



# План

## **Захворювання шкіри:**

**а) попрілість;**

**б) везикулопустульз;**

**в) пухирчатка.**

## **2. Захворювання пупка:**

**а) пупкова грижа;**

**б) омфаліт.**

- **Причини пологових травм.**
- **3. Пологова пухлина. Симптоми. Лікування. Догляд.**
- **4. Кефалогематома. Симптоми. Лікування. Догляд.**
- **5. Ушкодження м'язів, периферичної нервової системи. Симптоми. Лікування. Догляд.**
- **6. Асфіксія. Етіологія. Клініка. Лікування. Догляд.**
- **7. Внутрішньочерепна пологова травма. Етіологія. Клініка. Лікування. Догляд.**
- **8. Профілактика пологових травм.**

# Захворювання шкіри

## Гнійничкові (піодермії)

Везикуло-пустульоз

пухирчатка

## Негнійничкові

Попрілість

пітниця

## Причини поприлості

тривале перебування в мокрих пеленках

недбале підмивання

При ексудативно-катаральному діатезі



**Локалізація – ділянки природніх складок  
(плечові, пахвинні, сідничні)**

**Озна  
ки**

**I ст. – гіперемія шкіри без порушення цілості**

**II ст. – гіперемія різка з утворенням ерозії**

**III ст. – характерна мокнуча поверхня аж до  
виразки**

# Лікування попрілості

**Вільне сповивання або відкритий спосіб лікування**

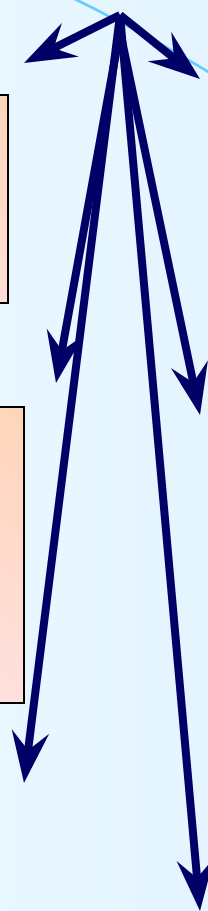
**УФО**

**Гігієнічні щоденні ванни з відварами трав (череда, ромашки, із слабким розчином марганцю)**

**Примочки з фурациліну, резорцилу**

**Застосування присипок (тальк, ксероформ), дитячий крем, перекип'ячена олія**

**Протизапальнімазі за призначенням лікаря**



## **Догляд.**

- 1. Вільне сповивання. Ще кращим є відкритий спосіб.**
- 2. Забезпечити грудне вигодовування.**
- 3. Ультрафіолетове опромінення.**
- 4. Використати присипки з ксероформу, стрептоциду, тальку, цинку оксиду. Якщо мокнуча поверхня роблять примочки з 0,25% р-ну срібла нітрату, відварів трав череди, ромашки або слабкого р-ну перманганату калію.**
- 5. Щоденні гігієнічні ванни з відварами травм.**
- 6. Використовують дитячий крем, перекип'ячену олію при попрілості I ст..**

Пітниця виникає частіше у вгодованих дітей після перегрівання. На шкірі тулуба, в складках шкіри появляються дрібненькі міхурці із прозорим вмістом. Шкіра навколо не змінена. Міхурці швидко підсихають і зникають, іноді може бути лущення.



