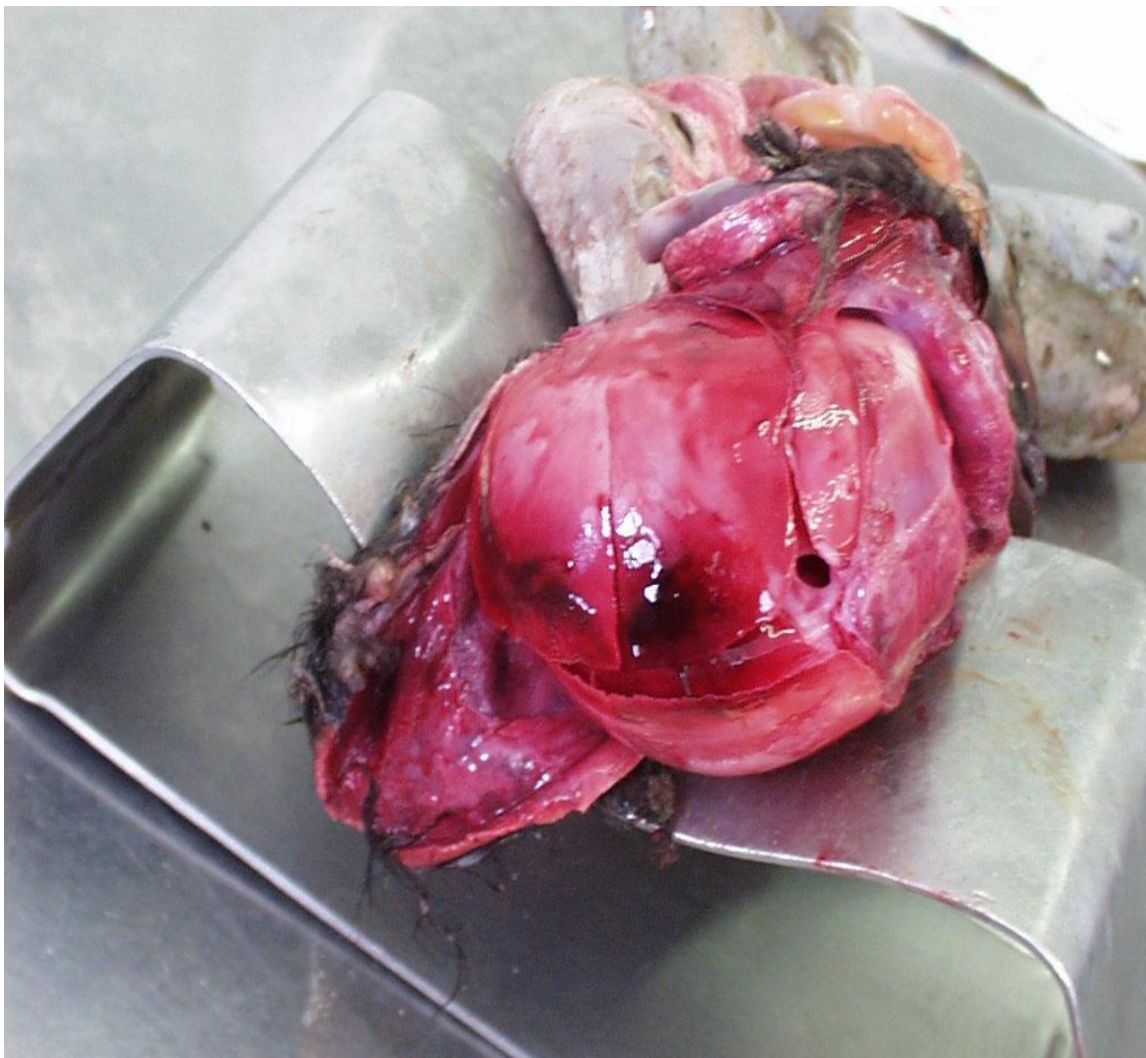
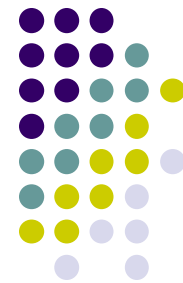
- *Случай трехкратного тугого обвития пуповины вокруг шеи;*
- *Выраженная родовая конфигурация головы;*

Клинические случаи и патолого-анатомические результаты



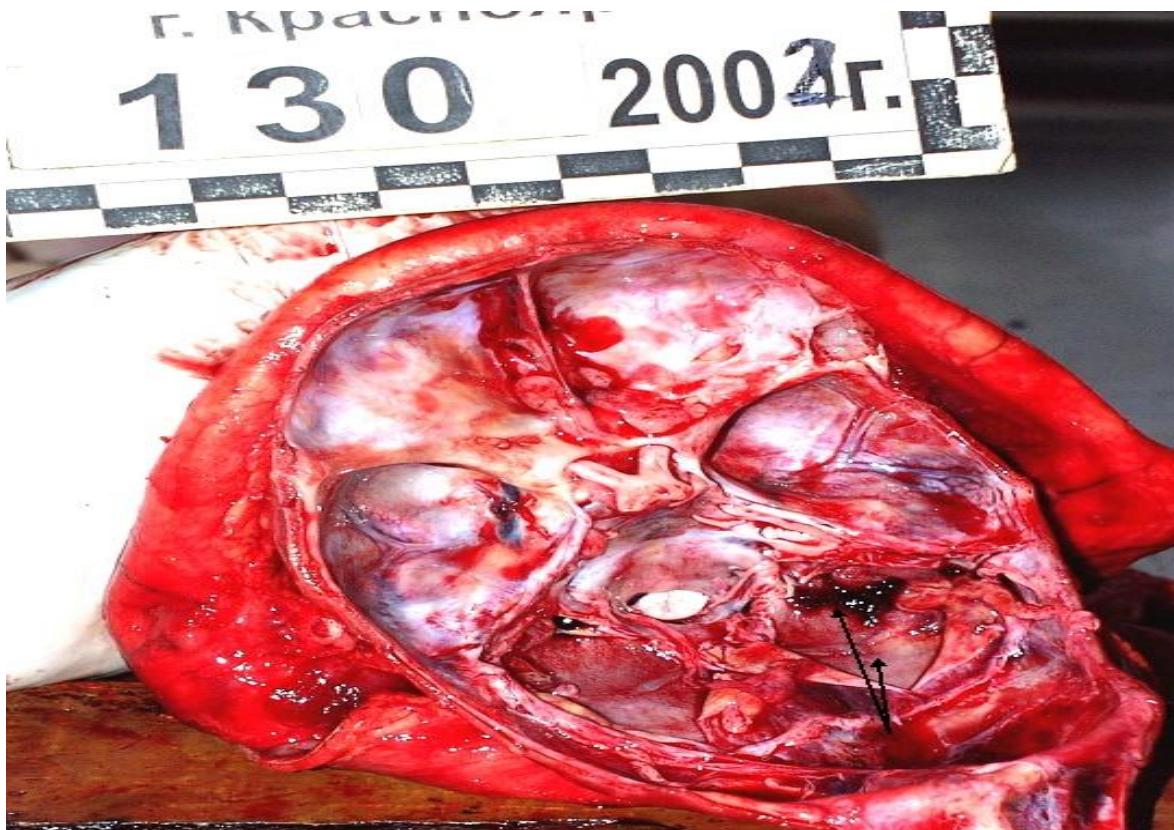
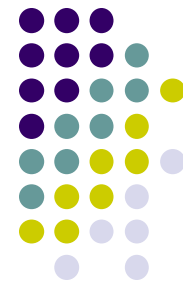
- ***Кровоизлияния в синдесмозы свода черепа.***

Клинические случаи и патолого-анатомические результаты



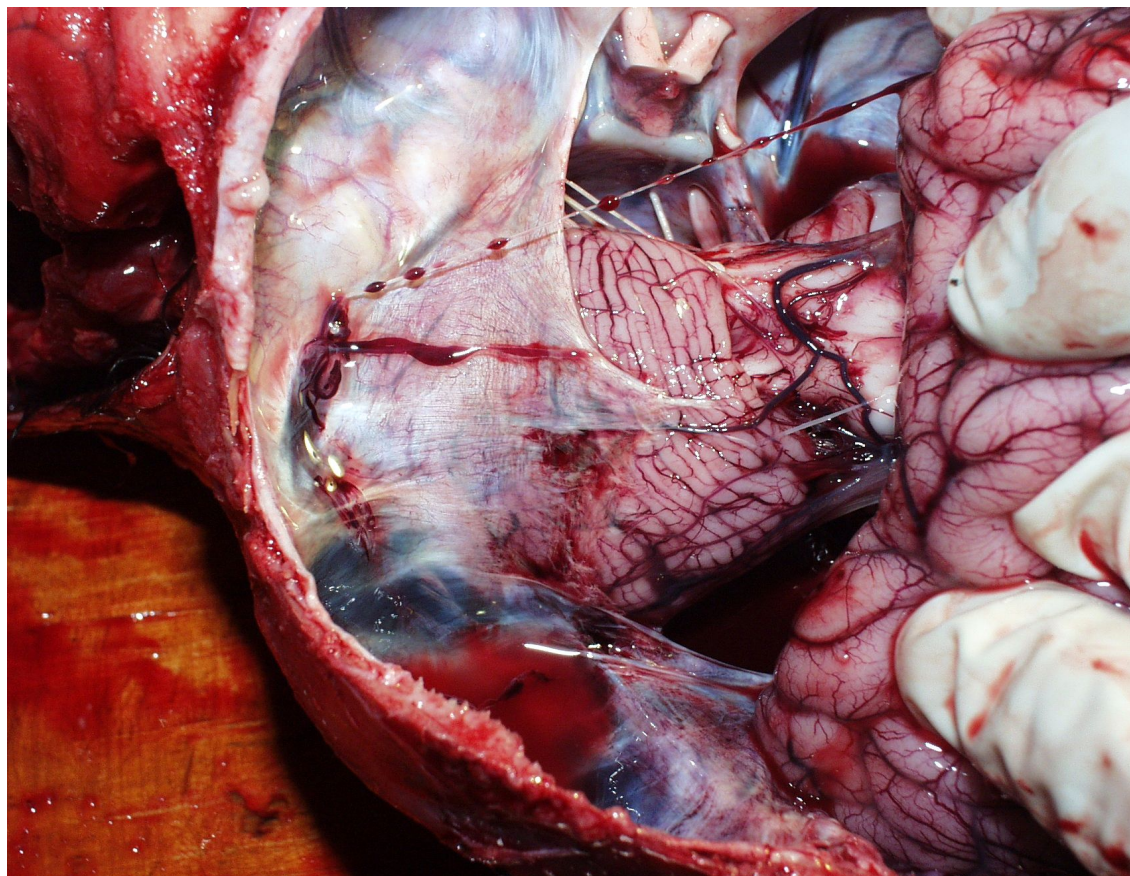
- *Трещины в синхондрозе между чешуей и основной частью затылочной кости при локальном давлении на шейно-затылочную область*

