

***Родовой
травматизм
плода.***

***Доцент кафедры акушерства и гинекологии
лечебного факультета СГМУ, к.м.н. Т.И.
Турлупова.***

Механизм возникновения и локализация родовых повреждений плода и новорожденного **многообразны**.

Повреждения нервной системы носят фатальный характер и накладывают неизгладимый отпечаток на всю последующую жизнь человека.

Из каждых 10 родившихся детей **один** имеет неврологические расстройства.

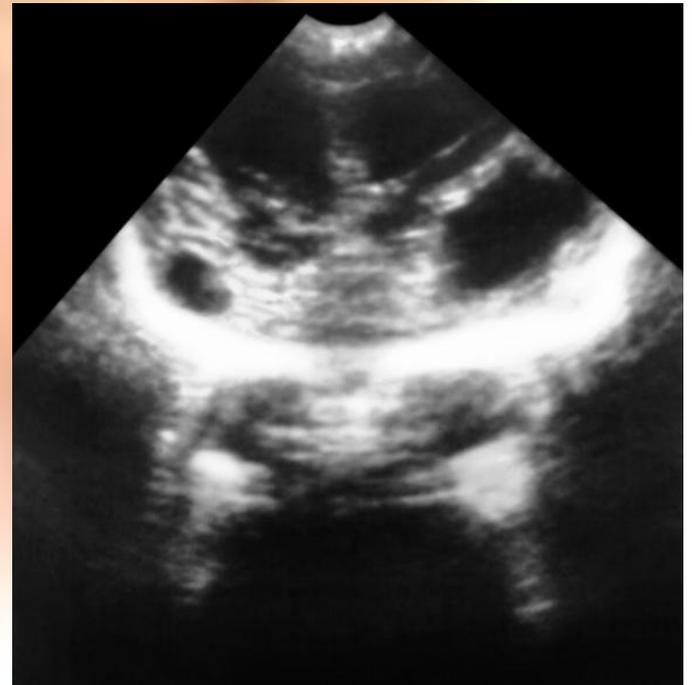
У недоношенных и маловесных детей **риск** возникновения психоневрологических расстройств **в 3 раза выше** чем у детей с нормосомией. К инвалидизации у маловесных детей приводят поражения головного мозга с вовлечением в патологический процесс паренхимы и с излюбленной локализацией в лобной области.

20 лет назад в стране насчитывалось 2 млн. детей – инвалидов детства из них 1 млн. с поражением ЦНС.

При обследовании детей в возрасте до года:

- 3,6% - с выраженной неврологической патологией;
- 70% - группа повышенного риска по развитию неврологических заболеваний;
- 40% - проблемы психомоторного развития, требующие коррекции.

*Ультразвуковая картина
головного мозга ребенка с
множественными
кистами на месте очагов
кровоизлияний.*



3 группы причин заболеваний нервной системы у новорожденных:

1. Пренатальные:

- наследственные заболевания;
- хронический фетальный дистресс (гестоз, диабет и т.д.);
- лекарственные препараты, применяемые беременными (барбитураты, антибиотики, транквилизаторы);
- физические воздействия (ионизирующая радиация, вибрация);
- воздействие пестицидов, гербицидов, солей тяжелых металлов;
- **вредные привычки.**

2. Интранатальные:

- механические родовые повреждения, связанные с патологическим течением и ведения родового акта;
- подострый и острый фетальный дистресс с гипоксией и ишемией.

3. Постнатальные:

- острый дистресс-синдром с гипоксией и ишемией, апноэ, остановка сердца
- инфекции;
- метаболические факторы - гипогликемия, гипонатриемия;
- гипотиреозидизм, гипербилирубинемия и т.д.

Поражения ЦНС плода и новорожденного:

- в 50% возникают в антенатальном периоде;
- в 35% в интранатальном;
- в 15% в постнатальном периоде.

Термин «родовая травма» объединяет нарушения целостности (и отсюда расстройства функции) тканей и органов ребенка, возникшие во время родов. *Родовая травма более широкое понятие чем акушерская травма.*

Акушерские пособия в родах только одна из причин родовых травм. ***Перинатальная гипоксия и асфиксия в родах*** сопутствуют родовым травмам, и могут быть одним из патогенетических звеньев их возникновения.

Продолжительная внутриутробная гипоксия, тяжелая интранатальная асфиксия увеличивают вероятность родового травматизма.