# Чинники піддермії

мікроорганіз  
ми

Стафілокок  
80%

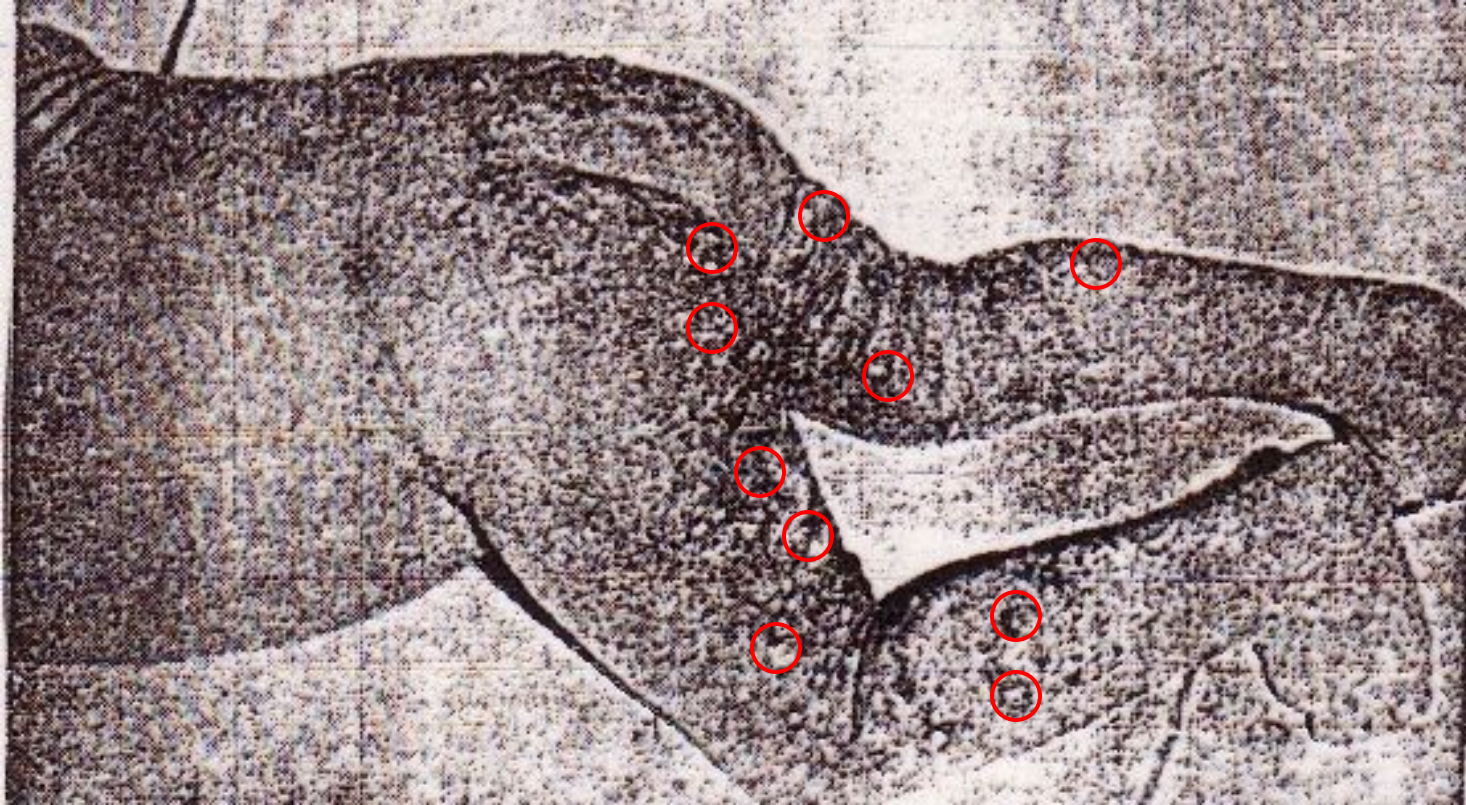
Рідше

Кишкова  
паличка

стрепто  
ок

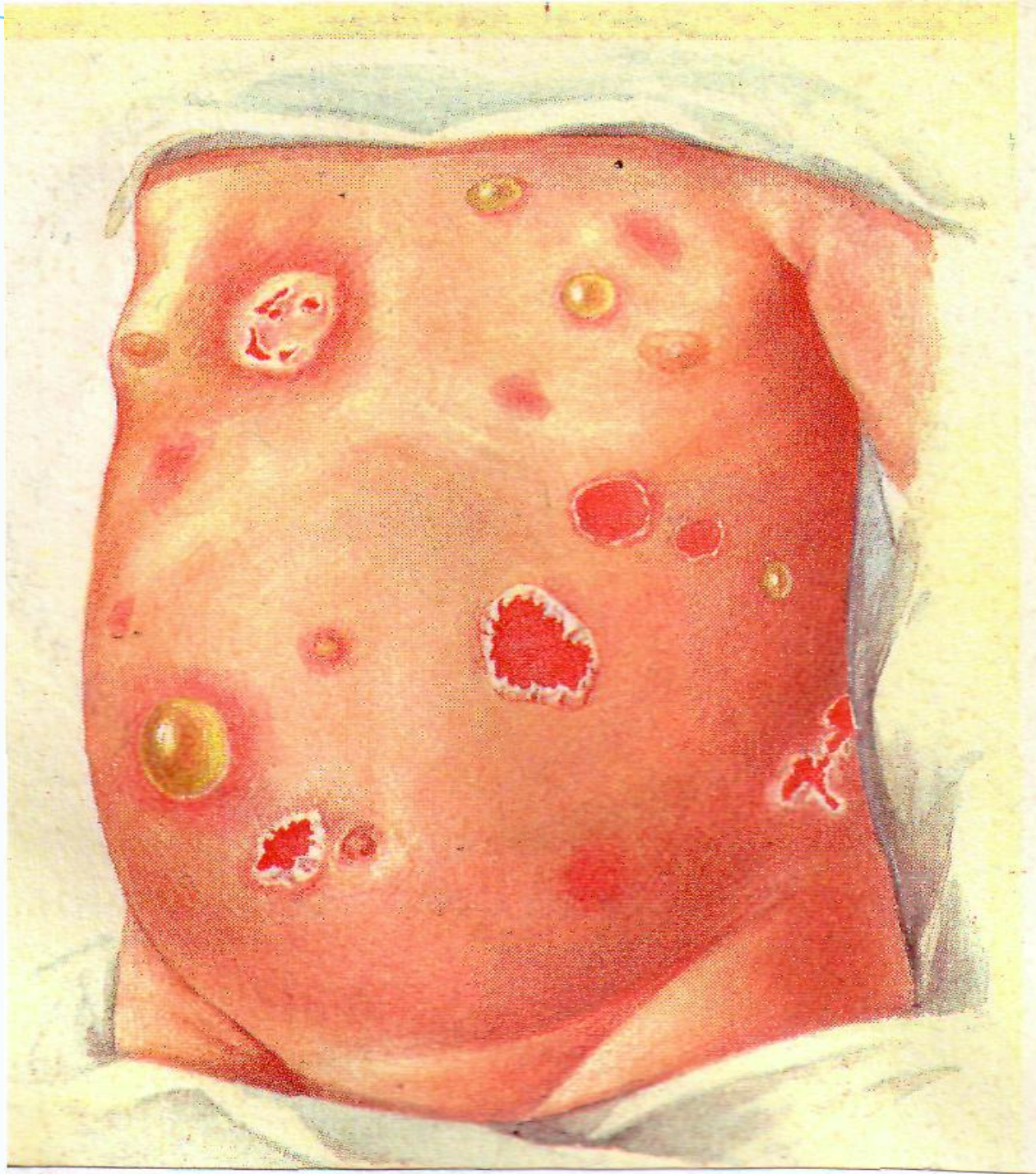
Синьогнійна  
паличка





**Везикулопустульоз** – на 1-му тижні життя і набуває поширений характер. **Первинний симптом** є пустола розміром як просяне зерно, до дрібної горошини заповнена прозорим вмістом або мутним, оточена гіперемійованим валиком.

**Пухирчатка.** Виникає на першому другому тижні життя і проявляється в виді пухирів, наповнених прозорим серозним або світло-жовтим серозно-гнійним вмістом. Розміри від горошини до сливи і грецького горіха. Часто локалізується на шкірі тулуба верхніх і нижніх кінцівок, шиї. Швидко вскриваються, утворюючи вологі ерозії. Може бути періодичне висипання пухирів, через 7-10 днів, підвищення  $t^{\circ}$ , збудження, порушення акту смоктання, поява диспепсичних розладів (рідкий стілець, блювота). В крові – лейкоцитоз, ШОЕ прискорене. Може ускладнитися флегмоною, рожистим запаленням, отитом.



# Лікування

Ізоляція. Виділити окремо персонал

Дотримання чистоти під час догляду

Діамантовий зелений

УФО

Антибактеріальні середники

Імунопрепарати (антистафілококовий імуноглобулін)

**Профілактика – найсуворіше дотримання стерильності: рук матері, персоналу, предметів догляду**

# **Догляд за дитиною.**

- 1. Якщо дитина знаходиться в пологовому будинку негайно повідомити лікаря, а дитину ізолювати в бокс.**
- 2. Провести дезинфекцію.**
- 3. Виділити для догляду окремих персонал.**
- 4. Забезпечити грудне вигодовування.**
- 5. Міхурці обережно вскрити стерильною голкою і припікати 1% р-ном діамантового зеленого або спиртом 70%. Антибіотики використовують за призначенням лікаря, краще після бактеріологічного дослідження вмісту міхурців і визначення їх чутливості до антибіотиків.**
