РЕФЕРАТ

По предмету:

«Сестринское дело в педиатрии»

ПО ТЕМЕ:

РОДОВЫЕ ТРАВМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

Путь малыша на свет не устлан розами – **травмы** тут нередки. Что надо знать о **родовых травмах…**

Патология новорожденных является одной из актуальных проблем педиатрии. По статистическим данным различных стран заболевания новорожденных занимают 1-е место в структуре детской смертности, поэтому предупреждение патологии новорожденных — один из важнейших этапов в борьбе за снижение детской смертности.

В нашей стране много внимания уделяется антенатальной охране плода, предупреждению заболеваний новорожденных, повышению качества обслуживания больных новорожденных и недоношенных детей. Здоровье новорожденного зависит от ряда факторов: состояния здоровья матери, течения родов, условий окружающей среды в постнатальном периоде, способа вскармливания и др.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), перинатальным периодом называют период от 28-й недели внутриутробной жизни плода по 7-е сутки жизни новорожденного. В СССР принято считать показателем жизнеспособности срок беременности 28 нед, массу тела плода 1000 г, длину тела плода 35 см. Из детей, родившихся живыми и умерших на 1-й неделе, более 40% умирают в 1-е сутки жизни, менее 25% — спустя 3 сут.

Исход родов для плода зависит от возраста матери, а также числа предшествующих родов. Возраст женщины 20 лет — 24 года является наиболее благоприятным для первых родов, дети рождаются крепкими, вполне доношенными, что объясняется отсутствием у большинства матерей этого возраста серьезных заболеваний и абортов. Для вторых родов оптимальным является возраст женщины 25 — 29 лет. При первых родах в возрасте старше 30 лет и при вторых родах старше 35 лет увеличивается риск перинатальной патологии.

РОДОВАЯ ТРАВМА НОВОРОЖДЁННЫХ. Факторами, предрасполагающими к родовой травме, являются неправильное положение плода, несоответствие размеров плода размерами малого таза беременной (крупный плод или суженный таз), особенности внутриутробного развития плода (хроническая внутриутробная гипоксия), недоношенность, переношенность, длительность акта родов (как стремительные, так и затяжные роды). Непосредственной причиной родового травматизма нередко бывают неправильно выполняемые акушерские пособия при поворотах и извлечении плода, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора и др.

Родовая травма мягких тканей

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

## Родовые травмы головы: опухоль, подкожные гематомы

Чтобы свести риск к минимуму, природа снабдила ребенка прочными и в то же время очень эластичными косточками черепа, соединив их между собой естественными амортизаторами – швами и родничками. Благодаря такому строению косточки способны немного расходиться или сближаться, чтобы головка рождающегося ребенка, меняя конфигурацию, вписывалась в узкие места таза матери.

Но защитный механизм не всегда может уберечь малыша от появления характерной припухлости – **родовой опухоли**. Как правило, она проходит быстро и без последствий для внешнего вида и [здоровья](http://click01.begun.ru/click.jsp?url=seMzeQ0KCwoNH6hpXUpjzYPMMz2UMpWDErSnX1tBBIXkx5OHqQclDrx1zpyEmCYy0AVmLU8OUXaGN5kro4N7GkbGLEgcfae1GL7CV-gFnhZW1H946-cvPLPgKr62uwbI5Z*T6-8xzdbyxGiiQfwinkovrHlh52oO*nr4PrjdOYzRUvvD1qC1124jBPgmS0YOFquBZEdR*gpW0SVNPsfyxJB-q7KDbUw-hgsfERTKqEov5HgTBBWMQ3PyfKeAfVGSndIVE7ufAb9bs47b*2JiLEis5cGvEKt*JyZZEQ). Врачи считают такую травму естественным явлением. Многих пугает уже само слово «[опухоль](http://click01.begun.ru/click.jsp?url=seMzeZeTkpMDihtVKZuIgdczLWyCFn7NnjRd80xMwafoUUkWTCo3OSQwzsSE-8G529m3wxLL5TtFsyd3-JAFUGkxVPyuA9d3dGfFG2M3jBuTXDH0J*ZpoUCNX28mUQ5hHAf2*iKXlOwstgDWez459y4h05Z*CKI8Bt-RxnhFImFkJ24pDe5w-sDRP0WWt1HgNZ-Dy7z1PAJgmxfG3wkKh8L4aPtEHjF3YfStuWWz6*C2gUibgA1PFfPtU4vzQQ9lpRfqAx148e*NHMIP)», хотя к онкологии оно, разумеется, отношения не имеет. Просто в том месте, которое у малыша предлежало, то есть прокладывало дорогу наружу во время родов ( темечко или затылочек, а иногда – личико, лобик, ягодички ), ткани отекли из-за застоя крови и лимфы.

