

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Акушерский родовой травматизм»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Летникова Е.В

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2022г.

Содержание

1. Актуальность	2
2. Основные определения и классификации.	3
3. Материнский травматизм, основные нозологии: классификация, клиника, лечение профилактика.	4
4. Перинатальные осложнения.....	12
5.Выводы	16
6.Список литературы.....	16

1. Актуальность

Данная тема затрагивает два аспекта родового травматизма, касающиеся матери и плода. Родовой травматизм у женщин, перенесших роды через естественные родовые пути, был и остается актуальной проблемой акушерства. Разрыв промежности является одной из самых распространенных родовых травм и осложнений родового акта, которые чаще всего встречается у первородящих. Данная проблема возникает у 8–18 % женщин. Несмотря на усовершенствование ведения родов частота травматизма мягких тканей неуклонно растет. Вместе с тем неблагоприятные отдаленные последствия отрицательно влияют на репродуктивную и сексуальную жизнь женщины. Вторичное заживление ран мягких тканей приводит к формированию функциональной недостаточности мышц тазового дна, наиболее серьезным осложнением которого является опущение и выпадение половых и тазовых органов. Через 2- 3 года после травматичных родов могут развиваться эктропион и лейкоплакия шейки матки, недержание мочи, отмечается снижение либидо, диспареуния, аноргазмия.

В структуре перинатальной смертности родовая травма занимает первое место в России. Несмотря на многовековую историю изучения, понятие родовой травмы до настоящего времени остаётся актуальным, а соответствующие поражения и их патогенез – малоизученными. Причину родовой травмы часто рассматривают поверхностно, без учета причинно следственной связи. По данным заболеваемости новорождённых по Российской Федерации, частота родовой травмы составляет 2,76 %, по Сибирскому федеральному округу – 2,6 % среди всех родившихся детей. Перинатальные поражения нервной системы ведут к инвалидизации в 35–40 % случаев. Высок удельный вес перинатальных факторов, ведущих к ДЦП и другим поражениям нервной системы у детей. Среди них один из важнейших – родовой травматический фактор, вызывающий как механические повреждения, так и различные нарушения церебральной гемодинамики.

Учитывая статистический рост акушерского родового травматизма и его последствиях, можно сделать вывод об актуальности данной темы.

2. Основные определения и классификации.

Родовой травмой называют – нарушение целостности тканей родового канала матери, тканей и органов ребенка вследствие механического воздействия в процессе родов.

Травмы родовых путей

- Разрывы мягких тканей родовых тканей родового канала (вульвы, влагалища, промежности).
- Разрыв матки
- Послеродовый выворот матки
- Гематомы
- Повреждения сочленений таза, травмы костей таза
- Травмы тазовых органов (мочевого пузыря, прямой кишки)
- Послеродовые свищи (мочеполовые, кишечно-влагалищные)

Классификация

По причинам возникновения:

- Самопроизвольные
- Насильственные (осложнения акушерских вмешательств)

По механизму возникновения:

- Механические (связаны с перерастяжением тканей). Перерастяжение тканей наблюдается в родах крупным или переносным плодом из-за ограничения конфигурации головки, при разгибательных выставлениях головки, тазовом предлежании. В последнем случае головка проходит с большей скоростью по неподготовленным родовым путям после более мелкой тазовой части. Так же повреждение тканей может возникнуть при прорезывании головки небольшого размера при ее быстром разгибании. При быстрых стремительных родах, когда отсутствует физиологическое течение формирования родового канала. Несвоевременные разрыв плодного пузыря играет важную роль в разрывах шейки матки. Уменьшение объема матки после излития околоплодных вод увеличат давление на неподготовленный внутренний зев, что приводит к травматизации шейки.

- Морфологические (обусловлены гистохимическими изменениями в тканях). При хронических воспалительных процессах, рубцовых образованиях после операций, поздний гестоз снижает растяжимость и адаптацию тканей к предлежащей части плода
- Смешанные (механо-гистопатические).

Факторы, способствующие травматизации:

Рубцовые изменения тканей; Воспалительные заболевания (вульвовагинит, цервицит) ; Половой инфантилизм ;Ригидность тканей у первородящих старшего возраста.

