

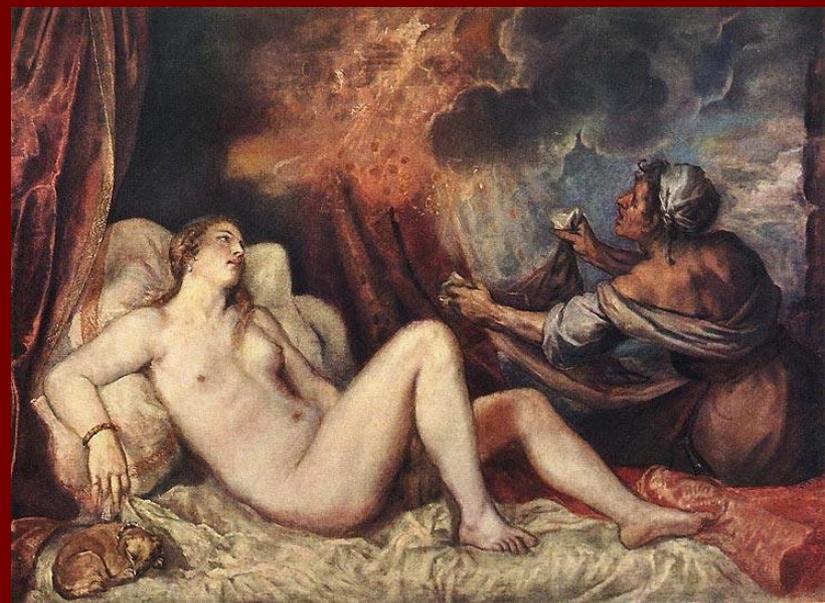


ГОУ ВПО «Хакасский государственный университет  
им. Н.Ф. Катанова»  
Медико-психолого-социальный институт  
Кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии

# АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

ЛЕКЦИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ  
IV КУРСА

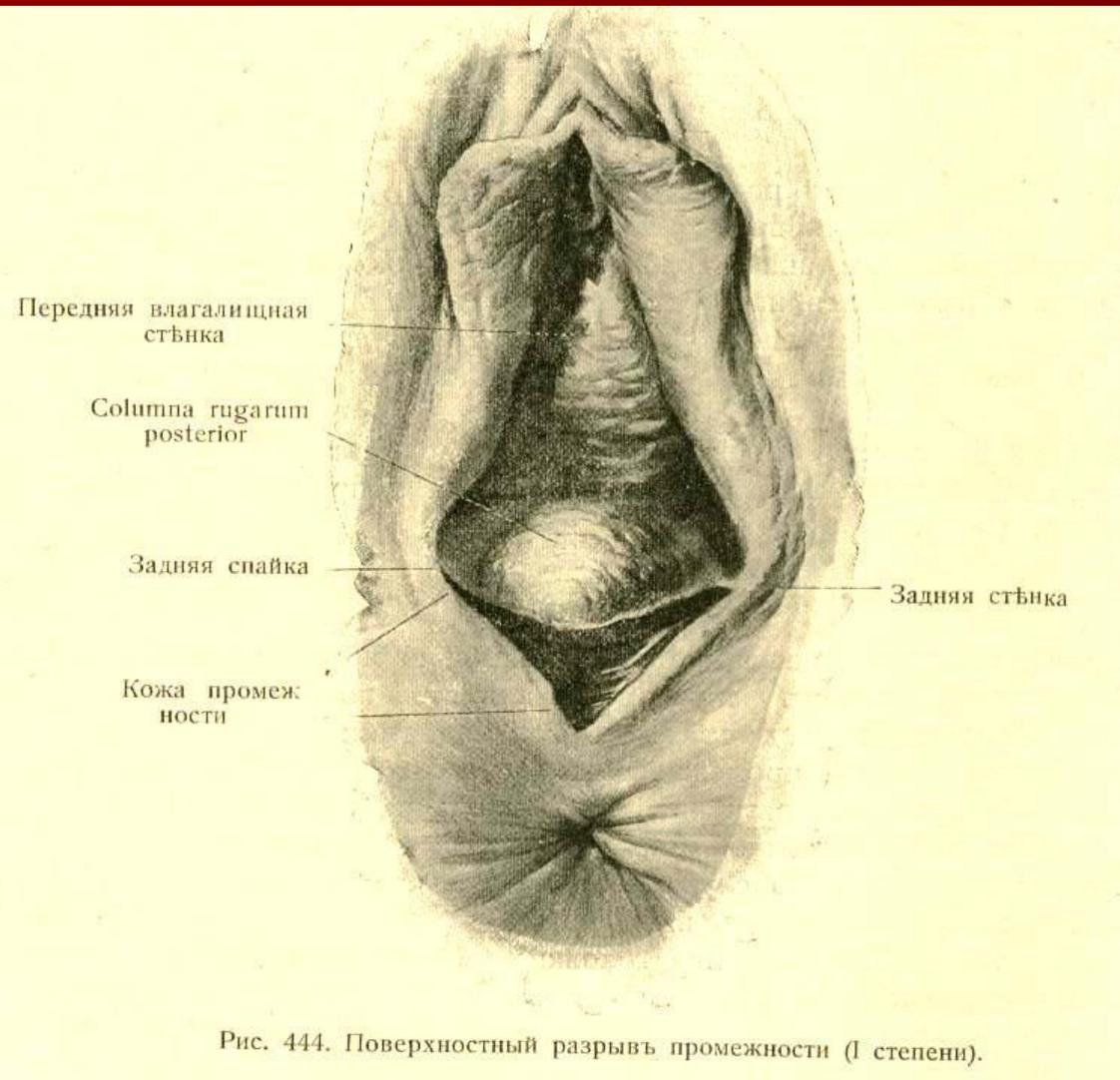
Зав. каф. к.м.н.,  
Гладкая Валентина Сергеевна



# **К родовому травматизму относят:**

- 1. Повреждения наружных половых органов**
- 2. Разрывы промежности**
- 3. Разрывы стенок влагалища**
- 4. Разрывы шейки матки**
- 5. Разрывы тела матки**
- 6. Вывороты матки**
- 7. Повреждения сочленений таза**
- 8. Кишечно-половые и мочеполовые свищи**

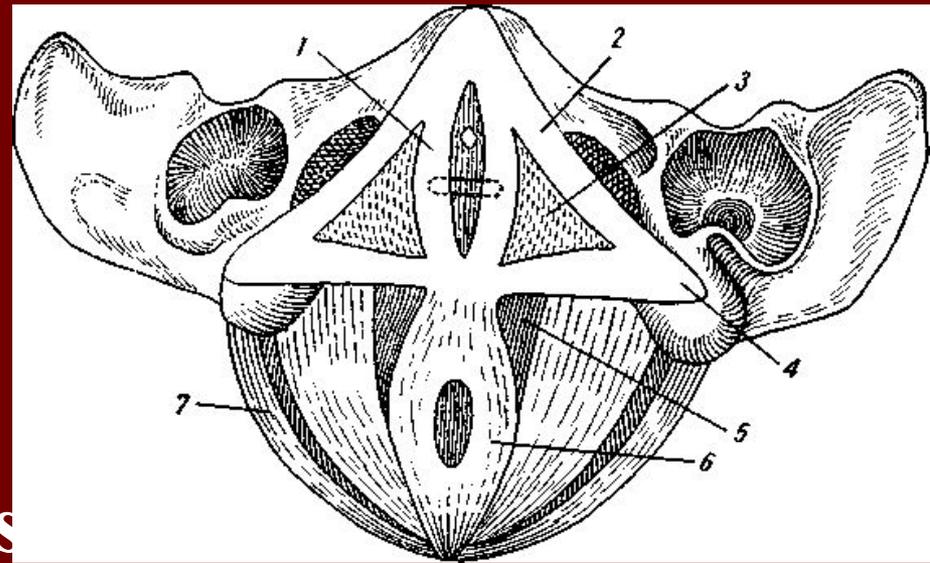
# Разрывы промежности



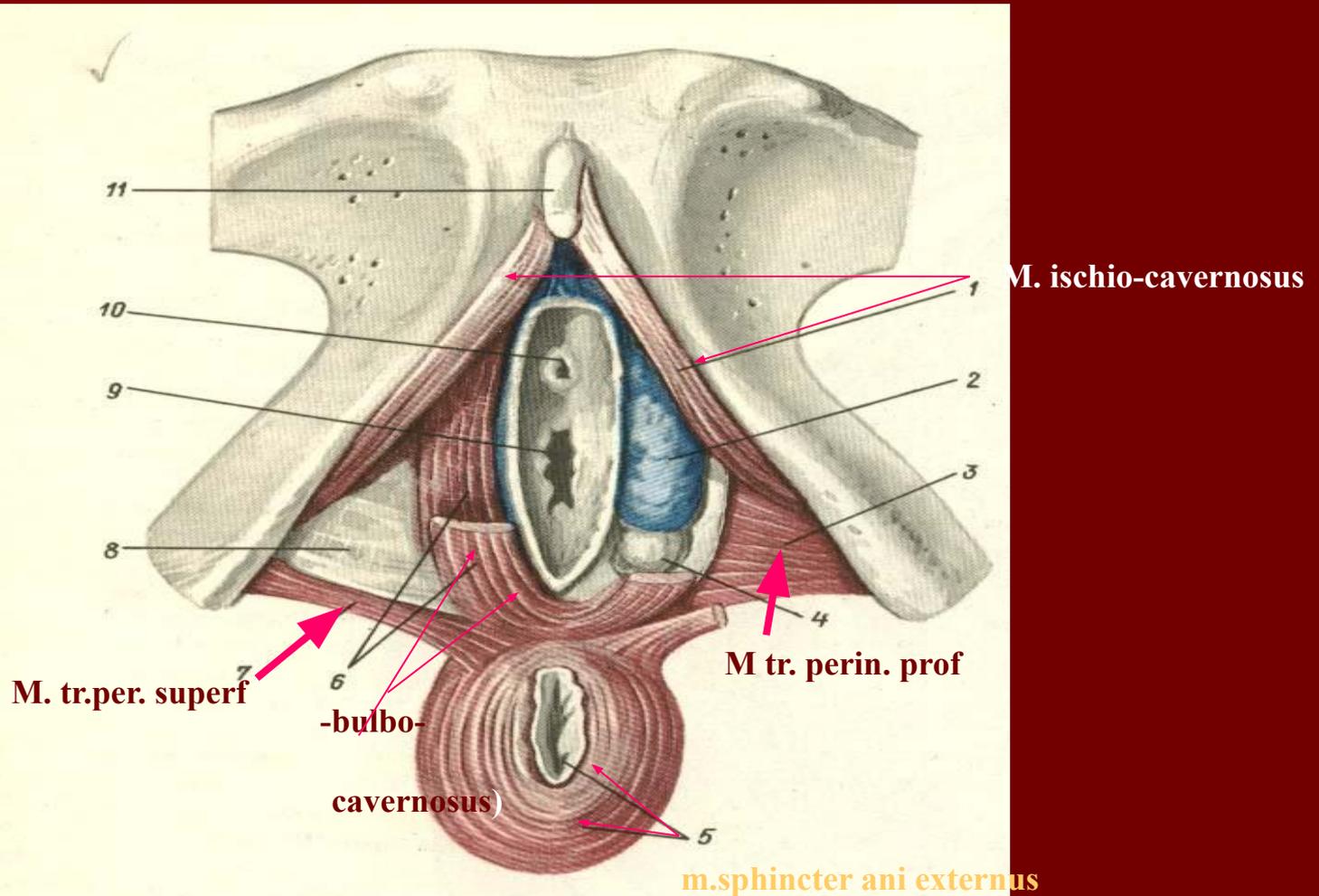
Частота от 7 до 15% всех родов, у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих

# I (наружный) этаж тазового дна

- 1-*M. constrictor cunni*  
(*bulbo-cavernosus*)
- 2-*M. ischio-cavernosus*
- 4-*M. transversus perinei*  
*superficialis*
- 6-*M. sphincter ani externus*



# Мышцы тазового дна (I этаж)



## 77. Мочеполовая диафрагма.

1 — m. ischiocavernosus; 2 — bulbus vestibuli; 3 — m. transversus perinei profundus; 4 — glandula vestibularis major; 5 — anus et m. sphincter ani externus; 6 — m. bulbospongiosus; 7 — m. transversus perinei superficialis; 8 — fascia diaphragmatis urogenitalis inferior; 9 — ostium vaginae; 10 — ostium urethrae externum; 11 — clitoris.

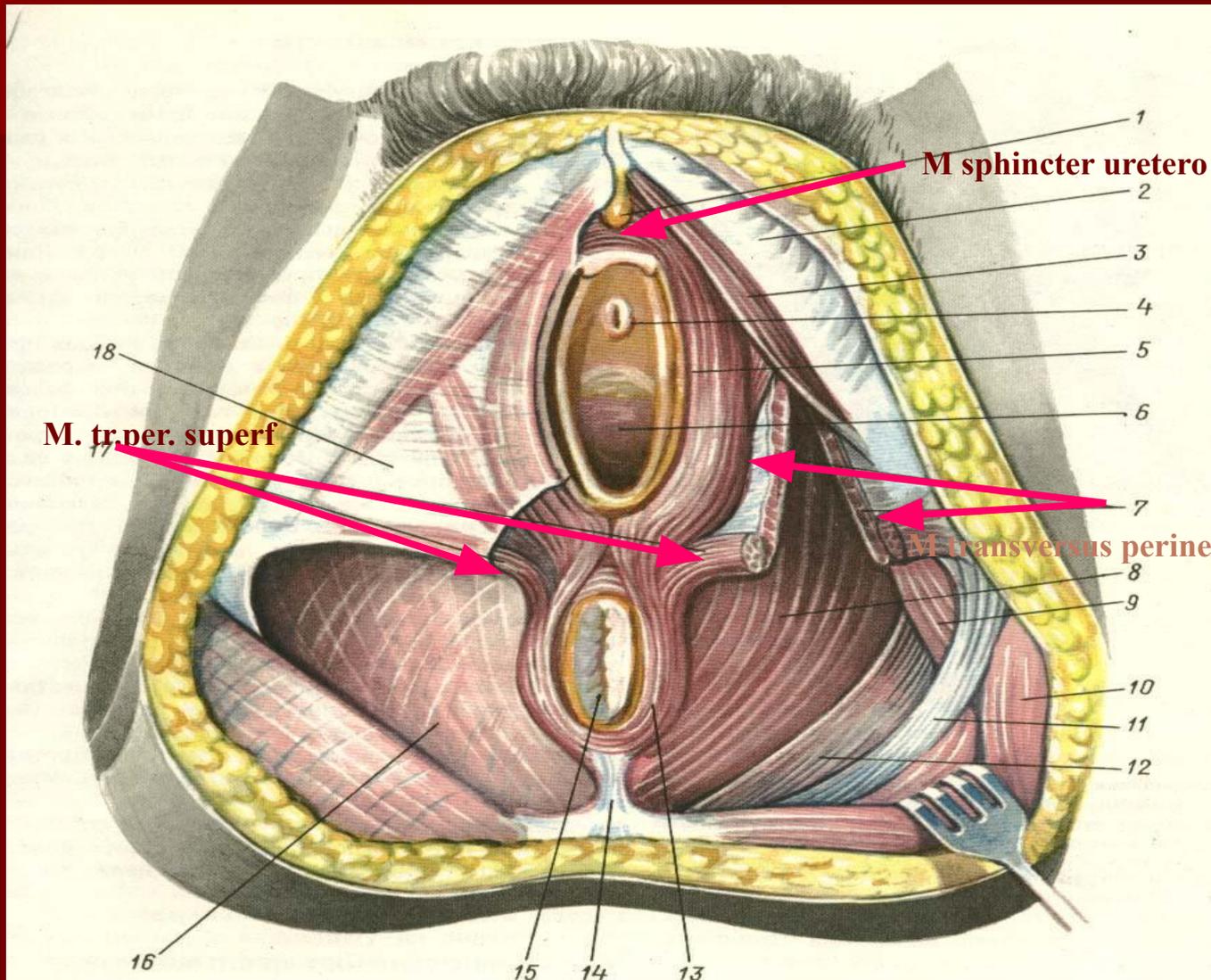
# **II (средний) этаж тазового дна**

**- diaphragma urogenitalis**

**- M. transversus perinei profundus**

**- M. sphincter uretera**

# Мышцы тазового дна (II этаж)



76. Мышцы и фасции тазового дна (снизу, по Р. Д. Стельникову).

1 — glans clitoridis; 2 — fascia lata; 3 — m. ischiocavernosus; 4 — ostium urethrae externum; 5 — m. bulbospongiosus; 6 — ostium vaginae; 7 — m. transversus perinei profundus; 8 — m. levator ani; 9 — m. obturatorius internus; 10 — m. gluteus maximus; 11 — lig. sacrotuberale; 12 — m. ischioanal; 13 — m. ischioanal; 14 — m. ischioanal; 15 — m. ischioanal; 16 — m. ischioanal; 17 — m. tr.per. superf; 18 — m. ischioanal.

