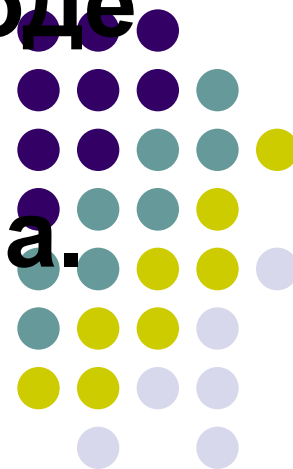
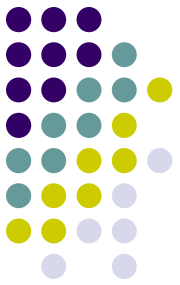

**Заболевания детей в периоде
новорождённости.
Асфиксия. Родовая травма.**



Цель занятия



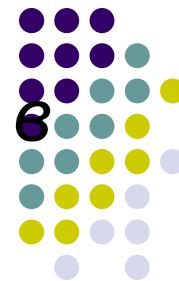
- Сформировать теоретические знания по теме занятия, принципам организации сестринского процесса при уходе за пациентами в условиях стационара и амбулаторного лечения.

Знать:

- 1. Основные причины и факторы риска развития изучаемых заболеваний, профилактические меры по предотвращению их развития.*
- 2. Основные клинические проявления, проблемы пациентов, осложнения, современные методы диагностики, основные принципы лечения и организации сестринского процесса при уходе за пациентом.*




6. Организацию диспансерного наблюдения в условиях детской поликлиники.



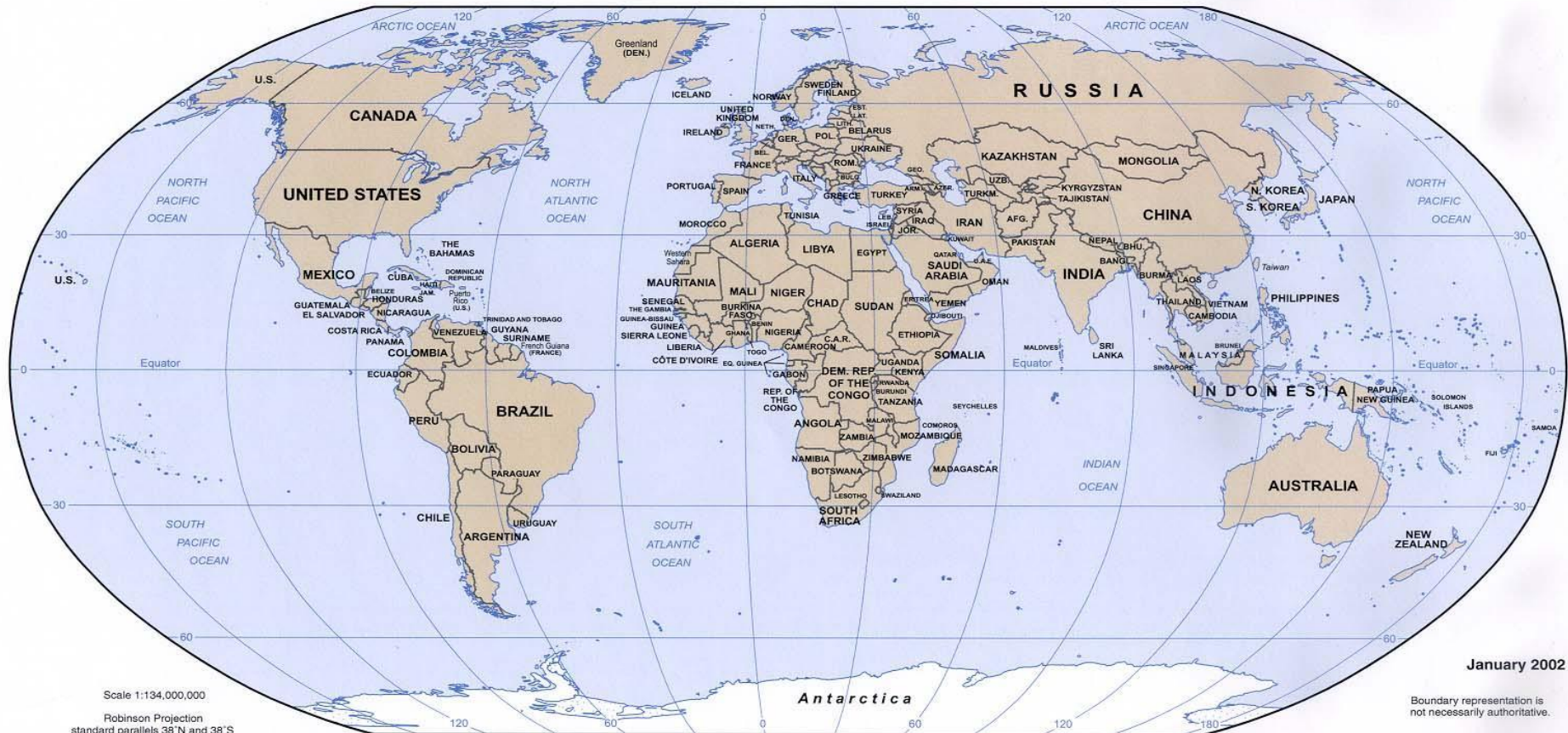
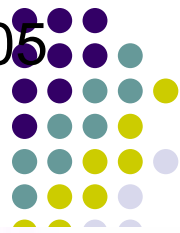
A photograph of a person sitting on a rocky mountain peak. The person is looking towards the camera. The background shows a vast, deep canyon with layered rock formations under a blue sky with some clouds. The text is overlaid in the center of the image.

Гипоксия плода и асфиксия новорожденного



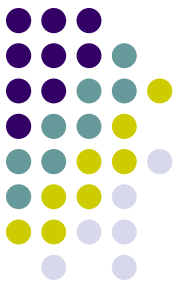
**Рождение – одно из самых
опасных путешествий,
предпринимаемых
человеком за всю его жизнь**

Уровень перинатальной смертности в Мире -52‰ – 6 905 000 смертей в год (WHO-1999)



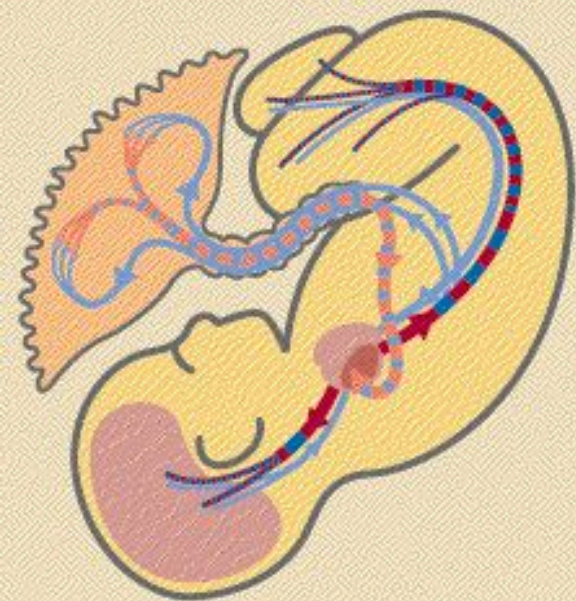
В течение 30 минут погибнет более 30 женщин и более 400 детей !!!!!

Основные причины перинтальной смертности в России в 2001г.- 12,8‰ (с 1000 гр.)