Этиологические Факторы

Патологическое течение родов: • Узкий таз • Крупный плод • Неправильные вставления головки плода • Тазовые предлежания плода • Переношенный плод • Быстрые и стремительные роды • Затяжные роды • Несвоевременное излитие околоплодных вод • Акушерские операции (не соблюдение техники наложения акушерских щипцов, экстракция плода за тазовый конец).

3. Материнский травматизм, основные нозологии: классификация, клиника, лечение профилактика.

Разрывы вульвы и влагалища - нарушение целостности слизистой оболочки вульвы и влагалища в процессе изгнания плода.

Эти травмы бывают самопроизвольными и насильственными. Причинами служат ограничение возможности растяжения тканей, применение акушерских операций или неправильно проведенная защита промежности. Чаще они возникают при инфантилизме, кольпитах, быстрых и стремительных родах, крупном плоде. Разрывы стенки влагалища сочетаются с разрывами промежности, но могут быть и изолированными. Влагалище может повредиться во время родов во всех частях: нижней, средней и верхней. Наиболее часто обнаруживаются разрывы нижней трети влагалища, обычно одновременно с разрывом промежности. Средняя часть влагалища, как менее фиксированная и более растяжимая, травмируется редко. Причинами повреждения этой части могут быть анатомические особенности стенки (рубцовые изменения) или акушерские операции. Встречаются разрывы верхнего бокового свода влагалища как результат продолжения разрыва шейки матки. Нередко разрывы влагалища сопровождаются повреждением сосудов околовлагалищной и даже околоматочной клетчатки.

Клиническая картина: Клиническими проявлениями разрывов слизистой оболочки вульвы и влагалища являются кровотечения разной степени выраженности, которые появляются в конце II периода, в последовом или раннем послеродовом периодах. Сила кровотечения определяется его локализацией: разные участки слизистой оболочки имеют разное кровоснабжение. Самое обильное кровотечение наблюдается при травмировании области клитора. Травма сводов влагалища может сопровождаться умеренным наружным кровотечением и значительным - в области параметральной клетчатки.

Лечение.

Повреждения влагалища могут произойти во всех отделах: нижнем, среднем и верхнем. Нижняя треть влагалища обычно повреждается одновременно с промежностью. Разрывы влагалища чаще идут продольно, иногда проникая глубоко в паравагинальную клетчатку. Средняя часть влагалища является менее фиксированной и более растяжимой, поэтому ее повреждения встречаются редко. Разрывы верхней части влагалища также встречаются редко, они могут сочетаться с разрывом матки. После обнажения раны с помощью влагалищных зеркал производится наложение отдельных викриловых швов. Вместо зеркал для обнажения раны можно использовать указательный и средний пальцы левой руки. По мере зашивания раны в глубине пальцы, раздвигающие влагалище, постепенно извлекаются наружу. Отдельные изолированные разрывы стенки влагалища, малых и больших половых губ зашиваются без труда. При разрывах слизистой оболочки в области клитора может возникнуть обильное кровотечение. При наложении швов на разрыв слизистой оболочки преддверия влагалища в область наружного отверстия мочеиспускательного канала следует ввести мочевого катетер

Разрыв промежности – самый частый вид травматизации.

Существует классификация по степеням и стадиям:

Клинические стадии: 1) Угрожающий (цианоз, отек, затем побледнение кожи промежности) 2) Начавшийся (мелкие трещины эпидермиса на поверхности кожи) 3) Свершившийся (кровотечение, рана).

I степени – повреждается задняя спайка больших половых губ, часть задней стенки влагалища и кожа промежности без повреждения мышц тазового дна

II степень – повреждается сухожильный центр промежности и идущие к нему луковично-губчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы тазового дна

III степень – (неполный) – разрыв сфинктера заднего прохода без повреждения стенки прямой кишки

IV степень – (полный) разрыв стенки прямой кишки

Этиология и патогенез. Возникновение разрывов промежности зависит от анатомо-функционального состояния мягких родовых путей и правильности ведения родов.