Это вызвано, во-первых, перегрузками, которые малыш испытывает в родовых путях, а во-вторых, разницей между давлением внутри матки и во внешней среде. Из-за такого перепада лопаются сосудики, возникают кровоизлияния в подкожную клетчатку и кожу.

Иногда здесь же образуются пузыри величиной с горошину, заполненные прозрачной жидкостью.

Отек быстро спадает, **опухоль** рассасывается. Уже на второй, максимум – третий день кожица в этой области выравнивается без всякого лечения, а багрово-синие кровоподтеки бледнеют, желтеют и исчезают сами собой к концу первой началу второй недели.

**Подкожные гематомы** могут нарастать у детей, склонных к кровоточивости. Она запрограммирована в генах или связана с повышенной проницаемостью сосудов, дефицитом витаминов К, С, Р и других веществ, необходимых свертывающей системе крови.

Новорожденному вводятся кровоостанавливающие вещества (витамины, хлористый кальций ) и, возможно, подключение антибиотиков.

## Кефалогематомы

Кефалогематома представляет собой кровоизлияние под надкостницу плоских костей черепа. Механизм травмы заключается в смещении кожи вместе с надкостницей и разрыве сосудов во время перемещения головы ребенка по родовому каналу. Кровь в кефалогематоме накапливается постепенно и поэтому опухоль, появившись во время или вскоре после рождения, продолжает увеличиваться в течение первых 2–3 дней жизни ребенка.

Кефалогематома располагается на одной или обеих теменных костях, редко на затылочной и лобной, еще реже на височной. Она вмещает от 5 до 150 мл крови, которая долгое время остается жидкой. В связи с тем, что надкостница плотно сращена с костью в области швов, границы кефалогематомы не выходят за пределы пораженной кости. Поверхность кожи над опухолью не изменена. Под кефалогематомой иногда обнаруживается перелом кости, через который возможно сообщение с эпидуральной гематомой. Опухоль вначале имеет упругую консистенцию, иногда флюктуирует, и ограничена валиком по периферии. С 7–10 дня опухоль начинает уменьшаться в размерах и обычно исчезает на 3–8 неделе. При значительных кровоизлияниях рассасывание крови задерживается и может затянуться на месяцы. В этих случаях надкостница в области гематомы уплотняется, гематома оссифицируется, что приводит к деформации или асимметрии черепа. Кефалогематома наблюдается у 0,3–0,5% новорожденных.

Дифференцировать кефалогематому надо от родовой опухоли; от кровоизлияния под апоневроз (kephalohaematoma subaponeuroticum) — плоская, тестоватой консистенции, переходит над швами; от мозговых грыж — выпячивание мозговых оболочек и вещества мозга через родничок или дефекты кости: пульсирует, отражает дыхательные движения.

Осложнения кефалогематомы: анемия, вследствие значительной потери крови; желтуха, развивающаяся при рассасывании кровоизлияния, нагноение.