Клинические случаи и патолого-анатомические результаты



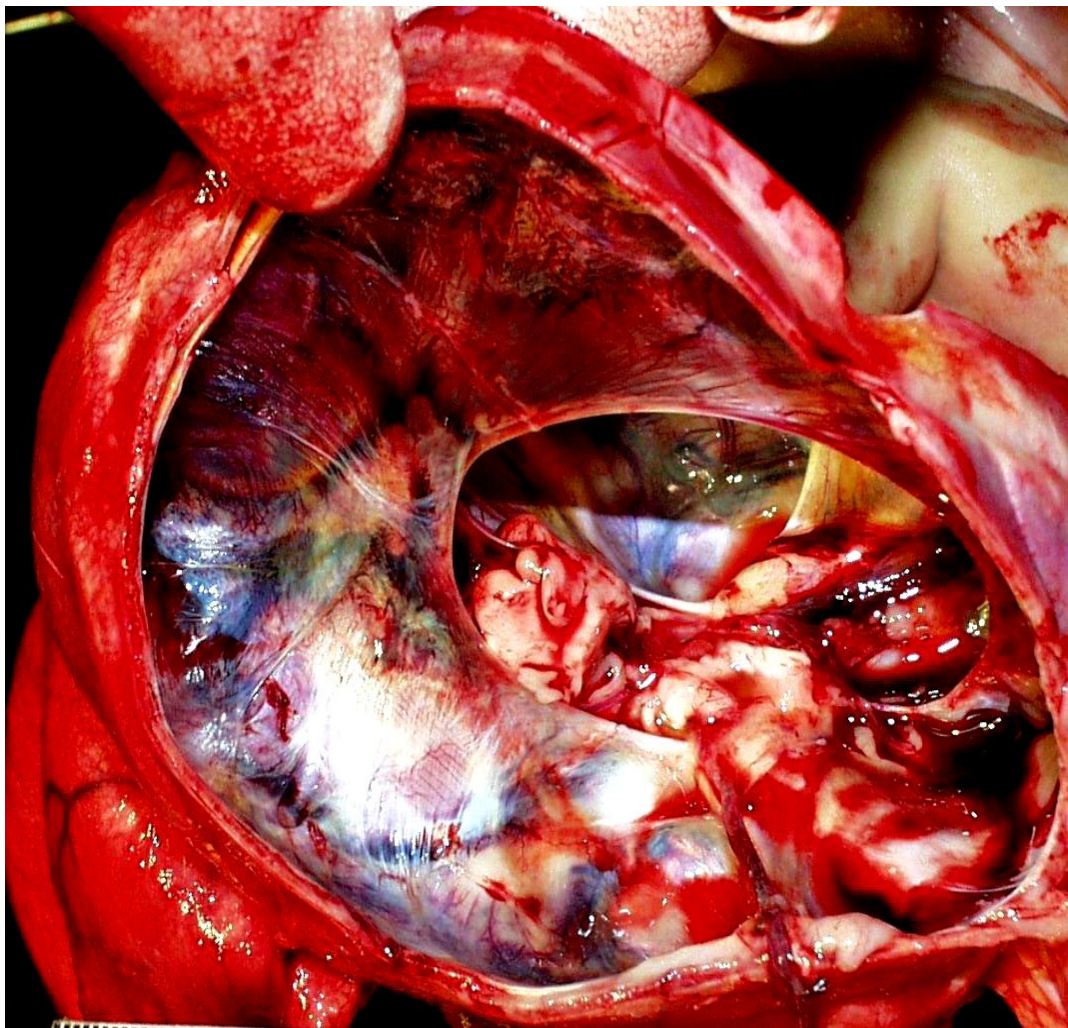
- *трещина затылочного синхондроза справа, эпидуральная гематома задней черепной ямки, интрадуральные кровоизлияния в области стока пазух;*

Клинические случаи и патолого-анатомические результаты



- *разрыв паруса мозжечкового намета справа;*

Клинические случаи и патолого-анатомические результаты

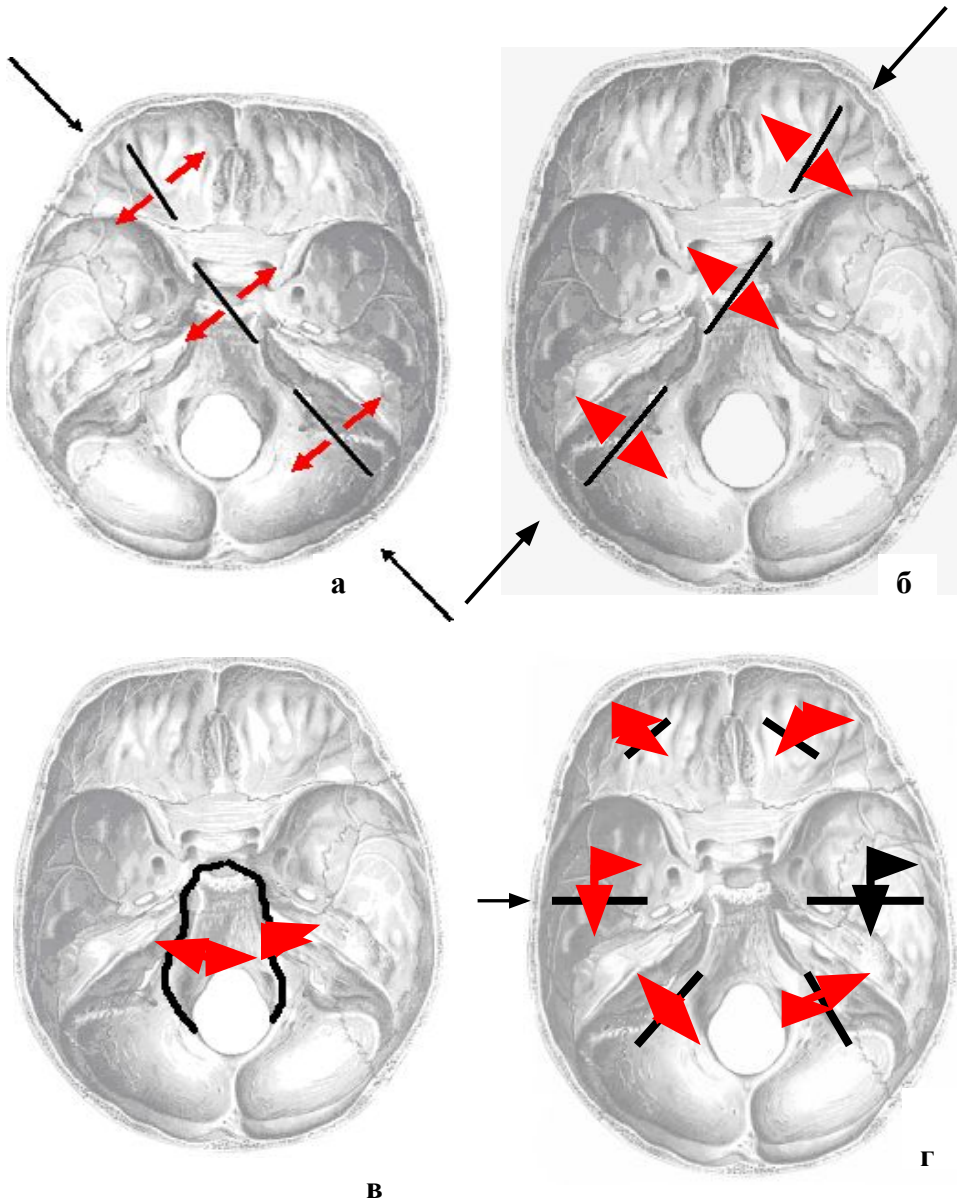
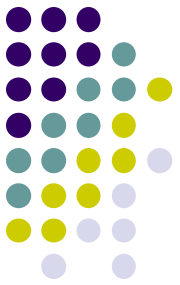


- **интрадуральные кровоизлияния в серпе и правом парусе мозжечкового намета в областях надрыва волокон, вследствие перерастяжения;**

Клинические случаи и патолого-анатомические результаты

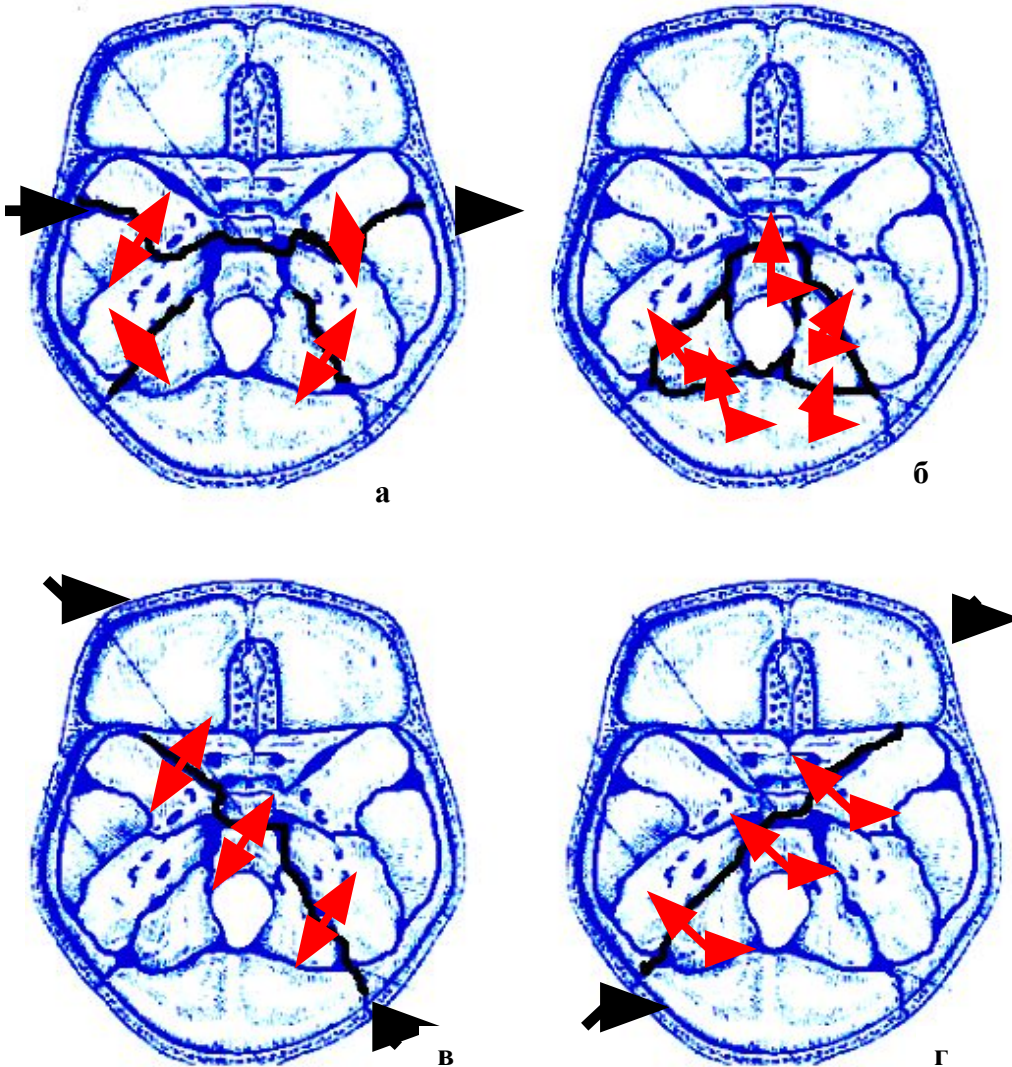
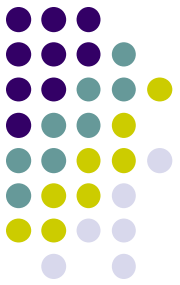


- *массивная эпидуральная гематома в грудном и поясничном отделах позвоночника.*



- **Рис. Формирование переломов костей основания черепа**
- **а, б, – при сдавлении в диагональном направлении;**
- **в – конструкционные переломы при давлении снизу вверх**

Основание черепа новорожденного, вид изнутри



- Внутренние сини линии – синхондрозы. Формирование разрывных напряжений по синхондрозам при сдавлении на основании черепа;
- а – при фронтальном сдавлении;
- б – при давлении снизу вверх;
- в, г – при диагональном давлении.
- Черным цветом указаны синхондрозы с наибольшим напряжением при указанных направлениях давления (наружные черные стрелки), красные внутренние стрелки – направления растягивающих напряжений.