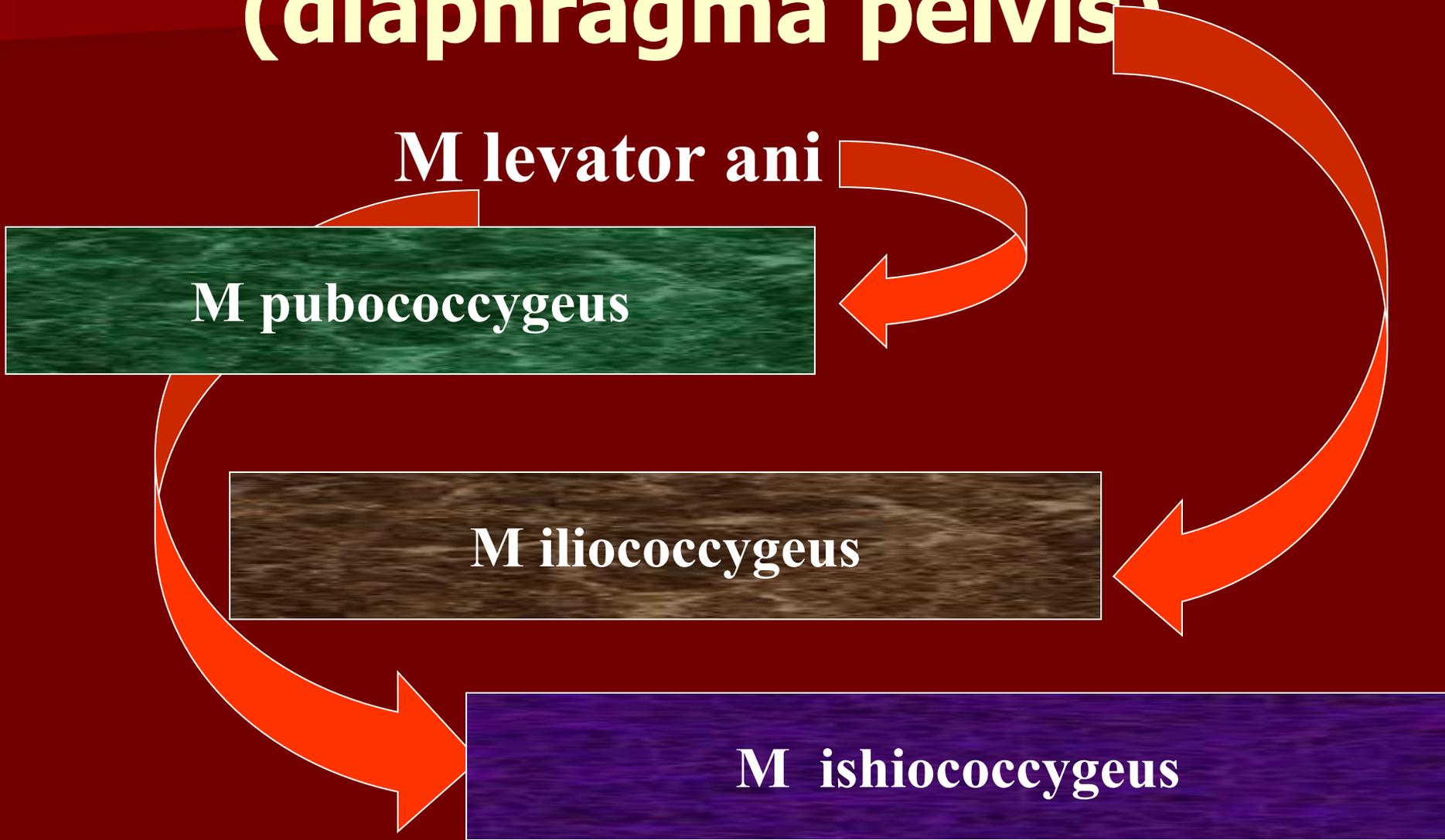
# III (внутренний) этаж тазового дна (diaphragma pelvis)

M levator ani

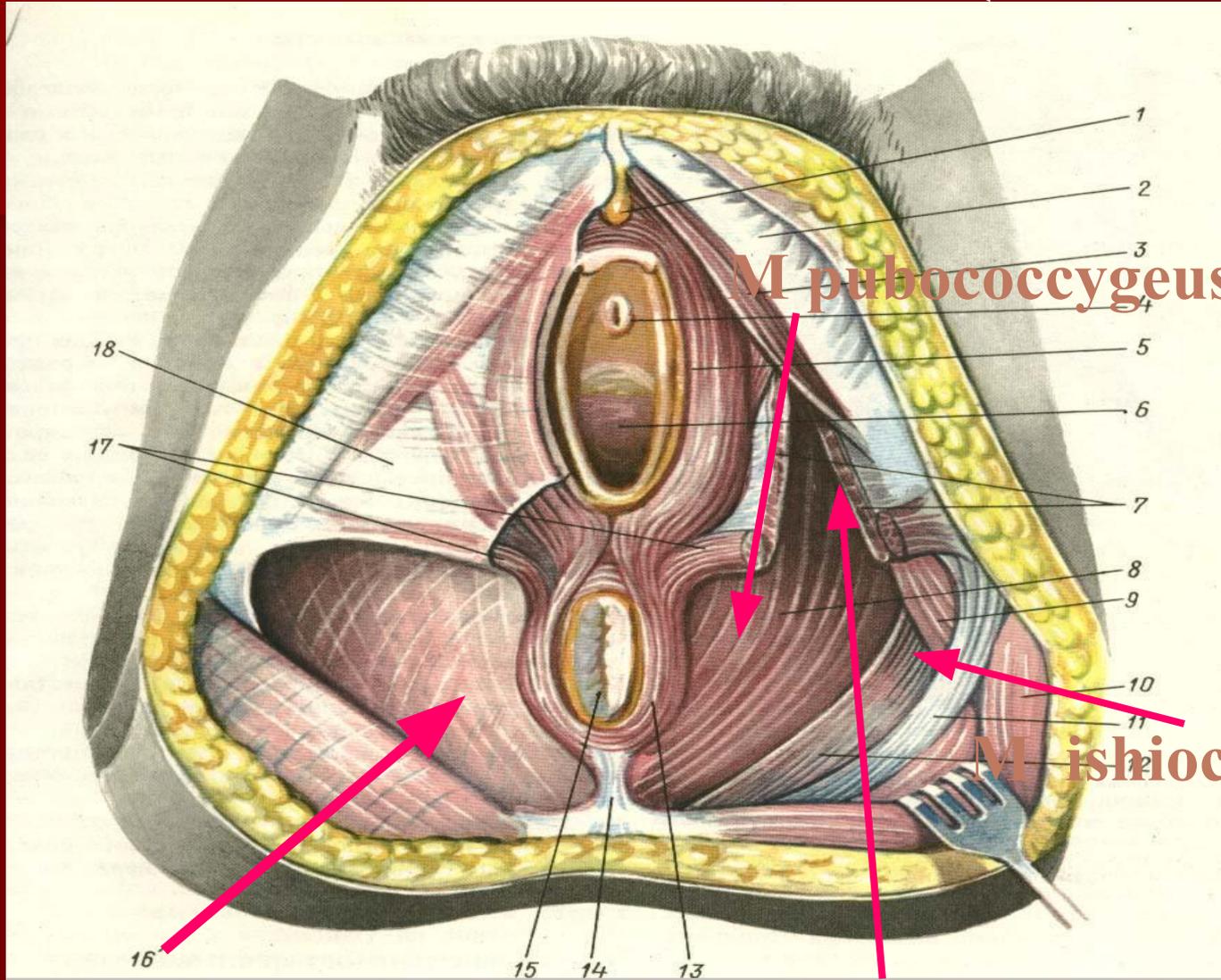
M pubococcygeus

M iliococcygeus

M ishiococcygeus



# Мышцы тазового дна (III этаж)



M pubococcygeus

M ishiococcygeus

M levator ani M iliococcygeus

76. Мышцы и фасции тазового дна (снизу, по Р. Д. Синельникову).  
 1 — m. levator ani; 2 — m. ischio-cavernosus; 3 — m. ischio-cavernosus; 4 — m. bulbospongiosus; 5 — m. transverse perinealis; 6 — m. sphincter ani externus; 7 — m. transversus perinei profundus; 8 — m. levator ani; 9 — m. obturatorius internus; 10 — m. gluteus maximus; 11 — lig. sacrotuberale; 12 — lig. sacrospinale; 13 — m. sphincter ani externus; 14 — lig. anococcygeum; 15 — anus; 16 — fascia diaphragmatis pelvis inferior; 17 — m. transversus perinei superficialis; 18 — fascia diaphragmatis urogenitalis inferior.

# Причины разрывов промежности

Рубцовые изменения промежности

Быстрое продвижение  
головки плода

Крупные  
размеры  
плода

Влагалищные родоразрешающие  
операции

Разгибательные  
вставления

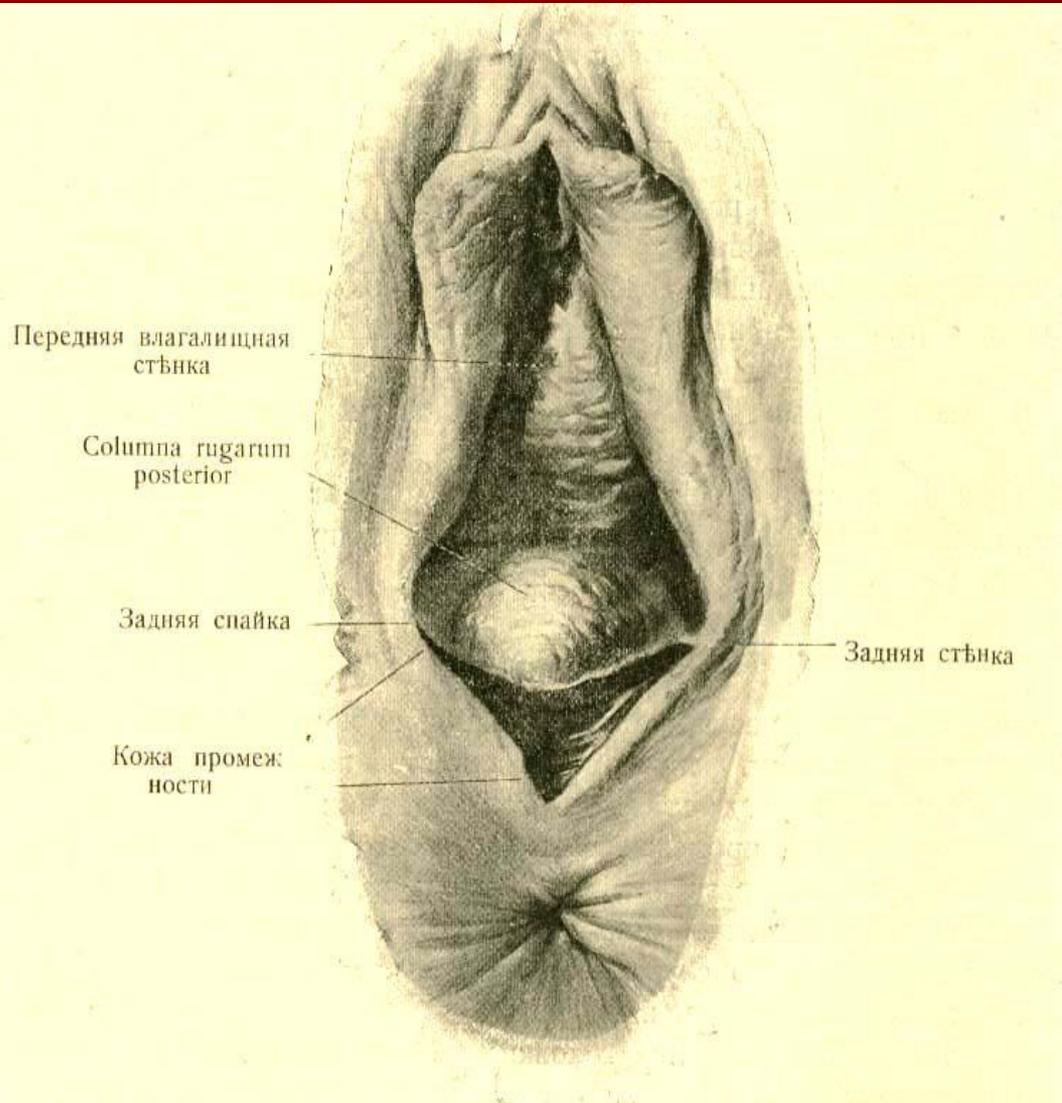
# Предрасполагающие факторы

Изменения вследствие  
воспалительных процессов

Ригидность тканей у возраст-  
ных первородящих

Аномалии костного таза

# Разрыв промежности I степени



Нарушается целостность задней стенки влагалища, задней спайки и кожи промежности. Мышцы не повреждены.

Рис. 444. Поверхностный разрыв промежности (I степени).

# Разрыв промежности II степени

Кроме кожи  
разрываются  
фасции и  
мышцы в области  
сухожильного  
центра

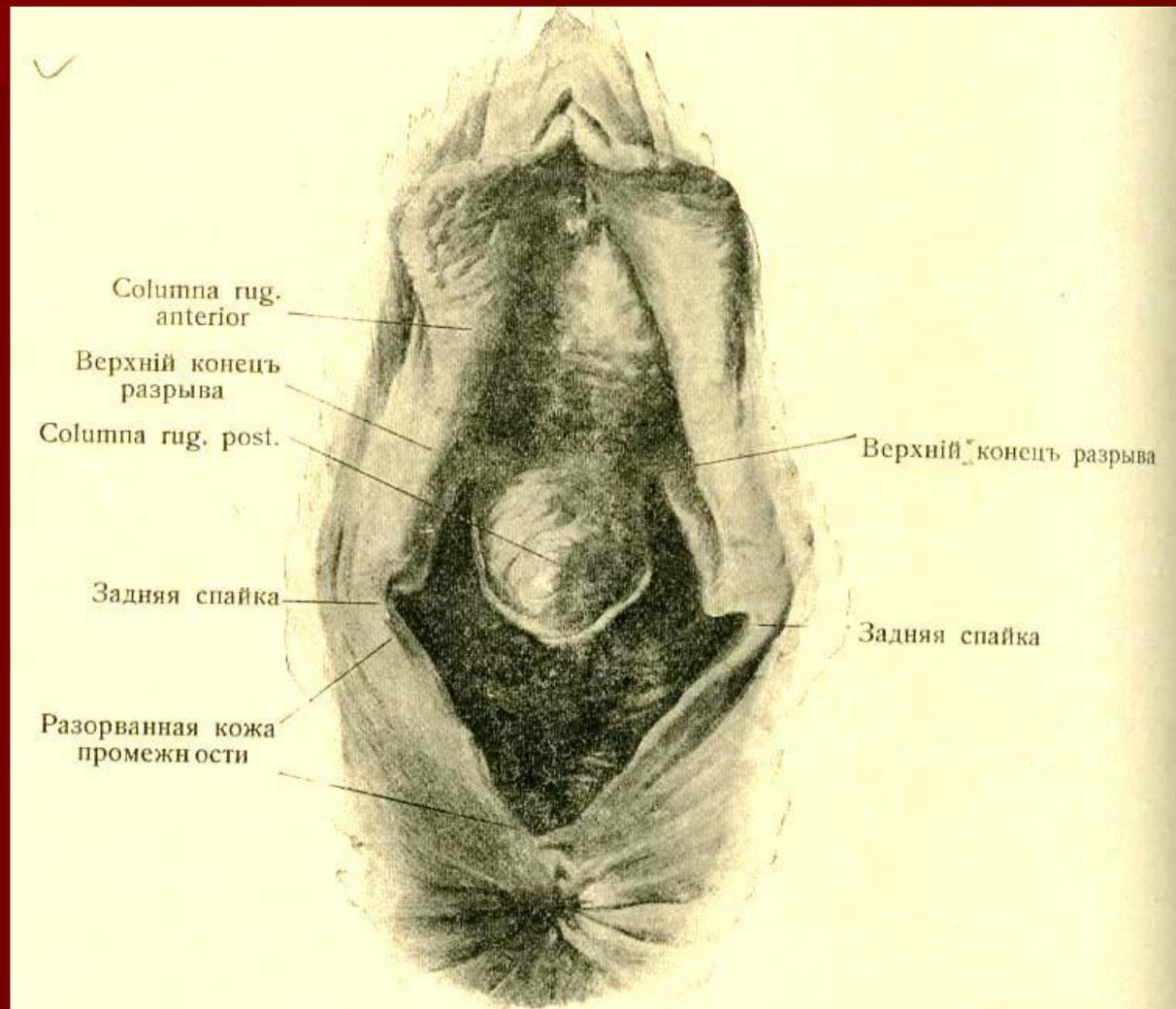


Рис. 446. Глубокий разрыв промежности (II степени).

# Разрыв промежности III степени

Помимо кожи, фасций и вышеупомянутых мышц надрывается или полностью разрывается сфинктер и слизистая прямой кишки

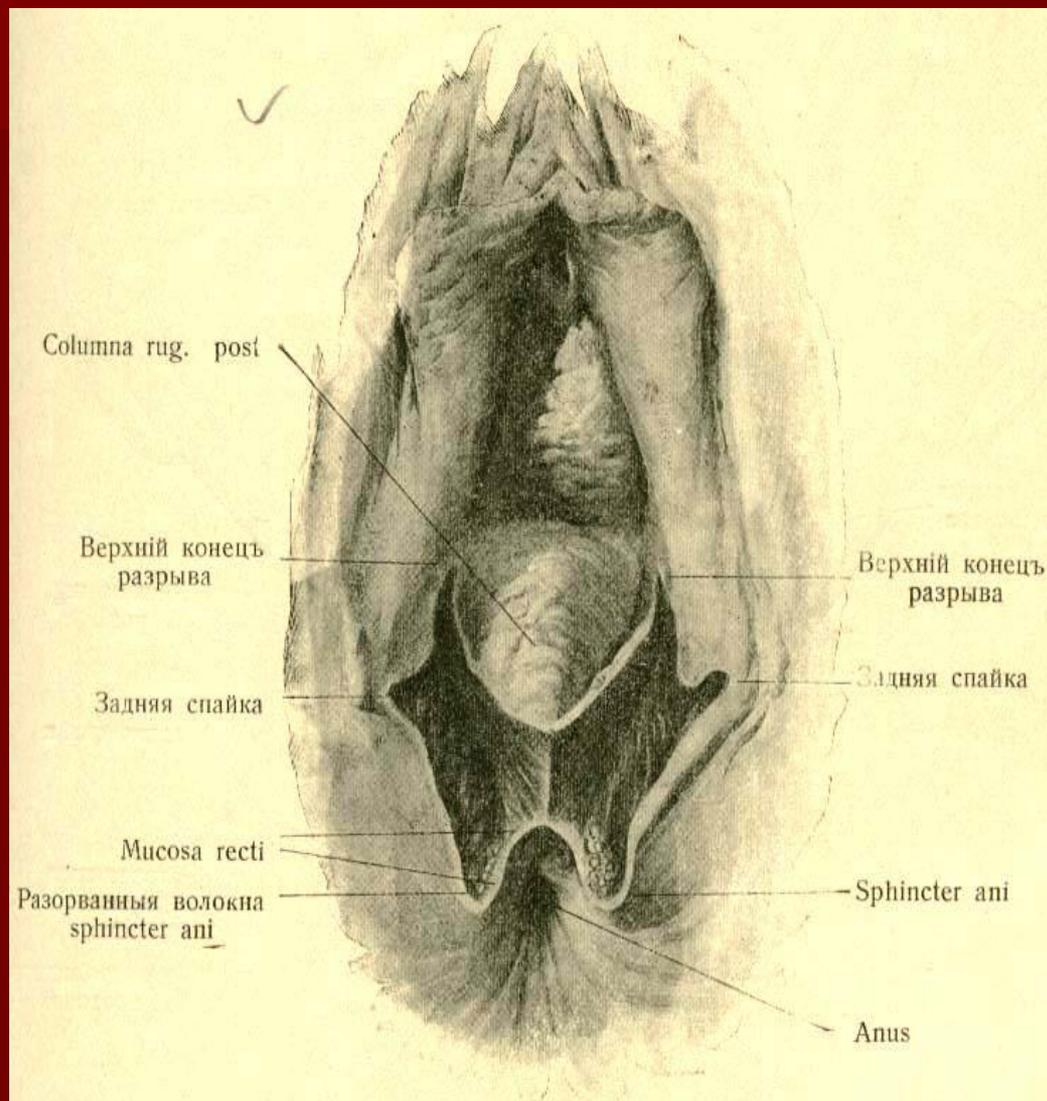


Рис. 447. Полный разрыв промежности (III степени).