Предрасполагающие факторы:

Плодовые факторы:

1. Ягодичные и аномальные виды головных предлежаний, неправильное положение плода;
2. Макросомия;
3. Большие размеры головы плода;
4. Переношенность;
5. Глубокая недоношенность;
6. Аномалии развития плода;
7. Маловодие.

Материнские факторы:

1. Затяжные и стремительные роды;
2. Уменьшение размеров родовых путей (сужение таза, костные деформации, экзостозы);
3. Повышенная ригидность мягких тканей родовых путей (пожилые первородящие, избыток витамина Д при беременности).

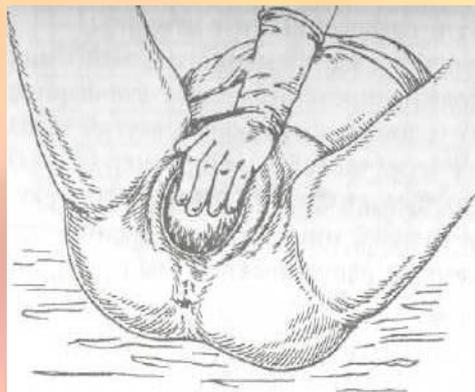
Предрасполагающие факторы:

Акушерские пособия:

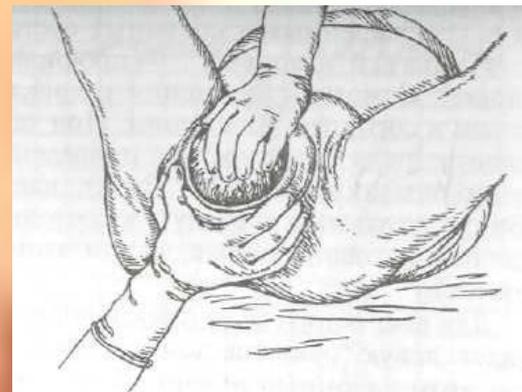
1. Активные действия по «защите промежности»;

Ручное пособие при головном предлежании.

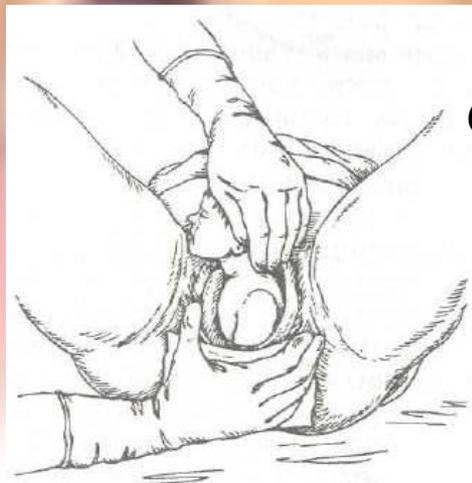
Предупреждение
преждевре-
менного
разгибания
головки;



«Защита
промежности»;



Выведени
е заднег
плечика;



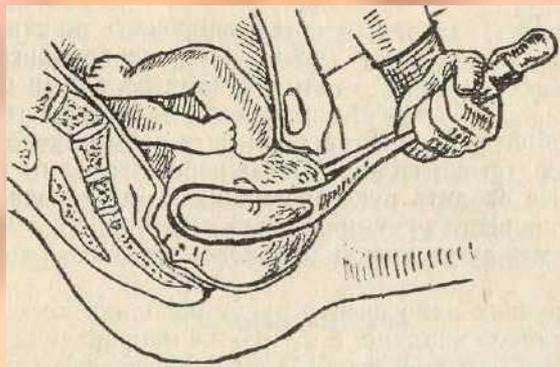
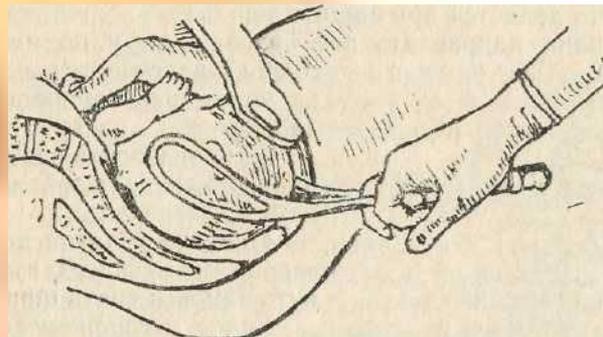
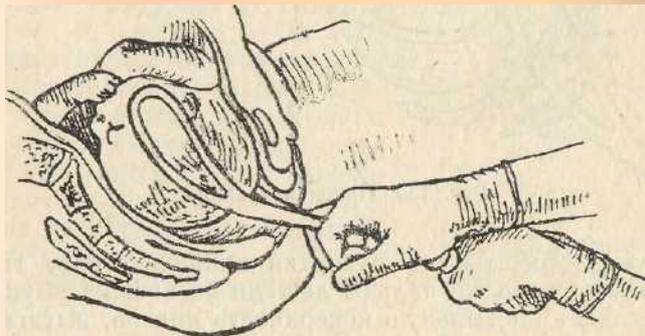
Освобождение
переднег
плечика;



Предрасполагающие факторы:

Акушерские пособия:

2. Наложение акушерских щипцов и вакуум-экстрактора;



Наложение акушерских щипцов.