Разрыву чаще подвергается высокая, малоподатливая, плохо растяжимая промежность первородящих женщин, рубцово-измененная промежность после предшествующих родов.

В этиологии разрывов промежности имеют значение быстрые и стремительные роды, разгибательные вставления головки, тазовые предлежания, крупный плод, неправильное выполнение приемов защиты промежности, затруднения при выведении плечевого пояса, оперативные вмешательства (наложение щипцов) и др. Разрыв промежности происходит в конце периода изгнания, при этом продвигающаяся головка плода, осуществляя давление на мягкие ткани родового канала, сжимает венозные сплетения, в результате чего нарушается отток крови, возникает венозный застой, что проявляется синюшным окрашиванием кожи. Венозный застой приводит к пропотеванию жидкой части крови из сосудов в ткани, обуславливая их отечность, кожа приобретает своеобразный блеск.

Дальнейшее давление головки приводит к сжатию артерий, при этом кожа промежности становится бледной. Нарушение обменных процессов снижает прочность тканей, возникает клиническая картина угрожающего разрыва промежности. При разрыве промежности может возникать кровотечение разной степени выраженности, рана является входными воротами для восходящей инфекции.

Лечение. Любой разрыв промежности должен быть зашит, при этом необходимо максимально точно восстановить анатомические отношения. Восстановление целостности промежности проводят под обезболиванием: местной инфильтрационной или проводниковой анестезией раствором лидокаина, ЭА (если катетер был установлен в родах) или под внутривенным наркозом. Операцию зашивания разрыва промежности начинают с верхнего угла разрыва. При разрыве промежности I степени вход во влагалище раздвигают двумя пальцами левой руки, отыскивают верхний угол раны, накладывают шов, затем сверху вниз восстанавливают целостность влагалища отдельным непрерывным или отдельными узловыми викриловыми швами до формирования задней спайки. Иглу следует проводить под всей раневой поверхностью, так как в противном случае остаются щели, карманы, в которых скапливается кровь; такие гематомы мешают первичному заживлению раны. Кожу промежности зашивают отдельными швами (шелк, полиэстер) или косметическим внутрикожным швом (викрил-рапид).

При разрывах промежности II степени вначале накладывают викриловые швы на верхний угол раны, затем несколькими погружными викриловыми швами соединяют разорванные мышцы промежности, а затем уже накладывают швы на слизистую оболочку влагалища до задней спайки и на кожу. **Послеоперационный уход** при разрывах промежности I и II степеней сводится к содержанию поверхности швов в чистоте. После мочеиспускания и дефекации необходим дополнительный туалет наружных половых органов. На 4-й день после родов ставится очистительная клизма, на 5-е сутки швы снимаются.

Операция зашивания разрыва промежности III степени состоит из трех частей. Прежде всего накладывают отдельные викриловые швы на мышечный и подслизистый слой прямой кишки, не захватывая слизистой оболочки, которая при этом должна быть вывернута в сторону просвета кишки. Затем восстанавливают разорванный сфинктер. Перед следующим этапом операции производится смена инструментов, халата и перчаток у оперирующего врача и ассистента, и только после этого следует третий этап - наложение швов на промежность в том же порядке, что и при разрыве промежности II степени. В случае разрыва промежности III степени, помимо тщательного ухода, родильнице назначают особую диету - жидкую пищу (бульон, фруктовые соки, сладкий чай, кефир), антибактериальную терапию, свечи с Метилурацилом, физиотерапию. Швы на промежности снимают на 5-е сутки. Профилактика.

Профилактика разрывов промежности: рассечение промежности - перинеотомия или эпизиотомия. Перинеотомия дает ощутимое увеличение вульварного кольца - до 5-6 см.

Показания: Угрожающий разрыв, Рубцовые изменения, Ригидные ткани, Анатомически высокая промежность, Рождение плода большим размером (задний вид, разгибательные предлежания), Акушерские операции. Укорочение потужного периода родов: Показания со стороны матери, Артериальная гипертензия, тяжелый гестоз, Миопия высокой степени, Слабость потуг. Со стороны плода Недоношенность, Гипоксия плода.