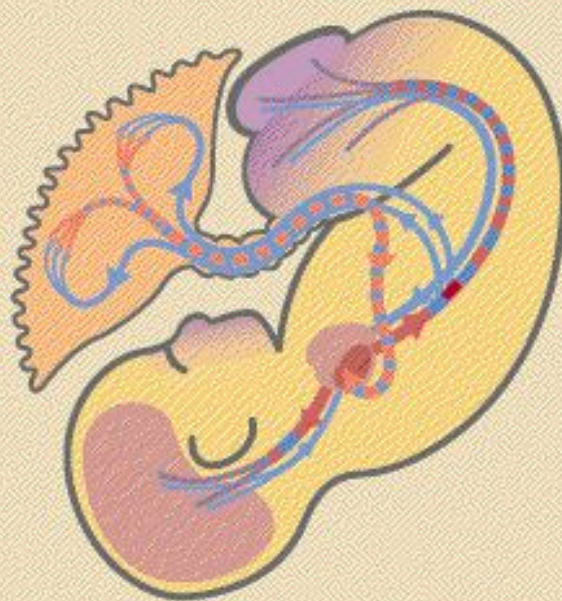


- Анте- и интранатальная асфиксия 46,6%
- Аспирационный синдром 5,5%
- РДС 7,1%
- Врожденные пороки развития 13,9%
- Инфекционные поражения 10,9%
- Родовая травма 4,2%

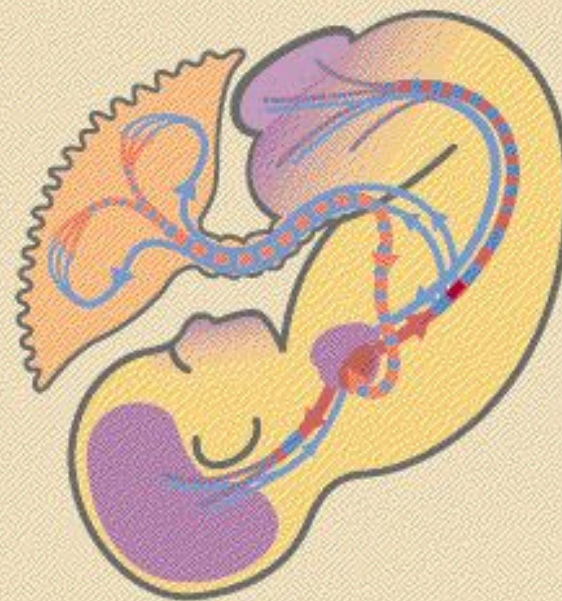
Основные понятия



Гипоксемия

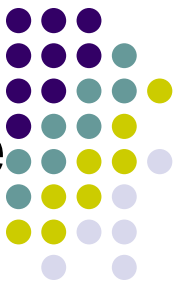


Гипоксия



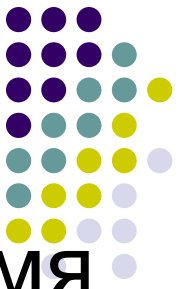
Асфиксия

Асфиксия новорождённых – это состояние новорожденного(синдром), при котором при наличии сердечной деятельности отсутствует дыхание или имеются отдельные нерегулярные поверхностные вдохи.



В результате асфиксии у новорождённого ребёнка в крови и в тканях развивается дефицит кислорода (гипоксия) и накапливается углекислота (гиперкапния)

Этиология:



Асфиксия может развиваться во время внутриутробного развития (антенатального) периода, во время родов (интранатально) – первичная асфиксия,

- в послеродовом периоде (постнатально) – вторичная асфиксия.

Факторы риска развития заболеваний:



1. В антенатальном периоде:

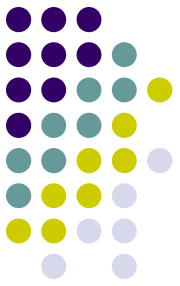
- заболевания матери, сопровождающиеся недостатком кислорода в крови (анемия, сердечная и дыхательная недостаточность и т.д.)
- инфекционные заболевания беременной;

- акушерская патология (длительные токсикозы, нефропатия беременных, угроза прерывания беременности, аномалии предлежания плаценты, переносенная беременность, многоплодие);
- вредные привычки беременной (курение, алкоголь, наркотики);
- гемолитическая болезнь новорожденного;
- длительный приём лекарственных препаратов беременной женщиной.....



2. В интранатальном периоде:

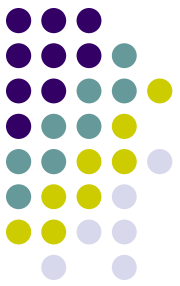
- преждевременные роды;
- быстрые, стремительные или затяжные роды;
- роды в ягодичном и тазовом предлежании;
- аномалии положения плаценты, её преждевременная отслойка;
- -



- выпадение или обвитие пуповины, короткая пуповина;
- органические поражения жизненно важных органов ребёнка (пороки развития сердца, лёгких, мозга);
- внутриутробное инфицирование плода и т.д..

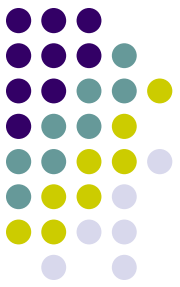


Механизм патологического процесса



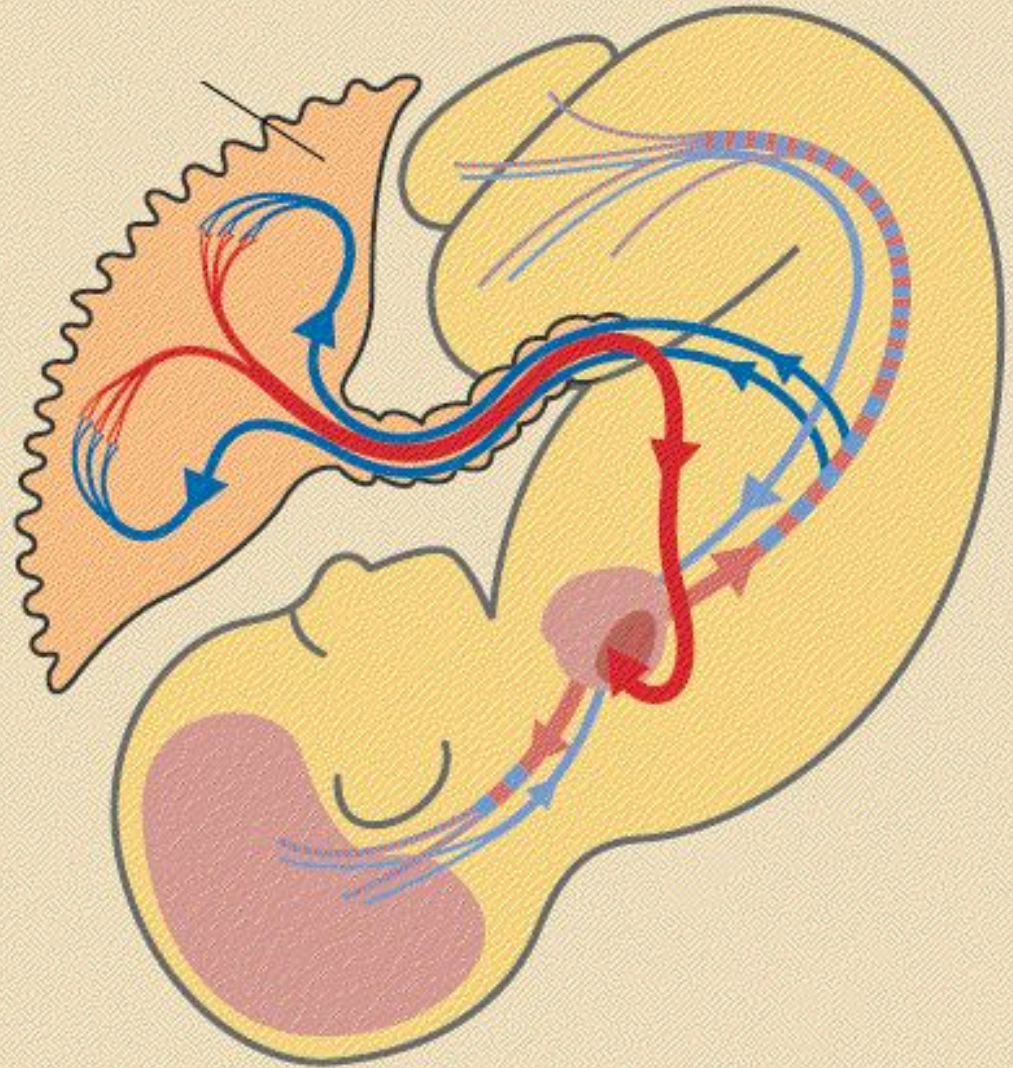
При недостаточном поступлении кислорода в организм плода, в крови и тканях развивается дефицит кислорода (гипоксия) и накапливается углекислота (гиперкапния), что ведёт к накоплению в организме кислых продуктов обмена и развитию ацидоза.