Предрасполагающие факторы:

Акушерские пособия:

3. Пособия при тазовых предлежаниях;

**Ручное
пособие
при
тазовом
предлежании**

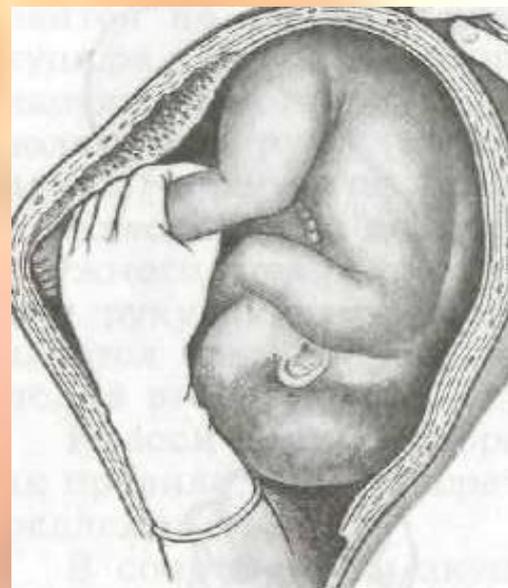
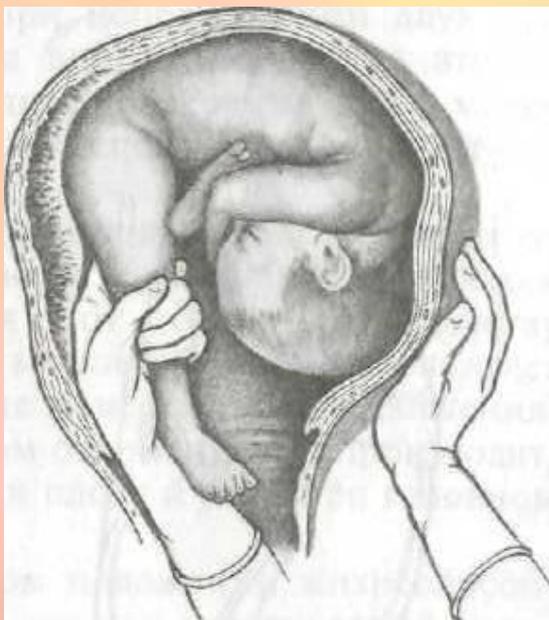


**Извлечение головки с
помощью приема
Морисо - Левре -
Лашапель**

Предрасполагающие факторы:

Акушерские пособия:

4. Пособия по освобождению плечевого пояса при дистоции плечиков плода;
5. Поворот плода на ножку и извлечение плода.



Классический поворот плода на ножку

Предрасполагающие факторы:

Акушерские травмы (при нарушении техники выполнения акушерских операций и пособий):

1. Переломы костей черепа, конечностей, ключиц, позвоночника с дислокацией позвонков;
2. Разрыв мозжечкового намета.

*Ребенок с тотальным типом пареза плечевого сплетения:
симптом шарфа.*



*Ребенок с нижним
дистальным типом пареза
плечевого сплетения
(Дежерина — Клюмпке).*

ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ. КЛИНИКА.

1. Ссадины на различных участках тела. Могут быть на предлежащей части плода, на месте наложения ложек акушерских щипцов, на участках захвата рукой акушера при оказании пособий. Небольшие ссадины требуют лишь местного антисептического лечения. Петехии рассасываются самостоятельно в течении 1-2 недель.

2. Родовая опухоль- припухлость мягких тканей головы в зоне проводной точки чаще при затяжных и стремительных родах. Нередко синюшна, с кровоизлияниями. Лечение не требует, самостоятельно проходит через 1 -3 недели.