Клинический пример №1



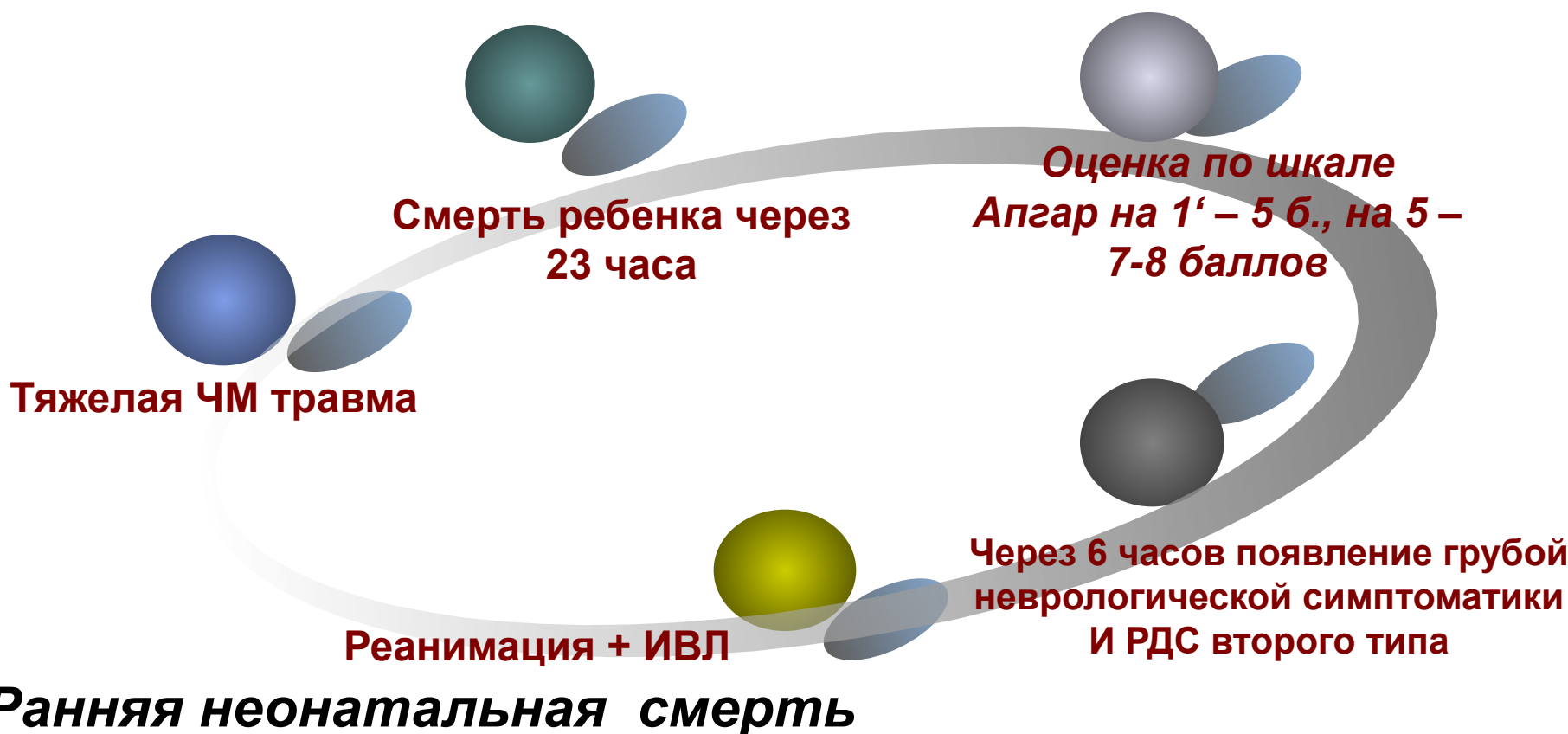
**Родильный дом №Х
г. Красноярск (2009 г.)**

Беременная В, 29 лет, соматически здорова, предстоящие роды 2-е, встала на учет в 9 нед., посетила ж/к 19 раз, в 1 и 2 триместрах – угроза выкидыша, ИЦН – хирургическая коррекция, в 39-40 нед. поступила в роддом в 1-м периоде родов

В родах – 1-й период родов 6 час. 30 мин., 2-й период родов – 45 мин., в течение 10 мин. – брадикардия – до 70 ударов в мин., данных за клиническое несоответствие нет, эпизиотомия.

Перинатальный исход

Масса плода – 3950 г, рост 56 см



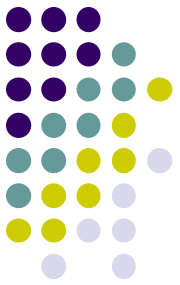
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ



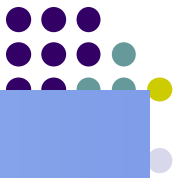
- **Черепно-спинальная родовая травма:**
- двухсторонние надрывы верхнего листка намета мозжечка;
- правосторонний неполный перелом чешуи затылочной кости в зоне синхондроза с сопутствующим эпидуральным кровоизлиянием;
- кровоизлияния в поперечные связки 1 и 2 шейного позвонков;
- резко выраженный отек и венозный застой в коже головы центральной теменной затылочной области.



ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ



- справа неполный перелом синхондроза между чешуей и латеральной затылочной костью; перелом синхондроза между затылочной и клиновидной костью, двусторонние субарахноидальные кровоизлияния в проекции лямбдовидного и венечного швов, интрадуральные кровоизлияния в серпе, парусах мозжечкового намета



ПРИЧИНА РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА – НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ РОДОВ

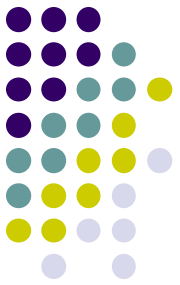
Рано взята на родовой стол при высоко находившейся
головки, применено «насильственное» растуживание

Сердечные тоны плода фиксируются не правильно, аускультация –
рутинная (не после каждой потуги)

В потужном периоде применялись насильственные меры
«выдавливания» плода» !! (отмечено роженицей)

Эпизиотомия – не адекватная замена акушерским
щипцам и вакуум экстракции плода

Клинический пример №2



**Родильный дом №Х
г. Красноярск (2008 г.)**

Беременная С, 35 лет, соматически здорова, предстоящие роды 2-е, встала на учет в 8 нед., посетила ж/к 16 раз, поступила в роддом в 37 нед. – с регулярной родовой деятельностью.

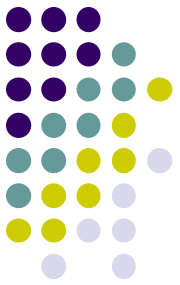
В родах – общая продолжительность родов 5 час. 40 мин, через 1 час. 30 мин. с момента поступления – полное открытие шейки матки, потужной период 20 мин., родостимуляция не применялась, оперативные манипуляций не проводились.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ



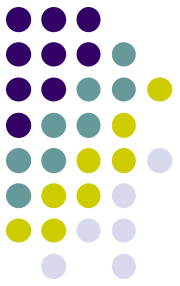
- Родовая сочетанная краниовертебральная травма: очаговый разрыв синдесмоза по стреловидному шву, поднадкостничное кровоизлияние в левой теменно-затылочной области, кровоизлияние в коже левой теменной области, слева - переломы синхондроза между латеральной костью с чешуей затылочной кости и синхондроза латеральной и базилярной затылочными костями,

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

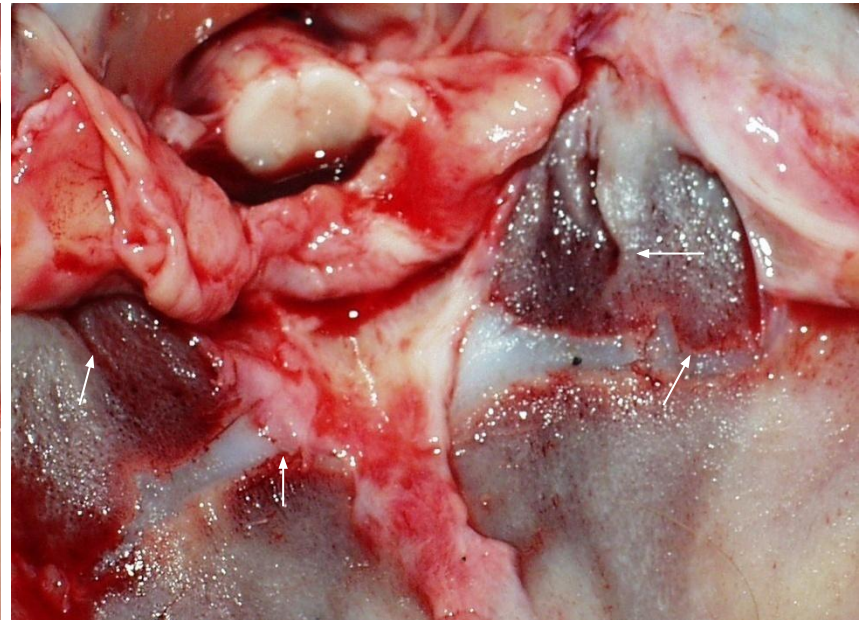
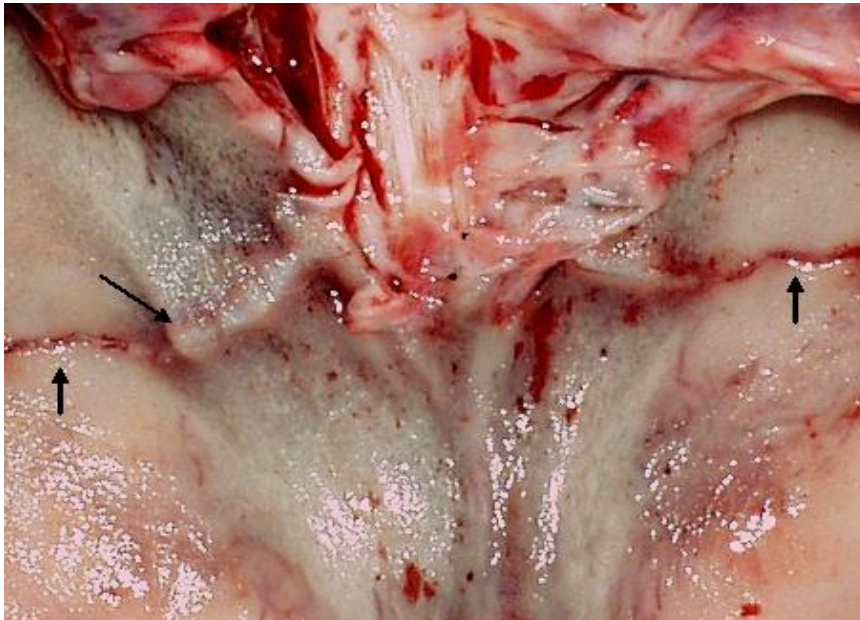


- справа неполный перелом синхондроза между чешуей и латеральной затылочной костью; перелом синхондроза между затылочной и клиновидной костью, двусторонние субарахноидальные кровоизлияния в проекции лямбдовидного и венечного швов, интрадуральные кровоизлияния в серпе, парусах мозжечкового намета

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ



- Осевое давление снизу вверх и ротация позвоночного столба обусловили смещение 4-го шейного позвонка вправо на 0,2 см, полосовидные кровоизлияния в передней атланто-затылочной мембране, кольцевидное эпидуральное кровоизлияние позвоночного канала с 6-го шейного позвонка до 10-го грудного

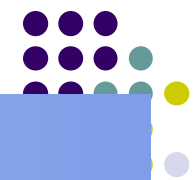


СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Учитывая совокупность, локализацию и механизм образования родовой краниовертебральной травмы, а так же стремительный период изгнания родов – 15 мин. можно говорить, что травма возникла в результате стремительных родов при теменном предлежании с наличием асинклетического вставления головки.