Повышается проницаемость сосудов и развивается тканевая гипоксия (в результате чего клетки теряют способность поглощать кислород). Повышенная проницаемость сосудов ведёт к возможности кровоизлияния в различные органы, а в сочетании с тканевой гипоксией – к нарушению функции жизненно важных органов (головной мозг, сердце и т.д.)

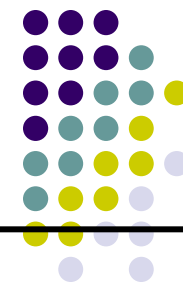


**Кровь по двум артериям
пуповины оттекает от
плода к плаценте**

**Кровь из плаценты по
единственной вене
пуповины притекает к
плоду**



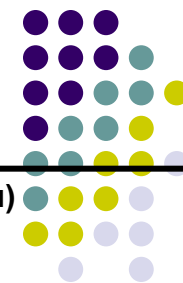
Оценка состояния новорождённого по шкале Апгар



Признаки	0 баллов	1 балл	2 балла
Окраска кожи	Бледная или резко цианотичная	Розовая, акроцианоз	Розовая
Мышечный тонус	Отсутствует, конечности свисают	Снижен	Нормальный тонус, активные движения
Дыхание	Отсутствует	Брадипноэ, нерегулярное	Нормальное дыхание, громкий плач
Сердцебиение	Отсутствует	Брадикардия, менее 100 в минуту	Ритмичное, 100-140 в минуту
Рефлекторная возбудимость	Отсутствует	Одиночные активные движения, гримасы	Активные движения, кашель, чихание

общая оценка **0** – клиническая смерть;
общая оценка **1-3 балла** – очень тяжёлое состояние;
общая оценка **4-5 баллов** – тяжёлое состояние;
общая оценка **6-7 баллов** – состояние средней тяжести;
общая оценка **8-10 баллов** – состояние удовлетворительное.





Клиника первичной асфиксии (по степеням тяжести)

Степень асфиксии	Первая	Вторая (синяя)	Третья (белая)
Оценка по шкале Апгар	6-7 баллов	4-5 баллов	1-3 балла
Состояние ребёнка	Удовлетворительное или средней тяжести	Тяжёлое, крик короткий, мало эмоциональный	Крайне тяжёлое
Дыхание	Редкое, поверхностное	Отсутствует или аритмичное с длительными остановками	Отсутствует
Частота сердечных сокращений	Брадикардия (110-120 в минуту)	Брадикардия (80-100 в минуту), тоны сердца глухие	Брадикардия выраженная (60-80 в минуту), аритмия, глухие тоны сердца
Мышечный тонус	Сохранён	Снижен	Значительно снижен или отсутствует
Реакция на носовой катетер	Сохранена	Снижена	Значительно снижена или отсутствует
Цвет кожи	Незначительный цианоз, акроцианоз	Выраженный цианоз кожи и слизистых	Кожа бледная с восковидным оттенком, цианоз слизистых

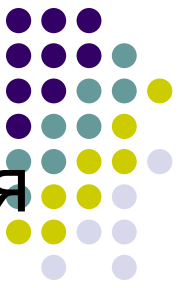
III этапа реанимации новорождённых с асфиксией



I этап – освобождение и поддержание проходимости дыхательных путей:

- при рождении головки отсасывание содержимого из полости рта и глотки, затем из носа;
- быстрое отделение ребёнка от матери и помещение его на столик с обогревом (источник лучистого тепла);

- быстро и тщательно обтереть ребёнка тёплой стерильной пелёнкой (тактильная стимуляция дыхания);
- придать ребёнку правильное положение (слегка запрокинуть головку, подложить под плечи валик);
- повторно отсосать слизь из полости рта и носа;
- провести тактильную стимуляцию дыхания (растирание спинки, похлопывания по подошвам);

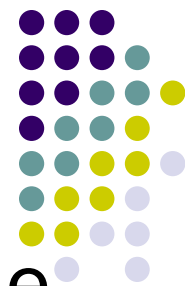


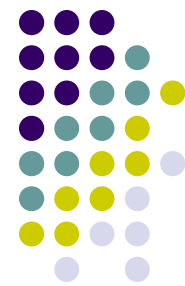


- произвести оценку ребёнка по трём жизненно важным критериям (дыхание, ЧСС, цвет кожных покровов) для решения вопроса о дальнейшем продолжении реанимационных мероприятий:
- если появилось ровное дыхание, ЧСС больше 100 ударов в минуту, реанимацию прекращают и ребёнка переводят в палату интенсивной терапии;
- если дыхание отсутствует или оно неэффективное, переходят ко II этапу реанимационных мероприятий.

II этап – восстановление дыхания:

- ИВЛ с помощью маски и дыхательного мешка Амбу. Для ИВЛ используется чаще 60% кислородно-газовая смесь, недоношенным детям – 40%;
- при неэффективности вентиляции лёгких мешком и маской, необходимо заподозрить развитие осложнений (обструкции дыхательных путей слизью), западение языка, переразгибание шеи, аспирация мекония).





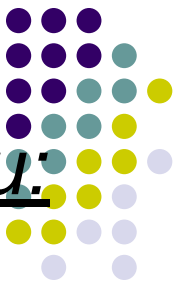
Развитие этих осложнений является показанием для проведения эндотрахеальной интубации и подключения к аппарату ИВЛ. Интубация трахеи проводится с помощью ларингоскопа;

- после интубации оценка эффективности вентиляции лёгких проводится каждые 20-30 секунд. Если ЧСС в пределах 80-100 в минуту, ИВЛ продолжают до тех пор, пока ЧСС не возрастет до 100 в минуту, и не появятся спонтанные дыхательные движения;

- для стимуляции дыхания могут быть введены внутривенно лекарственные препараты (этимизол или налорфин);
- если у ребёнка ЧСС больше 100 в минуту, появились самостоятельные вдохи, реанимацию прекращают и ребёнка переводят в палату интенсивной терапии. Если меньше 100 в минуту, переходят к III этапу реанимационных мероприятий.



III этап – восстановление и поддержание сердечной деятельности и гемодинамики:



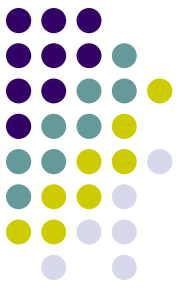
- в сочетании с ИВЛ проводится непрямым массаж сердца (2-пальцами надавливая на нижнюю треть грудины в ритме 120 в минуту на глубину 1,5-2 см). Оценка эффективности проводится по ЧСС и цвету кожных покровов;
- если в течение 60 сек нет эффекта от массажа сердца, в вену пуповины вводится 0,01% раствор адреналина для стимуляции сердечной деятельности. Продолжают непрямым массаж сердца и ИВЛ.



- вновь проводится оценка цвета кожных покровов и микроциркуляции, при необходимости введение адреналина можно повторить через 5 минут (всего не более 3-х раз). При неэффективности адреналина, можно ввести допамин;
- если микроциркуляция не восстановилась (симптом «белого пятна» сохраняется более трёх секунд), переходят к инфузионной терапии: 5% раствор альбумина, изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера, 4,2% раствор гидрокарбоната натрия (для коррекции кислотно-основного состояния).