3. Повреждения и кровоизлияния в грудино – ключично - сосцевидную мышцу бывают при наложении щипцов, ручных пособиях. Разрыв мышц обычно возникает в нижней их трети. В области повреждения прощупывается умеренной плотности или тестоватая опухоль. Иногда ее диагностируют лишь к середине или концу 1 – й недели жизни, когда развивается кривошея (голова ребенка наклонена в сторону поврежденной мышцы, а подбородок повернут в противоположную сторону).

ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ. КЛИНИКА.

4.Кровоизлияние под апоневроз проявляется наличием тестоватой припухлости, отеком теменной и затылочной части головы, т.е. не ограничена пределами одной кости. Часто инфицируется, является причиной развития анемии, гипербилирубинемии. Кровоизлияние резорбируется через 2-3 месяца.

5. Кефалогематома - кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа может появиться четко лишь через несколько часов после родов. Причина кровоизлияния - отслойка надкостницы при движении головки в момент ее прорезывания. Опухоль вначале имеет упругую консистенцию, никогда не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненна, позже -флюктуирует. Поверхность кожи над кефалогематомой не изменена. На 2-3 неделе жизни ребенка кефалогематомы уменьшаются. Полная резорбция наступает к 6-8 неделе жизни. Возможно обызвествление и нагноение.

ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ. КЛИНИКА.

6. Паралич лицевого нерва - при повреждении наложенными акушерскими щипцами периферического участка нерва и его ветвей. Характеризуется опущением и неподвижностью рта, отсутствием носогубной складки, неплотным закрытием век на стороне поражения.

7. Родовая травма спинного мозга.



Кефалогематома

Ребенок с верхним проксимальным типом пареза плечевого сплетения (Дюшенна — Эрба).



Причины повреждения шейного отдела спинного мозга:

- увеличение расстояния между плечиками и основанием черепа плода. Такой механизм травмы возможен при тяге за головку при фиксированных плечиках или при тяге за плечики в случаях фиксированной головки плода находящегося в тазовом предлежании;
- чрезмерное сгибание шейного отдела позвоночника в процессе родов при лицевом предлежании;
- чрезмерно активные мероприятия акушерки по защите промежности.

Патогенез.

- повреждения позвоночника - подвывих в суставах, смещение тел позвонков (дислокация 1-2- позвонков), переломы шейных позвонков и их поперечных отростков;
- кровоизлияния в спинной мозг и его оболочки вследствие надрыва сосудов или повышения их проницаемости;
- ишемия в бассейне позвоночных артерий из-за стеноза, спазма или окклюзии их, отек спинного мозга;
- повреждения межпозвоночных дисков.

В механизме травматического повреждения спинного мозга ведущая роль принадлежит нарушению кровообращения в бассейне позвоночных артерий с развитием ишемии в области ствола мозга, мозжечка и шейного отдела спинного мозга. Сосудистые нарушения возникают при резкой флексии, тракциях, при торзии шейного отдела позвоночника плода.

Патогенез.

При родах в тазовом предлежании большая нагрузка падает не только на шейный, но и на грудной и поясничный отделы спинного мозга. Тракция за туловище при фиксированной головке плода может привести к растяжению позвоночника на 4-5 см, а спинного мозга до 0,5-0,6 см.

Повреждения спинного мозга могут развиваться и антенатально: при тяжелой внутриутробной гипоксии поражаются мотонейроны клеток передних рогов спинного мозга.

Повреждения шейных корешков и плечевого сплетения - результат механических факторов (натяжение нервных стволов, давление ротированным плечиком, но описаны и внутриутробные изменения этих структур).

Клиника.

Наиболее тяжелым видом натального повреждения спинного мозга является частичный или полный его разрыв.

Характерно наличие вялых параличей на уровне поражения и спастических ниже уровня повреждения, нарушения функции тазовых органов. В первые часы и дни жизни неврологическая симптоматика может быть такой же как и при отеке мозга, кровоизлиянии в головной мозг. ***Ребенок может умереть до появления «спинальной неврологической симптоматики».***

Клиника.

Прогноз зависит от степени тяжести и уровня поражения.

При легкой степени (обусловленной преходящей анемией) может наступить спонтанное выздоровление в течении 3-х месяцев;

При более тяжелом поражении (обусловленном органическими изменениями), требуется длительное восстановительное лечение, происходит дегенерация нервных волокон, развиваются атрофия мышц, сколиоз, шейный остеохондроз. Возможны вывих бедра, косолапость, требующие хирургического лечения.

РОДОВАЯ ТРАВМА ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Варианты внутричерепных кровоизлияний (ВЧК):

- субдуральные;
- субарахноидальные;
- эпидуральные;
- пери- и интравентрикулярные;
- мозжечковые.

Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) и паравентрикулярные кровоизлияния типичны для недоношенных с малой массой тела (менее 1500гр.), частота их диагностики достигает 50%, у доношенных детей этот показатель составляет 1 на 1000.

Причины возникновения родовой травмы головного мозга:

1. Несоответствие размеров костного таза матери и головки ребенка;
2. Стремительные и затяжные роды;
3. Неправильно выполненные акушерские операции (наложение щипцов и вакуум -экстрактора, пособия при ягодичной предлежании и поперечном положении плода);
4. Неправильные и резкие действия акушера при кесаревом сечении;
5. Чрезмерная забота о "защите промежности" с игнорированием интересов плода.

Патогенез.

Родовая травма головного мозга и гипоксия патогенетически связаны друг с другом и сочетаются, причем в одних случаях повреждение тканей мозга и ВЧК являются следствием тяжелой гипоксии, в других ее причиной.

Травматический генез имеют субдуральные и эпидуральные кровоизлияния в вещество мозга, в мозжечок.

Гипоксический генез имеют ВЖК - мелкоочечные кровоизлияния в вещество головного мозга.

Гипоксический и травматический генез могут иметь субарахноидальные кровоизлияния.

Клиника.

Широко варьирует и зависит от:

- гестационного возраста ребенка;
- преморбидного фона;
- локализации и массивности ВЧК.

ВЖК по своему течению и прогнозу зависят от:

- гестационного возраста ребенка;
- сопутствующей патологии.

По данным УЗИ различают 4 степени ВЖК:

- ВЖК 1 степени у большинства детей рассасывается практически бесследно;
- ВЖК 3-4 степени имеют плохой прогноз – выживаемость составляет 50-70% и 20-40% соответственно.

ПРОФИЛАКТИКА.

Начинается в женской консультации: беременная с особенностями анамнеза, строения таза, отклонениями в течении беременности включаются в группу повышенного риска перинатальных повреждений плода. Такие беременные получают курсы профилактики внутриутробной гипоксии плода и в обязательном порядке подлежат дородовой госпитализации в стационары соответствующего уровня не позднее 37-й недели беременности. **В задачу женской консультации входят** мероприятия по профилактике невынашивания и перенашивания беременности.

Профилактика родовой травмы плода теснейшим образом связана и с особенностями течения и ведения родового акта.

Основной задачей акушера родильного стационара является составление четкого прогноза родов с учетом имеющихся факторов риска перинатальной патологии.

ПРОФИЛАКТИКА.

1. Должен быть правильно избран метод родоразрешения - через естественные родовые пути или абдоминальный с учетом всех обстоятельств и оценкой состояния плода и его резервных возможностей.

2. Современное акушерство практически исключает из своего арсенала травмирующие методы родоразрешения - акушерские щипцы, вакуум-экстрактор, поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец. Применение этих методов - результат неправильной оценки ситуации.

3. Адекватная методика ведения родов при нарушениях сократительной деятельности матки: отказ от родостимуляции при крупном и переношенном плоде, при плоде, перенесшим хроническую внутриутробную гипоксию.

4. Своевременная диагностика клинического несоответствия между плодом и тазом женщины.

5. Профилактика быстрых и стремительных родов.

ПРОФИЛАКТИКА.

6. Совершенствование методики ведения преждевременных родов.

7. Отказ от чрезмерно активных мероприятий по "защите промежности", применение приемов оперативного расширения вульгарного кольца- перинео- и эпизиотомия.

8. Отказ от нефизиологических, травмирующих действий при рождении головки плода.

9. Исключение погрешностей при оказании пособия по Цовьякову, поспешности при освобождении плечевого пояса и головка плода при тазовом предлежании.

10. Расширение показаний для планового кесарева сечения при тазовых предлежаниях и внутриутробном страдании плода.

11. Бережное атравматичное извлечение плода при операции кесарева сечения с обязательной достаточной длиной разреза на матке, отказом от тракций за родившуюся головку с целью выведения плечевого пояса.

Интранатальное повреждение плода может возникнуть и без участия акушерки и врача- по мере прохождения плода по костному родовому каналу. Возможно развитие ВЧК в результате чрезмерной конфигурации головки или непосредственного воздействия родовых схваток на череп плода, т.к. давление на головку плода во время схватки в среднем составляет 5-10 кг и еще усиливается во 2-м периоде родов.

Если очевидность возможности повреждения головного и спинного мозга даже при нормальном течении родов доказана, то столь же очевидно, что грубые действия акушера наносят дополнительную травму плоду.

