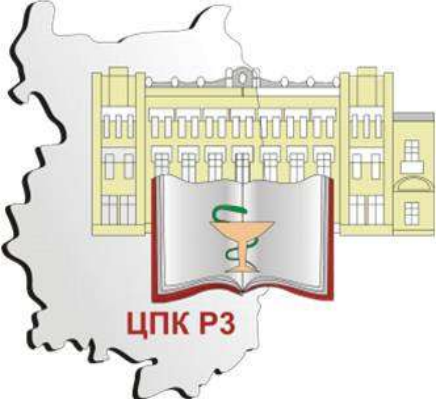




ДПП ПК

«Современные аспекты акушерской помощи в родовспомогательных учреждениях»

Специальность «Акушерское дело»

Преподаватель акушерства и гинекологии

~~канд. мед. наук П. В. Сидорова~~

**Акушерские ситуации в послеродовом
периоде, при которых требуется оказание
медицинской помощи в неотложной
форме**

РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ ПЛОДА

План лекции

- Родовая травма, определение понятия, предрасполагающие факторы, непосредственные причины.
- Родовая травма мягких тканей головы и костей черепа.
- Повреждения и кровоизлияния в грудинно-ключично-сосцевидную мышцу.
- Родовая опухоль
- Кефалогематома.
- Внутричерепные кровоизлияния.
- Перинатальные повреждения спинного мозга и плечевого сплетения.
- Родовая травма костей скелета.
- Профилактика родового травматизма плода.

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

Предрасполагающие факторы:

- несоответствие размеров плода размерам малого таза беременной женщины (крупный плод или узкий таз)
- неправильное положение плода (поперечное)
- тазовое предлежание плода
- хроническая внутриутробная гипоксия плода
- недоношенность или переношенность плода
- длительность родов (стремительные или затяжные)

Непосредственные причины:

- неправильно выполняемые акушерские пособия (ручные манипуляции, выполняемые во время родов без помощи инструментов, с целью ускорения родов и бережного выведения плода из родовых путей) при поворотах и извлечении плода
- наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора и др.

Элементы «акушерской агрессии»:

- **чрезмерная защита промежности роженицы в ущерб интересам плода**
- **сильные сгибания и разгибания головки плода при врезывании и прорезывании**
- **тракции за головку плода при выведении плечевого пояса**
- **извлечение плода за грудную клетку, не дожидаясь самостоятельного рождения поясничного отдела и ножек плода**
- **давление рукой акушера на дно матки во II периоде родов с целью более быстрого продвижения головки плода и другие манипуляции**
- **стимуляция родовой деятельности**
- **требование осуществлять роды лежа на спине, при этом не используется сила всемирного тяготения в процессе родов (лучшие варианты -на специальной кровати, стуле или на корточках)**

РОДОВАЯ ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И КОСТЕЙ ЧЕРЕПА

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

Родовая травма мягких тканей головы и костей черепа

- **Адипонекроз** - очаговый некроз подкожной жировой клетчатки (отграниченные плотные узлы, инфильтраты размером 1-5 см в диаметре в области ягодиц, спины, плеч, конечностей)
- иногда болезненные при пальпации
- в центре инфильтратов развивается размягчение и вскрытие их с выделением белой крошковидной массы
- общее состояние не нарушается, температура тела нормальная
- Прогноз благоприятный
- Инфильтраты исчезают самостоятельно без лечения или ограничиваются назначением тепловых процедур (соллюкс, сухие повязки с ватой), витамина Е

Повреждения и кровоизлияния в грудинно-ключичную-сосцевидную мышцу

Факторы риска:

- при наложении акушерских щипцов
- при выполнении ручных пособий
- в родах при ягодичном предлежании

Клиника:

гематома в области повреждения, кривошея (в сторону повреждения)

Лечение:

фиксирующая повязка, физиотерапия, массаж, при неэффективности – оперативное лечение

Родовая опухоль

- отек мягких тканей головы с кровоизлияниями, возникающий в процессе родов в подлежащей части головки
- чаще у первородящих матерей, при затяжных родах и при длительном прорезывании головки
- находится ниже пояса соприкосновения в родовом канале
- наиболее часто располагается в теменно-затылочной области
- не имеет четких границ, переходит швы и роднички
- имеет желеобразную или тестоватую консистенцию, желтоватую, красноватую или темно-красную окраску
- возникает после отхождения вод
- чем длительнее безводный период, тем более выражена родовая опухоль
- Небольшая родовая опухоль рассасывается в течение 1-3 дней

Кефалогематома

- кровоизлияние под надкостницу костей черепа, соответствует области периостального застоя и локализации родовой опухоли
- Возникает при значительных расстройствах кровообращения в надкостнице и при переломах костей черепа
- чаще при быстрых родах и у первородящих женщин
- Небольшие кефалогематомы рассасываются в течение 1,5 – 2 месяцев
- крупные кефалогематомы оссифицируются, что приводит к деформации и асимметрии черепа
- При больших кефалогематомах кровь удаляют пункционно с последующим наложением давящей повязки
- При оссификации кефалогематомы показано плановое иссечение оссифицированных участков под общим наркозом
- При нагноении кефалогематомы проводится вскрытие, опорожнение, дренирование под общим наркозом с последующей антибактериальной терапией

Внутричерепные кровоизлияния

- являются следствием травматического повреждения в родах (чрезмерное сдавление черепа в вертикальной и лобно-затылочной плоскостях)
- чаще возникают у недоношенные детей