Лечение кефалогематомы заключается в кормлении ребенка сцеженным материнским или донорским молоком в течение 3–4 дней, назначении глюконата кальция и витамина К на 3 дня (0,001 г 3 раза внутрь). В некоторых случаях проводится пункция кефалогематомы с отсасыванием крови с последующим наложением давящей повязки. При инфицировании и нагноении кефалогематомы проводится хирургическое лечение, назначаются антибиотики.

Кровоизлияния в мышцы

К более тяжелым относятся повреждения мышц. Одной из типичных родовых травм (чаще развивается при родах в ягодичном предлежании) является повреждение грудиноключично-сосцевидной мышцы, кровоизлияние, или разрыв. Эта травма чаще возникает при ягодичном предлежании или при рождении с помощью щипцов или ручной экстракции плода. Кровь изливается во влагалище мышцы или в саму мышцу. В области повреждения определяется небольшая, умеренно плотная или тестоватой консистенции, слегка болезненная при пальпации опухоль. Иногда ее выявляют только к концу 1-й недели жизни ребенка, когда развивается [кривошея](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=9047&act=full): голова ребенка наклонена в сторону поврежденной мышцы, а подбородок повернут в противоположную сторону. Дифференцировать гематому грудиноключично-сосцевидной мышцы следует с врожденной мышечной кривошеей, развившейся внутриутробно вследствие длительного давления костей таза матери на мышцу при недостаточном количестве околоплодной жидкости. Мышца прощупывается как плотная, не болезненная опухоль. Во время родов в измененную мышцу нередко происходит кровоизлияние, что еще больше затрудняет дифференциальный диагноз. Лечение: Лечение гематомы в мышцу проводится: путем поворачивания головы в здоровую сторону особенно во время сна во избежании укорачивания мышцы и принудительного положения головы, несколько позже — наложения теплового компресса, массаж , электрофорез. Рекомендуется впрыскивать преднизолон и гиалуронидазу в гематому.

Прогноз обычно благоприятный и состояние может восстановиться за несколько недель до развития кривошеи. Как правило, [гематома](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=4018&act=full) рассасывается и через 2 — 3 нед. функция мышцы восстанавливается. При отсутствии эффекта от консервативной терапии показана хирургическая коррекция, которая должна быть проведена в первые 6 мес. жизни ребенка.

Родовая травма костной системы

Наиболее часто наблюдаются повреждения ключицы, плечевых и бедренных костей. Причинами их являются неправильно проводимые акушерские пособия. Он наблюдается у 0,03–0,1% новорожденных, возможен даже при самопроизвольных родах без оказания акушерских пособий.

Перелом ключицы

Образуется перелом у крупных плодов, при тазовом предлежании с запрокидыванием ручек, обычно поднадкостничный, характеризуется значительным ограничением активных движений, болезненной реакцией (плач) при пассивных движениях руки на стороне поражения. При легкой пальпации отмечают припухлость, болезненность и крепитацию над местом перелома. Диагноз не представляет затруднений: движения руки на стороне перелома ограничены, имеется локальный отек, рефлекс Моро на стороне поражения отсутствует.

Прогноз благоприятный, образование костной мозоли наступает быстро, на 3–4-й день, в дальнейшем функция конечности не нарушается.

Дифференцировать следует от перелома и отрыва головки плечевой кости, паралича плечевого сплетения и центрального паралича. Для постановки диагноза необходим осмотр ключиц у детей сразу после рождения, особенно у крупных. При подозрении на перелом проводится рентгенография.

Лечение заключается в кратковременной легкой иммобилизации конечности на стороне перелома ключицы, а ребенка выкладывают на здоровый бок.

Переломы плечевой и бедренной костей диагностируют по отсутствию активных движений в конечности, болевой реакции при пассивных движениях, наличию отечности, деформации и укорочения поврежденной кости. При всех видах переломов костей диагноз должен быть подтвержден рентгенологически.