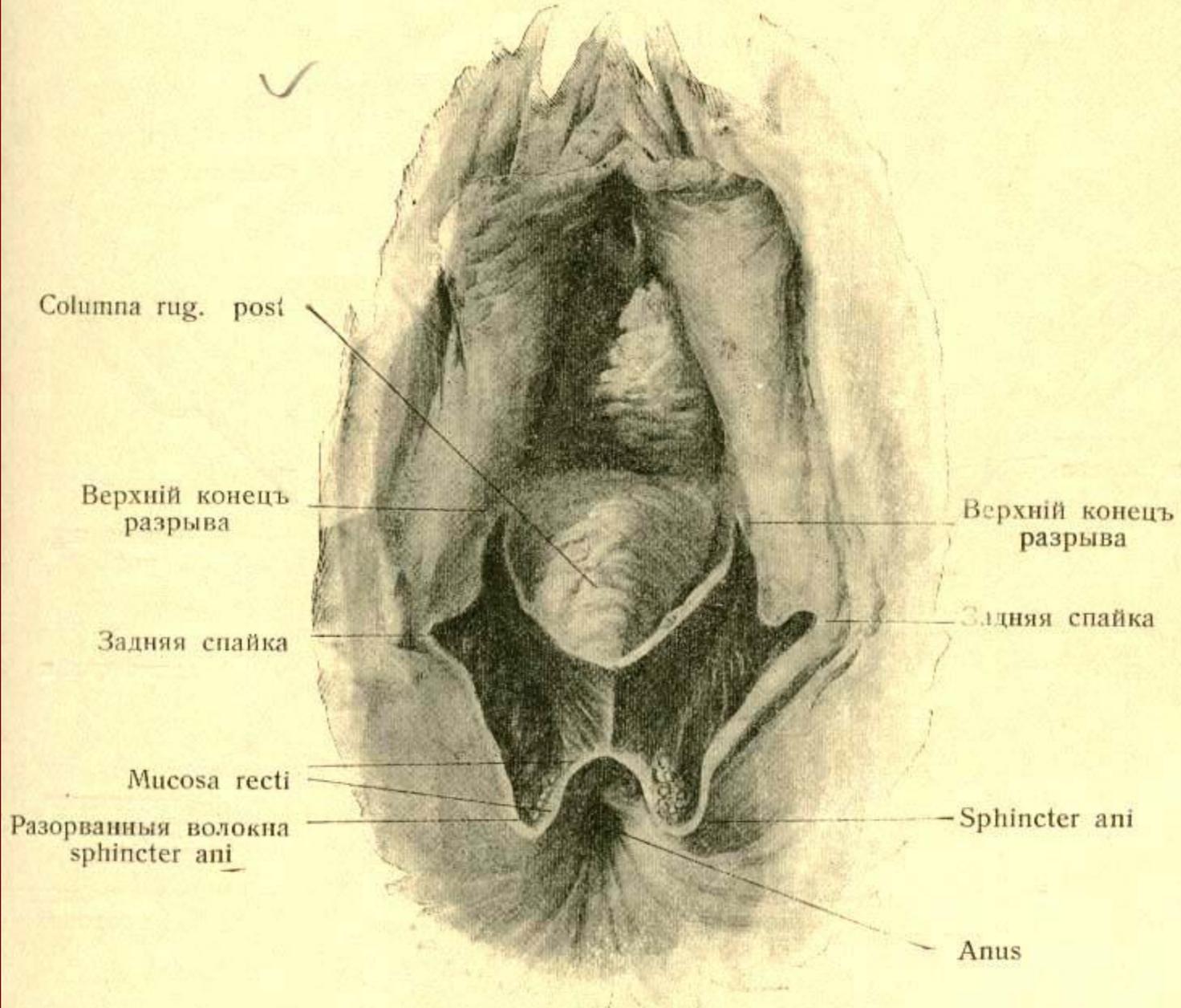


Рис. 447. Полный разрыв промежности (III степени).

# **Этапы ушивания разрывов промежности III степени**

**I – ушивание слизистой прямой кишки**

**II – восстановление сфинктера прямой кишки**

**III – восстановление целостности мышц промежности ,  
слизистой влагалища, кожи промежности**

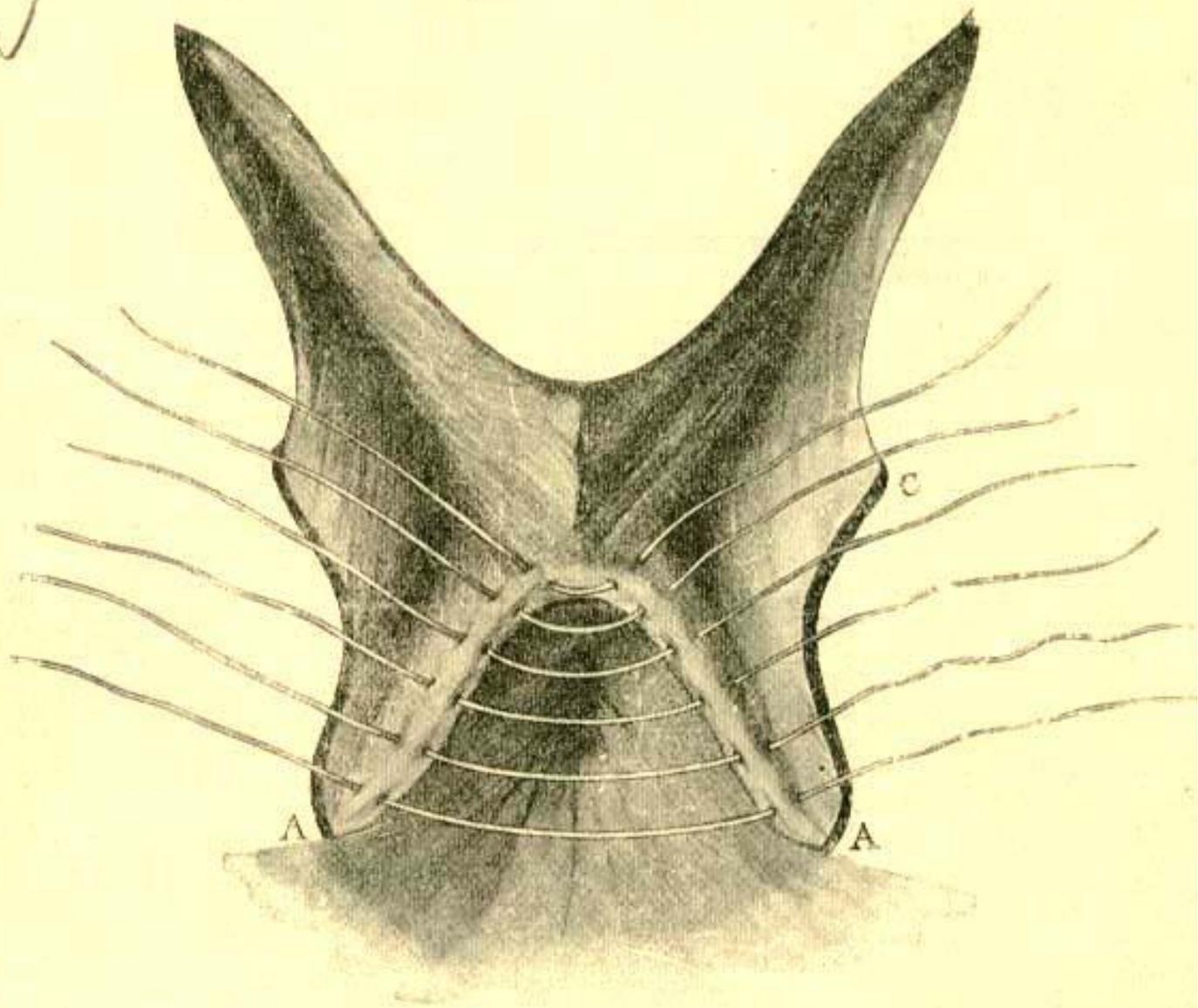
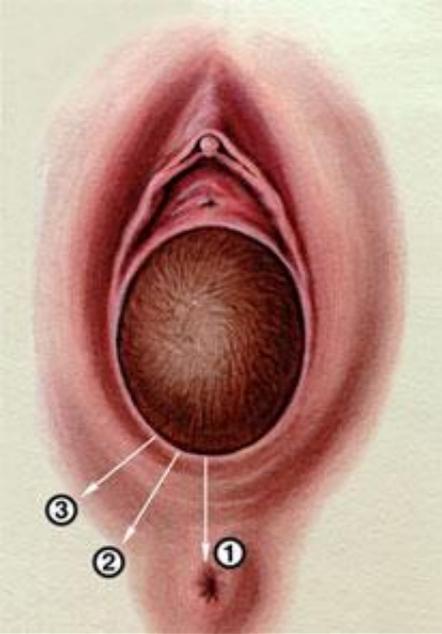


Рис. 453а. Наложеніє швовъ на кишечную стѣнку.  
[АА мѣсто разрыва задняго прохода, СС задняя спайка.



расширяет вульварное кольцо на 6 см, что дает возможность головке плода рождаться беспрепятственно. или «хирургическая защита промежности»

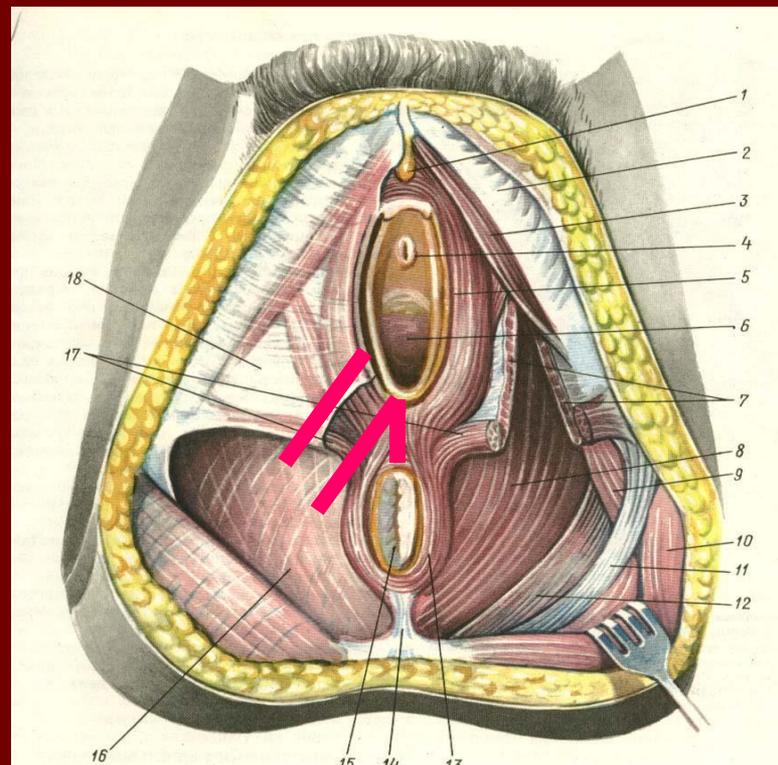
Рассечение промежности на 3 см расширяет вульварное кольцо на 6 см, что дает возможность головке плода рождаться беспрепятственно.

# Показания к рассечению промежности

- 1. угрожающий разрыв промежности;
- 2. внутриутробная гипоксия плода;
- 3. преждевременные роды;
- 4. рубцовая деформация промежности;
- 5. роды в тазовом предлежании;
- 6. ригидность тканей промежности (возрастные первородящие);
- 7. влагалищные родоразрешающие операции (акушерские щипцы, экстракции плода за тазовый конец).

# ВИДЫ РАССЕЧЕНИЙ ПРОМЕЖНОСТИ:

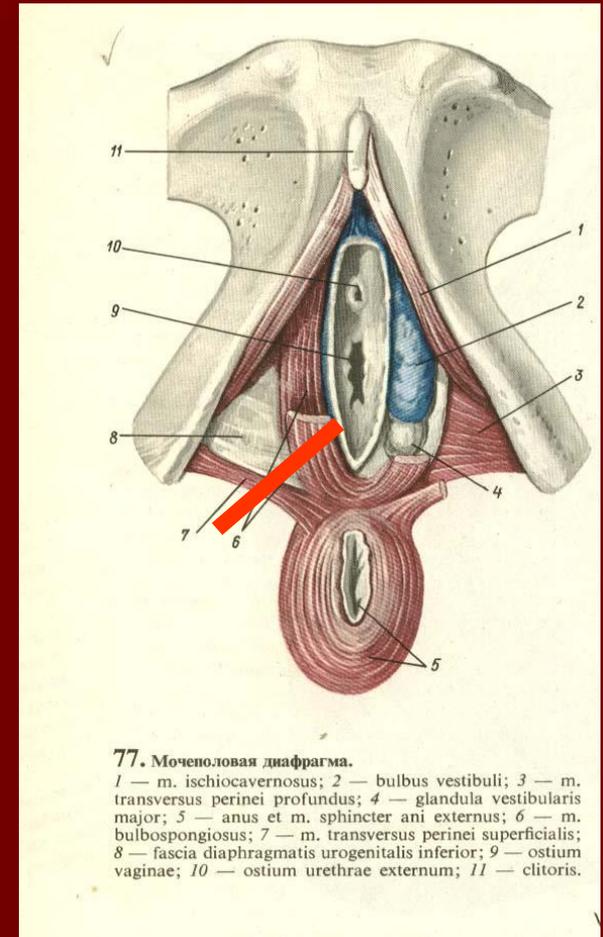
- ПЕРИНЕОТОМИЯ
- СРЕДИНО-ЛАТЕРАЛЬНАЯ  
ЭПИЗИОТОМИЯ
- ЛАТЕРАЛЬНАЯ  
ЭПИЗИОТОМИЯ



76. Мышцы и фасции тазового дна (снизу, по Р. Д. Стельникову).  
1 — glans clitoridis; 2 — fascia lata; 3 — m. ischioavernosus; 4 — ostium urethrae externum;  
5 — m. bulbospongiosus; 6 — ostium vaginae; 7 — m. transversus perinei profundus; 8 — m. levator ani; 9 — m. obturatorius internus; 10 — m. gluteus maximus; 11 — lig. sacrotuberale;  
12 — lig. sacrospinale; 13 — m. sphincter ani externus; 14 — lig. anococcygeum; 15 — anus;  
16 — fascia diaphragmatis pelvis inferior; 17 — m. transversus perinei superficialis; 18 — fascia diaphragmatis urogenitalis inferior.

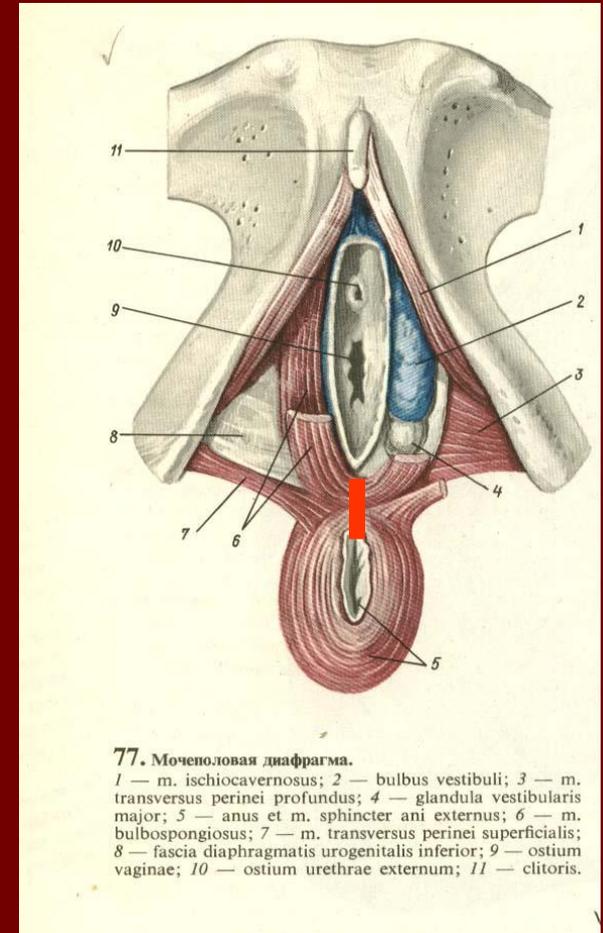
# ЭПИЗИОТОМИЯ

- Кровавое расширение половой щели
- Может быть односторонней или двухсторонней
- Разрез проводится на 2-3 см выше задней спайки по направлению к *tuber ischii* прямыми ножницами глубиной не менее 2 см. При этом рассекаются кожа и часть мышечных волокон *m. bulbo-cavernosus*, *transversus perinei superf. et prof.* и *pubo-cocig.*
- Ушивается рана как разрыв промежности II ст.



# ПЕРИНЕОТОМИЯ

- Срединный разрез промежности
- Предложен Кюстнером и Михаэлисом (1810 г.)
- ПРЕИМУЩЕСТВА: рассекаются только кожа и сухожильный центр, мышечные пласты и фасции остаются неповрежденными.
- НЕДОСТАТКИ: опасность продления разреза на сфинктер прямой кишки



# Гематома стенки влагалища

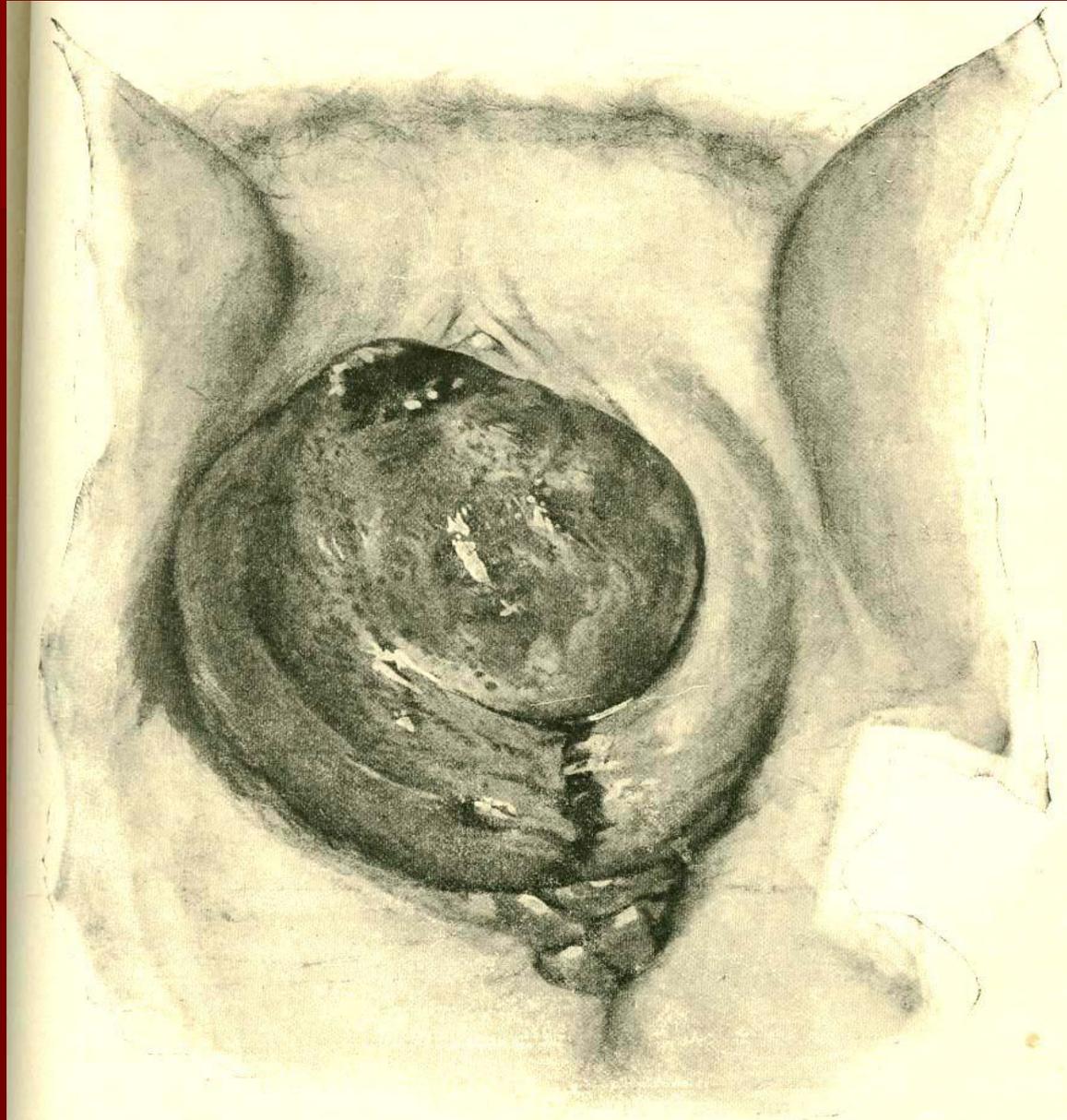


Рис. 456. Thrombus s. Haematoma vaginae.