Хирургическое рассечение промежности имеет неоспоримые преимущества: рана линейная, отсутствуют разможнения тканей, зашивание раны (перинеоррафия) дает возможность анатомично, послойно сопоставить ткани промежности; заживление происходит, как правило, первичным натяжением. Основой профилактики разрывов промежности является правильный прием родов при выведении головки и плечевого пояса, рождении передней и задней ручек.

Разрывы шейки матки

Разрывы шейки матки встречаются чаще у первородящих.

Классификация.

I степень - длина разрыва достигает 2 см.

II степень - длина разрыва превышает 2 см, но не доходит до сводов влагалища.

III степень - разрыв шейки доходит до сводов влагалища и переходит на него

Этиология и патогенез. Боковые надрывы шейки матки с обеих сторон являются физиологическими, они возникают у всех первородящих и в дальнейшем свидетельствуют о том, что у женщины были роды. Эти боковые надрывы могут переходить в разрывы при следующих обстоятельствах: 1) потеря эластичности тканей шейки матки (инфантилизм, рубцовые изменения, воспалительные процессы); 2) аномалии родовой деятельности (нарушается процесс раскрытия маточного зева); 3) большие размеры головки (крупный плод, разгибательные вставления); 4) насильственная травма при оперативном родоразрешении (акушерские щипцы, вакуум экстракция, ручное пособие при тазовом предлежании, плодоразрушающие операции).

Лечение. Разрывы шейки матки зашивают рассасывающимися шовными нитями (викрил). Для зашивания шейки матки окончатыми щипцами подтягивают ко входу во влагалище и отводят в сторону, противоположную разрыву. Первый шов накладывают несколько выше места разрыва, затем восстанавливают целостность тканей шейки матки, накладывая последовательно отдельные узловые швы от верхнего угла разрыва по направлению к наружному зеву. Если верхний угол труднодостижим, то первый шов накладывают и затягивают ниже, после чего потягиванием за концы лигатуры низводят верхний угол и зашивают его. Остальные кетгутовые лигатуры накладываются до наружного зева. Если верхний угол разрыва на шейке матки визуально не определяется, следует прекратить осмотр шейки матки в зеркалах и произвести ручное обследование полости матки для определения целостности ее стенок. Разрывы шейки матки опасны еще и потому, что вызывают не только кровотечение, но и являются источником послеродовых язв и восходящей инфекции в послеродовом периоде. В процессе заживления незашитого разрыва шейки матки образуются рубцы, которые способствуют вывороту шейки матки (эктропион), развитию псевдоэрозий и других фоновых состояний РШМ.

Профилактика. Для предупреждения разрывов шейки матки необходимы: своевременная подготовка ее к родам для достижения «зрелости»; адекватное обезболивание и применение спазмолитических средств; регулирование темпа родовой деятельности;

соблюдение соответствующих условий при выполнении влагалищных родоразрешающих операций. Во время родов необходимо предупреждать ущемление шейки матки между головкой плода и лобковым сочленением. При появлении кровянистых выделений из половых путей во II периоде родов врач производит влагалищное исследование и заправляет переднюю губу за головку плода.

Разрыв матки

Частота разрывов матки составляет 0,1-0,05% общего числа родов. Среди причин материнской смертности разрывы матки занимают одно из первых мест.

Классификация:

- I. По времени происхождения: 1. Разрыв во время беременности. 2. Разрыв во время родов.
- II. По патогенетическому признаку: 1. Самопроизвольные разрывы матки: а) механические (при механическом препятствии для родоразрешения и здоровой стенке матки); б) гистопатические (при патологических изменениях стенки матки); в) механическо-гистопатические (при сочетании механического препятствия и изменений стенки матки). 2. Насильственные разрывы матки: а) травматические (грубое вмешательство во время родов при отсутствии перерастяжения нижнего сегмента или случайная травма); б) смешанные (внешнее воздействие при наличии перерастяжения нижнего сегмента).
- 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). 3. Полный разрыв (проникающий в брюшную полость).
- V. По локализации: 1. Разрыв дна матки. 2. Разрыв тела матки. 3. Разрыв нижнего сегмента. 4. Отрыв матки от сводов.