Чистая РОДОВАЯ ТРАВМА



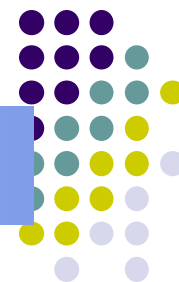
ПРИЧИНА РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА –

Чистая родовая травма – не связана с ятрогенными факторами

Повторные роды имели особенности: роды в 37 нед. гипотрофичным плодом 1 ст., второй период родов в течение 15мин., асинклитическое вставление

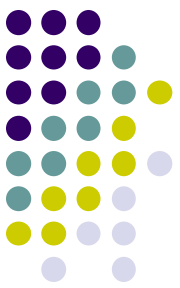
Сопутствующее: внутриутробное инфицирование - в органах дыхания обнаружены антигены вирусов гриппа А, А(Н1N1),

Выводы:



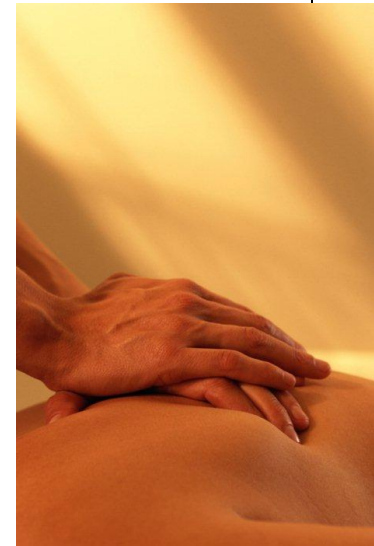
Тщательный анализ всего комплекса родовой травмы (характер родовой деятельности, особенности вставления головки, функциональная оценка состояния плода, оказанные пособия в родах, результаты патологоанатомического или судебно-медицинского исследования) позволяет установить в каком моменте и этапе биомеханизма родов она возникла, четко разграничить **родовую** (то есть, не связанную с акушерскими манипуляциями) и **акушерскую травму** (фактически – ятрогенную).

Резервы в снижении перинатального травматизма



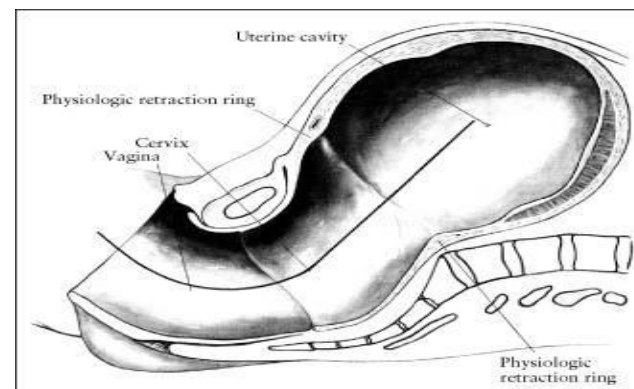
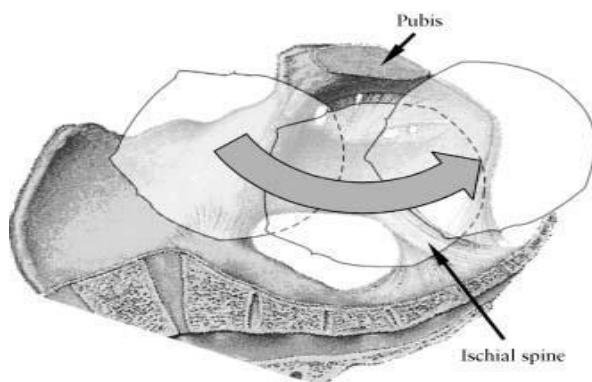
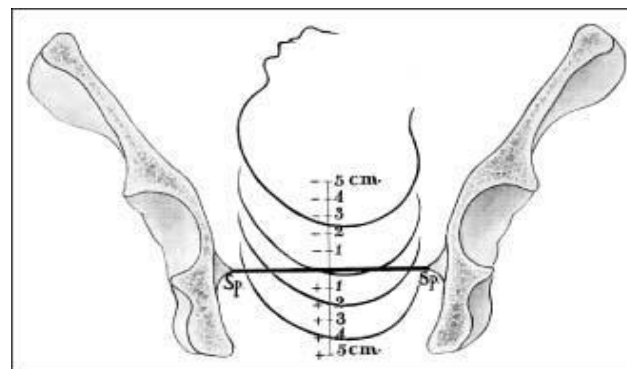
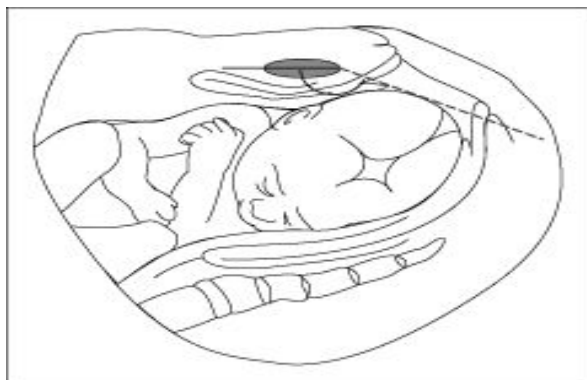
Рациональное ведение родов

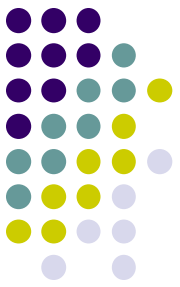
- Оптимизация показаний к кесаревому сечению
- Отказ от ручных «выдавливающих» пособий в родах
- Расширение показаний для вакуум-экстракции плода (слабость потуг, острая гипоксия плода)



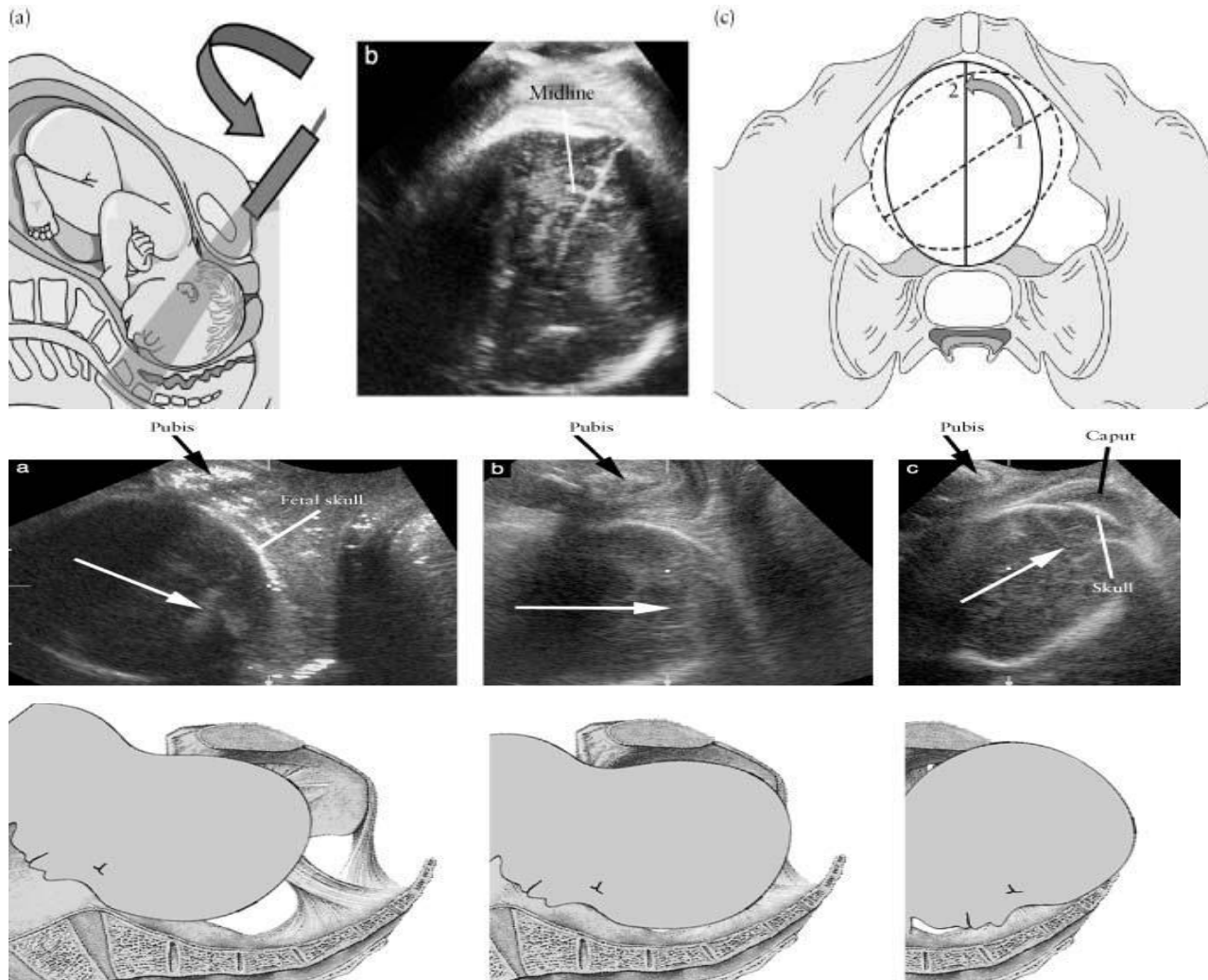
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Улучшить перинатальные исходы и здоровье младенцев за счет внедрения моделирования родовой травмы нервной системы у новорожденных на основании ультразвуковой диагностики в родах и математического обоснования ее биомеханизма