# Прободной разрыв шейки матки

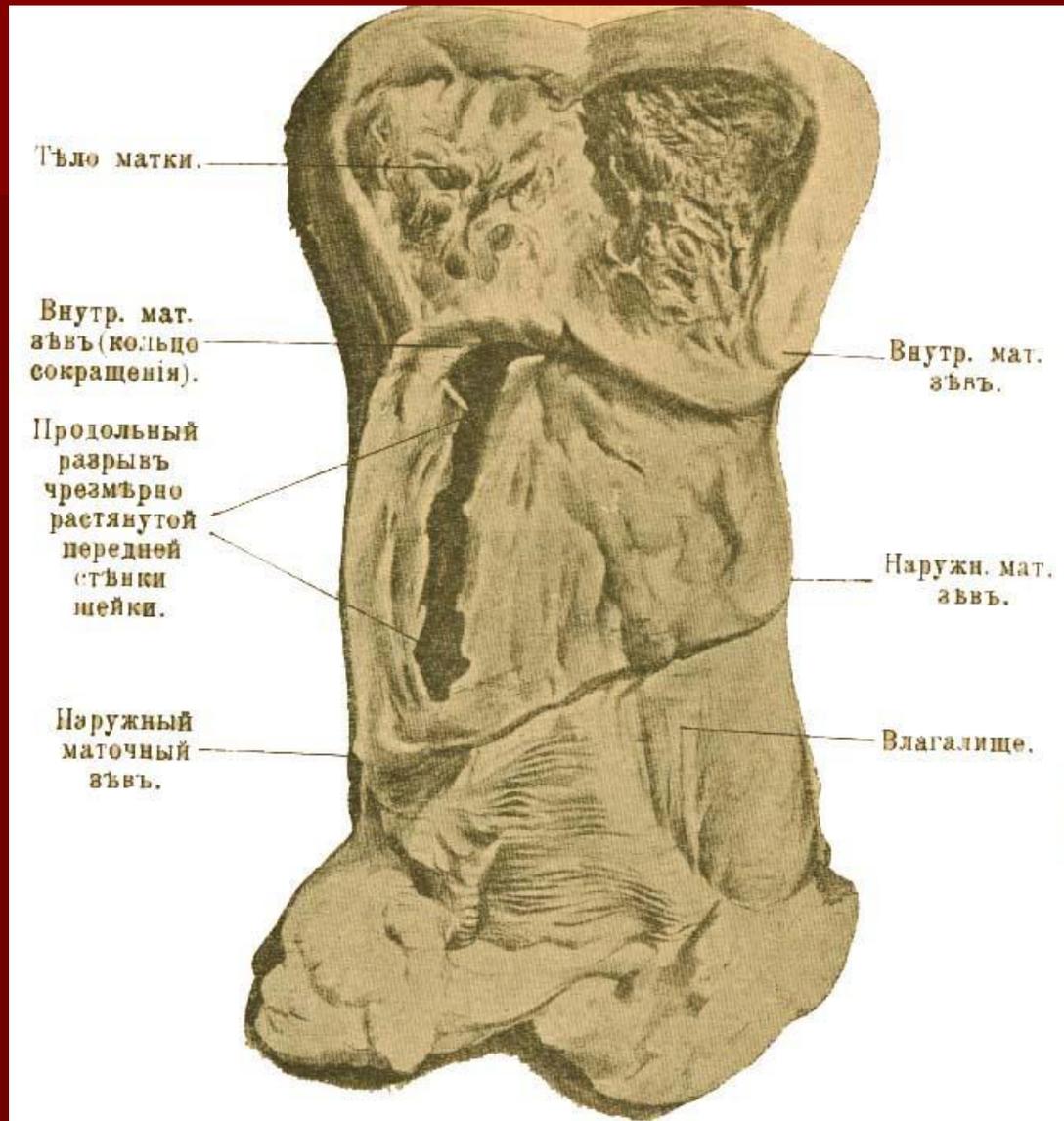


Рис. 493. Большой прободной разрывъ шейки, образовавшийся послѣ безплодной двухдневной родовой дѣятельности при лицевомъ положеніи и узкомъ таза.



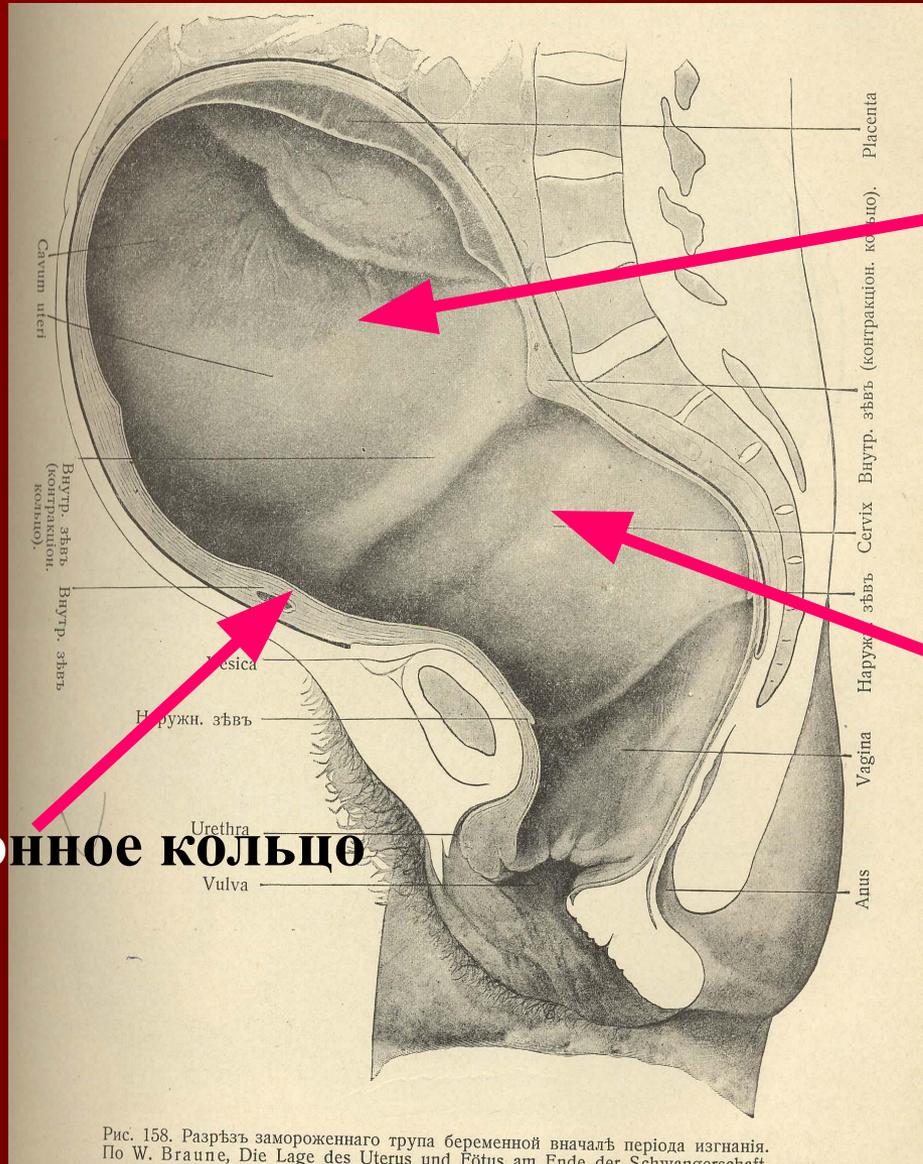
**САМОЕ СТРАШНОЕ, ЧТО  
МОЖЕТ СЛУЧИТЬСЯ С  
ЖЕНЩИНОЙ В РОДАХ – ЭТО  
РАЗРЫВ МАТКИ**

**Цвейфель, XIX век**

# ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

- Впервые разрыв матки был распознан и описан в XVI веке.
- 1670 г. – описан насильственный разрыв матки
- 1875 г. – Бандль в трактате «О разрыве матки и ее механизме» сформулировал механическую теорию разрывов матки
- 1911 г. – «функциональная» теория Вербова-Иванова

# Механическая теория Бандля



Тело матки

Нижний  
сегмент

Контракционное кольцо

Рис. 158. Разрѣзъ замороженнаго трупа беременной вначалѣ періода изгнания.  
По W. Braune, Die Lage des Uterus und Fötus am Ende der Schwangerschaft.

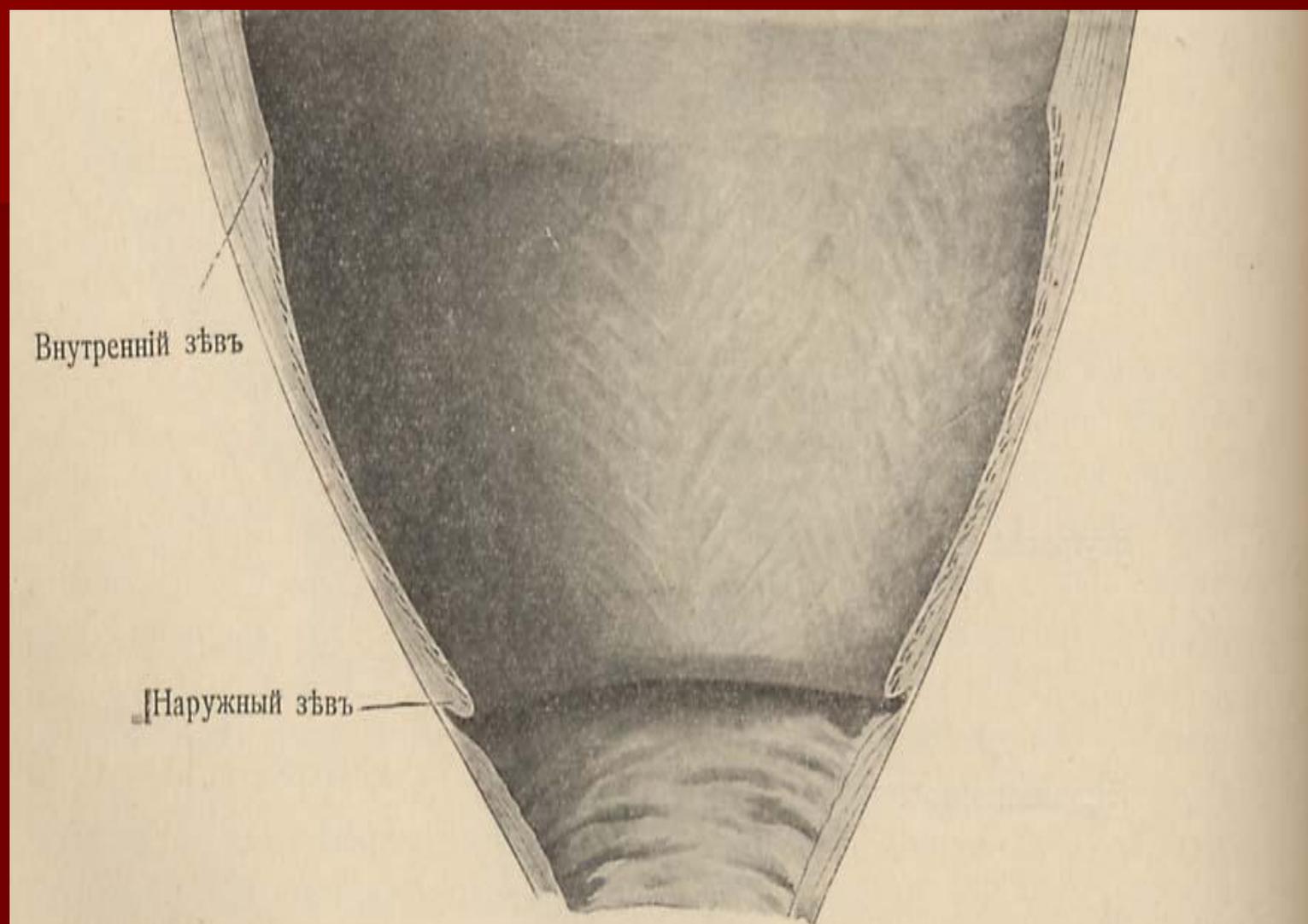


Рис. 154. Первородящая. Шейка расправлена, наружный зѣвъ сглаженъ, представляя только узкую каемку. Периодъ раскрытія законченъ.

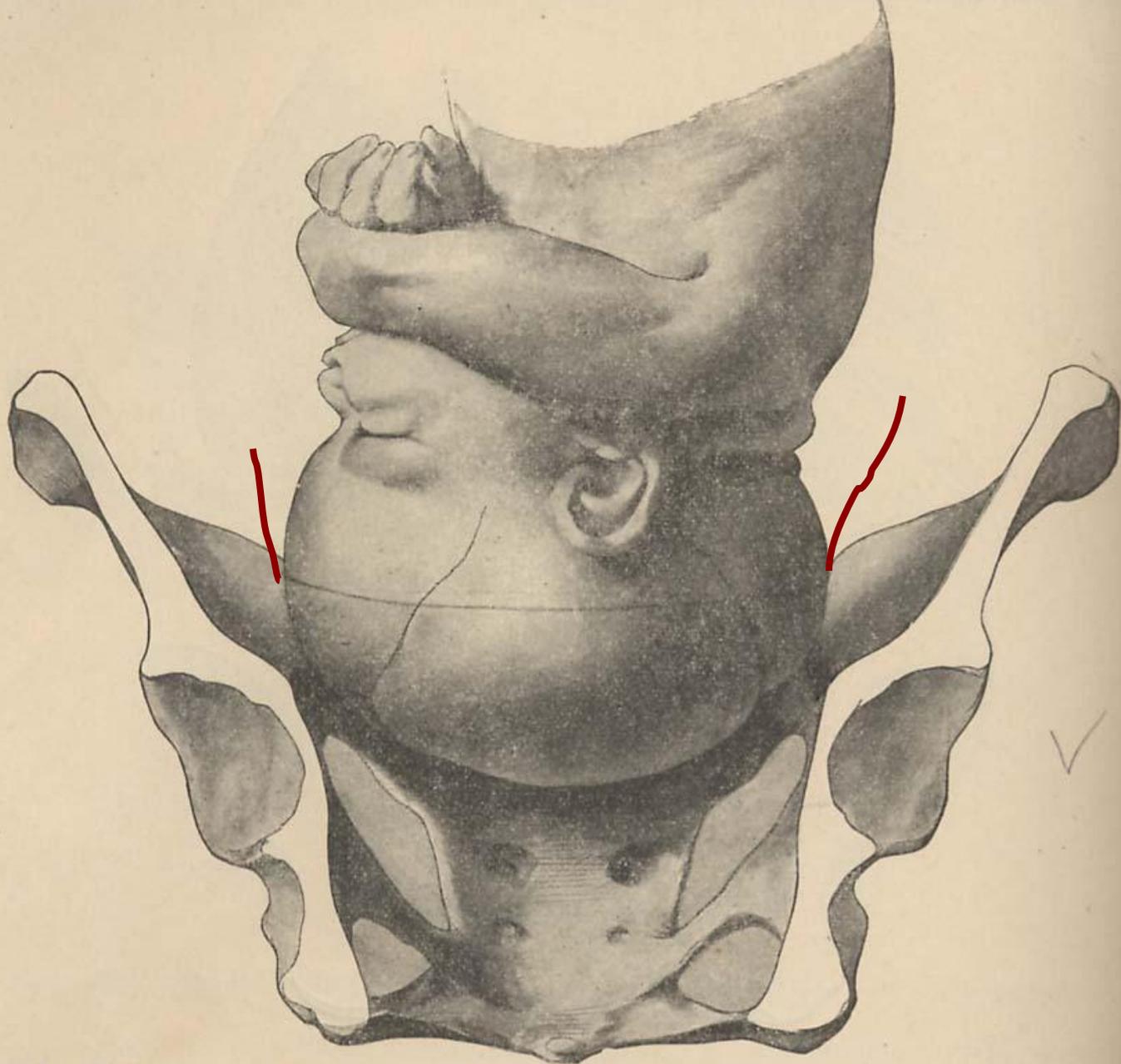


Рис. 181. Многородящая. Начало изгнания. Головка стоит еще подвижно надъ входомъ въ умѣренномъ сгибаніи. затылокъ и передняя часть головки находятся приблизительно на одномъ уровнѣ.