- при восстановлении микроциркуляции, появлении сердцебиений и самостоятельных вдохов, ребёнка переводят в палату интенсивной терапии или в реанимационное отделение стационара (не прекращая ИВЛ и инфузионной терапии).





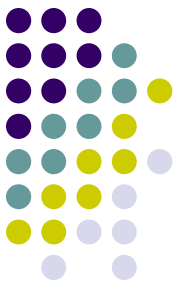
Постреанимационное лечение и уход:

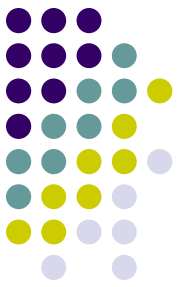
- охранительный режим, уменьшение световых и звуковых раздражителей, максимально щадящие осмотры, сведение до минимума болезненных назначений;
- в первые дни – холод к голове (для уменьшения потребности клеток головного мозга в кислороде ;

- подача увлажнённого кислорода (в связи с повышенной потребностью мозга в кислороде);
- кормление сцеженным грудным молоком:
 - при I степени асфиксии через 6-12 часов после рождения из рожка, к груди на 3-4 сутки;
 - при II степени асфиксии через 12 часов из рожка, к груди на 4-5 сутки;
 - при III степени асфиксии через 24 часа из рожка или через зонд, к груди не ранее 7 суток (по состоянию ребёнка).



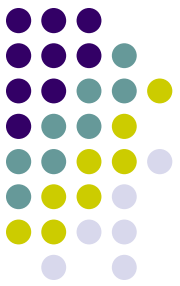
- проводится медикаментозная терапия в соответствии с назначениями врача:
 - продолжение инфузионной терапии;
 - кардиотропные и вазоактивные средства;
 - противосудорожные препараты;
 - мочегонные препараты;
 - симптоматические средства, витамины.





Осложнения.

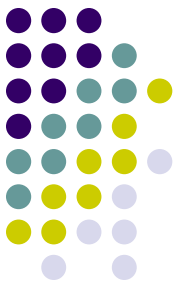
Тяжёлое поражение головного
мозга с неврологической
симптоматикой разной степени
тяжести.



Прогноз.

При I-II степени асфиксии – прогноз благоприятный.

При III степени асфиксии прогноз чаще неблагоприятный, до 50% детей погибают, ещё 20-30% - имеют неврологические нарушения.



Профилактика.

1. Здоровый образ жизни людей!

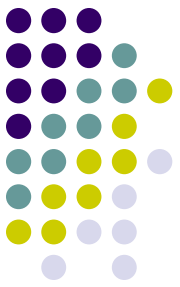
Профилактика или отказ от вредных привычек, профессиональных вредностей...

2. Охрана репродуктивного здоровья девочки – будущей матери.

3. Планирование беременности, регулярное наблюдение беременных в женской консультации, своевременная санация очагов хронической инфекции.



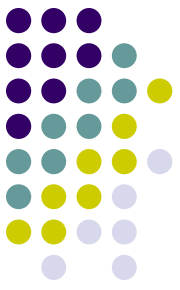
4. Профилактика, своевременное выявление и лечение заболеваний и патологических состояний у беременной женщины, которые могут приводить к внутриутробному инфицированию и гипоксии плода.
5. Своевременная госпитализация беременной при прогнозировании асфиксии плода.
6. Бережное ведение родов.



Сестринский уход при асфиксии новорождённых

Возможные проблемы ребёнка:

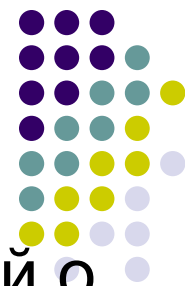
- нарушение дыхания из-за.....
- нарушение питания из-за снижения или отсутствия физиологических рефлексов(сосательного, глотательного), снижения аппетита;
- риск аспирации желудочного содержимого при срыгивании;
- нарушение двигательной активности;
- ограничение подвижности, риск инвалидизации ребёнка из-за поражения ЦНС и других жизненно важных органов;
- высокий риск присоединения внутрибольничной инфекции и проблемы связанные с этим;
- угроза жизни ребёнка



Возможные проблемы родителей:

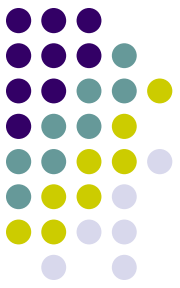
- тревога за ребёнка при получении информации о заболевании;
- дефицит знаний о заболевании, трудность осознания и адекватной оценки случившегося;
- перевод ребёнка для дальнейшего лечения в специализированное отделение;
- разлука с ребёнком на период госпитализации;
- страх за ребёнка, неуверенность в благополучном исходе;
- преждевременное горевание.

Сестринские вмешательства.

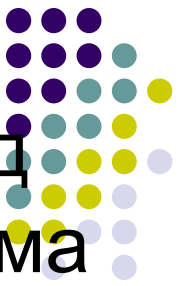


1. Помочь родителям восполнить дефицит знаний о факторах риска развития асфиксии, особенностях течения, возможном прогнозе.
2. Создать комфортные условия для ребёнка в палате интенсивной терапии (по возможности, перевести его в отдельный стерильный бокс), поддерживать оптимальный температурный режим, предупреждать его переохлаждение и перегревание, создать возвышенное головное положение в кроватке, использовать тёплое стерильное бельё, соблюдать асептику и антисептику с целью профилактики внутрибольничной инфекции.

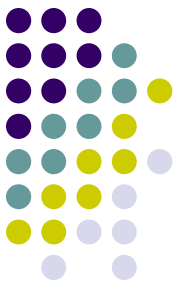
3. Обращаться с ребёнком с большой осторожностью, как можно меньше тревожить, все процедуры выполнять бережно, по возможности, не вынимая из кровати;
4. Проводить мониторинг состояния ребёнка и медицинское документирование сестринского процесса: регистрировать характер дыхания, ЧСС, АД, ЧДД, цвет кожных покровов, отмечать наличие рефлексов, судорог, срыгивания, рвоты, анорексии, появление патологических рефлексов и неврологических симптомов.



5. Осуществлять специализированный уход за ребёнком, постоянно вести учёт объёма и состава получаемой жидкости, контролировать массу тела, измерять температуру тела каждые 2 часа, проводить смену положений ребёнка для профилактики застойных явлений, туалет кожных покровов и видимых слизистых, проводить оксигенотерапию.



6. Своевременно проводить санацию трахеобронхиального дерева для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей.
7. Оценивать эффективность проводимой терапии, вносить изменения в план ухода при присоединении осложнений.
Взаимодействовать в бригаде с лечащим врачом и другими специалистами.



8. Проводить забор материала для лабораторных скрининг программ.
9. Обеспечить ребёнка адекватным его состоянию питанием и подобрать соответствующий способ кормления.
10. Взаимодействовать в бригаде со специалистами, строго выполнять назначения врача.

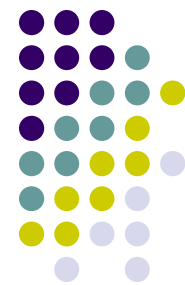


11. Убедить родителей в необходимости этапного, комплексного лечения асфиксии, перевода ребёнка в специализированное отделение и динамического наблюдения за ребёнком врачом-педиатром, невропатологом, психоневрологом и другими специалистами по показаниям (после выписки его из стационара).





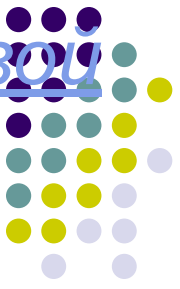
12. Убедить родителей постоянно проводить ребёнку курсы восстановительной терапии, контролировать уровень интеллектуального развития, правильно оценивать его способности и возможности. В период бодрствования стимулировать психическую и двигательную активность ребёнка, поощрять игровую деятельность, в соответствии с возрастом и состоянием подбирать игры и игрушки.