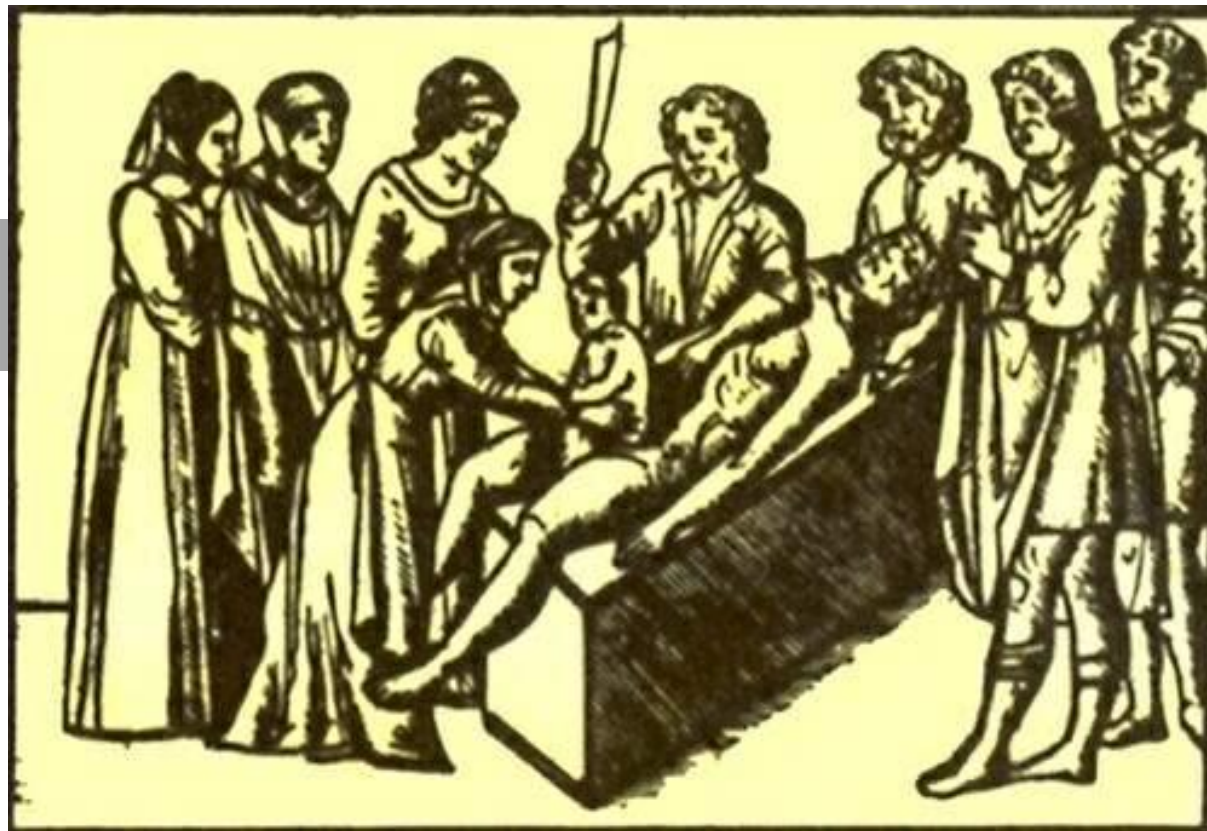


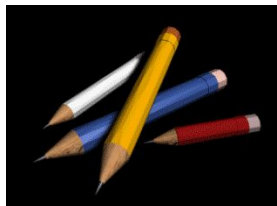


Ультразвуковая диагностика биомеханизма во втором периоде родов при трансабдоминальном сканировании



РОДОВАЯ ТРАВМА И ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ





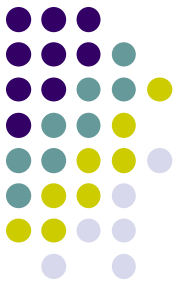
РОДОВАЯ ТРАВМА И ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА



Наряду с той экстрагенитальной патологией у женщины или акушерскими осложнениями, которые явились показаниями к операции, само кесарево сечение сопровождается дополнительным риском неонатальных осложнений и летальных исходов для плода [Patel R.R., 2005].

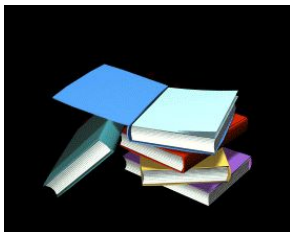
Гипоксии плода играет большую роль в генезе черепно-мозговых травм, если операция кесарева сечения выполняется в экстренном порядке в условиях тяжелой гипоксии и не может существенно повлиять на перинатальный прогноз [А. Foran с соавт., 2009].

Сама по себе операция кесарева сечения может сопровождаться нанесением травмы новорожденному

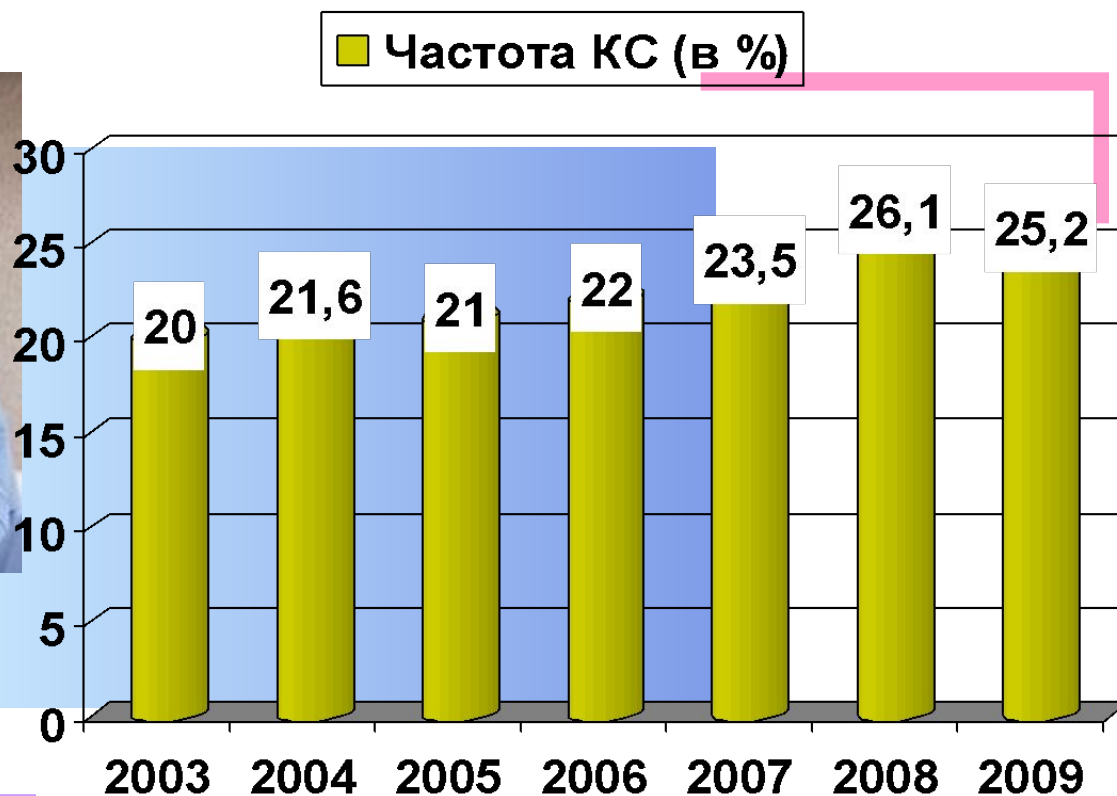


- **«Человеку свойственно идеализировать прошлое, и мой акушерский стаж это песчинка в пустыне времени, и тем не менее, еще 20 лет назад, когда процент кесарского сечения был не более трех, перинатальные поражения головного мозга были редкостью».**

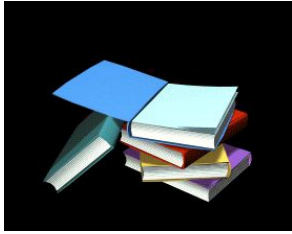
**Профессор Карл Шредер
(1882 г.)**



Частота операции кесарева сечения в Красноярском крае



По данным экспертов ВОЗ оптимальная частота КС – 5-15% (2002)



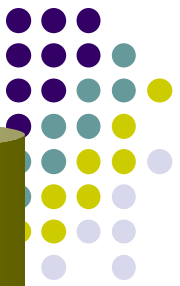
Высокая вероятность акушерской родовой травмы

- К низким расположениям головки плода в малом тазу матери мы относим все те случаи, при которых головка плода находится своим большим сегментом по отношению к плоскости входа в малый таз, либо ниже – от широкой части до выхода.
- Выполнение операции кесарева сечения при головке плода расположенной **большим сегментом** во входе в малый таз, а также находящейся в **широкой части** полости малого таза, во-первых, сопряжено с серьезными техническими трудностями, а во-вторых, с высокой частотой тяжелых травматических осложнений, как со стороны матери, так и со стороны плода.



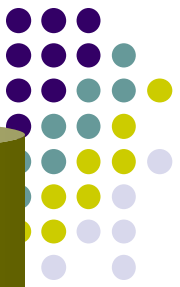


ЯТРОГЕННАЯ ЧМТ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ





ЯТРОГЕННАЯ ЧМТ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ



Экстренная операция при
полном раскрытии ШМ
и низко расположенной
головке плода

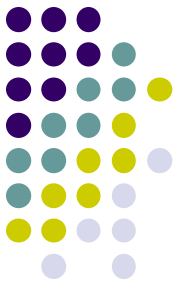


МАТЕРИНСКИЙ ТРАВМАТИЗМ В РОДАХ

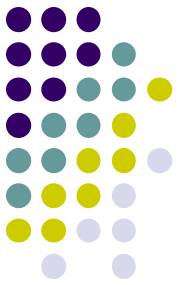


- Наружных половых органов
- Шейки матки
- Промежности
- Лонного сочленения
- Разрыв матки

Разрывы наружных половых органов



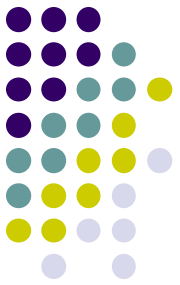
- области малых половых губ,
 - области больших половых губ,
 - слизистой оболочки влагалища,
 - в области наружного отверстия уретры,
 - области клитора
- Лечение - наложение кетгутовых швов под местной инфильтрационной анестезией.