Лечение перелома ключицы заключается в кратковременной иммобилизации руки с помощью повязки Дезо с валиком в подмышечной области или путем плотного пеленания вытянутой руки к туловищу сроком на 7—10 дней (при этом ребенка укладывают на противоположный бок). При переломах плечевой и бедренной костей показана иммобилизация конечности (после репозиции в случае необходимости) и ее вытяжение (чаще с помощью лейкопластыря). Прогноз при переломах ключицы, плечевой и бедренной костей благоприятный.

Травматический эпифизголиз плечевой кости встречается редко, проявляется припухлостью, болезненностью и крепитацией при пальпации в области плечевого или локтевого суставов, ограничением движений пораженной руки. При этом повреждении в дальнейшем часто развивается сгибательная [контрактура](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=9034&act=full) в локтевом и лучезапястном суставах из-за пареза лучевого нерва. Диагноз подтверждают с помощью рентгенографии плечевой кости. Лечение: фиксация и иммобилизация конечности в функционально выгодном положении в течение 10 — 14 дней с последующим назначением физиотерапевтических процедур, массажа.

Дети, перенесшие родовую травму костей, как правило, полностью выздоравливают.

Родовая травма внутренних органов встречается редко и, как правило, является следствием механических воздействий на плод при неправильном ведении родов, оказании различных акушерских пособий. Наиболее часто повреждаются печень, селезенка и надпочечники в результате кровоизлияния в эти органы. В течение первых 2 сут. явной клинической картины кровоизлияния во внутренние органы не отмечают («светлый» промежуток). Резкое ухудшение состояния ребенка наступает на 3 —5-е сутки в связи с кровотечением вследствие разрыва гематомы и нарастанием кровоизлияния. Клинически это проявляется симптомами острой постгеморрагической [анемии](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=1053&act=full) и нарушением функции того органа, в который произошло кровоизлияние. При разрыве гематом часто отмечают вздутие живота и наличие свободной жидкости в брюшной полости. Выраженную клиническую картину имеет кровоизлияние в надпочечники, которое часто встречается при ягодичном предлежании. Оно проявляется резкой мышечной гипотонией (вплоть до атонии), угнетением физиологических рефлексов, парезом кишечника, падением АД, упорными срыгиваниями, рвотой.

Для подтверждения диагноза родовой травмы внутренних органов производят обзорную рентгенографию и ультразвуковое исследование брюшной полости, а также исследование функционального состояния поврежденных органов.

При кровоизлиянии в надпочечники и развитии острой надпочечниковой недостаточности необходима заместительная терапия глюкокортикоидными гормонами. При разрыве гематомы, внутриполостном кровотечении производят оперативное вмешательство.

Прогноз родовой травмы внутренних органов зависит от объема и степени тяжести поражения органов. Если ребенок не погибает в острый период родовой травмы, его последующее развитие во многом определяется сохранностью функций пораженного органа. У многих новорожденных, перенесших кровоизлияние в надпочечники, в дальнейшем развивается хроническая надпочечниковая недостаточность.

Родовая травма центральной нервной системы является наиболее тяжелой и опасна для жизни ребенка. Она объединяет различные по этиологии, патогенезу, локализации и степени тяжести патологические изменения нервной системы, возникающие в результате воздействия на плод в родах механических факторов. Родовая травма нервной системы в большинстве случаев возникает на фоне хронической гипоксии плода, обусловленной неблагоприятным течением беременности (токсикозы, угроза выкидыша, инфекционные, эндокринные и сердечно-сосудистые заболевания, профессиональные вредности и др.).