# Второй период родов

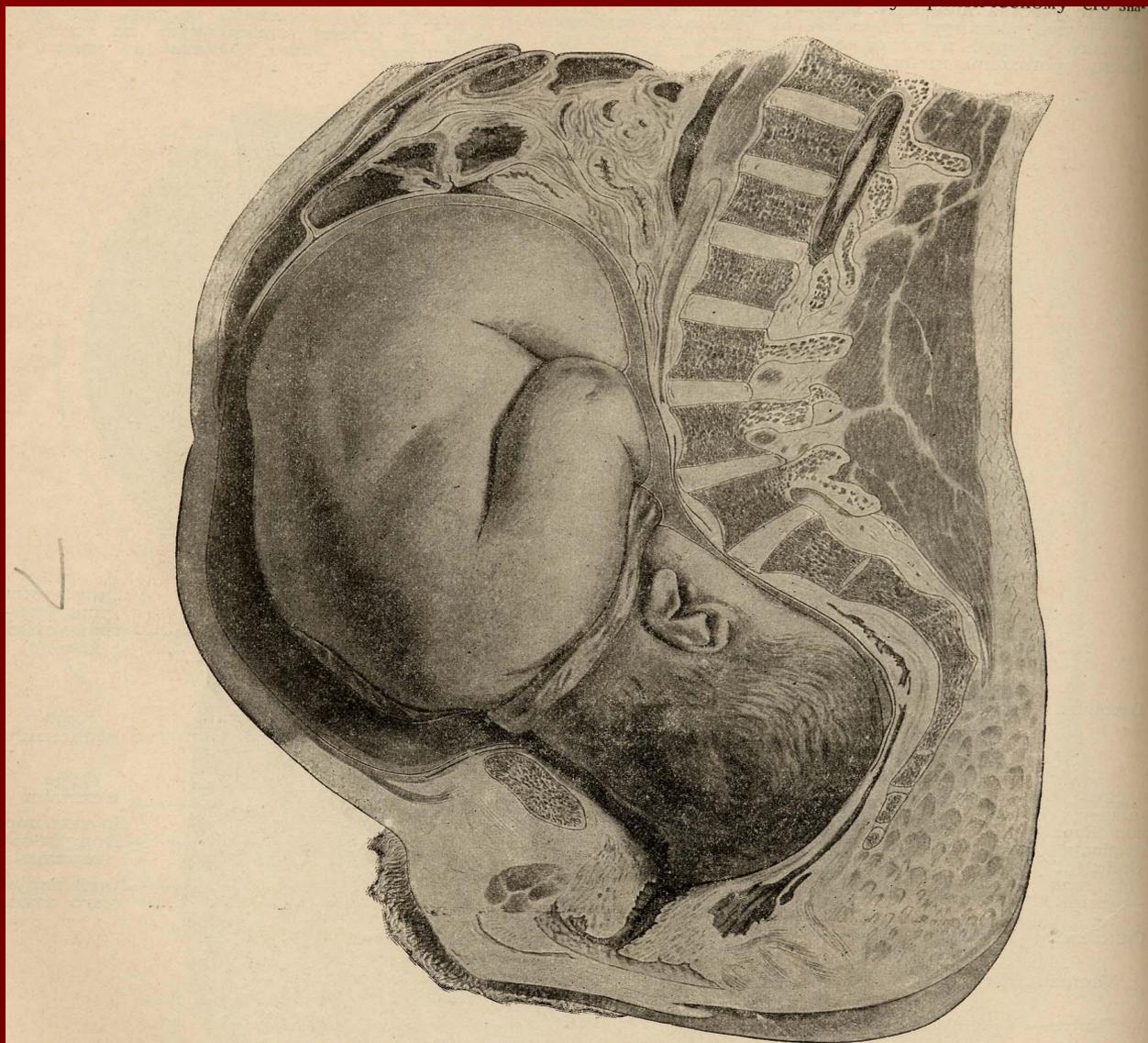


Рис. 159б. Предыдущий разръзъ съ врисованнымъ плодомъ.  
Ребенокъ въ I затылочномъ положеніи, пузырь лопнулъ, головка на тазовомъ днѣ, большая головная опухоль.

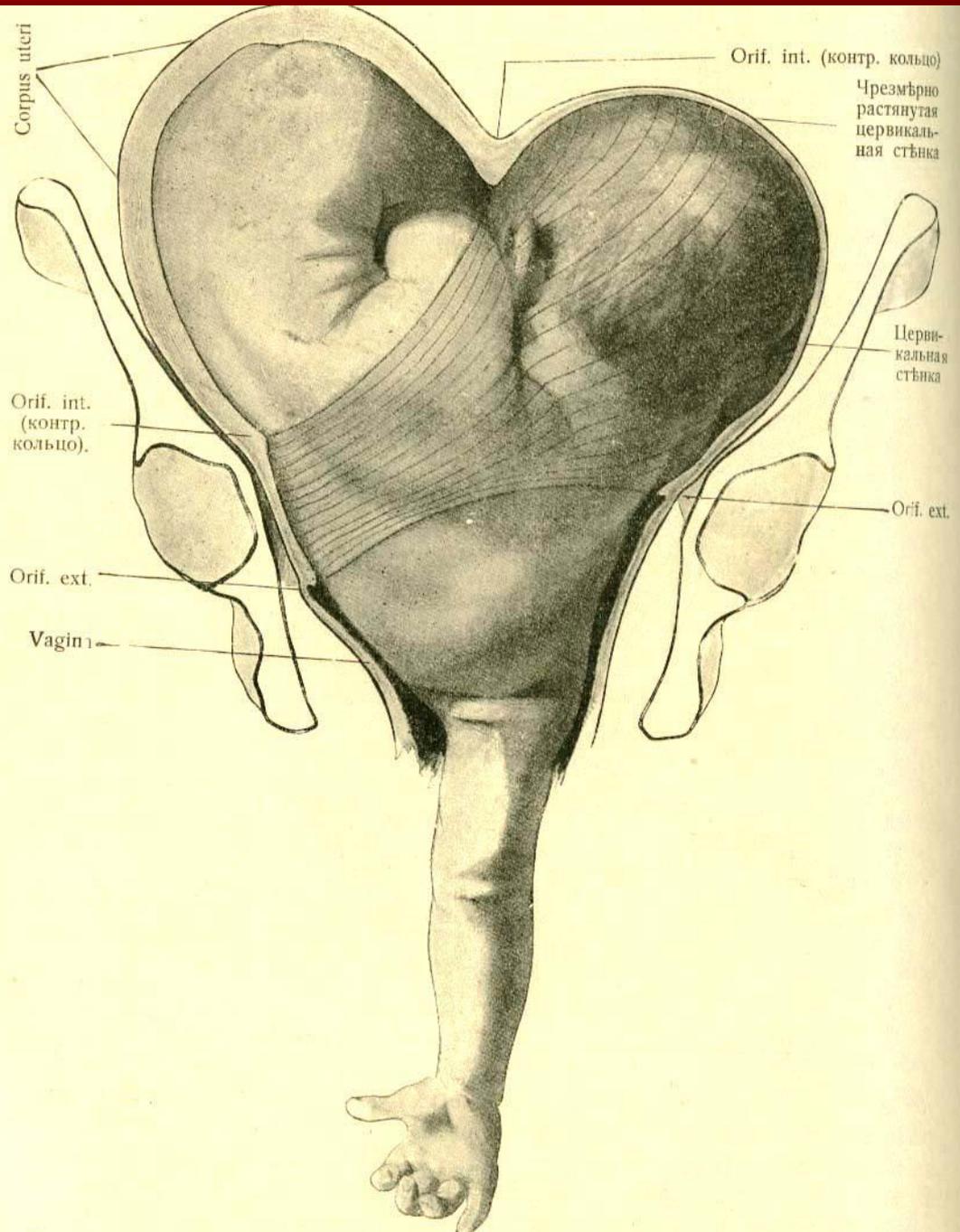
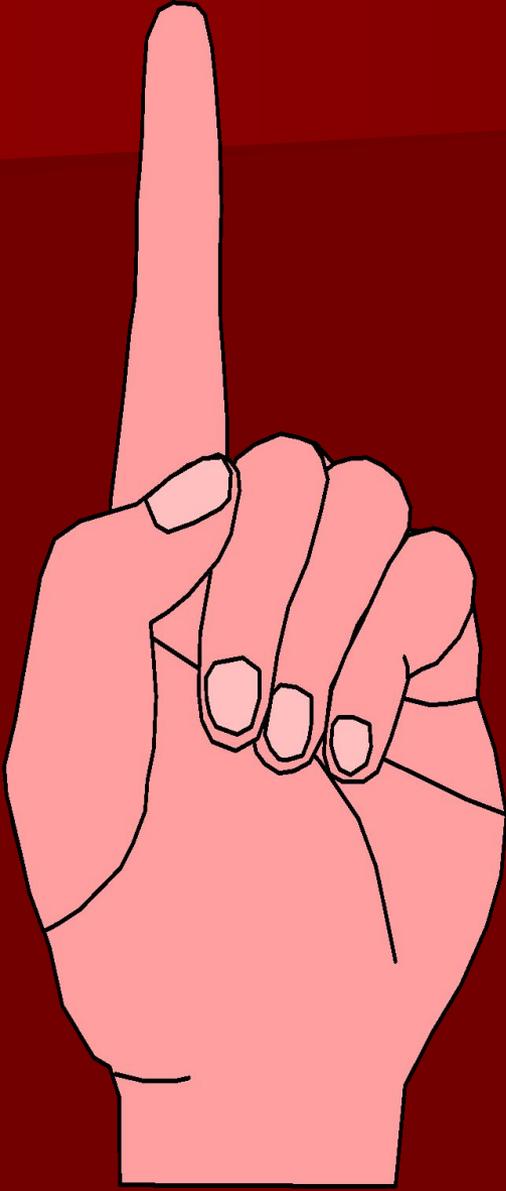


Рис. 459. Чрезмерное растяжение лѣвой шеечной стѣнки при запущенномъ поперечномъ положеніи.

# **«ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ» ТЕОРИЯ Я.В.ВЕРБОВА**

**ПРИЧИНА РАЗРЫВА МАТКИ - НЕ ПЕРЕ-  
РАСТЯЖЕНИЕ МЫШЦЫ ПРИ СИЛЬНЫХ  
ЕЕ СОКРАЩЕНИЯХ, А ХРУПКОСТЬ И  
СЛАБОСТЬ МЫШЦЫ ВСЛЕДСТВИЕ ГЛУ-  
БОКИХ ЕЕ ИЗМЕНЕНИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬ-  
НОГО ИЛИ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ХАРАК-  
ТЕРА**

# СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ



**Основными причинами разрывов матки следует считать гистопатические изменения миометрия, механические препятствия рождению плода и насильственные факторы. При этом ведущую роль отводят гистопатическим изменениям миометрия**

# Этиологические компоненты разрывов матки

Гистопатические изменения  
миометрия

```
graph TD; A[Этиологические компоненты разрывов матки] --> B[Гистопатические изменения миометрия]; B --> C[Механические препятствия]; C --> D[Насильственные факторы]; D --> B;
```

Механические препятствия

Насильственные факторы

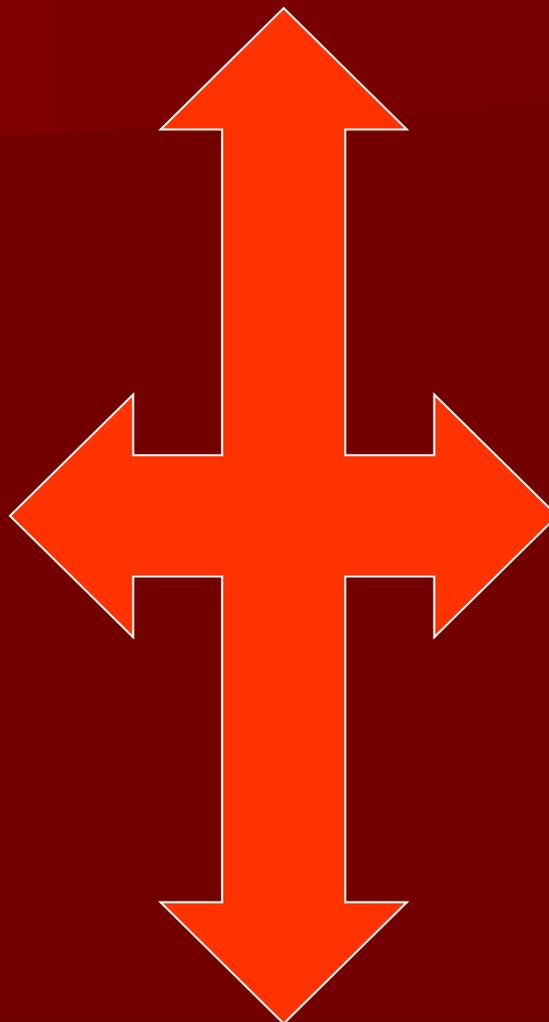
# Гистопатические изменения миометрии

Атрофические и  
дистрофические

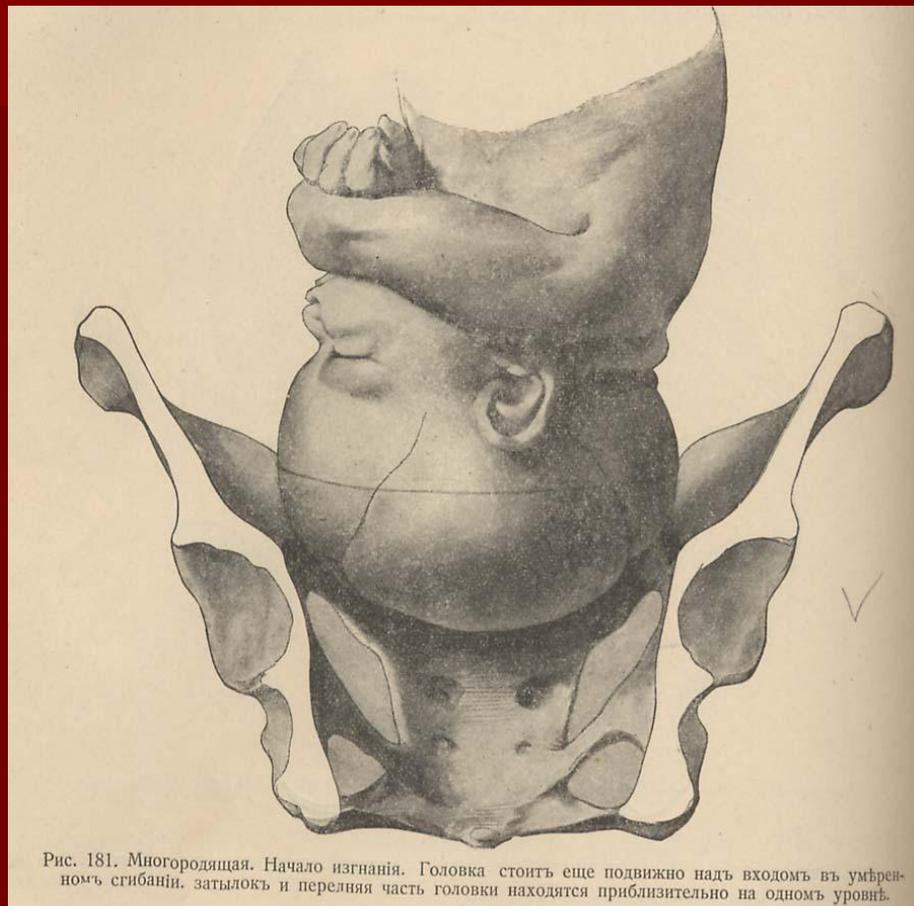
рубцовые

воспалительн  
ые

Деструктивные (глубокая инвазия  
трофобласта)



# Механические препятствия рождению плода



## КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

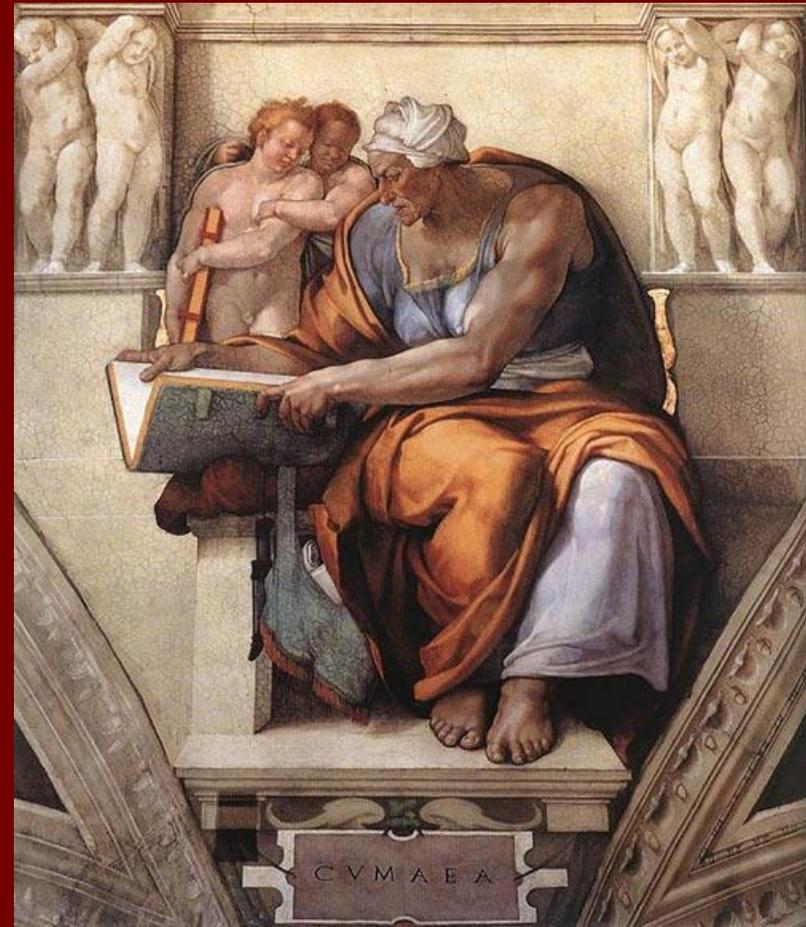
# НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ



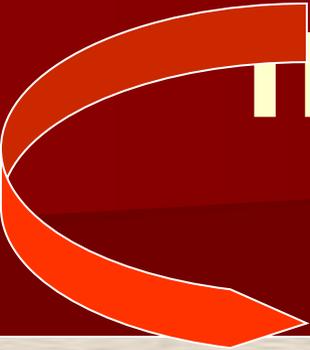
# СОЧЕТАННЫЕ ПРИЧИНЫ

**В ОСНОВЕ ЛЕЖАТ СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОЕТРИЯ, НА КОТОРЫЕ НАСЛАИВАЮТСЯ МЕХАНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ САМИ ПО СЕБЕ ПРИ НЕИЗМЕНЕННОЙ СТЕНКЕ МАТКИ НИКОГДА НЕ ПРИВЕЛИ БЫ К ЕЕ РАЗРЫВУ**

# КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ МАТКИ (Л.С. ПЕРСИАНИНОВ, 1964)



# I. ПО ВРЕМЕНИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

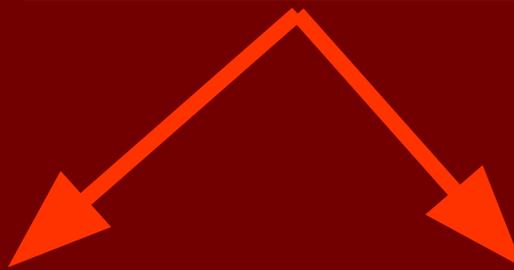


**ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

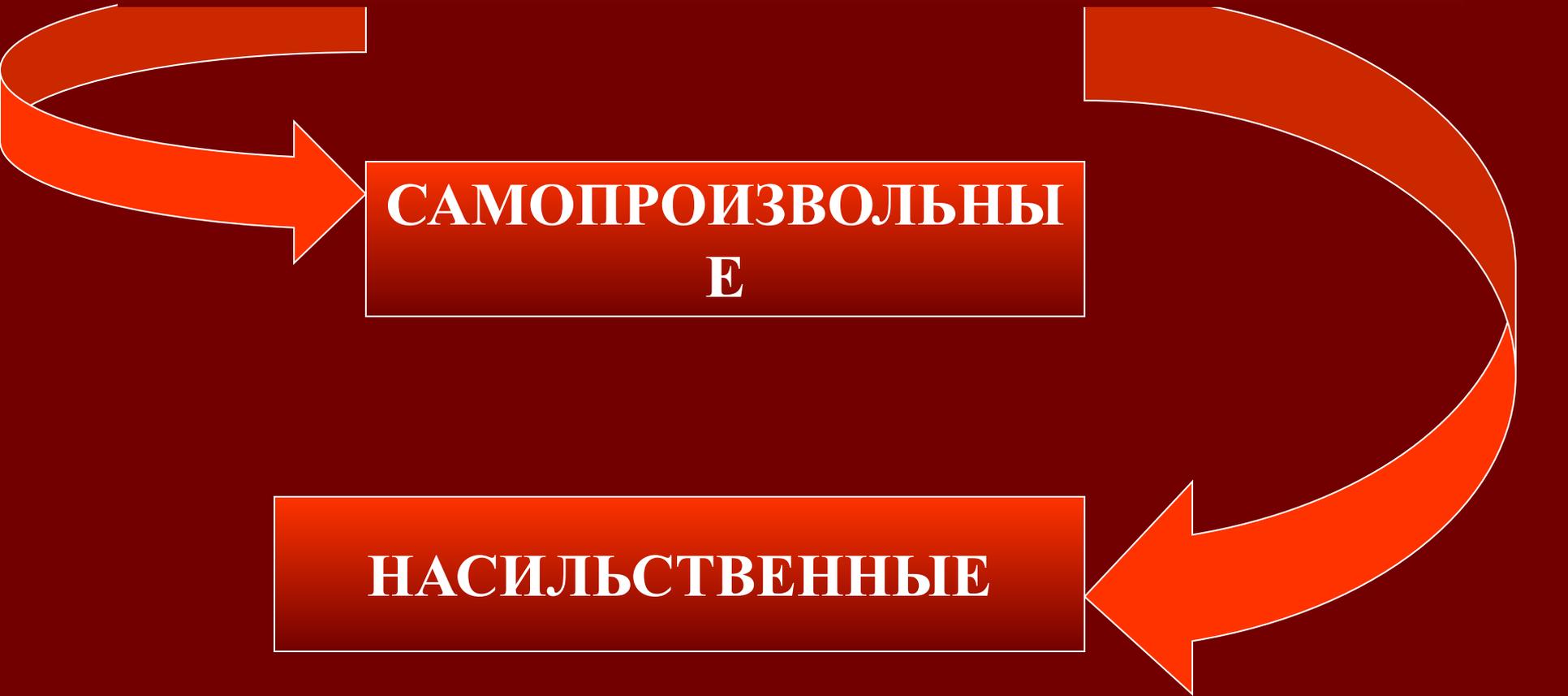
**В РОДАХ**

**В I ПЕРИОДЕ**

**ВО II ПЕРИОДЕ**



# II. ПО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ



САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ

НАСИЛЬСТВЕННЫЕ

# ПРЕПЯТСТВИИ И ЗДОРОВОЙ МАТОЧНОЙ

**МЕХАНИЧЕСКИЕ (ПРИ МЕХАНИЧЕСКОМ  
ПРЕПЯТСТВИИ И ЗДОРОВОЙ МАТОЧНОЙ  
СТЕНКЕ)**

**ГИСТОПАТИЧЕСКИЕ ( ПРИ ПАТОЛОГИЧЕ-  
СКИ ИЗМЕНЕННОЙ СТЕНКЕ МАТКИ)**

**МЕХАНО-ГИСТОПАТИЧЕСКИЕ (СОЧЕ-  
ТАНИЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРЕПЯТСТВИЯ И  
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МАТКИ)**

**САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ**

Н  
Н  
Е  
В  
Т  
С  
Ч  
И  
И  
С  
А  
Н

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ( ГРУБОЕ ВМЕША-  
ТЕЛЬСТВО В РОДАХ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПЕ-  
РЕРАСТЯЖЕНИЯ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА –  
АКУШЕРСКИЕ РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕ-  
РАЦИИ)

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВСЛЕДСТВИЕ  
СЛУЧАЙНОЙ ТРАВМЫ

СМЕШАННЫЕ (ОТ ВНЕШНЕГО ВОЗДЕЙ-  
СТВИЯ ПРИ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИИ НИЖНЕГО  
СЕГМЕНТА)

# III. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ



**УГРОЖАЮЩИЙ**



**НАЧАВШИЙСЯ**



**СВЕРШИВШИЙСЯ**

# IV. ПО ХАРАКТЕРУ ПОВРЕЖДЕНИЯ



ТРЕЩИНА (НАДРЫВ)



НЕПОЛНЫЙ РАЗРЫВ

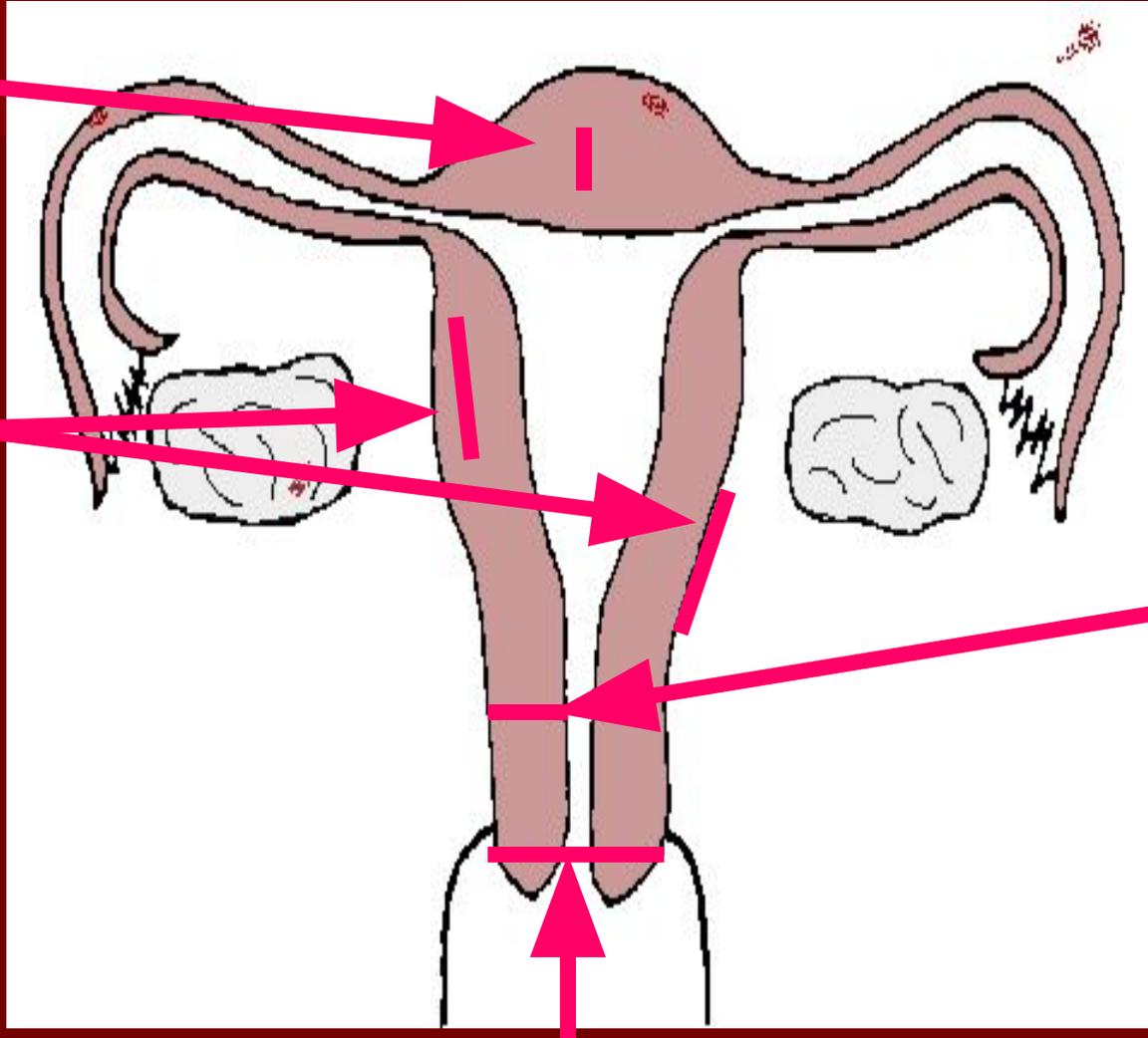


ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ

# V. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

В ДНЕ

В ТЕЛЕ



ОТРЫВ ОТ СВОДОВ ( COLPORORREXIS)

Е  
Л  
Н  
Е  
М  
Л  
Е  
С  
М  
Е  
Н  
Ж  
И  
Н  
В



**Угрожающий разрыв матки-  
состояние, предшествующее  
разрыву матки, когда ни  
разрывов, ни надрывов в ее  
стенке еще не произошло**

**Клиническая картина  
угрожающего разрыва  
матки при несоответствии  
размеров головки плода  
тазу матери имеет  
манифестную  
симптоматику**

**На первое место выступают  
признаки перерастяжения нижнего  
сегмента матки**

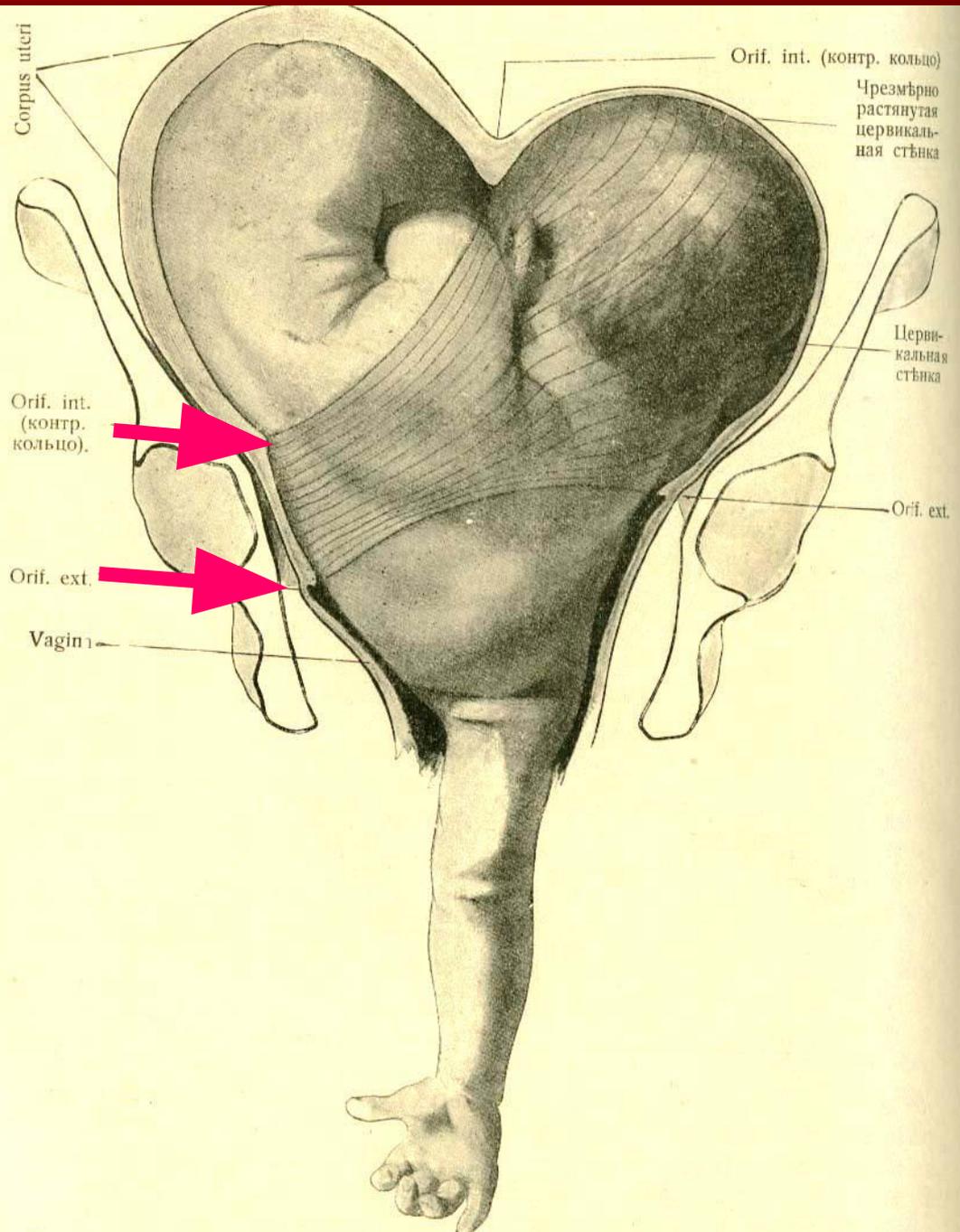


Рис. 459. Чрезмерное растяжение лѣвой шеечной стѣнки при запущенномъ поперечномъ положеніи.

**Контракционное  
кольцо смещается  
кверху  
(«ретракционное  
кольцо»)**

**Матка  
выпянута  
в длину,  
дно ее  
отклонено  
в сторону**

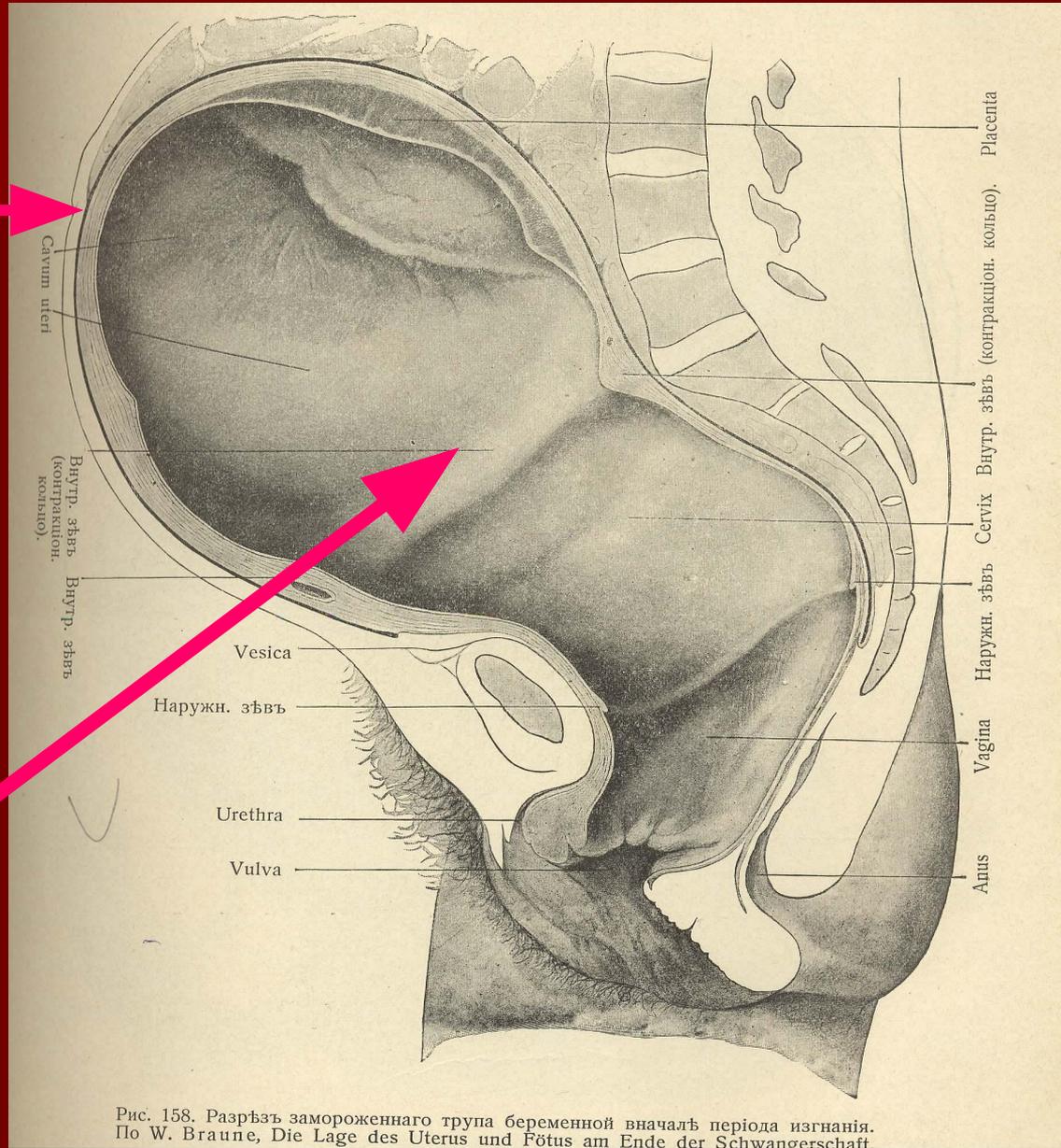


Рис. 158. Разрѣзъ замороженнаго трупa беременной вначалѣ періода изгнания.  
По W. Braune, Die Lage des Uterus und Fötus am Ende der Schwangerschaft.

# Матка в форме «песочных часов»

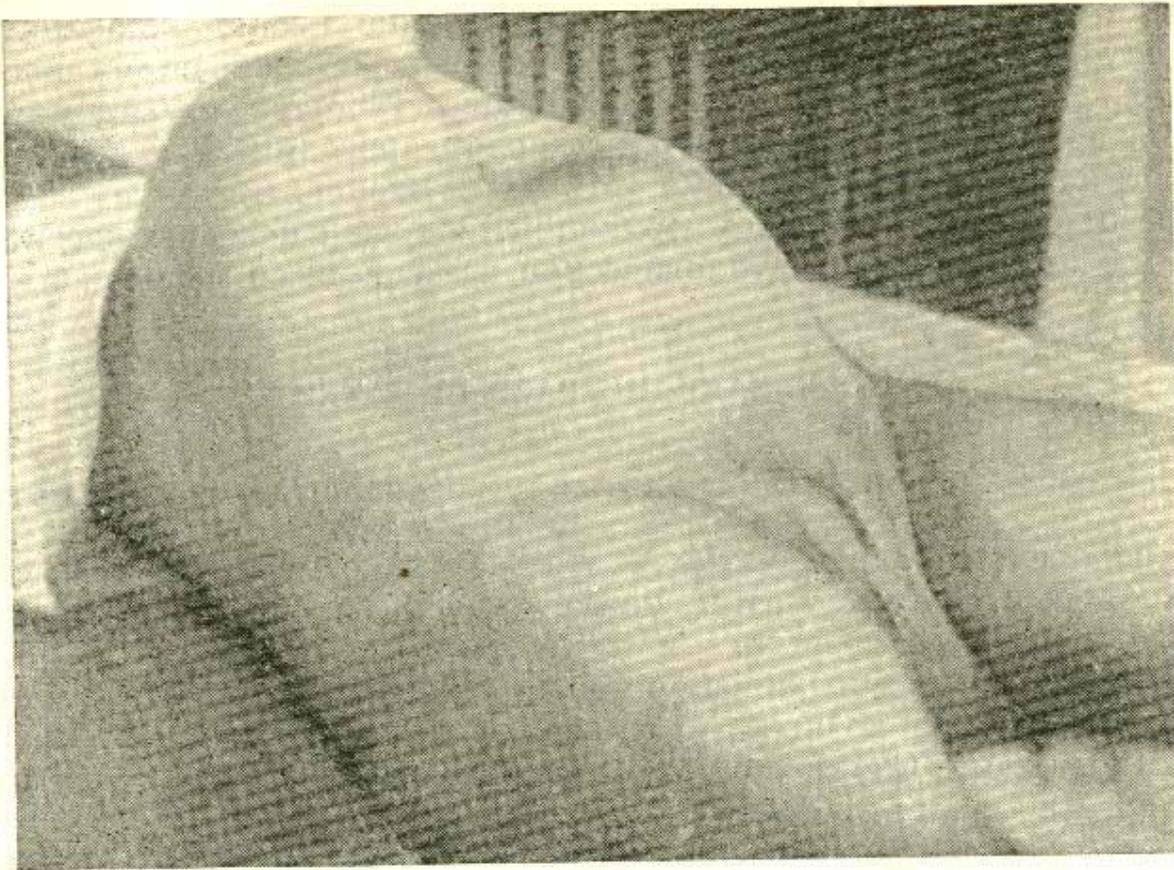


Рис. 101. Угрожающий разрыв матки. Чрезмерное растяжение нижнего сегмента. Ретракционное кольцо выше уровня пупка.