Разрывы шейки матки

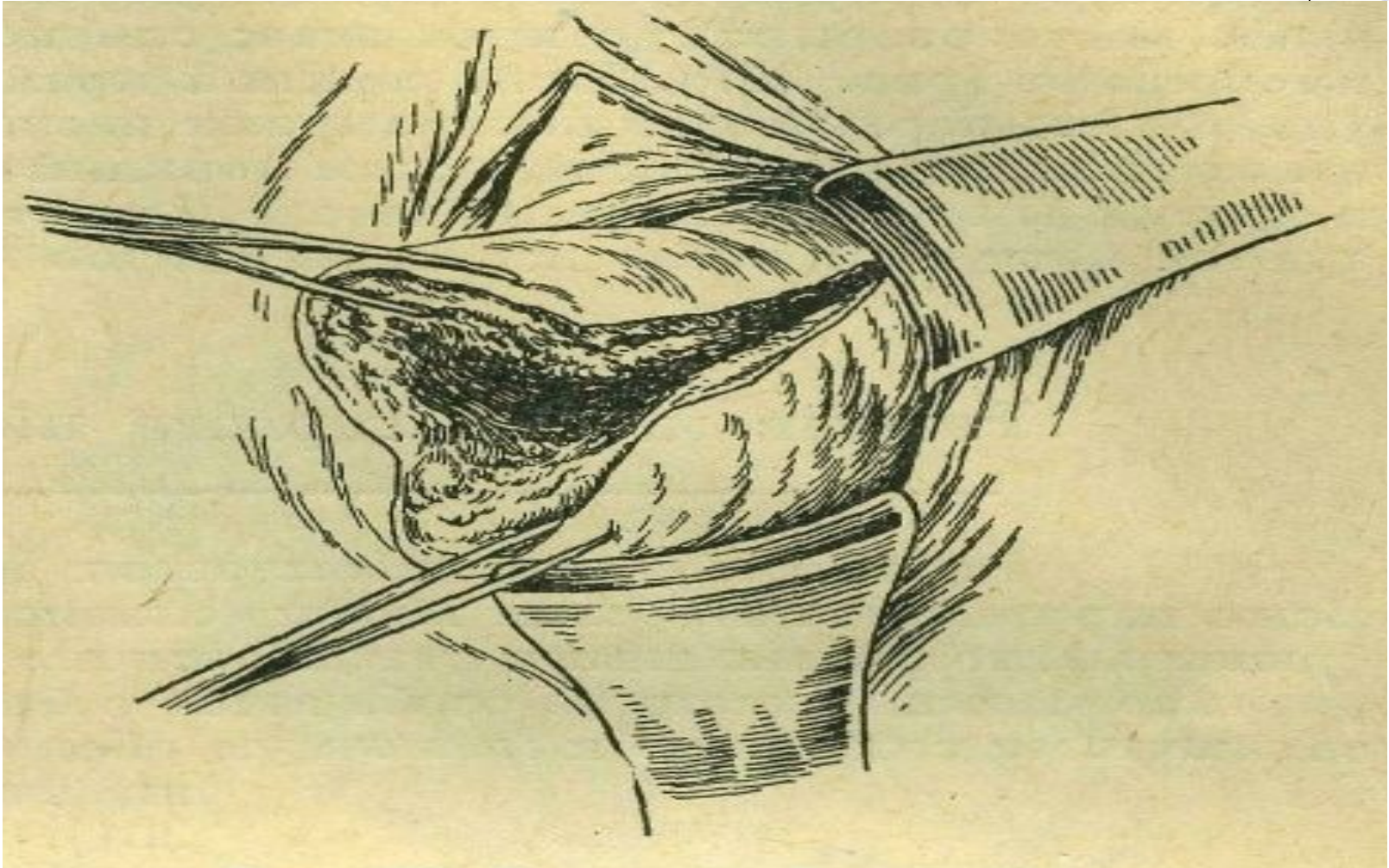
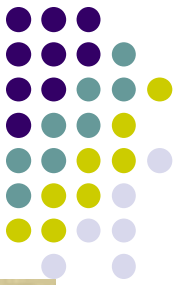
- Причины (возникают во время родов, чаще патологических):
- воспалительные и дистрофические процессы ШМ,
- ригидность шейки матки,
- роды крупным плодом,
- быстрые и стремительные роды,
- «оперативные роды»,
- медикаментозная стимуляция,
- узкий таз,
- неправильные вставления головки

Классификация разрывов шейки матки

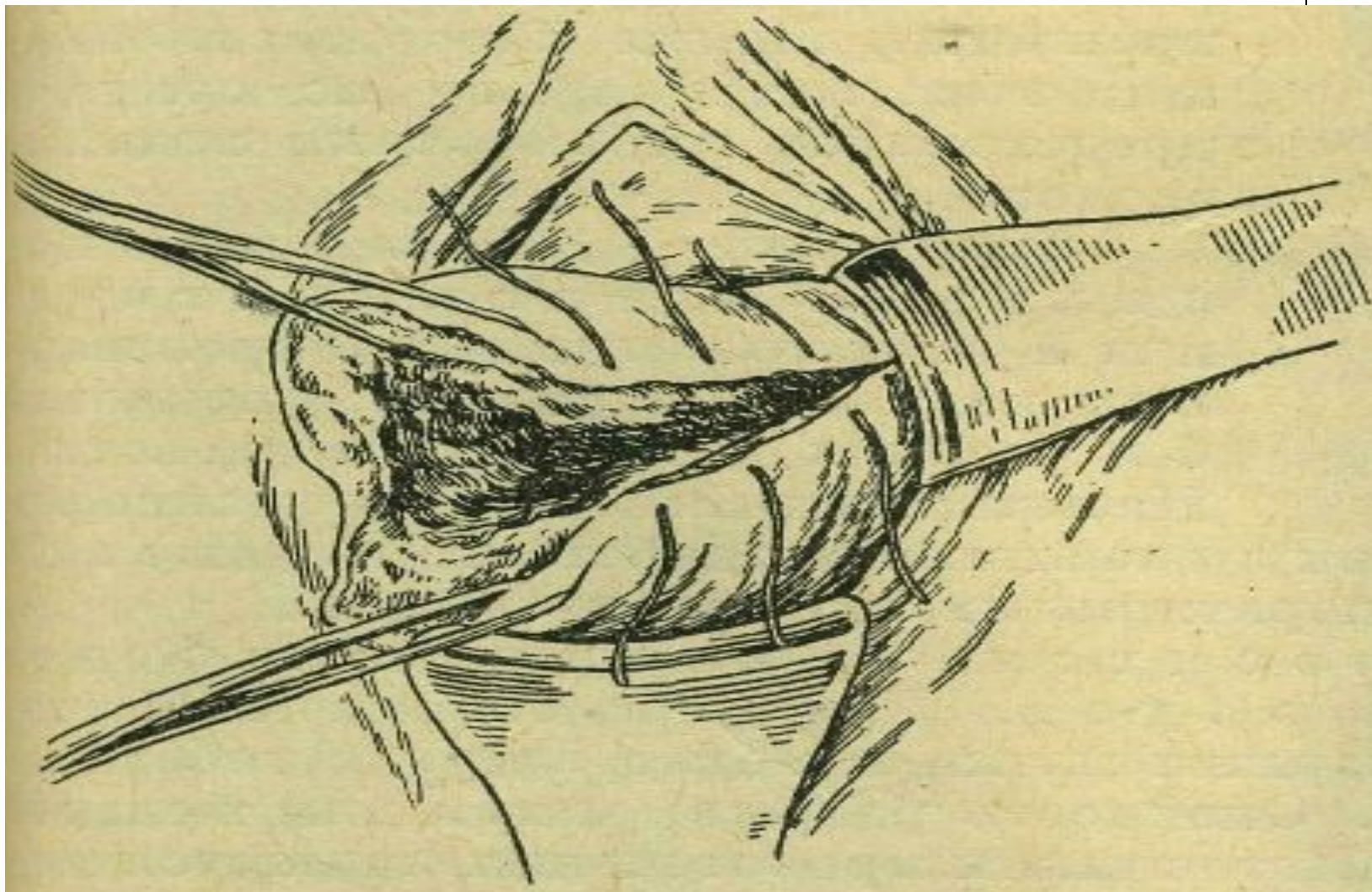


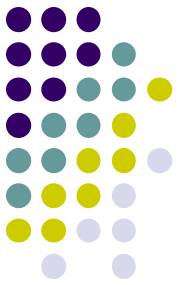
- Различают 3 степени разрывов шейки матки:
- I степень - разрывы с одной или двух сторон не более 2 см;
- II степень - разрывы более 2 см, но не достигающие сводов влагалища;
- III степень - разрывы, достигающие до боковых сводов влагалища и переходящие на них.
- Разрывы шейки матки обычно сопровождаются кровотечением, начинающимся вслед за рождением ребенка (кровь алого цвета).

Диагностика разрывов шейки матки



Лечение разрывов шейки матки

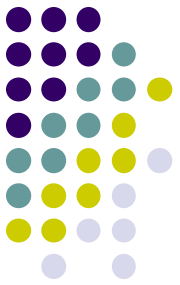




Разрывы промежности

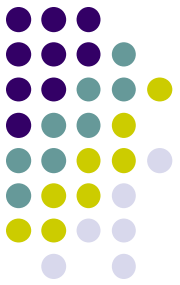
- **Классификация разрыва промежности.**
- При разрыве промежности I степени повреждаются задняя спайка больших половых губ и кожа промежности.
- При разрыве II степени помимо этого разрываются поверхностные и глубокие мышцы промежности, за исключением наружного сфинктера заднего прохода.
- При разрыве III степени нарушается также целостность наружного сфинктера заднего прохода (неполный разрыв III степени), а иногда и стенка прямой кишки (полный разрыв III степени).

Лечение разрывов промежности

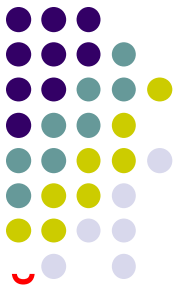


- При разрыве промежности I степени на края раны накладывают 2—3 шелковых шва, проводя нить под дном раны.
- При разрыве промежности II степени сначала накладывают кетгутовые швы на поврежденные мышцы промежности и ее фасцию, затем шелковые швы на кожу промежности и заднюю спайку больших половых губ или подкожный кетгутовый шов.
- При разрыве промежности III степени сначала зашивают поврежденную прямую кишку, затем наружный сфинктер заднего прохода, после чего действуют так же, как при разрыве II степени.

Особенности ухода за роженицами с разрывами промежности



- В течение 10—12 дней после Р. женщине не разрешают сидеть, чтобы избежать нагрузки на область швов.
- В первые 3—4 дня назначают вазелиновое масло по 1 столовой ложке 3 раза в день (в качестве слабительного средства). Свечи «Депантол» по 1 св н/ночь №10.
- Шелковые швы снимают на 5-й день после Р.
- Область швов и наружных половых органов обрабатывают раствором антисептического препарата.
- Прогноз при разрывах промежности I и II степени обычно благоприятный.



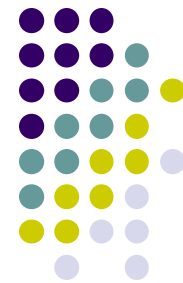
Разрыв лонного сочленения

- **Классификация акушерских симфизиопатий**
- 1. Расхождение лонного и крестцово-подвздошного сочленений – физиологическое изменение при начале беременности
- 2. Симфизиопатия и сакроилеопатия – чрезмерная подвижность и расслабление сочленений таза как выражение токсикоза беременных с преимущественным поражением костно-суставной системы
- **3. Разрыв сочленений таза- изменения, связанные с нарушением их целостности, чаще во время родов**
- 4. Симфизит и сакроилеит- изменения, обусловленные воспалительным процессом в сочленениях таза

Разрыв лонного сочленения



Клинические проявления разрыва/расхождения симфиза



- Боли в области симфиза, в пояснице (при нагрузке, в покое)
- Парестезии
- Судороги
- в нижних конечностях
- «Утиная походка»