Внутричерепные кровоизлияния

Клиническая картина неврологических расстройств зависит от тяжести кровоизлияния, сочетания с другими нарушениями (гипоксией, кровоизлияниями другой локализации). Чаще встречаются легкие кровоизлияния с такими клиническими проявлениями, как срыгивание, [тремор](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=17026&act=full) рук, беспокойство, повышение сухожильных рефлексов. Иногда неврологическая симптоматика может появиться только на 2 —3-й день жизни после прикладывания ребенка к груди. При массивных кровоизлияниях дети рождаются в асфиксии, у них наблюдаются беспокойство, нарушение сна, ригидность мышц затылка, срыгивание, [рвота](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=15015&act=full), нистагм, косоглазие, [тремор](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=17026&act=full), [судороги](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=16043&act=full). Мышечный тонус повышен, ярко выражены все безусловные рефлексы. На 3—4-й день жизни иногда отмечают синдром Арлекина, проявляющийся изменением окраски половины тела новорожденного от розового до светло-красного цвета; другая половина бывает бледнее, чем в норме. Отчетливо этот синдром выявляется при положении ребенка на боку. Изменение окраски тела может наблюдаться в течение от 30 с до 20 мин, в этот период самочувствие ребенка не нарушается.

Лечение заключается в коррекции дыхательных, сердечно-сосудистых и метаболических нарушений. При развитии реактивного менингита назначают антибактериальную терапию. При повышении внутричерепного давления необходима дегидратационная терапия.

При наличии легких неврологических расстройств или асимптомном течении прогноз благоприятный. Если развитие кровоизлияния сочеталось с тяжелыми гипоксическими и (или) травматическими повреждениями, дети, как правило, погибают, а у немногих выживших обычно наблюдаются такие серьезные осложнения, как [гидроцефалия](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=4046&act=full), [судороги](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=16043&act=full), детский церебральный [паралич](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=14014&act=full), задержка речевого и психического развития.

Травма спинного мозга — результат воздействия механических факторов (избыточная тракция или ротация) при патологическом течении родов, приводящих к кровоизлиянию, растяжению, сдавлению и разрывам спинного мозга на различных уровнях. Позвоночник и его связочный аппарат у новорожденных более растяжимы, чем спинной мозг, который сверху фиксирован продолговатым мозгом и корешками плечевого сплетения, а снизу конским хвостом. Поэтому повреждения чаще всего обнаруживают в нижнешейном и верхнегрудном отделах, т.е. в местах наибольшей подвижности и прикрепления спинного мозга. Чрезмерное растяжение позвоночника может привести к опусканию ствола мозга и его вклинению в большое затылочное отверстие.

Клинические проявления зависят от степени тяжести травмы и уровня поражения. В тяжелых случаях выражена картина спинального шока: вялость, адинамия, мышечная гипотония, арефлексия, диафрагмальное дыхание, слабый крик. Мочевой пузырь растянут, задний проход зияет. Резко выражен рефлекс отдергивания: в ответ на единичный укол нога сгибается и разгибается несколько раз во всех суставах. Могут быть чувствительные и тазовые расстройства. Чаще явления спинального шока постепенно регрессируют, но у ребенка еще в течение недель или месяцев сохраняется гипотония. Затем она сменяется спастикой, усилением рефлекторной активности. Ноги принимают положение «тройного сгибания», появляется выраженный симптом Бабинского. Отмечаются также вегетативные нарушения: потливость и вазомоторные феномены; могут быть выражены трофические изменения мышц и костей. При легкой спинальной травме наблюдается преходящая неврологическая симптоматика.

Диагноз устанавливают на основании сведений об акушерском анамнезе (роды в тазовом предлежании), клинических проявлений, результатов обследования. Травма спинного мозга может сочетаться с повреждением позвоночника, поэтому необходимы проведение рентгенографии предполагаемой области поражения, исследование цереброспинальной жидкости.

Лечение заключается в иммобилизации предполагаемой области травмы (шейный или поясничный отделы); в остром периоде проводят дегидратационную терапию (диакарб, [триамтерен](http://zabolevaniya.ru/lecs.php?id=18048&act=full), фуросемид), назначают [викасол](http://zabolevaniya.ru/lecs.php?id=3021&act=full), [рутин](http://zabolevaniya.ru/lecs.php?id=16035&act=full), аскорбиновую кислоту и др. В восстановительном периоде показаны ортопедический режим, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, электростимуляция. Применяют алоэ, АТФ, дибазол, пирогенал, витамины группы В, галантамин, [прозерин](http://zabolevaniya.ru/lecs.php?id=15063&act=full), [ксантинола никотинат](http://zabolevaniya.ru/lecs.php?id=10069&act=full).