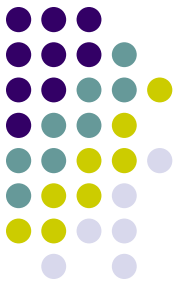
Родовая травма

– это травматизация плода во время родов. Частота родовых травм составляет 7-10 случаев на 1000 новорождённых. У 80% умерших новорождённых выявляются повреждения головного и спинного мозга.

Причины и факторы риска развития родовой травмы:



1. Гипоксия и асфиксия плода, тяжёлый токсикоз беременности.
2. Недоношенность.
3. Внутриутробная инфекция.
4. Быстрые, стремительные или затяжные роды.
5. Диспропорция между размерами таза матери и головки плода (крупный плод, узкий таз матери).
6. Аномалии положения плода или предлежание плаценты.
7. Неквалифицированное выполнение акушерских пособий в родах (наложение щипцов, вакуум экстрактора, поворот плода), оперативного вмешательства (кесарево сечение).



Инструментальное родоразрешение в России

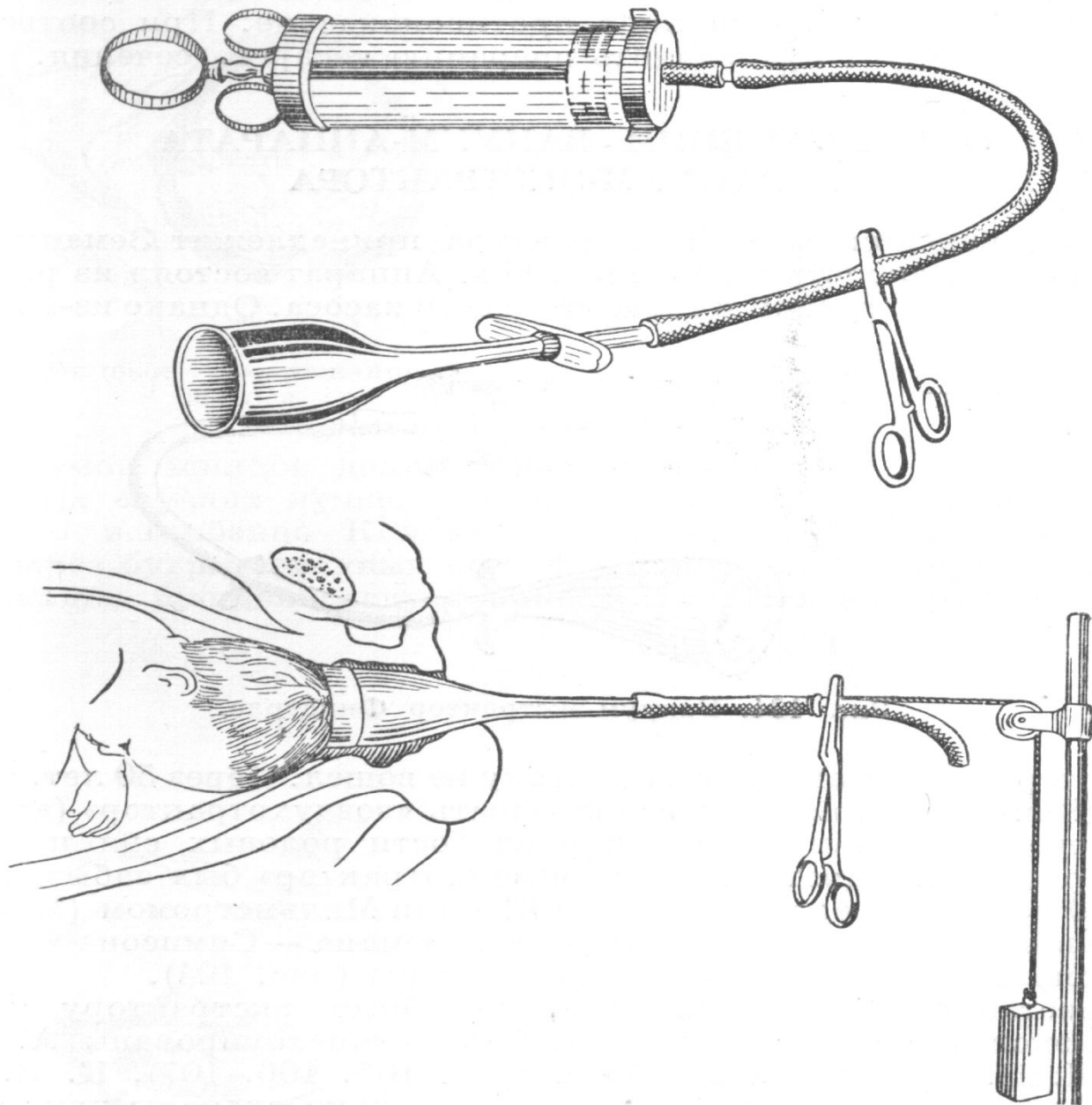


- Акушерские щипцы
0,3%



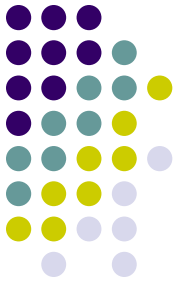
- Вакуум-экстрактор
0,03%





Вакуум-аппарат Петченко и Демичева 1955г.

Вакуум-экстрактор и Акушерские щипцы



Life Sciences

Obstetrical Forceps Would Limit Force on an Infant's Head

Fiber-optic strain gauges would also measure the applied forces.

Advanced Space Flight Course, Astorwa.

A type of improved obstetrical forceps have been proposed to reduce the risk of injury to an infant's head. These forceps would reduce conventional steel obstetrical forceps, which can cause injury because they are rigid and unyielding and provide no feedback. The proposed forceps would be fabricated from a thermoplastic material with a high strength-to-weight ratio. The combination of modulus, size, and shape would be chosen to make the forceps yield elastically to an amount that would keep the applied force from being passed to an infant's obstetrical head.

Fiber-optic sensors for measuring strain would be embedded in the forceps. The strain gauges would be used to compute the tensile and compressive forces applied to an infant's head.

The sensing mechanism for the fiber-optic sensors would use a fiber-optic type reflector grating. These gratings would be written holographically on a thin layer of fiber on the core of the optical fiber at the designated sensing location. The wavelength of light reflected in each sensor would vary with the applied strain and with the resulting optical path difference. The grating and would thus be indicators of the complex effects of tensile and compressive forces.

To make the computational complexity of measuring or comparing from the effects of the applied forces, it may be necessary to use two grating sensors for each force. The resulting pair of strain would be combined and oriented so as not to be oriented and would thus provide a measure of strain in any direction. The strain modulus of the fiber-optic sensors would be chosen to provide a linear relationship between the strain and the force applied to the forceps.

The thermoplastic material used in the forceps would be chosen to allow the forceps to be sterilized by autoclaving. A clear plastic would also

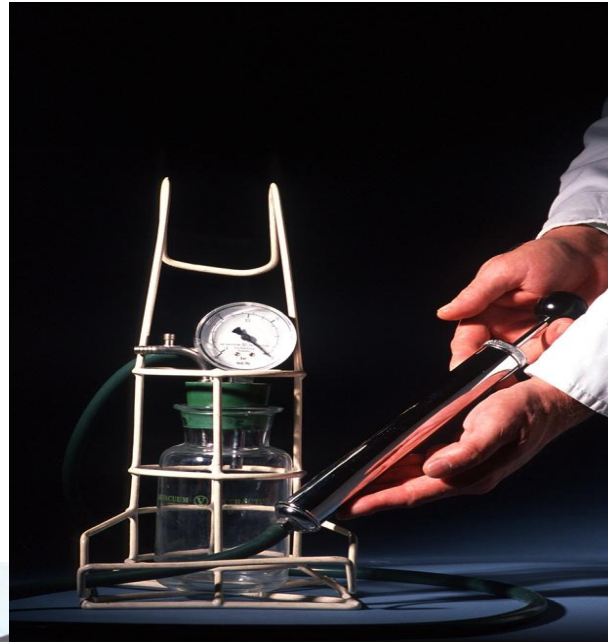
avoid the use of a holographic image in the forceps arms to produce a visible color neutral of the load applied to an infant's head.