Этиология и патогенез.

По теории L. Bandl (1875), разрыв матки является следствием перерастяжения нижнего сегмента, связанного с механическим препятствием для рождения плода. Под влиянием родовой деятельности плод как бы изгоняется в перерастянутый нижний сегмент. В этот момент любое, даже самое незначительное, внешнее воздействие приводит к разрыву перерастянутого нижнего сегмента матки.

Препятствия в родах, способствующие разрыву матки, многообразны: узкий таз,

крупный плод, неправильные вставления головки, неправильные положения плода, фиксированные в малом тазу опухоли яичника или матки, значительные рубцовые изменения шейки матки.

В начале XX века Я. Вербов в историческом споре с Л. Бандлем доказывал, что причина разрывов матки состоит в морфологических изменениях стенки матки, что нашло подтверждение при гистологических исследованиях стенок матки после разрывов.

В настоящее время обнаружено, что при затяжных родах происходит значительное нарушение энергетического метаболизма, сопровождающееся накоплением токсических соединений, повреждающих ткани, - «биохимическая травма матки». Мышца матки становится дряблой, легко рвется. Разрыв матки происходит на фоне ослабленных сокращений или ДРД. Причины неполноценности миометрия разнообразны: инфантилизм и пороки развития матки (матка бедна мышечной тканью, менее эластична), рубцовые изменения в связи с абортами, осложненное течение предыдущих родов, инфекции. Наиболее частой причиной неполноценности мышечного слоя матки является рубец после предшествовавшего КС, после миомэктомии, особенно при прикреплении плаценты в области рубца.

Клиническая картина угрожающего разрыва матки. При наличии препятствия для прохождения плода симптомы возникают во II периоде родов. Состояние роженицы беспокойное, она жалуется на чувство страха, сильные непрекращающиеся боли в животе и пояснице. Родовая деятельность может быть сильной, а схватки частыми, интенсивными, болезненными: вне схваток матка плохо расслабляется. У повторнородящих женщин родовая деятельность может быть выражена недостаточно. Матка перерастянута, особенно истончается область нижнего сегмента, при его пальпации появляется болезненность. При полном открытии маточного зева граница между телом матки и нижним сегментом (контракционное кольцо) смещается до уровня пупка, в результате несколько изменяется форма матки «песочные часы», напрягаются круглые маточные связки, мочеиспускание болезненно, учащено или отсутствует в результате синдрома сдавления мочевого пузыря. При угрожающем разрыве матки пальпация частей плода затруднена из-за напряжения матки. Нижний сегмент, напротив, перерастянут, истончен. При диспропорции размеров таза и головки плода определяется положительный признак Вастена. Отсутствует продвижение

предлежащей части плода; появляется выраженная родовая опухоль на головке плода; отекают шейка матки и наружные половые органы.

Лечение.

При совершившемся разрыве матки немедленно производится чревосечение на фоне лечения ГШ и полноценного обезболивания. При вскрытии брюшной полости осуществляют ее ревизию, удаляют свободно лежащий мертвый плод. Затем осматривают матку, особенно сосудистые пучки, с обеих сторон, так как нередко матка рвется по боковой стенке в месте пересечения мышечных волокон. Устанавливают количество повреждений, их место, глубину проникновения разрывов, состояние нижнего сегмента матки, обращая внимание на структуру стенки. Тщательно осматривают соседние органы (мочевой пузырь), которые могут быть повреждены при насильственных разрывах матки. Объем операции (зашивание разрыва, ампутация, экстирпация матки) зависит от времени с момента разрыва матки, характера изменений стенки матки, возраста роженицы, наличия инфекции. В редких случаях удается зашить матку. Типичной операцией при совершившемся разрыве матки является ее экстирпация. В некоторых случаях производят ампутацию матки. При терминальном состоянии больной операция проводится в два-три этапа, с операционной паузой после остановки кровотечения, во время которой продолжают реанимационные мероприятия по борьбе с шоком.