При стойких неврологических нарушениях дети нуждаются в длительной восстановительной терапии. Профилактика предполагает правильное ведение родов в тазовом предлежании и при дискоординации родовой деятельности, предупреждении гипоксии плода, применение кесарева сечения с целью исключения переразгибания его головки, выявление хирургически корригируемых поражений.

Травма периферической нервной системы включает травму корешков, сплетений, периферических нервов и черепных нервов. Наиболее часто наблюдается травма плечевого сплетения, диафрагмального, лицевого и срединного нервов. Остальные варианты травматических повреждений периферической нервной системы встречаются реже.

Травма плечевого сплетения (акушерский парез) отмечается преимущественно у детей с большой массой тела, рожденных в ягодичном или ножном предлежании. Основной причиной травмы являются акушерские пособия, оказываемые при запрокидывании верхних конечностей плода, затрудненном выведении плечиков и головки. Тракция и ротация головки при фиксированных плечиках и, наоборот, тракция и ротация плечиков при фиксированной головке приводят к натяжению корешков- нижнешейных и верхнегрудных сегментов спинного мозга над поперечными отростками позвонков. В большинстве случаев акушерские парезы возникают на фоне асфиксии плода.

В зависимости от локализации повреждения парезы плечевого сплетения подразделяют на верхний (проксимальный), нижний (дистальный) и тотальный типы. Верхний тип акушерского пареза (Дюшенна—Эрба) возникает в результате повреждения верхнего плечевого пучка плечевого сплетения или шейных корешков, берущих начало из сегментов CV — CVI спинного мозга. В результате пареза мышц, отводящих плечо, ротирующих его кнаружи, поднимающих руку выше горизонтального уровня, сгибателей и супинаторов предплечья нарушается функция проксимального отдела верхней конечности. Рука ребенка приведена к туловищу, разогнута, ротирована внутрь в плече, пронирована в предплечье, кисть в состоянии ладонного сгибания, головка наклонена к больному плечу.

Нижний тип акушерского пареза (Дежерина— Клюмпке) возникает в результате поражения среднего и нижнего первичных пучков плечевого сплетения или корешков, берущих начало от CV ThI, сегментов спинного мозга. В результате пареза сгибателей предплечья, кисти и пальцев нарушается функция дистального отдела руки. Отмечается мышечная гипотония; движения в локтевом, лучезапястном суставах и пальцах резко ограничены; кисть свисает или находится в положении так называемой когтистой лапы. В плечевом суставе движения сохранены.

Тотальный тип акушерского пареза обусловлен повреждением нервных волокон, берущих начало от CV-, ТhI-сегментов спинного мозга. Мышечная гипотония резко выражена во всех группах мышц. Рука ребенка пассивно свисает вдоль туловища, ее легко можно обвить вокруг шеи — симптом шарфа. Спонтанные движения отсутствуют или незначительны. Сухожильные рефлексы не вызываются. Кожа бледная, рука холодная на ощупь. К концу периода новорожденности развивается, как правило, [атрофия](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=1086&act=full) мышц.

Акушерские парезы чаще бывают односторонними, но могут быть и двусторонними. При тяжелых парезах наряду с травмой нервов плечевого сплетения и образующих их корешков в патологический процесс вовлекаются и соответствующие сегменты спинного мозга.

Лечение следует начинать с первых дней жизни и проводить постоянно с целью профилактики развития мышечных контрактур и тренировки активных движений. Руке придают физиологическое положение с помощью шин, лонгет; назначают массаж, лечебную физкультуру, тепловые (аппликации озокерита, парафина, горячие укутывания) и физиотерапевтические (электростимуляция) процедуры; лекарственный электрофорез (калия йодида, прозерина, лидазы, эуфиллина, никотиновой кислоты). Лекарственная терапия включает витамины группы В, АТФ, дибазол, пропермил, алоэ, [прозерин](http://zabolevaniya.ru/lecs.php?id=15063&act=full), галантамин.