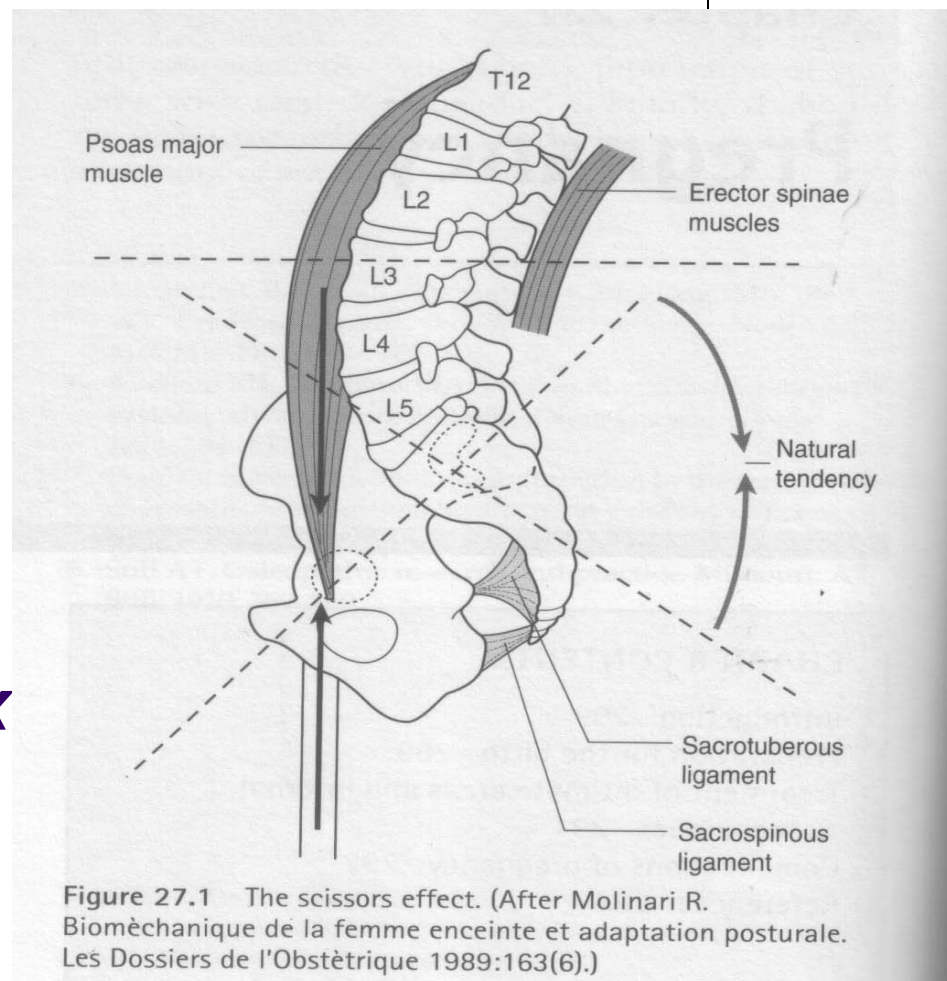
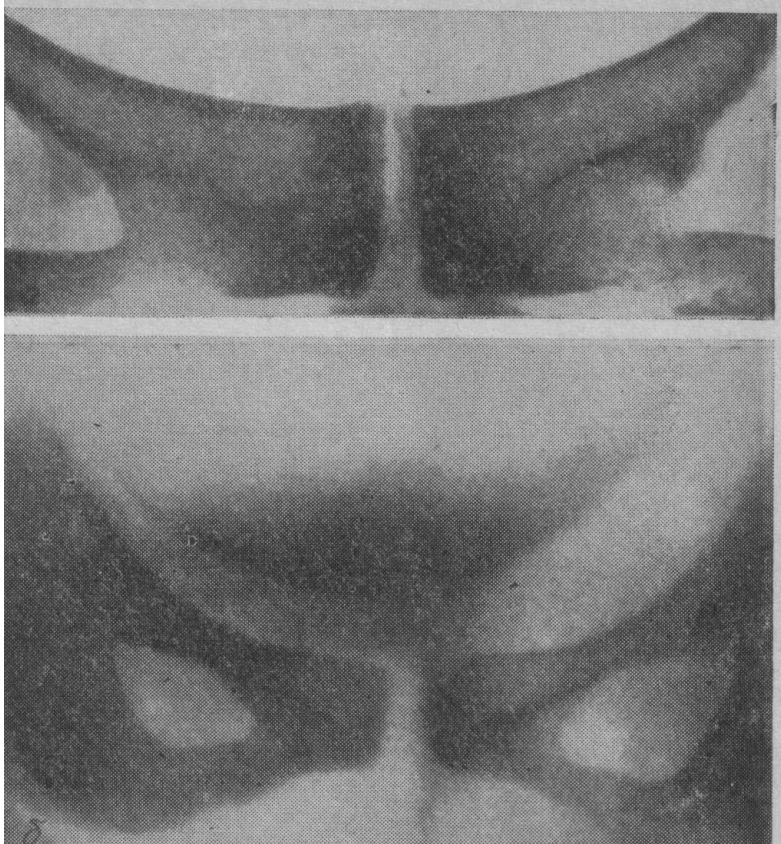
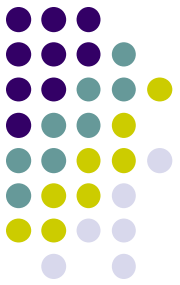


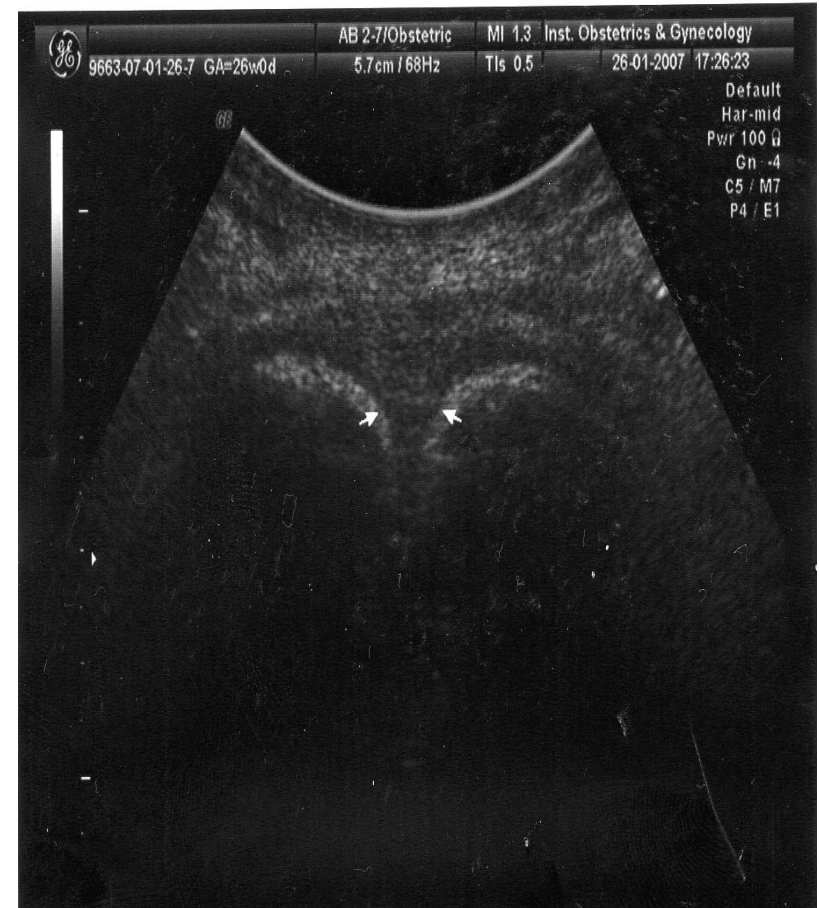
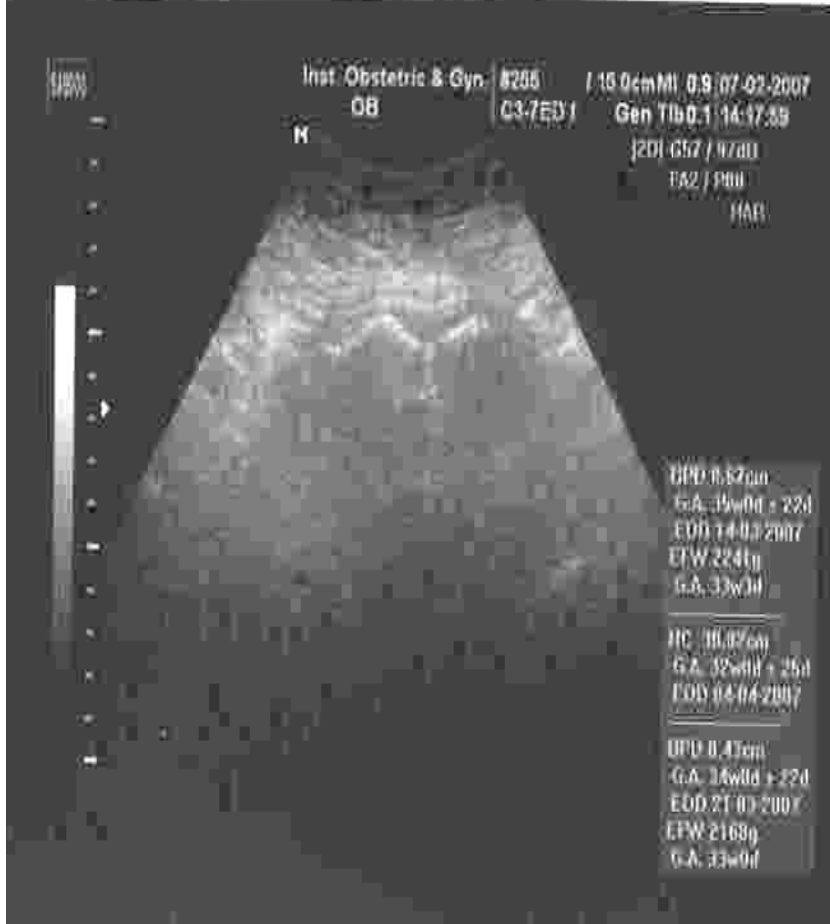
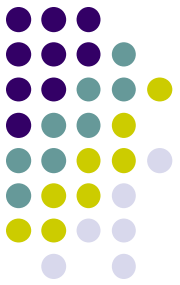
Figure 27.1 The scissors effect. (After Molinari R. Biomécanique de la femme enceinte et adaptation posturale. Les Dossiers de l'Obstétrique 1989:163(6).)

Классификация разрывов лонного сочленения

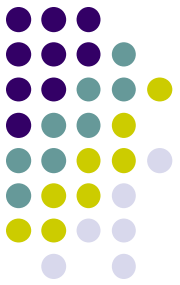


- до 2 см – стабильное повреждение,
- более 2 см - условно стабильное,
- более 5 см – нестабильное

УЗИ лонного сочленения

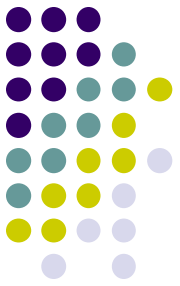


Лечение разрывов лонного сочленения



- Условно стабильные повреждения - использование управляемого тазового пояса
- Нестабильные повреждения - внешняя фиксация, которая обеспечивает полноценную репозицию и раннюю функциональную нагрузку; оперативное лечение – остеосинтез.