A photograph of two young children, likely twins, sitting and looking at each other. They are positioned on either side of the frame, facing each other. The child on the left has light hair, while the child on the right is balding. They are both shirtless. The background is a soft, out-of-focus purple or lavender color. Overlaid on the image is the Russian text "Благодарю за внимание!" in a bold, red, italicized font.

Благодарю

за

внимание!

*Родовой
травматизм
плода.*

*Ассистент кафедры акушерства и гинекологии
лечебного факультета СГМУ, к.м.н. Т.И.
Турлупова.*

Родовая травма плода

- Термин определяет механическое воздействие родовых сил на плод, нарушение целостности тканей и органов ребенка во время родов, т.е. повреждения плода, возникшие при прохождении его через родовые пути

- Причиной родового травматизма может быть чрезмерная сила мышечных сокращений - давление на головку плода во время схватки в среднем составляет 5-10 кг и еще усиливается во 2-м периоде родов.
- матки при ситуациях, предрасполагающих к травме:
- -аномалии положения плода
- -крупная масса плода
- -уменьшение и ригидность родовых путей
- -быстрые, стремительные и затяжные роды

- Препрасполагающими к травме состояниями являются и осложнения течения беременности:
- - хроническая и острая внутриутробная гипоксия плода
- -внутриутробная инфекция
- -нарушение роста и развития плода

В таких ситуациях вероятность родового травматизма увеличивается даже при нормальном течении родового акта.

Акушерская травма-понятие более узкое, чем термин «родовая травма»

- Повреждения плода, возникающие вследствие акушерских манипуляций:
- - наложение щипцов и вакуум-экстрактора
- -поворот плода
- -пособие при тазовом предлежании
- -пособие при дистоции плечиков
- -извлечение плода при кесаревом сечении
- -нарушение техники пособия по «защите промежности»

Классификация родовых травм

- 1. Родовые повреждения центральной и периферической нервной системы
- 2. Родовые повреждения костно-суставной системы
- 3. Родовые повреждения мягких тканей
- 4. Родовая травма органов брюшной полости

Родовая травма нервной системы

Является наиболее тяжелым и опасным видом родового травматизма:

- 1. Внутричерепные кровоизлияния
- 2. Спинальная травма
- 3. Травма периферической нервной системы
- 4. Механическое повреждение головного мозга в результате сдавления черепа плода костями таза матери во время родов

- **Родовая травма нервной системы в большинстве случаев возникает на фоне хронической гипоксии плода, развивающейся при следующих осложнениях беременности:**
 - -угроза прерывания беременности
 - -гестоз
 - -инфекционные заболевания матери
 - -эндокринная и сердечно-сосудистая патология матери
 - -профессиональные вредности
 - -вредные привычки

Внутричерепные кровоизлияния новорожденных

- 1. субдуральные
- 2. субарахноидальные
- 3. интра- и перивентрикулярные
- 4. внутримозжечковые

Субдуральные гематомы

- Клиническая картина зависит от локализации повреждения и степени механического повреждения ткани мозга.
- Это могут быть симптомы сдавления верхних и нижних отделов ствола мозга, неврологические нарушения

- Наиболее информативными методами диагностики являются ультразвуковое исследование и компьютерная томография
- При субдуральных гематомах тактика может быть различной – от сугубо консервативного ведения до проведения субдуральной пункции или оперативного вмешательства с целью эвакуации гематомы

- При стабилизации состояния ребенка проводится дегидратационная и рассасывающая терапия, в результате которой через 2-3 месяца образуются
- , так называемые, стягивающие субдуральные мембраны и состояние ребенка компенсируется.
- Отдаленные осложнения: гидроцефалия, судороги, очаговые неврологические симптомы, задержка психомоторного развития

Субарахноидальные кровоизлияния

- Наблюдаются наиболее часто.
- Возникают при повреждении сосудов внутри субарахноидального пространства.
- Возможны при тромбоцитопении, геморрагическом диатезе, врожденном ангиоматозе

- Диагноз ставится на основании наличия неврологической симптоматики, а так же обнаружения крови и повышенного количества белка в цереброспинальной жидкости.
- При легких неврологических расстройствах прогноз благоприятный.
- При сочетании кровоизлияния с тяжелой гипоксией или механической травмой дети, как правило, погибают, а у выживших развиваются гидроцефалия, детский церебральный паралич, задержка речевого и психического развития.