При своевременно начатом и правильном лечении функции конечности восстанавливаются в течение 3 — 6 мес; период восстановления при парезах средней тяжести длится до 3 лет, но часто компенсация бывает неполной; тяжелые акушерские параличи приводят к стойкому дефекту функции руки.

Парез диафрагмы — ограничение функции диафрагмы в результате поражения корешков CIII — CV или диафрагмального нерва при чрезмерной боковой тракции в родах. Клинически проявляется одышкой, учащенным, нерегулярным или парадоксальным дыханием, повторными приступами цианоза, выбуханием грудной клетки на стороне пареза. У 80% больных поражается правая сторона, двустороннее поражение составляет менее 10%. Парез диафрагмы не всегда выражен клинически и часто обнаруживается лишь при рентгеноскопии грудной клетки. Купол диафрагмы на стороне пареза стоит высоко и малоподвижен, что у новорожденных может способствовать развитию пневмонии. Парез диафрагмы часто сочетается с травмой плечевого сплетения.

Лечение заключается в обеспечении адекватной вентиляции легких до восстановления самостоятельного дыхания. Ребенка помещают в так называемую качающуюся кровать. При необходимости проводят искусственную вентиляцию легких, чрескожную стимуляцию диафрагмального нерва. Большинство детей выздоравливает в течение 10 — 12 мес.

Парез лицевого нерва — повреждение в родах ствола и (или) ветвей лицевого нерва. Возникает в результате сжатия лицевого нерва мысом крестца, акушерскими щипцами, при переломах височной кости.

Клинически отмечаются асимметрия лица, особенно при крике, расширение глазной щели («заячий глаз»). При крике глазное яблоко может смещаться вверх, а в неплотно сомкнутой глазной щели видна белковая оболочка. Угол рта опущен по отношению к другому, рот сдвинут в здоровую сторону. Грубый периферический парез лицевого нерва может затруднять процесс сосания. Восстановление часто протекает быстро и без специфического лечения. При более глубоком поражении проводят аппликации озокерита, парафина и другие тепловые процедуры.

Травма срединного нерва у новорожденных может быть в антекубитальной ямке и в запястье. Оба вида связаны с чрескожной пункцией артерий (плечевой и лучевой соответственно).

Клиническая картина в обоих случаях сходная: нарушено пальцевое схватывание предмета, которое зависит от сгибания указательного пальца и отведения и противопоставления большого пальца кисти. Характерна позиция кисти, обусловленная слабостью сгибания проксимальных фаланг первых трех пальцев, дистальной фаланги большого пальца, а также связанная со слабостью отведения и противопоставления большого пальца. Наблюдается [атрофия](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=1086&act=full) возвышения большого пальца. Лечение включает наложение лонгеты на кисть, лечебную физкультуру, массаж. Прогноз благоприятный.

Травма лучевого нерва происходит при переломе плеча со сдавлением нерва. Это может быть вызвано неправильным внутриутробным положением плода, а также тяжелым течением родов. Клинически проявляется жировым некрозом кожи выше надмыщелка лучевой кости, что соответствует зоне компрессии, слабостью разгибания кисти, пальцев и большого пальца (свисание кисти). В большинстве случаев функция кисти быстро восстанавливается.

Травма седалищного нерва у новорожденных происходит в результате неправильного проведения внутримышечных инъекций в ягодичную область, а также при введении гипертонических растворов глюкозы, аналептиков, хлорида кальция в пупочную артерию, в результате чего возможно развитие спазма или тромбоза нижней ягодичной артерии, которая снабжает кровью седалищный нерв. Проявляется нарушением отведения бедра и ограничением движения в коленном суставе, иногда наблюдается некроз мышц ягодицы. Лечение включает наложение лонгеты на стопу, массаж, лечебную физкультуру, тепловые процедуры, лекарственный электрофорез, электростимуляцию.