This work was done by Dr. Stephen J. D'Amico, Lewis J. Marshall Space Flight Center, and Dr. Robert J. D'Amico, NASA Langley Research Center, Hampton, Virginia.

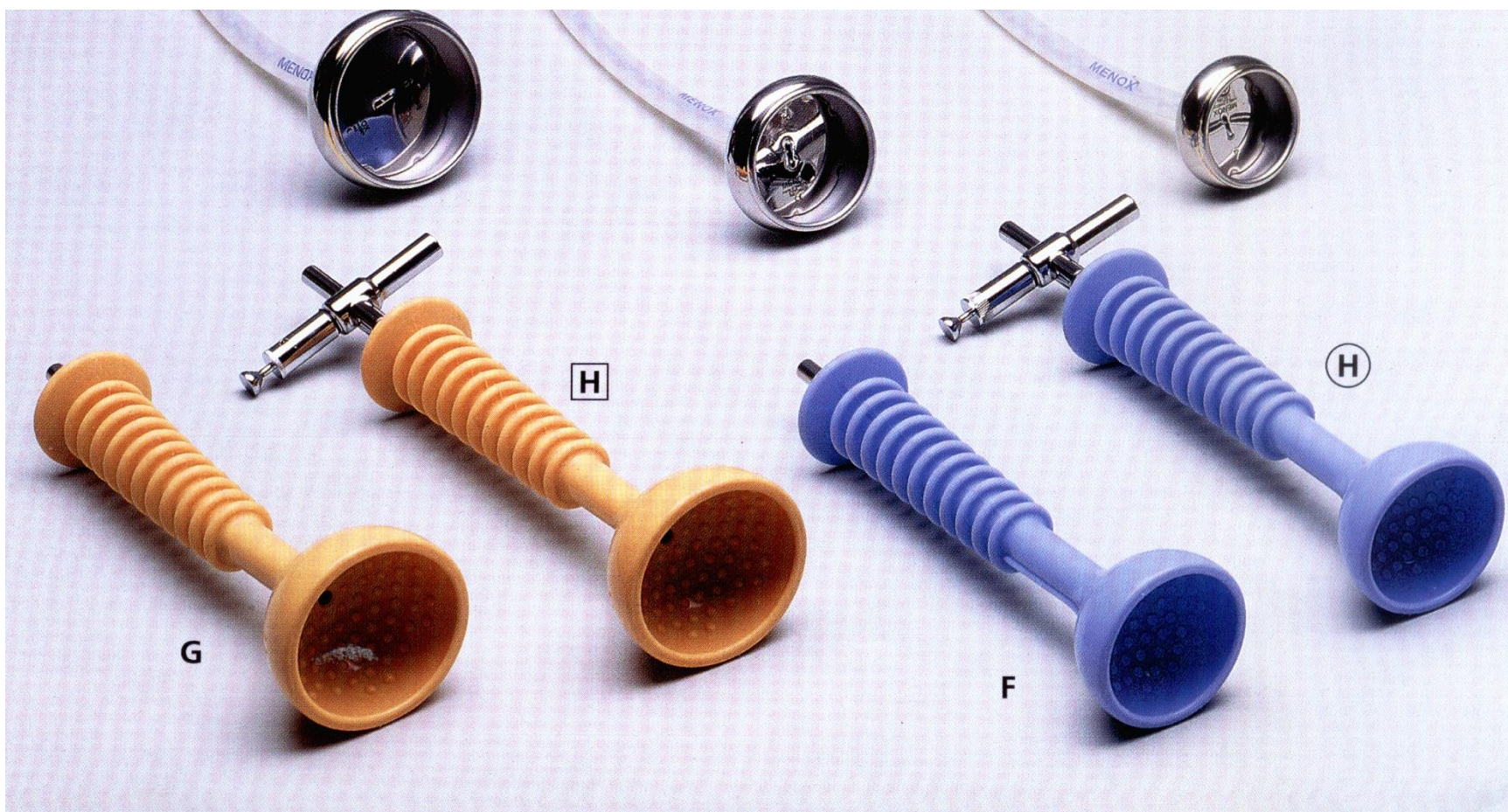
Figure Caption: The thermoplastic obstetrical forceps would limit and measure the forces applied to an infant's head.

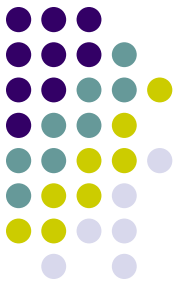
The design proposed would include that the forceps arms will contact with the infant's head. The arms of the forceps would be rigid to allow and would contribute to the strain on the forceps and provide against each other. Forceps would be designed with strain gauges relative to different values of infant's head. The most thermoplastic grating gauges would be necessary before each arm. If forceps were made of a clear thermoplastic, the measurement of the photostress effect could be used to determine fatigue of the plastic material. A clear plastic would also

NSA Tech Brief, June 1995



Вакуум-экстрактор инструментарий Выбор чашек



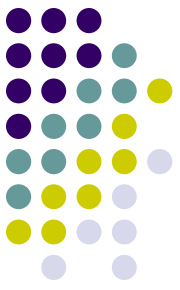


Выделяют:

- Родовую травму и механические повреждения плода;
- Внутричерепную родовую травму (повреждение ЦНС).

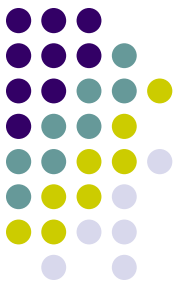
Родовая опухоль характеризуется отёком и кровоизлиянием в мягкие ткани подлежащих частей. При головном предлежании родовая опухоль может определяться на затылке, теменной или лицевой части.





Клинические проявления:

- опухоль мягкой консистенции, безболезненная на ощупь;
- отёчность часто распространяется за пределы шва черепа и может захватывать одновременно несколько костей, без резкой границы;



- в месте отёка могут обнаруживаться кровоизлияния различной формы и величины в зависимости от силы и продолжительности давления на ткани во время родов;
- иногда наблюдаются кровоизлияния в конъюнктиву и сетчатку глаза.

Кефалогематома – это кровоизлияние под надкостницу, локализующееся в своде черепа, возникающее вследствие сдавления и смещения тканей и костей черепа во время родов.



Клинические проявления:

- опухоль чаще односторонняя, очень редко – двухсторонняя, никогда границы её не выходят за пределы повреждённой кости;
- обычно располагается на теменных костях, реже на затылочной и лобной;
- на ощупь опухоль мягкой консистенции, флюктуирует, имеет широкое основание, в окружности её определяется плотный валик (вследствие утолщения надкостницы);





- с конца второй недели жизни гематома начинает кальцефицироваться;
- при рентгенологическом исследовании костей черепа определяется утолщение губчатой ткани (костные наросты, образовавшиеся вследствие кальцефикации).



Основные принципы лечения:



Кефалогематома не требует специального лечения. Лечебные мероприятия направлены на остановку кровотечения: прикладывание холода к голове, давящая повязка, витамин К, аскорбиновая кислота с рутинном и т.д. При затянувшихся более 10 дней напряжённых кефалогематомах во избежание некроза и рассасывания кости показано хирургическое вмешательство.

Родовая травма и переломы других костей

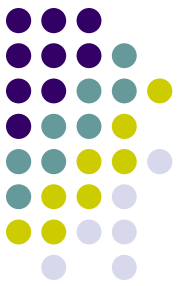
Наиболее частый вид родовых переломов – перелом ключицы, который встречается с частотой 11,7:1000 новорождённых детей, реже – перелом плечевой и бедренной костей, ещё реже – переломы рёбер, локтевых, лучевых костей и костей голени.