Интравентрикулярные и перивентрикулярные кровоизлияния

- Наиболее характерны для недоношенных детей с массой менее 1500г. Морфологическая основа этих кровоизлияний - незрелое сосудистое сплетение, расположенное под эпендимой, выстилающей желудочки. До 35 недель беременности эта область богато васкуляризирована, соединительнотканый каркас сосудов недостаточно развит, что делает сосуды очень чувствительными к изменениям внутрисосудистого и внутричерепного давления

- Факторами высокого риска развития кровоизлияний являются:
- -затяжные роды, сопровождающиеся деформацией головки плода
- -дыхательные расстройства
- -гиалиново-мембранная болезнь
- -недостаточно бережные лечебные манипуляции

- Кровоизлияние обычно развивается в первые 12-72 часа жизни, но в последующем может прогрессировать.
- Выделяют 3 клинических варианта течения заболевания:
- малосимптомное течение наблюдается примерно у половины детей с этой патологией. При этом неврологические расстройства преходящи и нерезко выражены

- При молниеносном течении кровоизлияния развивается глубокая кома, судорожный синдром, тахикардия, нарушения дыхания. Прогноз неблагоприятный.
- При интермиттирующем течении аналогичные симптомы менее выражены и сменяются периодами улучшения. Возможна стабилизация состояния

- Диагноз устанавливается на основании анализа клинической картины, ультразвукового исследования и компьютерной томографии.
- Существует 4 патогномоничных клинических симптома:
 - -снижение гематокрита без видимой причины
 - -отсутствие прироста гематокрита на фоне адекватной терапии
 - -выбухание большого родничка
 - -изменение двигательной активности ребенка

- При ультразвуковом исследовании головного мозга через большой родничок можно определить степень выраженности кровоизлияния и его динамику. Обнаруживаются эхоплотные тени в области желудочков мозга – внутрижелудочковые тромбы. Разрешение тромба длится 2-3 недели и на его месте формируется киста, развивается вентрикуломегалия.

- В остром периоде проводятся мероприятия по нормализации мозгового кровотока, внутричерепного и артериального давления, метаболических нарушений.
- Летальность среди новорожденных с интра- и перивентрикулярными кровоизлияниями составляет от 25 до 50 %

Травма спинного мозга

- Это результат воздействия механических факторов (избыточная тракция или ротация) при патологическом течении родов, приводящих к кровоизлиянию, растяжению, сдавлению и разрыву спинного мозга.

- Позвоночник и связочный аппарат у новорожденных более растяжимы чем спинной мозг, который сверху фиксирован продолговатым мозгом, а снизу конским хвостом. Повреждения чаще всего обнаруживаются в нижнешейном и верхнегрудном отделах спинного мозга.
- Спинной мозг может быть серьезно поврежден, а целостность позвоночника не нарушена.

- Клинические проявления зависят от степени тяжести травмы и от уровня поражения.
- В тяжелых случаях выражена картина спинального шока - вялость, адинамия, мышечная гипотония, диафрагмальное дыхание, слабый крик, перерастянность мочевого пузыря, зияние ануса. Смерть наступает от дыхательных расстройств.

- Если же явления спинального шока регрессируют, то у ребенка сохраняется мышечная гипотония, сменяющаяся позже спастикой и усилением рефлекторной активности.

- При легкой спинальной травме наблюдается преходящая неврологическая симптоматика, обусловленная гемодинамическими расстройствами и отеком спинного мозга.

Травма периферической нервной системы

- Чаще наблюдается травма плечевого сплетения, диафрагмального, лицевого и срединного нервов.
- Парез плечевого сплетения отмечается преимущественно у крупных детей, рожденных в тазовом предлежании.
- Основной причиной являются акушерские пособия, выполняемые при запрокидывании ручек плода, при затрудненном выведении плечиков и головки. Чаще всего это сочетается с асфиксией плода.

- Диагноз устанавливается уже при первом осмотре новорожденного – нарушения функции верхней конечности, мышечная гипотония, отсутствие сухожильных рефлексов.
- При своевременном и правильном лечении в случае легкого повреждения функция руки восстанавливается через 3-6 месяцев, при поражении средней степени тяжести – через 1-3 года. Тяжелый паралич приводит к стойкому дефекту функции руки.

- Парез лицевого нерва возникает в результате сжатия лицевого нерва мысом крестца или, чаще, акушерскими щипцами. Клиническая картина характеризуется асимметрией лица, расширением глазной щели, опущением угла рта.
- Течение благоприятное, восстановление протекает обычно быстро и без специфического лечения.