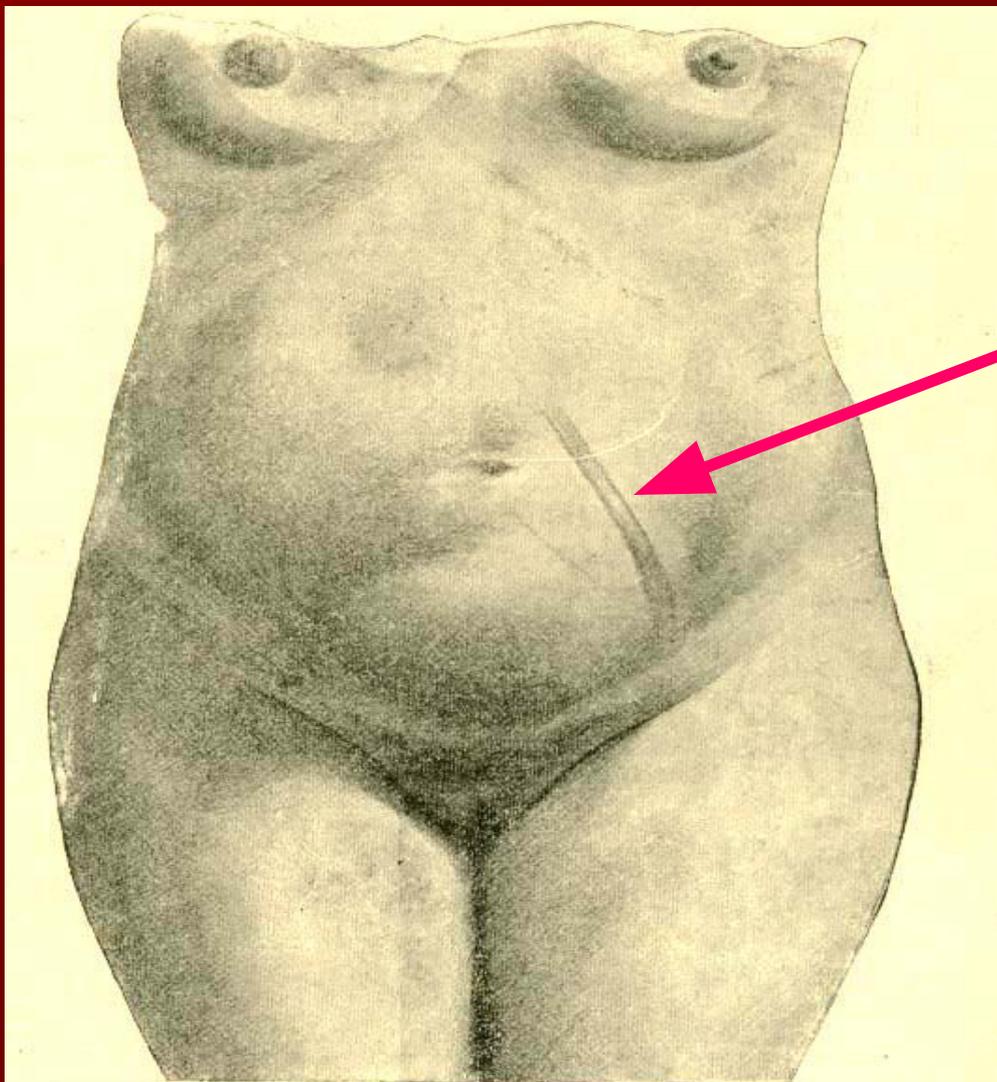


Рис. 464. Чрезмѣрное растяженіе шейки и угрожающій разрывъ матки при II. лобномъ положеніи. Контракціонное кольцо на высотѣ пупка, лѣвая круглая связка отчетливо прощупывается.

**Напряженные болезненные  
круглые связки**

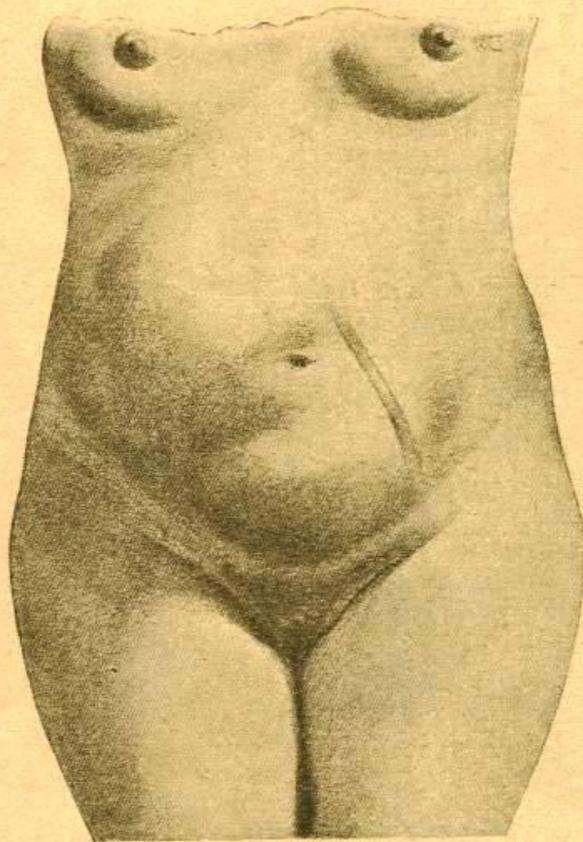


Рис. 494. Чрезмѣрное растяженіе шейки и грозящій разрывъ матки при II лобномъ положеніи.

Кольцо сокращенія на высотѣ пупка, лѣвая круглая связка отчетливо прощупывается.

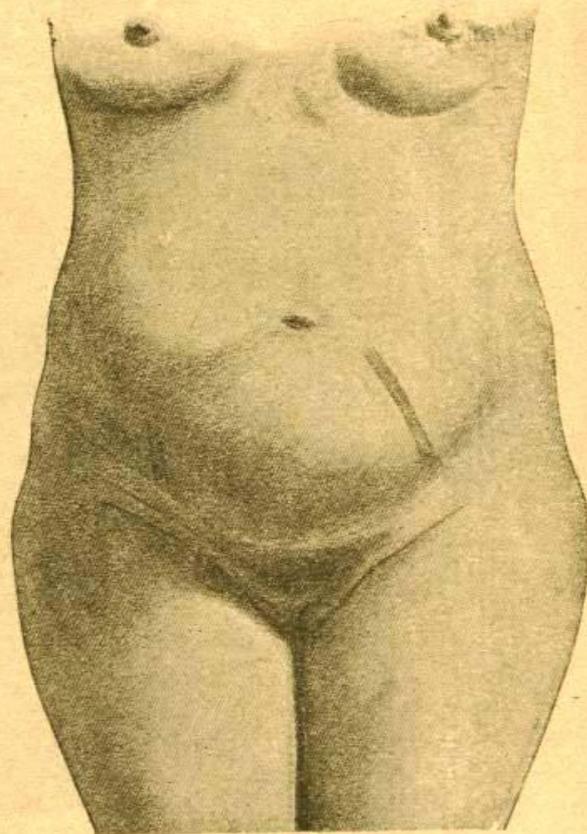
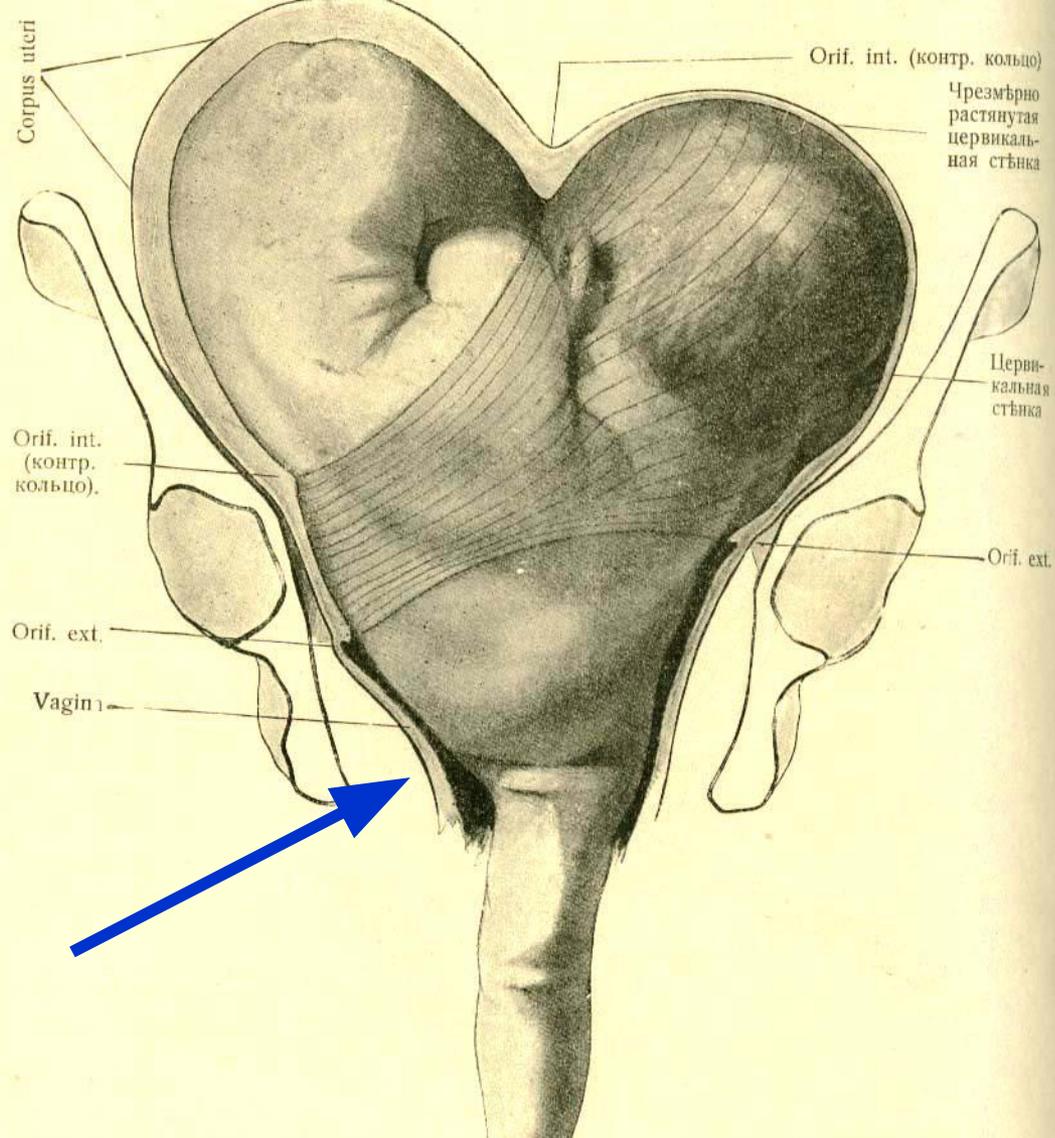


Рис. 495. Чрезмѣрное растяженіе шейки при I поперечномъ положеніи.

Кольцо сокращенія проходитъ косо, тѣло матки сокращено и отклонилось вправо, прощупываются лѣвая и правая круглыя связки.



**Ущемленная между вколотившейся предлежащей частью и костным кольцом шейки матки отекает и свисает в полость малого таза**

## Клиническая картина угрожающего разрыва матки:

- бурные потуги, следующие одна за другой;
- непрекращающиеся распирающие боли в животе;
- гиперемия лица, сухость слизистых;
- тахикардия;
- гипертермия;
- глубокая гипоксия плода, иногда - гибель

## Бандль (1875 г.)

впервые описал клинику угрожающего и свершившегося разрыва матки при механическом препятствии для родоразрешения. При этом происходит отрыв матки от сводов по типу кольпопоррексиса, а разрыв носит название «Бандлевского»

# «Атипичные» разрывы матки

**Патологические (гистопатические)  
изменения мышцы матки**

+

**Механическое воздействие**

**«Не сила, а слабость есть источник  
разрыва»**



**Я.В. Вербов, 1911г.**

# **Косвенные признаки угрожающего атипичного разрыва матки**

- болезненность схваток при объективно слабых маточных сокращениях;
- раннее появление симптома «прижатия мочевого пузыря»;
- истончение и болезненность нижнего сегмента;
- высокое стояние контракционного кольца.

# Гистопатические разрывы матки

Характерны для пациенток с глубокими, обширными структурными изменениями миометрия, при которых матка не разрывается, а «расползается». Наиболее часты при наличии рубцов на матке любого происхождения.

# Симптоматика гистопатических разрывов матки по рубцу:

- боли в пояснице, нижних отделах живота, иногда без четкой локализации, могут быть мажущие кровянистые выделения из половых путей ;
- локальная болезненность при пальпации области рубца при локализации его по передней стенке;
- появление «симптома ниши»;
- в родах – упорная инертность матки или неадекватно бурная родовая деятельность, раннее появление дискоординации

A close-up photograph of a human uterus, showing its complex network of blood vessels and surrounding tissues. Two surgical instruments, likely forceps or retractors, are visible, holding the tissue open. The uterus is a reddish-pink color, and the blood vessels are a darker red. The background is dark, making the organ stand out.

# Лечение угрожающего разрыва матки

# **I ЭТАП**

**Быстрое и эффективное снятие  
родовой деятельности  
( наркоз, введение  $\beta$ -блокаторов)**



**Предоперационная подготовка**

# II ЭТАП

## Немедленное бережное родоразрешение

**Кесарево сечение  
(живой плод)**

**Плодоразрушающая  
операция (мертвый  
плод)**

**Длительная инфузия  
окситоцина,  
энергетического  
комплекса**

**Ручное обследование  
стенок полости матки**

# НАЧАВШИЙСЯ РАЗРЫВ МАТКИ

СУДОРОЖНЫЕ СХВАТКИ

КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА (ГИБЕЛЬ)

ПРИМЕСЬ КРОВИ В МОЧЕ

ПРИПУХЛОСТЬ НАД ЛОНОМ



**СИМПТОМЫ РАЗРЫВА  
МАТКИ ЗЛОВЕЩИ – БУРЯ  
СМЕНЯЕТСЯ ЖУТКОЙ  
ТИШИНОЙ**

**Г. Г. ГЕНТЕР**

# ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ



ПОЛОСТЬ МАТКИ СООБЩАЕТСЯ СО СВОБОДНОЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТЬЮ, КУДА ПОПАДАЕТ СОДЕРЖИМОЕ МАТКИ (ПЛОД, ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ) И ИЗЛИВАЕТСЯ КРОВЬ ИЗ МЕСТА РАЗРЫВА

# ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ СВЕРШИВШЕМСЯ ПОЛНОМ РАЗРЫВЕ МАТКИ



# **Болевой синдром**

**- Резкая боль (кинжальная) на фоне бурной ( или слабой) родовой деятельности**

**При выходе плода в брюшную полость – тошнота, рвота, распирающие боли в животе**

**Живот вздут, признаки раздражения брюшины, плод определяется «под пальцами» , стремительно нарастает уровень свободной жидкости в брюшной полости.**

# КРОВОТЕЧЕНИЕ ( наружное, внутреннее, комбинированное)

Поврежденные сосуды  
матки  
(особенно обильное при повреждении A Uterina)

Разрывы шейки  
матки,  
стенок влагалища

Гипотония и атония матки

Сосуды параметральной клетчатки

# **СИМПТОМЫ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ШОКА**

**– клиническая картина  
типичная;  
характерная  
особенность –  
стремительность  
развития.**

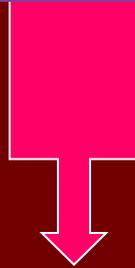
**Средняя  
продолжительность  
жизни с момента  
постановки диагноза до  
смерти составила:**

- при предлежании плаценты – 16 часов  
при ПОНРП – 13 часов
- при гипо- и атонических кровотечениях –  
12 часов
- при разрывах матки – 5 часов

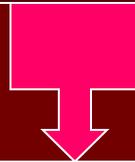
М.А.Репина

# Неполный разрыв матки

Сохранившаяся брюшина не позволяет  
изливающейся из разрыва крови попасть в  
брюшную полость



Начинается интенсивное пропитывание кровью  
тазовой клетчатки с образованием гематом



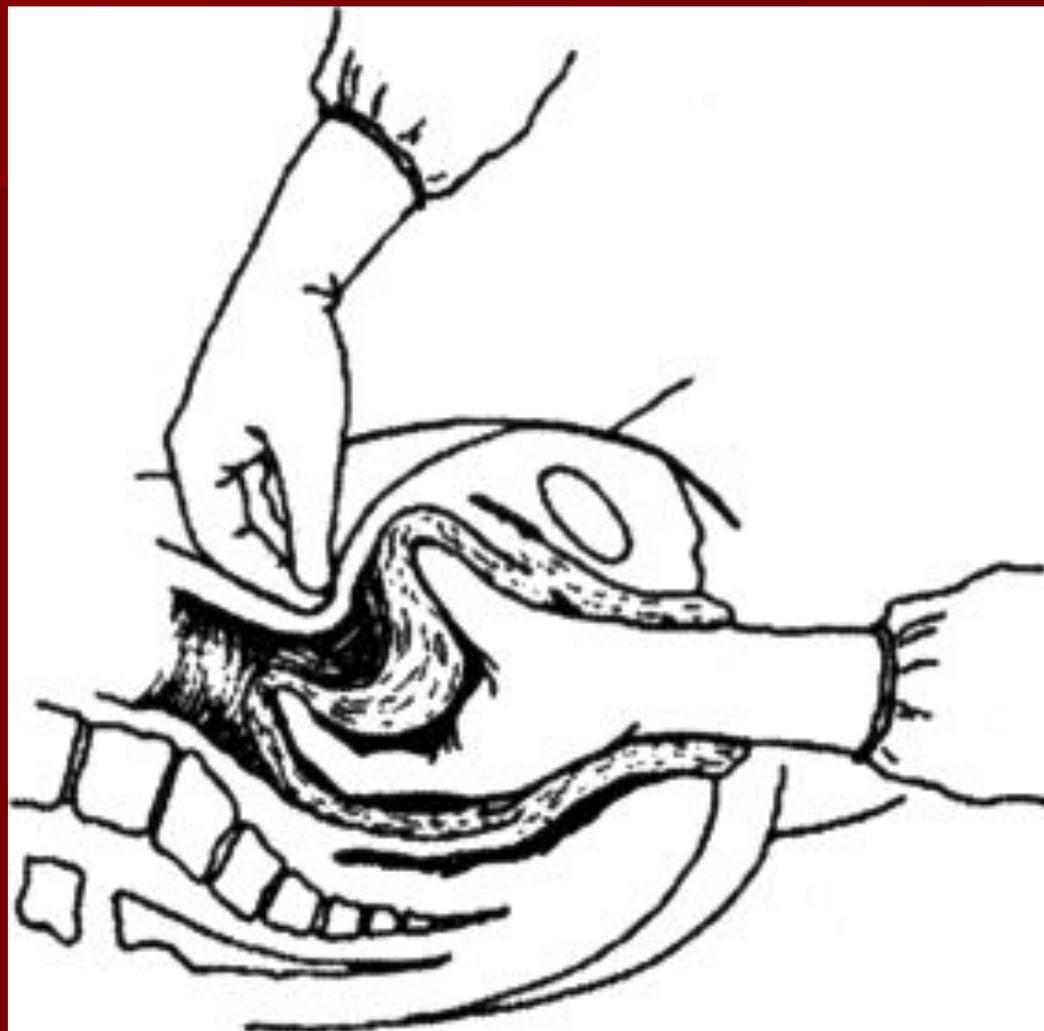
В клинике – атония матки и обильное  
наружное кровотечение