Профилактика. Для предупреждения разрывов матки выявляют беременных группы риска и своевременно госпитализируют их в родовое отделение. В стационаре их тщательно обследуют и выработывают рациональный план родоразрешения: плановое КС или ведение родов через естественные родовые пути. Группу риска составляют беременные: 1) с рубцом на матке; 2) многорожавшие с осложненным течением родов; 3) с большим числом аборт или аборт, протекавшим с осложнениями; 4) с узким тазом, крупным плодом, неправильным положением плода.

Выворот матки

Редким видом травмы является выворот матки, который бывает самопроизвольным и насильственным. Частота этого осложнения - 1 случай на 15- 20 тыс. родов. Акушерский выворот матки, как правило, бывает насильственным. Он возникает в III периоде родов при неправильных действиях врача или акушерки: потягивание за пуповину неотделившейся плаценты, неграмотное применение приема Креде-Лазаревича по

выделению последа. Прием Креде-Лазаревича должен проводиться только при сократившейся матке после предварительного ее массажа. Самопроизвольный выворот матки происходит в результате резкого расслабления мускулатуры матки и повышения внутрибрюшного давления. Возникновению выворота матки способствует неотделившийся послед, особенно расположенный в области дна матки. При надавливании на дно расслабленной, гипотоничной матки может легко произойти ее выворот, который часто осложняется травматическим шоком.

Различают полный и неполный (частичный) выворот матки. Полный выворот матки может сопровождаться выворотом влагалища. В этом случае матка оказывается за пределами вульвы и диагноз не вызывает затруднения: из влагалища свисает опухолевидное мягкое ярко-красное образование, иногда на нем располагается плацента.

При неполном вывороте матку определяют во влагалище при осмотре в зеркалах. В обоих случаях при пальпации отсутствует матка над лоном. Лечение выворота матки заключается в немедленном вправлении ее под глубоким наркозом при одновременном проведении противошоковых мероприятий. Сразу же после вправления следует ввести утеротонические средства (метилэргометрин, окситоцин, Пабал) и продолжать их.

Полный выворот матки и влагалища введение в течение 5-7 дней; также назначают профилактический курс антибактериальной терапии.

Профилактика выворота матки заключается в правильном ведении последового периода: выделение последа наружными приемами при наличии признаков отделения плаценты без потягивания за пуповину.

4. Перинатальные осложнения

Причины родовой травмы: • плодово-тазовая диспропорция; • быстрые и стремительные роды; • недоношенность или переношенность; • гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки; • неправильное положение плода; • асинклитическое вставление головки; • разгибательные вставления головки; • высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва; • наложение щипцов и вакуум-экстракция плода; • дефекты выполнения акушерских пособий; • ускорение и гиперстимуляция родов; • тазовое предлежание.

Выделяют родовую травму черепа, головного мозга, спинного мозга, костей скелета, внутренних органов, нервных сплетений, глаз и др.

Родовая травма черепа – это целостная реакция организма плода или новорождённого на повреждение черепа и головного мозга, вызванное механическими силами, в результате нарушения компенсаторных и приспособительных возможностей плода в родах, которая сопровождается постнатальной дизадаптацией. Прослеживается чёткая патогенетическая закономерность родовой травмы, обусловленная патологией конфигурации головки.

Конфигурация головки – это преходящие компенсаторноприспособительные изменения головки плода, которые направлены на предотвращение травмы головного мозга. Однако конфигурация головки плода может становиться патологической, приводя к травматическим повреждениям, в трёх ситуациях: чрезмерная конфигурация, быстрая конфигурация, несимметричная конфигурация. Родовые травматические повреждения головы и черепа: • родовая опухоль; • область периостального застоя крови; • кефалогематома; • субапоневротическое кровоизлияние; • эпидуральное кровоизлияние; • интрадуральное кровоизлияние в мозжечковый намет и серповидный отросток; • разрывы мозжечкового намёта, мостовых вен и другие.

Спонтанная родовая травма черепа, в первую очередь, связана с особенностями биомеханизма родов. При головном предлежании и самопроизвольных родах в структуре родовой травмы черепа большую роль имеют разгибательные предлежания, асинклитическое вставление, высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва головки плода.