Тактика ведения детей, перенесших родовую травму центральной и периферической нервной системы. Эти дети относятся к группе риска развития в дальнейшем неврологических и психических нарушений различной степени тяжести. Поэтому они должны быть поставлены на диспансерный учет и на первом году жизни каждые 2 — 3 мес. проходить осмотры педиатра и невропатолога.

Это позволит своевременно и адекватно проводить лечебно-коррекционные мероприятия на ранних этапах развития. Лечение детей с церебральными параличами и выраженными двигательными нарушениями после травмы плечевого сплетения должно проводиться непрерывно в течение многих лет до достижения максимальной компенсации дефекта и социальной адаптации. Родители принимают активное участие в лечении ребенка с первых дней жизни. Им следует объяснять, что лечение ребенка с поражением нервной системы — длительный процесс, не ограничивающийся только определенными курсами терапии; оно требует постоянных занятий с ребенком, во время которых стимулируется двигательное, речевое и психическое развитие. Родителей следует обучить навыкам специализированного ухода за больным ребенком, основным приемам лечебной гимнастики, массажа, ортопедического режима, которые должны выполняться дома.

Психические расстройства у детей, перенесших родовую травму нервной системы, выражаются различными проявлениями психоорганического синдрома, которому в отдаленном периоде родовой черепно-мозговой травмы у детей соответствует органический дефект психики. Выраженность этого дефекта, как и неврологической симптоматики, связана с тяжестью и локализацией повреждения головного мозга (главным образом кровоизлияний). Он заключается в интеллектуальной недостаточности, судорожных проявлениях и психопатоподобных особенностях поведения. Во всех случаях обязательно выявляется церебрастенический синдром. Могут также наблюдаться различные неврозоподобные расстройства, изредка возникают психотические явления.

Интеллектуальная недостаточность при родовой травме, связанной с поражением нервной системы, проявляется, прежде всего, в форме олигофрении. Отличительная особенность такой олигофрении состоит в сочетании психического недоразвития с признаками органического снижения личности (более грубые нарушения памяти и внимания, истощаемость, благодушие и некритичность), нередки судорожные припадки и психопатоподобные особенности поведения. В более легких случаях интеллектуальная недостаточность ограничивается вторичной задержкой психического развития с картиной органического инфантилизма.

При энцефалопатии с преобладанием судорожных проявлений наблюдаются различные эпилептические синдромы, астенические расстройства и снижение интеллекта.

Значительное распространение среди отдаленных последствий черепно-мозговой травмы у детей имеют психопатоподобные нарушения поведения с повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью и обнаружением грубых влечений. Церебрастенический синдром — наиболее постоянный и характерный, он проявляется в виде затяжных астенических состояний с неврозоподобными расстройствами (тики, страхи, энурез и т.п.) и признаками органического снижения психики. Психотические расстройства наблюдаются редко, в виде эпизодического или периодического органического психоза.

Общая отличительная особенность психических расстройств при родовой черепно-мозговой травме (кроме олигофрении) состоит в лабильности симптоматики и относительной обратимости болезненных нарушений, с чем связан в общем благоприятный прогноз, особенно при адекватном лечении, которое является в основном симптоматическим и включает дегидратационную, рассасывающую, седативную и стимулирующую (ноотропные средства) терапию. Имеют существенное значение психокоррекционные и лечебно-педагогические мероприятия.

Список использованной литературы

Руководство по неонатологии. Под ред. Г.В.Яцык. М.: Медицинское информационное агентство.

Болезни плода, новорожденного и ребенка. Справочное пособие. Под ред Е.Д. Черствого, Г.И.Кравцовой. -Мн.:Высш.школа.