# Тактика при свершившемся разрыве матки

Немедленное оперативное лечение

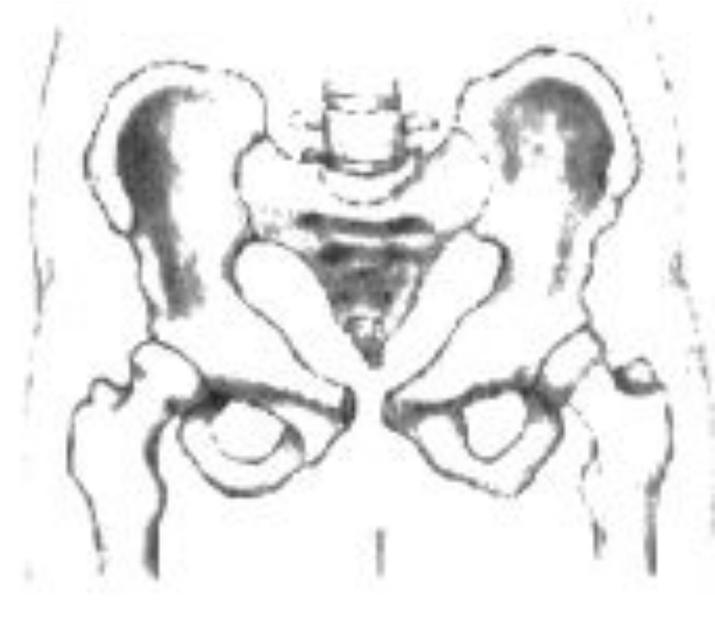


# ОСТРЫЙ ВЫВОРОТ МАТКИ



Вправление выворота матки

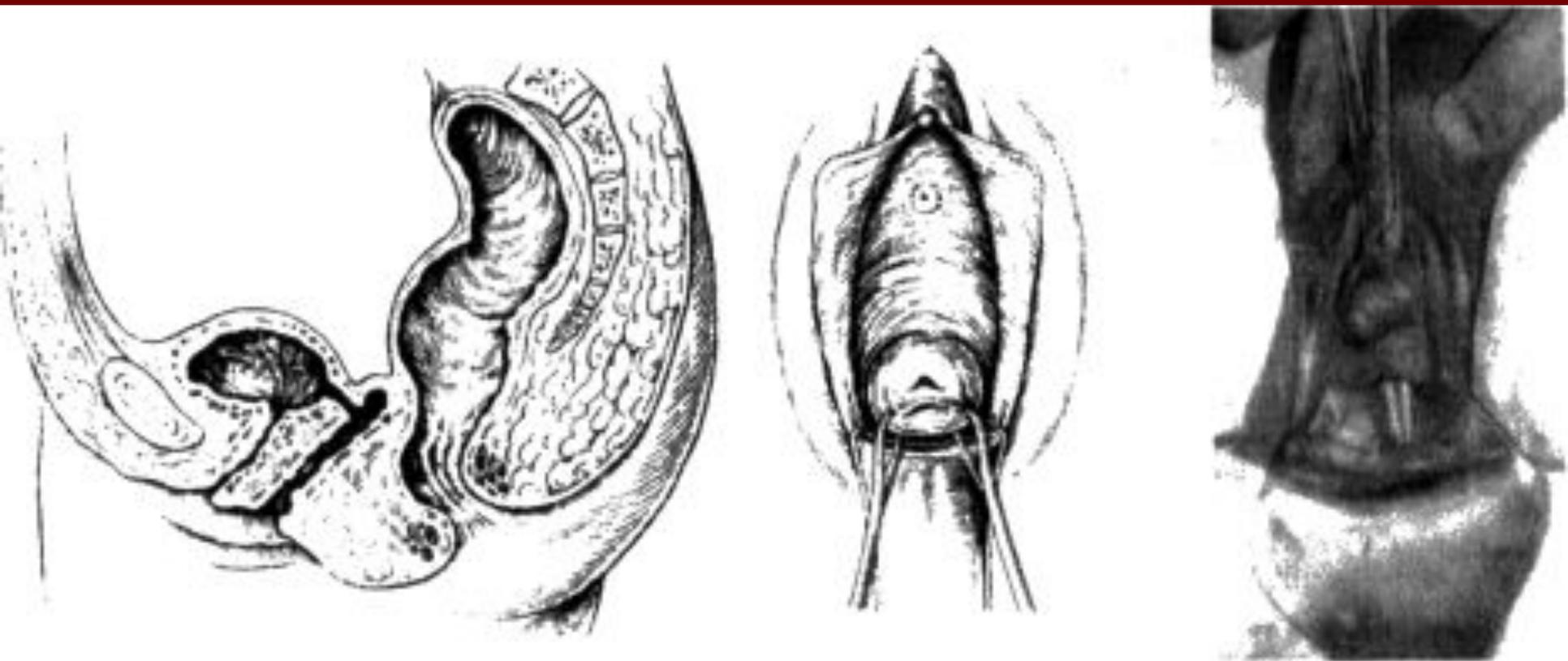
# РАСТЯЖЕНИЕ И РАЗРЫВЫ СОЧЛЕНЕНИЙ ТАЗА



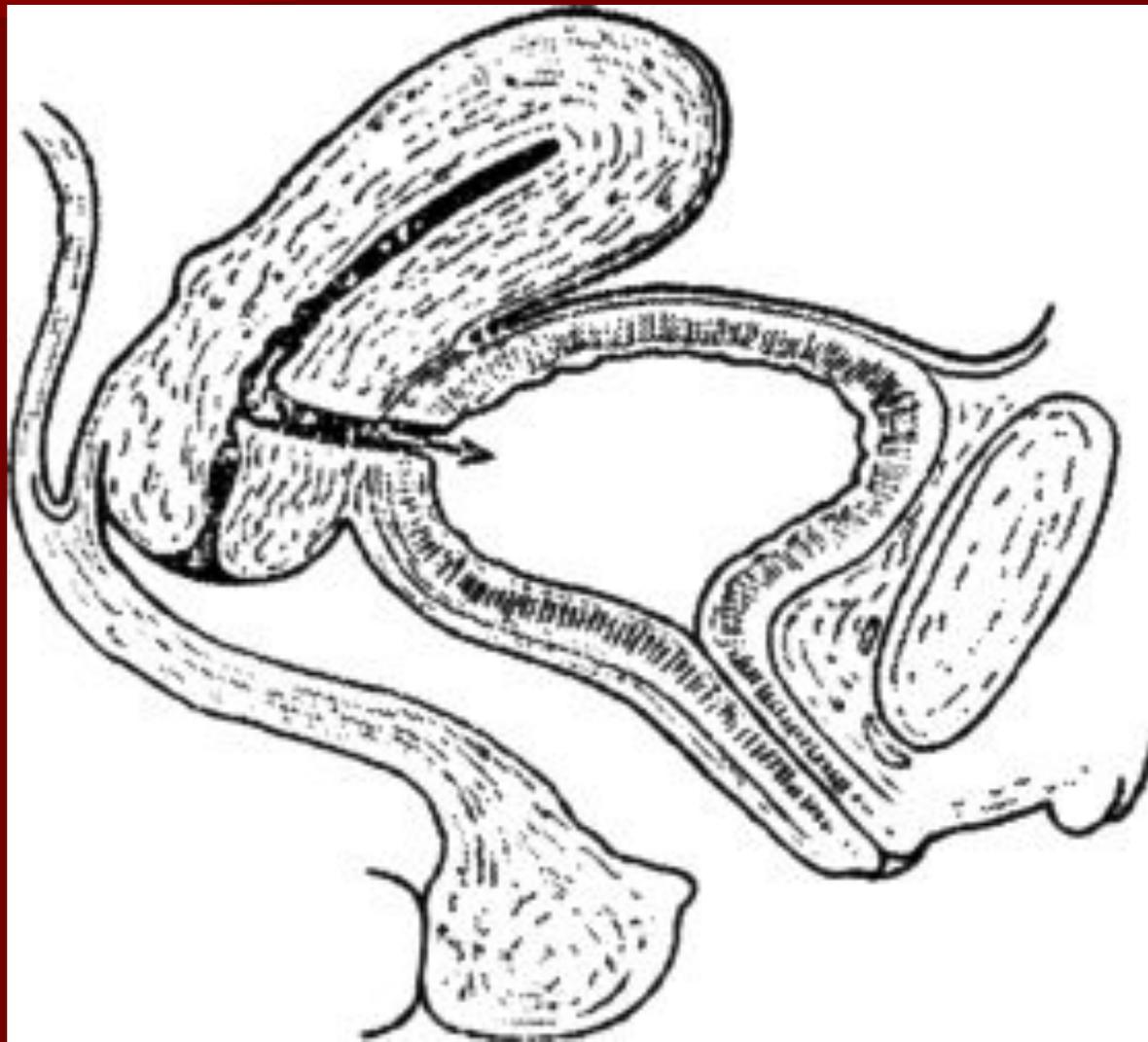
# Послеродовые свищи

- **По патогенетическому признаку**
  - Самопроизвольные
  - Насильственные
  
- **По локализации**
  - Пузырно-вагинальные
  - Уретро-вагинальные
  - Мочеточниково-вагинальные
  - Кишечно-вагинальные

# Пузырно-влагалищные свищи



# Пузырно-маточные свищи



# **РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ ПЛОДА**

- «Родовая травма» это повреждения плода, которые возникают исключительно во время родового акта в результате механической травмы

# Повреждения центральной и периферической нервной системы

- I. Экстракраниальные кровоизлияния
  - Субапоневроticheкое
  - Кефалогематома (2,5%)
- II Интракраниальные (внутричерепные) кровоизлияния
  - Эпидуральное
  - Субдуральное
  - Субарахноидальное
  - Внутрижелудочковое
  - Внутримозжечковое
  - Смешанные
- III. Повреждение спинного мозга
- Повреждение плечевого сплетения (1 на 500-1000)
- IV. Парез лицевого нерва

- **Повреждения скелета и мышц**
- Перелом ключицы (9 на 1000)
- Перелом плечевой кости
- Перелом бедренной кости
- Перелом костей черепа
  - Линейные
  - Вдавленные
  - Затылочный остеодиастаз
- Мышечные повреждения
- Повреждение m.sternocleidomastoideus

# Экстракраниальные кровоизлияния

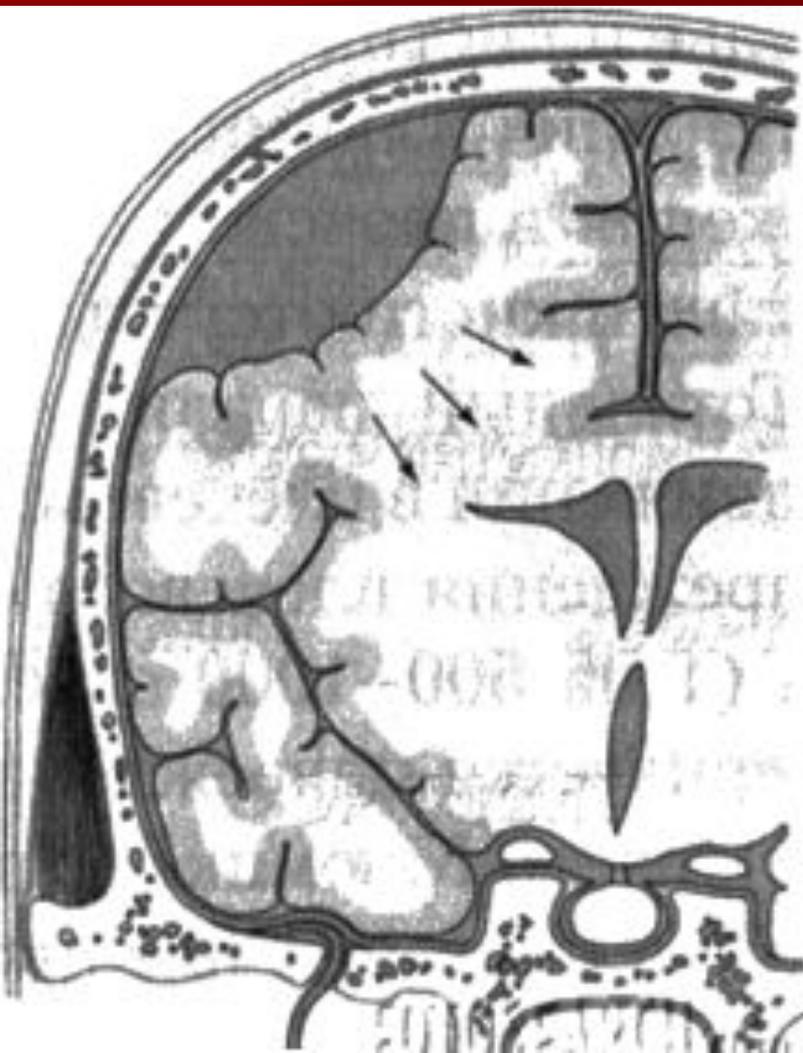
- родовая опухоль с геморрагическим пропитыванием или подкожной гематомой;
- Субапоневротическое кровоизлияние;
- кефалогематома.

- Субапоневротическое кровоизлияние - кровоизлияние ниже апоневротического покрытия скальпа и соединения лобного и затылочного компонентов затылочно-лобной мышцы. Кровь распространяется ниже апоневроза и проникает в анатомические подкожные пространства шеи. Кровоизлияние обусловлено комбинацией внешнего сдавления и тянущих сил при оказании акушерских инструментальных пособий.
- повреждение самопроизвольно разрешается в течение 2-3 нед.

- Кефалогематома - кровоизлияние под надкостницу чаще отмечается в области теменной и затылочной кости.

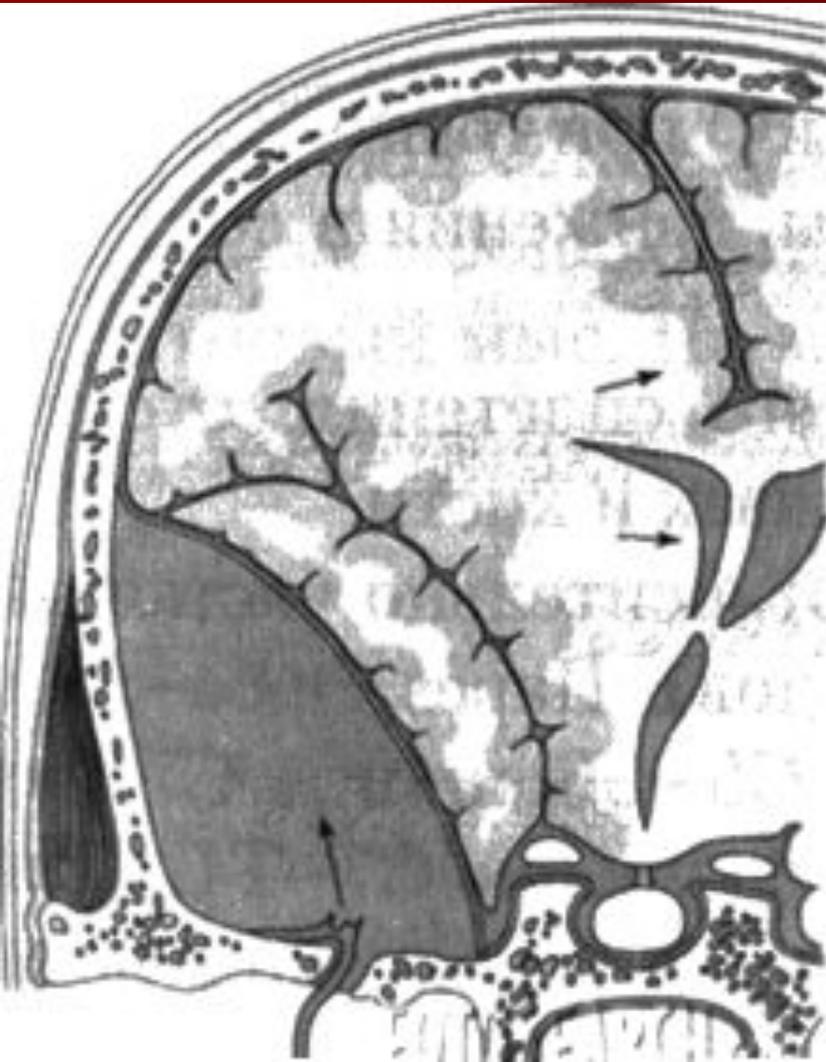
- Внутричерепные кровоизлияния при родовой травме:
- Эпидуральные
- Субдуральные
- Субарахноидальными и внутримозговыми.

# Субдуральное внутричерепное кровоизлияние



Субдуральное кровоизлияние локализуется между твердой и паутинной мозговыми оболочками (над поверхностью больших полушарий, в верхней продольной щели, на основании полушарий, в задней черепной ямке), вследствие разрывов дупликатур твердой мозговой оболочки и крупных вен.

# Эпидуральное внутричерепное кровоизлияние



Эпидуральное кровоизлияние между твердой мозговой оболочкой и надкостницей на внутренней поверхности черепа

Субарахноидальное кровоизлияние локализуется под паутинной оболочкой

# Повреждения спинного мозга

- Паралич Эрба («верхний» паралич) при травме С5-С6: отсутствуют движения в плечевом суставе, движения в локтевом суставе и кисти сохранены.
- Паралич Клюбке («нижний» паралич) при травме С7-Т1: движения в плечевом суставе сохранены, движения в локтевом суставе и кисти отсутствуют.
- Тотальный паралич при травме всего сплетения: отсутствуют движения в плечевом, локтевом суставах и кисти.

- Контрольный вопрос
- Что такое разрыв матки?