При асинклитическом вставлении происходит неравномерное натяжение двух половин мозжечкового намёта с перерастяжением на стороне, противоположной предлежащей теменной кости (закономерность Власюка – Лобзина – Несмеянова), за счёт чего наблюдаются соответствующие надрывы и разрывы. При наличии асинклитизма родостимуляция нецелесообразна. При асимметричном наложении акушерских щипцов, когда одна из ложек не охватывает весь лицевой череп, а её конец давит на челюсть, возникают переломы нижней челюсти. Неполный охват головки ложкой ведёт к поднадкостничному перелому нижней челюсти в области угла и ветви, а также к кровоизлиянию в окружающие ткани. Переломы костей челюстно-лицевой области обусловлены применением акушерских щипцов в 65,9 % случаев. На первый план в условиях современного родовспоможения выступают гипоксические повреждения, возникающие вследствие локального нарушения мозговой гемодинамики, обусловленные характером и степенью конфигурации плода. Чрезмерно выраженная конфигурация головки плода приводит к сдавлению основного венозного коллектора головного мозга – сагиттального синуса и венозных стволов полушарий мозга. Это сопровождается

затруднением или блокадой венозного оттока, прогрессирующей внутричерепной гипертензией, гипоксией и ишемией мозга . **Механизм повреждения мозга плода** может возникнуть при сдавлении головки плода после вскрытия плодного пузыря ввиду разницы между внутричерепным давлением и атмосферным давлением. Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) приводит к чрезмерному сдавлению головки плода и повышению внутричерепного давления, замедлению кровотока по верхнему сагиттальному синусу, переполнению и перерастяжению вен, диффузной церебральной гипоксии и разрыву вен с хрупкой стенкой – геморрагиям.

При тазовых предлежаниях разрывы тентория возникают в среднем в 3 раза чаще, чем при головном. Неправильное использование пособий и операций, а также технические ошибки ведут к акушерской травме. Роды в тазовом предлежании приводят к нарушениям кровообращения в вертебробазилярном бассейне (73,9 %), что обуславливает высокую частоту неврологической заболеваемости новорождённого: гипоксически-ишемические повреждения ЦНС – 17,4–43,5 %, гипоксическитравматические последствия – 26,1 %. Травма шейного отдела встречается в 28,6 % случаев .

В структуре родовой травмы выделяют четыре основных варианта экстракраниальных кровоизлияний: • родовая опухоль с геморрагическим пропитыванием или подкожной гематомой; • субапоневротическое кровоизлияние; • периостальный застой крови; • кефалогематома.

Родовая опухоль – это отёк мягких тканей головы с кровоизлияниями, возникающими в процессе родов в предлежащей части головки. Родовая опухоль обычно локализуется ниже пояса соприкосновения в родовом канале и образуется у живого плода после отхождения околоплодных вод. В результате нарушения оттока крови из тканей головки возникают экссудация и периваскулярные кровоизлияния.

Субапоневротическое кровоизлияние – кровоизлияние в подапоневротическое пространство скальпа и соединения лобного и затылочного компонентов затылочно-лобной мышцы. Кровь может распространяться ниже апоневроза и проникать в анатомические подкожные пространства шеи. Кровоизлияние обусловлено комбинацией внешнего сдавления и тянущих сил при оказании акушерских и инструментальных пособий. Источником кровоизлияния являются вены, идущие из надкостницы под апоневроз, а также сосуды самой подкожной клетчатки. Большинство случаев субапоневротических кровоизлияний (90 %) связаны с вакуум-экстракцией. При

субапоневротическом кровоизлиянии могут наблюдаться признаки острой кровопотери и нарастающей гипербилирубинемии.

Область периостального застоя крови – это область выраженного полнокровия надкостницы костей черепа, нередко с точечными и пятнистыми кровоизлияниями, которая часто имеет чёткие границы (у доношенных детей), обычно смещается на правую или левую теменную кость и характером своего расположения отражает особенности вставления головки.