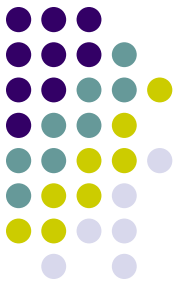


Клинические проявления перелома

ключицы:

- беспокойство ребёнка в первые часы и дни жизни;
- припухлость мягких тканей в области ключицы за счёт отёка и гематомы;
- более глубокая шейная складка на стороне повреждения, чем на здоровой стороне;



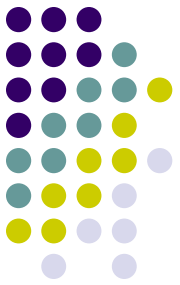


- отсутствие свободного движения руки на стороне повреждения;
- крепитация и деформация ключицы при пальпации;
- отсутствие рефлекса Моро на стороне повреждения.

Основные принципы лечения:

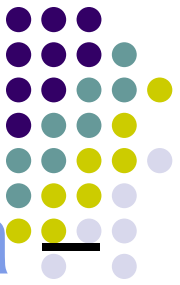


- при смещённых переломах: иммобилизация области перелома мягкой повязкой с ватно-марлевым валиком в подмышечной впадине в течение 5-7 дней (до образования костной мозоли);
- при переломах без смещения: бережное пеленание, исключая травматизацию повреждённой ключицы;
- динамическое наблюдение ребёнка ортопедом.



Повреждения внутренних органов:

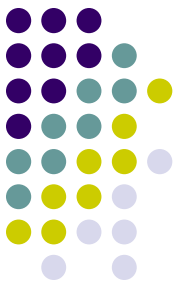
- разрывы внутренних органов:
селезёнки, печени, почек;
- кровоизлияния в надпочечники или паранефральную клетчатку;
- кровоизлияния в лёгкие.



Внутричерепная родовая травма —

это повреждение ЦНС у
новорождённого ребёнка во
время родов.

Причины и факторы риска развития внутричерепной травмы:



- патология сосудов плода (тонкостенные сосуды и повышение давления в них ведёт к нарушению проницаемости и кровоизлияниям в ткани мозга);
- особенности свёртывающей системы крови (снижение концентрации протромбина и других факторов).

Клиническая картина:



Выделяют 4 периода заболевания:

1. Острый период (первые 1-10 дней).
2. Ранний восстановительный период (с 11 дня до 3-х месяцев).
3. Поздний восстановительный период (с 3-х месяцев до 1-2 лет).
4. Период остаточных явлений (после 2-х лет).

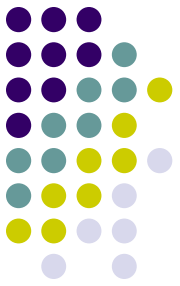
В остром периоде в первые 1-3 дня жизни ребёнка преобладают симптомы угнетения ЦНС:

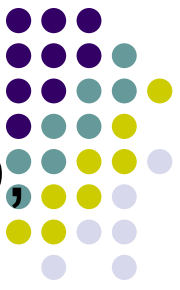


- ребёнок вял, пассивен, малоподвижен, подолгу лежит с широко открытыми глазами, периодически тихо протяжно стонет;
- вяло сосёт, плохо глотает;
- резко снижен мышечный тонус, отсутствуют или подавлены физиологические рефлексy;
- замедлена или ослаблена реакция на внешние раздражители.

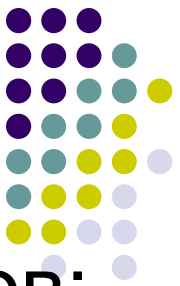
Симптомы возбуждения ЦНС:

- монотонный «мозговой» крик;
- напряжение большого родничка, повышение мышечного тонуса, ригидность мышц затылка, гипертонус мышц разгибателей. Ребёнок лежит с запрокинутой головкой и вытянутыми вдоль туловища конечностями, кисти сжаты в кулачки, прижаты к туловищу;



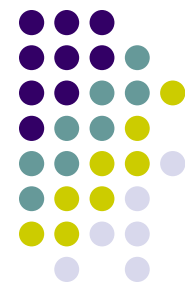


- выражено двигательное беспокойство, тремор подбородка и конечностей, повышена реакция на внешние раздражители (могут быть судороги на сильный раздражитель);
- физиологические рефлексy повышены, могут возникать спонтанно (например, рефлекс Моро).



Признаки очаговых поражений ЦНС:

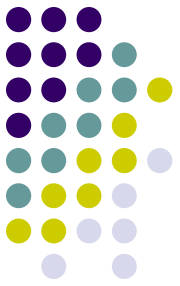
- симптомы поражения черепных нервов:птоз, асимметрия лица, опущение угла рта, нистагм глаз, косоглазие, симптом «заходящего солнца»;
- асимметрия хватательного рефлекса (усиление на стороне повреждения), спастические параличи и парезы



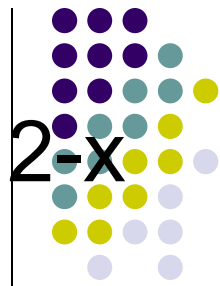
- неустойчивая температура тела;
- дыхание аритмичное, судорожное, поверхностное, стонущее, учащённое (80-120 в минуту), апноэ;
- нарушение сердечно-сосудистой деятельности (брадикардия до 90-100 ударов в минуту, гипотензия сменяется гипертензией).

В восстановительном периоде

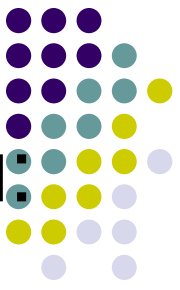
происходит постепенное угасание патологических неврологических симптомов. Быстрота обратной динамики отдельных симптомов может быть различной (от нескольких месяцев до 2 лет).



В периоде остаточных явлений (после 2-х лет) у детей часто выявляются:

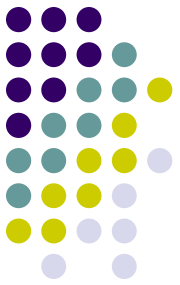


- гидроцефально-гипертензионный синдром;
- задержка речевого и умственного развития;
- эмоциональная лабильность и вегетативные расстройства;



- психоневрологические заболевания, олигофрения, эпилепсия, ДЦП, парезы, параличи;
- нарушение полового развития и репродуктивной функции;
- иммунодефицитные состояния, хронические заболевания.

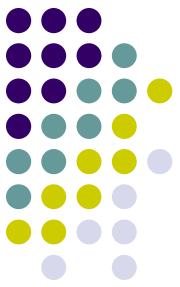
Основные принципы лечения внутричерепной родовой травмы

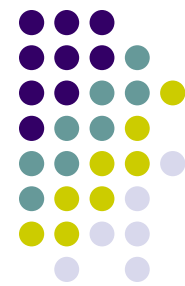


В остром периоде:

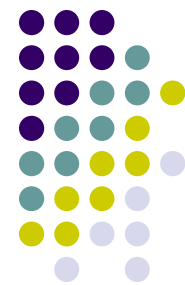
- охранительный режим, уменьшение световых и звуковых раздражителей, максимально щадящие осмотры, сведение до минимума болезненных назначений;
- в первые дни – холод к голове;

- подача увлажнённого кислорода (в связи с повышенной потребностью мозга в кислороде);
- кормление сцеженным грудным молоком через назогастральный зонд или из рожка (по назначению врача и состоянию ребёнка). К груди прикладывают не ранее 5-6 суток, даже если кровоизлияние «не состоялось»;



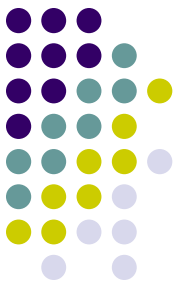


- Лекарственные препараты:
 - противосудорожные: фенобарбитал, аминазин, седуксен, пипольфен, дроперидол;
 - сосудоукрепляющие: витамин К, рутин, глюконат кальция, аскорбиновая кислота;
 - дегидратационные: маннитол, лазикс и т.д.