Способствующий фактор – гипоксически-ишемическое повреждение сосудов мозга

Клиника внутричерепных кровоизлияний

Наиболее типичные проявления при любых внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных:

- внезапное ухудшение общего состояния ребенка с развитием различных вариантов синдрома угнетения с периодически возникающими признаками гипервозбудимости
- нарушения терморегуляции (гипо- или гипертермия)
- вегетовисцеральные расстройства (срыгивания, патологическая сыпь, снижение массы тела, метеоризм, неустойчивый стул, тахипноэ, тахикардия, расстройства периферического кровообращения)

Клиника внутричерепных кровоизлияний

Наиболее типичные проявления при любых внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных:

- псевдобульбарные и двигательные расстройства, судороги
- изменение характера крика
- выбухание большого родничка или его напряжение
- аномальные движения глазных яблок
- прогрессирующая постгеморрагическая анемия
- метаболические нарушения
- присоединение соматических заболеваний (менингит, сепсис, пневмония, сердечнососудистая и надпочечниковая недостаточность, и др.)

Течение внутричерепных кровоизлияний

Периоды течения родовой травмы головного мозга:

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

Лечение:

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

Мониторирование основных параметров жизнедеятельности

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

Перинатальные повреждения спинного мозга и плечевого сплетения

Патогенез:

- повреждение позвоночника
- кровоизлияния в спинной мозг и его оболочки
- ишемия в области позвоночных артерий из-за стеноза, спазма или окклюзии их
- повреждения межпозвоночных дисков
- повреждения шейных корешков и плечевого сплетения



Механизм развития травмы
шейного отдела
позвоночника

Перинатальные повреждения спинного мозга и плечевого сплетения

Этиология:

- тяга за головку плода при фиксированных плечиках
- тяга за плечики при фиксированной головке плода (при ягодичном предлежании)
- чрезмерная ротация головки плода (при лицевом предлежании)
- акушерские щипцы
- ручные пособия

Перинатальные повреждения спинного мозга и плечевого сплетения

Клиника

- При травме шейного отдела позвоночника отмечается болевой синдром при перемене положения ребенка, резкий плач
- возможны – фиксированная кривошея, укороченная или удлиненная шея, кровоподтеки, отсутствие пота, сухая кожа над местом поражения

Повреждение сегментов C-1, C-2:

- вялость, адинамия, диффузная мышечная гипотония, гипотермия, артериальная гипотония, гипо- или арефлексия, паралич движений, синдром дыхательных расстройств (СДР)
- при перемене положения ребенка - усиление дыхательных расстройств, вплоть до апноэ
- задержка мочеиспускания или недержание мочи, «поза лягушки»
- спастическая кривошея

Причина смерти - СДР, приступы асфиксии, шок

Перинатальные повреждения спинного мозга и плечевого сплетения

Клиника

- Парез диафрагмы - результат травмы плечевого сплетения, спинного мозга на уровне C-4 - Th-1
- Парезы и параличи Дюшена-Эрба развиваются при поражении спинного мозга на уровне C-4, C-5, C-6 или плечевого сплетения:

пораженная конечность приведена к туловищу, разогнута в локтевом суставе, повернута внутрь, ротирована в плечевом суставе; кисть в ладонном сгибании и повернута назад и кнутри, голова наклонена, шея кажется короткой; снижены рефлексy Моро, Бабкина, отсутствуют рефлексy хватательный и сухожильный

Перинатальные повреждения спинного мозга и плечевого сплетения

Клиника

- **тотальный паралич верхней конечности** (паралич Керера) наблюдается при повреждении **C-4, Th-1** сегментов спинного мозга или плечевого сплетения, чаще односторонний
- симптомы – отсутствие активных движений и рефлексов, мышечная гипотония, трофические расстройства
- **нижний дистальный паралич Дежерин-Клюмпке** при травме спинного мозга на уровне **C-7 Th-1**
- симптомы: нарушение функции верхней конечности (снижение функции сгибателей кисти и пальцев и др.)

Родовая травма костей скелета

- Наиболее часто травмируется ключица у крупных плодов, при затруднениях выведения плечиков
- Обычно это поднадкостничный перелом в средней трети ключицы без смещения
- движения руки на стороне перелома ограничены, имеется локальный отек, рефлекс Моро на стороне поражения отсутствует, крепитация при пальпации
- Прогноз благоприятный, образование костной мозоли наступает быстро, на 3–4-й день, в дальнейшем функция конечности не нарушается



Рентгенограмма новорожденного.
Перелом ключицы

Для постановки диагноза необходим осмотр ключиц у детей сразу после рождения, особенно у крупных

Профилактика родового травматизма плода

- **Адекватное отношение роженицы к беременности** (планирование беременности, прегравидарная подготовка, регулярное наблюдение в женской консультации, не отказываться от лечения в стационаре)
- **Работа с беременными женщинами по профилактике внутриутробной гипоксии плода, беседы по здоровому образу жизни, питанию, своевременные госпитализации в акушерский стационар по показаниям**
- **Адекватная врачебной тактикой в плане родоразрешения в интересах плода** (своевременно проводить операцию кесарева сечения)
- **Оказывать помощь плоду и новорожденному без элементов «акушерской агрессии»:**
 - не разгибать головку плода
 - не поворачивать головку плода
 - не тянуть за головку плода
 - шире проводить оперативное расширение вульварного кольца
 - аккуратнее извлекать ребенка при кесаревом сечении

Спасибо за внимание!