Кефалогематома – кровоизлияние в поднадкостничное пространство какой-либо кости черепа у новорождённых. Чаще всего кефалогематома отмечается в области теменной кости с одной стороны, значительно реже бывает двусторонней. Её расположение соответствует области периостального застоя и локализации родовой опухоли. При ягодичном предлежании кефалогематома может возникнуть в области затылочной кости. Возникает при значительных расстройствах кровообращения в надкостнице и при переломах костей (трещинах). Неверно считать, что кефалогематома возникает в результате смещения кожи вместе с надкостницей, так как надкостница не способна смещаться. Локализующееся под надкостницей кровоизлияние в результате отслаивает её. Акушерские пособия – наложение щипцов и, особенно, применение вакуум-экстрактора – увеличивают вероятность возникновения кефалогематомы (до 31,7 %), что в большинстве случаев обусловлено не прямым воздействием инструментов, а причиной, послужившей показанием и приведшей к выраженному венозному застою в надкостнице. Не исключено влияние повышенной кровоточивости вследствие дефицита витамина К и патологии сосудистой стенки. Частота кефалогематом составляет 1–2,5 % при всех родах.

Однако данные травмы следует дифференцировать с травмами, полученными интранатально в связи с возникшими осложнениями, явившимися показанием для операции кесарева сечения. Особо часто встречаются травмы при родах в тазовом предлежании плода. При тракциях за тазовый конец в просвете поперечных отростков может сдавливаться позвоночная артерия, что ведёт к нарушению кровотока в вертебробазилярном бассейне. При травме позвоночника могут обнаруживаться переломы и подвывихи позвонков (обычно локализуются между СI –CVII шейными и Th1 –ThVII грудными позвонками, значительно реже – в нижнем грудном и поясничном отделах), отрывы частей позвонков, кровоизлияния в межпозвоночные диски, в хрящевые эпифизы, в переднюю продольную связку и в мышцы по ходу позвоночника. Могут возникать кровоизлияния в позвоночные артерии, эпидуральные, субдуральные, субарахноидальные пространства, спинной мозг. Переломы позвоночника при самопроизвольных родах в

головном предлежании встречаются в 0,4 % случаев перинатальной смертности, при тазовых предлежаниях – в 6,9 %, при использовании акушерских щипцов и вакуумэкстрактора – в 4,9 %. При этом различные кровоизлияния в позвоночный канал и спинной мозг выявлены у 25,3 % умерших плодов и новорождённых, рождённых в головном предлежании, у 27,6 % – в тазовом предлежании, у 39 % – при родовспомогательных операциях. Повреждения плечевого сплетения – относительно частая родовая травма (1 на 500–1000 своевременных родов). Парез Эрба – Дюшенна характеризуется повреждением на уровне CV -CVI, иногда CVII (верхние отделы), парез Клюбке – повреждением на уровне CVII–ThI . Основная причина – дистоция плечиков в родах, иногда осложнение возникает при родах в тазовом предлежании.

5.Выводы

Рациональное ведение родов относится к наиболее значимым разделам практического акушерства, поскольку погрешности в прогнозировании исхода родов через естественные родовые пути зачастую приводят к развитию родового травматизма матери и плода. Современные методы исследования и рациональная тактика ведения родов привели к снижению перинатальной смертности. Однако, несмотря на эти достижения, частота родового травматизма и последующей инвалидизации новорождённых все ещё держится на уровне, не приемлемом для XXI века.

6.Список литературы

1. Статья в журнале Acta Biomedica Scientifica «роль интранатальных факторов риска в патогенезе родовой травмы» 2020г. Мочалов М.Н. ,Мудров В.А.,Новокшанова С.В.
<https://cyberleninka.ru/article/n/rol-intranatalnyh-faktorov-riska-v-patogeneze-rodovoy-travmy/viewer>
- 2.Учебник Акушерство Айлмазян Э.К 2021г.
- 3.Учебник Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей Кулвков В.Н, Бутова Е.А. 2019г.
- 4.Акушерство национальное руководство под редакцией Г.М. Савольевой 2019г.

5. Власюк В. В., Лобзин Ю. В., Несмеянов А. А. Способ диагностики асинклитизма по изменениям черепа. 2018г.

6. Рабцевич Т. С. Кефалогематома и ее значение как показателя тяжести родовой травмы черепа. Акуш. гинек. 2017г.