Ведение детей, перенесших родовую травму нервной системы.

- Эти дети составляют группу риска развития неврологических и психических нарушений.
- На первом году жизни показаны осмотры педиатра и невропатолога каждые 2-3 месяца.
- Лечение детей с церебральными параличами и травмой плечевого сплетения должно проводиться непрерывно на протяжении многих лет до достижения максимальной компенсации дефекта и социальной адаптации.

- Психические расстройства у детей, перенесших родовую травму нервной системы, выражаются в интеллектуальной недостаточности, часто в форме олигофрении, судорожных проявлениях и психоподобных особенностях поведения-повышенной возбудимости, расторможенности, неврозоподобных расстройств – тиков, страхов, энуреза.

- Все эти проявления, (кроме олигофрении) чаще лабильны и относительно обратимы, с чем связан относительно благоприятный прогноз, возможный при адекватном лечении, психокоррекционных и лечебно-педагогических мероприятиях.

Родовые повреждения мягких тканей

- Кефалогематома – кровоизлияние под надкостницу теменной или затылочной кости. Это флюктуирующая опухоль, не распространяющаяся за пределы кости, над которой она располагается, безболезненная, не пульсирующая. Может увеличиваться на протяжении первой недели жизни, а затем постепенно уменьшается. Резорбция происходит к 6-8 неделе жизни. Лечение не требует. При очень больших или нагноившихся гематомах производится пункция.

Родовые повреждения костной системы

- Чаще бывают у новорожденных с большой массой тела (например при диабетической фетопатии) – перелом ключицы, плеча. Перелом бедренной кости возможен при извлечении плода за ножку. Лечение проводится методом иммобилизации. Прогноз в большинстве случаев благоприятный.

Родовое повреждение внутренних органов

- Субкапсулярные гематомы печени и кровоизлияния в надпочечники возможны при тазовом предлежании плода, при крупном плоде, гемолитической болезни новорожденных. Нарастающая гематома печени может разорваться с развитием клиники внутреннего кровотечения. В диагностике помогает ультразвуковое исследование. Лечение заключается в проведении гемостатической и посиндромной терапии. Если при кровоизлиянии в надпочечники ребенок не погибает в острый период, то в дальнейшем может развиваться хроническая надпочечниковая недостаточность.

ПРОФИЛАКТИКА родового травматизма плода

Начинается в женской консультации: беременная с особенностями анамнеза, строения таза, отклонениями в течении беременности включаются в группу повышенного риска перинатальных повреждений плода. Такие беременные получают курсы профилактики внутриутробной гипоксии плода и в обязательном порядке подлежат дородовой госпитализации в стационары соответствующего уровня не позднее 37-й недели беременности. **В задачу женской консультации входят** мероприятия по профилактике невынашивания и перенашивания беременности.

Профилактика родовой травмы плода теснейшим образом связана и с особенностями течения и ведения родового акта.

Основной задачей акушера родильного стационара является составление четкого прогноза родов с учетом имеющихся факторов риска перинатальной патологии.

1. Должен быть правильно избран метод родоразрешения - через естественные родовые пути или абдоминальный с учетом всех обстоятельств и с оценкой состояния плода и его резервных возможностей.

2. Современное акушерство практически исключает из своего арсенала травмирующие методы родоразрешения - поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец. Применение этих методов - результат неправильной оценки ситуации. Использование акушерских щипцов и вакуум-экстрактора допустимы при четком соблюдении показаний и условий для выполнения этих операций.

3. Адекватная методика ведения родов при нарушениях сократительной деятельности матки: отказ от родостимуляции при крупном и переношенном плоде, при плоде, страдающем от хронической внутриутробной гипоксии.

4. Своевременная диагностика клинического несоответствия между плодом и тазом женщины.

5. Профилактика быстрых и стремительных родов.

6. Совершенствование методики ведения преждевременных родов.

7. Отказ от чрезмерно активных мероприятий по "защите промежности", применение приемов оперативного расширения вульварного кольца- перинео- и эпизиотомия.

8. Отказ от нефизиологических, травмирующих действий при рождении головки плода.

9. Исключение погрешностей при оказании пособия по Цовьянову, поспешности при освобождении плечевого пояса и головка плода при тазовом предлежании.

10. Расширение показаний для планового кесарева сечения при тазовых предлежаниях и внутриутробном страдании плода.

11. Бережное атравматичное извлечение плода при операции кесарева сечения с обязательной достаточной длиной разреза на матке, отказом от тракций за родившуюся головку с целью выведения плечевого пояса.