Применение бандажа:

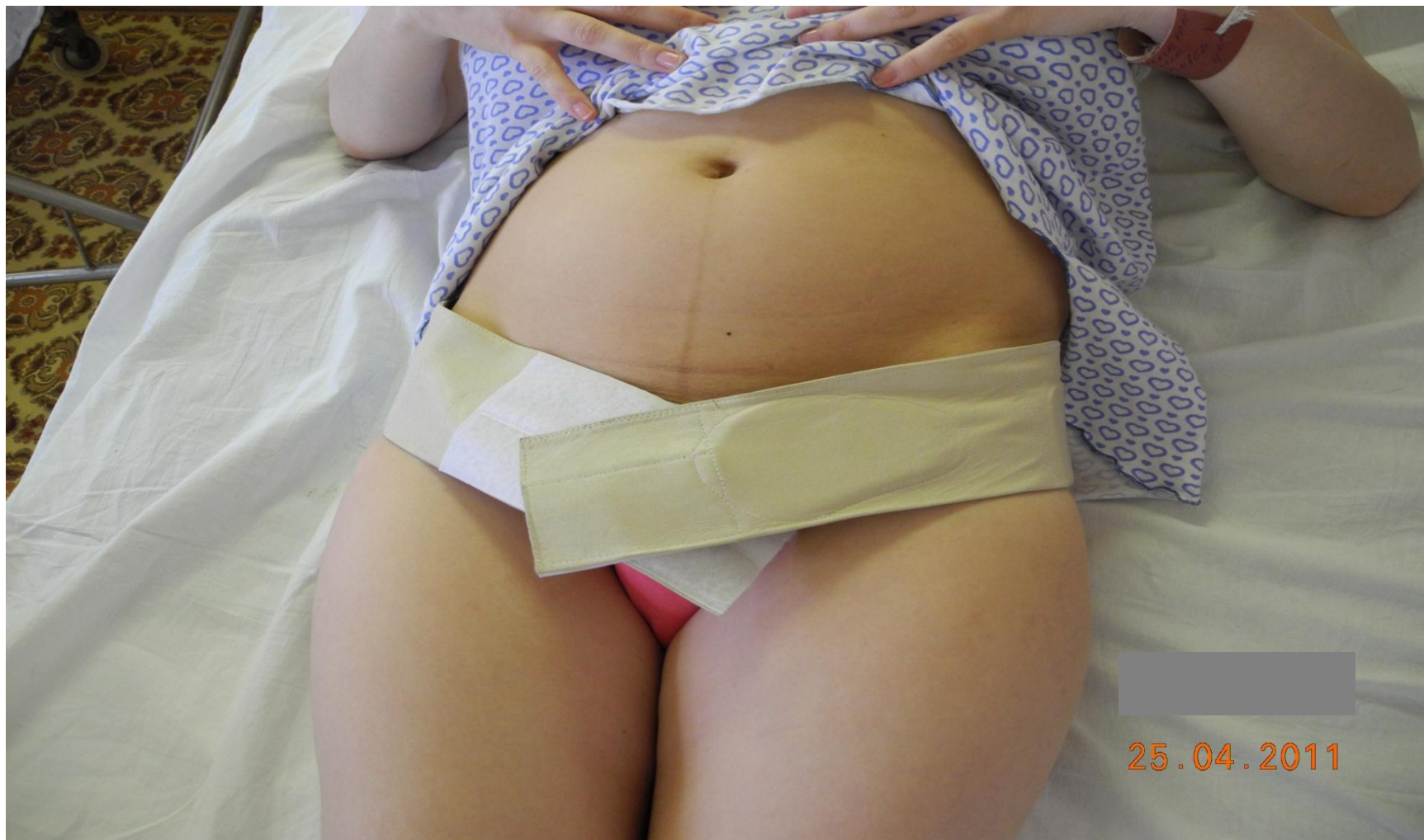
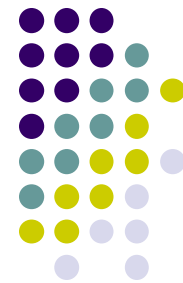


- **Используется беременными во все сроки гестации, до момента родоразрешения, в первом периоде родов, второй период родов проводился без бандажа. После осмотра родовых путей – наложение бандажа и его применение в течении трех месяцев.**

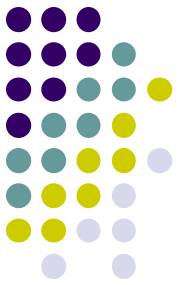
Применение бандажа у беременной



Применение бандажа у родильницы



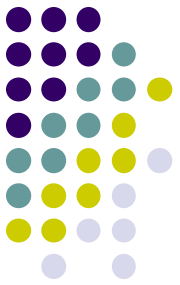
25.04.2011



РАЗРЫВ МАТКИ – КЛАССИФИКАЦИЯ

- По времени возникновения (во время беременности, родов);
- По этиологии и патогенезу (самопроизвольный, насильственный, смешанный);
- По локализации (в дне матки, теле матки, в нижнем сегменте матки, отрыв матки от свода влагалища);
- По характеру повреждения (полный разрыв, неполный разрыв, трещина);
- По клиническому течению (угрожающий, начинающийся, совершившийся разрыв);
- РАЗРЫВЫ МАТКИ ПО РУБЦУ

ГРУППА РИСКА – ПО РАЗРЫВУ МАТКИ

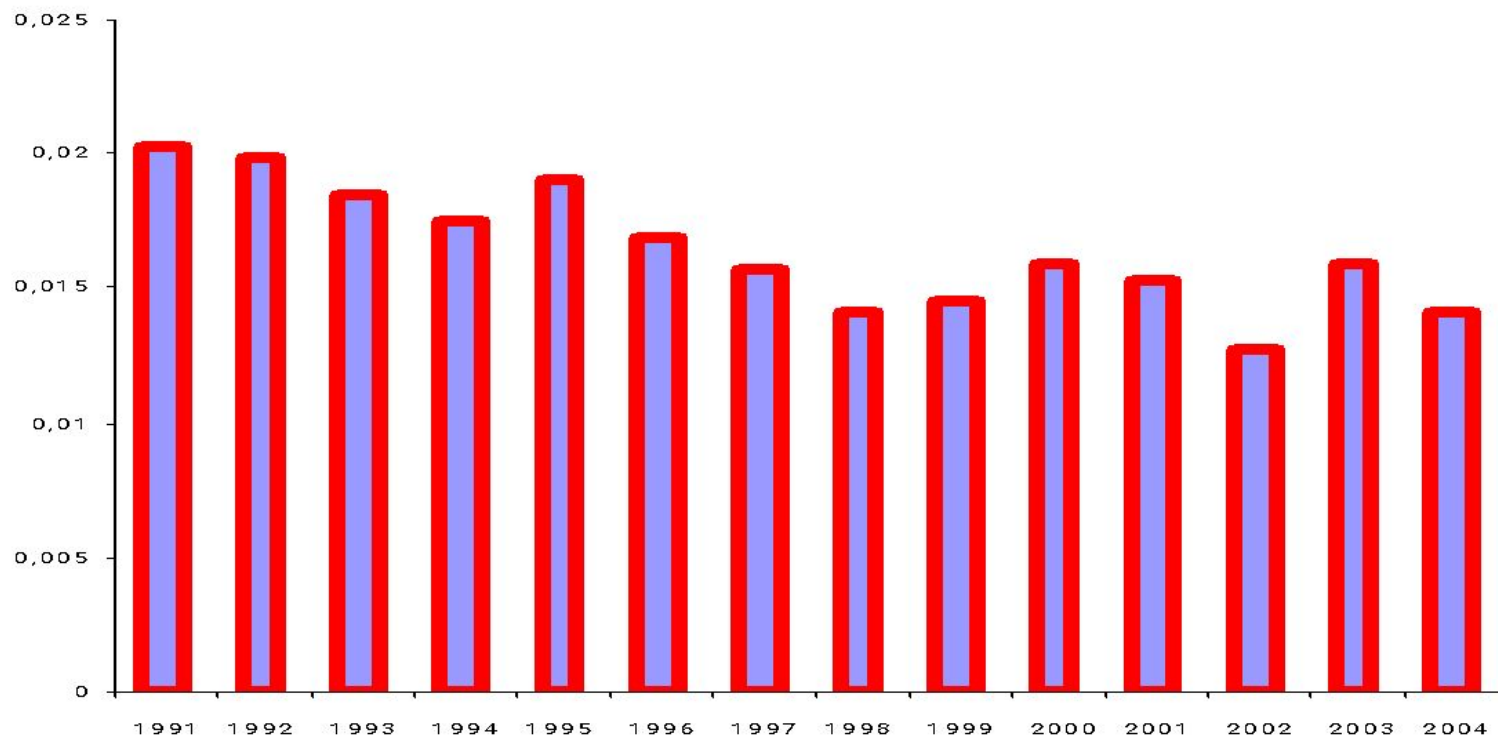


- беременные с узким тазом,
- крупным плодом,
- неправильным положением плода, многорожавших с пониженным тонусом брюшной стенки и матки,
- с отягощенным акушерским анамнезом (послеабортные и послеродовые воспалительные заболевания, длительные Р., слабость родовой деятельности и др.),
- перенесшие операции на матке, особенно кесарево сечение.

Разрыв матки как потенциальная причина МС



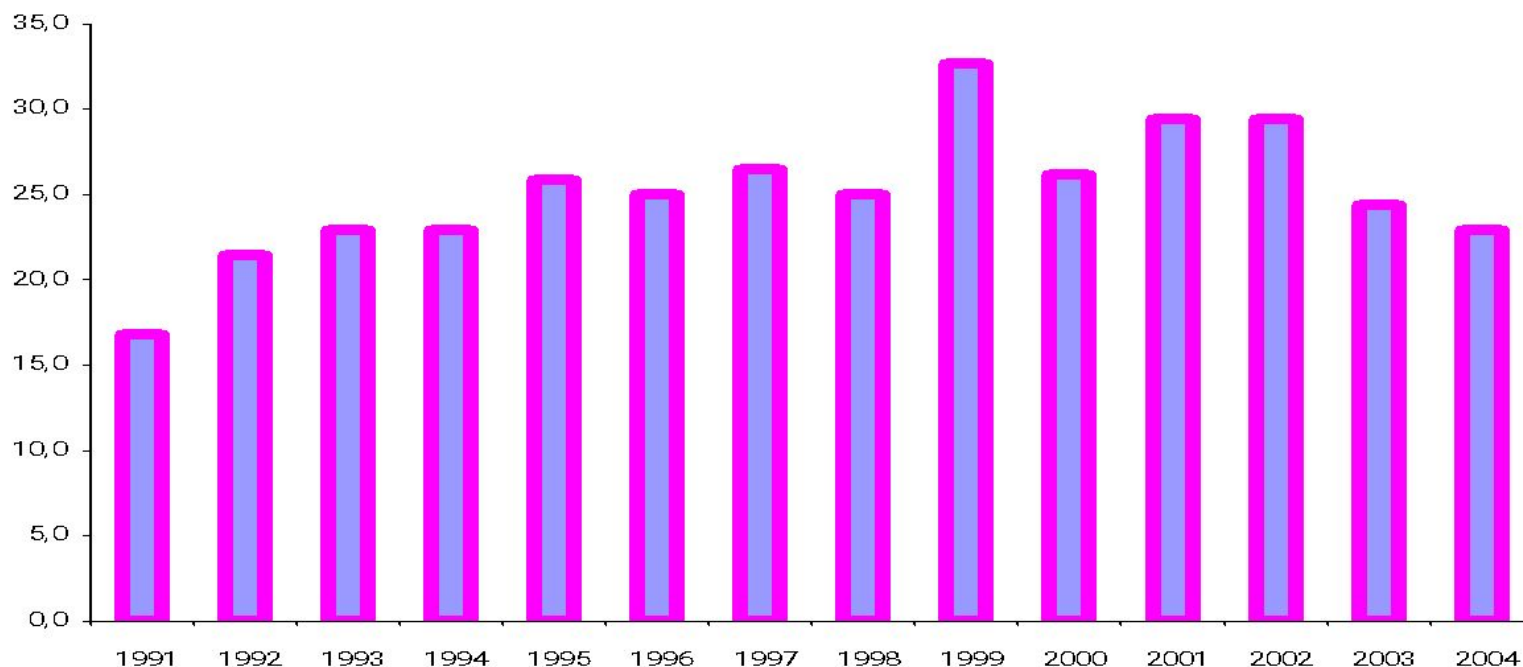
Разрыв мат ки



Разрыв матки как потенциальная причина МС



**% разрыва мат ки вне
ст ационара**



Франсуа Фенелон:

«Чем больше Вы скажете, тем меньше люди запомнят».





Благодарю за внимание