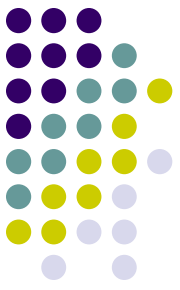
- поддержание ОЦК: альбумин, реополиглюкин;
- средства, улучшающие процессы метаболизма нервной ткани: АТФ, глутаминовая кислота, глюкоза;
- симптоматические: сердечные препараты и т.д.

В раннем восстановительном периоде:



Лекарственные препараты:

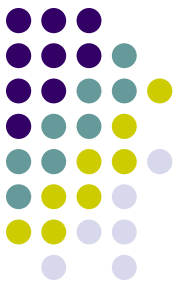
- стимулирующие трофические процессы в нервных клетках: АТФ, церебролизин, экстракт алоэ, витамины группы В;
- ноотропные препараты: ноотропил, аминалон, пантогам, пирацетам и т.д.;
- средства, улучшающие мозговое кровообращение: кавинтон, трентал, стугерон, циннаризин.



В позднем восстановительном периоде к вышеперечисленным средствам добавляются физиотерапия, массаж, ЛФК.

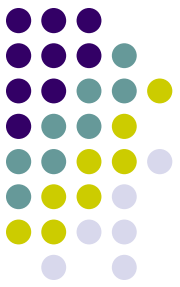
В периоде остаточных явлений – повторные курсы восстановительной терапии.

Профилактика



1. Охрана здоровья, в том числе репродуктивного здоровья, девочки – будущей матери.
2. Планирование беременности, регулярное наблюдение в женской консультации, своевременная санация очагов хронической инфекции.
3. Профилактика вредных привычек, профессиональных вредностей.

4. Профилактика, своевременное выявление и лечение заболеваний и патологических состояний у беременной женщины, которые могут приводить к внутриутробному инфицированию и гипоксии плода.
5. Квалифицированное, бережное ведение родов и оперативных вмешательств.



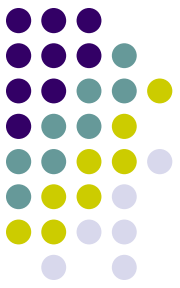
Сестринский процесс при внутричерепной родовой травме.



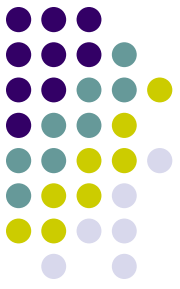
Возможные проблемы пациента:

- нарушение дыхания и других жизненно важных функций вследствие гипоксии;
- нарушение питания вследствие расстройства сосательного и глотательного рефлексов;
- жар, жажда или озноб из-за нарушения процессов терморегуляции;-

- нарушение двигательной активности;
- нарушение формулы сна;
- высокий риск развития иммунодефицитных состояний, присоединения вторичной инфекции;
- развитие психоневрологических заболеваний: олигофрении, эпилепсии, гидроцефалии и т.д.



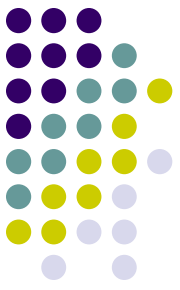
- поражение опорно-двигательного аппарата: ДЦП, парезы, параличи;
- нарушение полового развития, репродуктивной функции;
- высокий риск инвалидизации;
- угроза для жизни.



Возможные проблемы родителей:

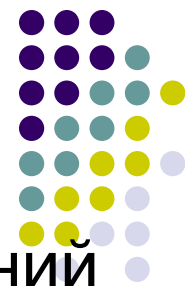


- тревога за жизнь ребёнка при получении информации о наличии у него родовой травмы ;
- дефицит знаний о заболевании, причинах и факторах риска возникновения родовой травмы, методах лечения, осложнениях, особенностях ухода в домашних условиях и возможном прогнозе;
- трудность осознания и адекватной оценки случившегося;



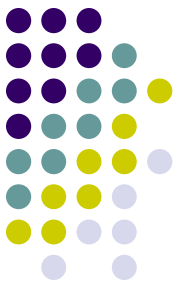
- страх за ребёнка, неуверенность в благополучном исходе заболевания;
- чувство вины перед ребёнком;
- преждевременное горевание;
- ситуационный кризис в семье.


Сестринские вмешательства



1. Помочь родителям восполнить дефицит знаний о факторах риска развития родовой травмы, особенностях течения, возможном прогнозе.
2. Создать комфортные условия для ребёнка в палате интенсивной терапии, поддерживать оптимальный температурный режим, создать возвышенное головное положение в кровати, использовать тёплое стерильное бельё, соблюдать асептику и антисептику с целью профилактики внутрибольничной инфекции.

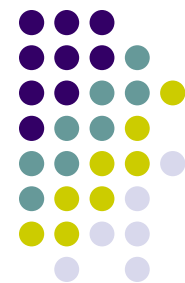
3. Обращаться с ребёнком с большой осторожностью, как можно меньше тревожить, все процедуры выполнять бережно, по возможности, не вынимая из кровати;
4. Проводить мониторинг состояния ребёнка: регистрировать характер дыхания, ЧСС, АД, ЧДД, отмечать наличие возбуждения или сонливости, судорог, срыгивания, рвоты, анорексии, появление патологических рефлексов и неврологических симптомов.




- 
5. Осуществлять специализированный уход за ребёнком, постоянно вести учёт объёма и состава получаемой жидкости, контролировать массу тела, измерять температуру тела каждые 2 часа, проводить смену положений, туалет кожных покровов и видимых слизистых.
 6. Своевременно оказывать доврачебную помощь при возникновении первых признаков неотложных состояний (судороги, гипертермия и т.д.), выполнять назначения врача.


7. Оценивать эффективность проводимой терапии, вносить изменения в план ухода при присоединении осложнений.
Взаимодействовать в бригаде с лечащим врачом и другими специалистами.
8. Обеспечить ребёнка адекватным его состоянию питанием и подобрать соответствующий способ кормления. Кормить ребёнка медленно, малыми порциями, делать частые перерывы, выбрать правильное положение при кормлении (возвышенное положение).





9. Рекомендовать регулярное проведение гигиенических и лечебных ванн (чередовать хвойные, солёные, с настоем валерианы или пустырника), температура воды 38-27,5С, снижать её на 0,5-1С каждые 2-3 недели.
10. Рекомендовать проводить курсы массажа и гимнастики, по возможности, обучить родителей основным приёмам.

- 
11. Убедить родителей постоянно проводить ребёнку курсы восстановительной терапии, контролировать уровень интеллектуального развития, правильно оценивать его способности и возможности. В период бодрствования стимулировать психическую и двигательную активность ребёнка, поощрять игровую деятельность, в соответствии с возрастом и состоянием подбирать игры и игрушки.

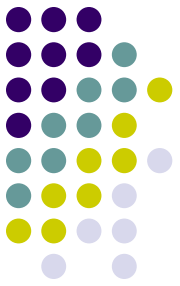
- 
12. Как можно раньше заняться социальной адаптацией ребёнка, особенно с тяжёлой родовой травмой, по возможности, развивать его увлечения, хобби.
 13. Проконсультировать родителей по вопросам прохождения врачебно-экспертной комиссии с целью оформления документов для получения пособия по инвалидности.

14. Помочь семьям, имеющих таких детей, объединиться в группы родительской поддержки для решения вопросов их воспитания, обучения, реабилитации и т.д.
15. Убедить родителей в необходимости динамического наблюдения за ребёнком врачом-педиатром, невропатологом, психоневрологом и другими специалистами по показаниям.



Источники информации:

- Учебник. Ежова Н.В., стр 160-176.
- Учебник. Святкина К.А., стр 69-70, 71-73.
- Учебное пособие. Севостьянова Н.Г., стр 192-221.
- Учебное пособие. Тульчинская В.Д., стр 9-23





Спасибо за внимание!