- 6. У разі тривалого перебігу застосувати імунопрепарати: проти стафілококового гамаглобуліну і антистафілококову плазму. Доцільними є ультрафіолетове опромінення.**

# Догляд та лікування.

- 1. Роз'єднати дітей. Хвору дитину ізолювати.**
- 2. Дезінфекція.**
- 3. Виділити окремий персонал.**
- 4. Суворе дотримання чистоти. Пелюшки строго випрані, виварені, попрасовані з обох сторін.**
- 5. Забезпечити грудне вигодовування.**
- 6. Застосувати антибіотики за призначенням лікаря, краще після бактеріологічного дослідження мікрофлори з пухирців і їх чутливості до антибіотиків.**

У разі тривалого перебігу — імунопрепарати:  
антистафілококовий імуноглобулін, плазма.

**Антибіотики:** ампіцилін, оксацилін, метицилін **100** тис. од/кг  
маси тіла **4** рази.

**Аміноглюкозиди:** гентаміцин, канаміцин **0,8-мг/кг 2** рази,  
бруламіцин **3-5 мг/кг 2** рази.

**Макроліди:** роваміцин, сумамед, рулід.

**Цефалоспорини:** цефазолін, натрієва сіль,  
цефалексин, цефатоксин.

мефаксин **100** тис. од/кг

**Вітаміни:** гр.В, С

**Необхідно дотримуватись санітарно-гігієнічного режиму в  
палатах новонароджених. Регулярно обстежувати медичний  
персонал.**

# Чинники гнійно-септичних захворювань пупка





**З оточуючих предметів**

**Рук персоналу**

**занос інфекції**

**Шляхом крапельної передачі інфекції**

**Забруднення сечею і випорожненнями**

## Гангрена пупкової культі

**Залишок пуповини не муміфікується а стає запальним, вологим, набряклим, набирає брудно-бурого кольору, має неприємний запах. Спочатку загальний стан не порушується, пізніше підвищується  $t^{\circ}$  тіла, настає втрата апетиту, в'ялість. При відпадинні пупочної культі залишається гниюча, тривало незаживаюча рана, яка може бути джерелом сепсису.**

# Омфаліт

Запальний процес, який локалізується в ділянці пупочної ямки, поширюється на шкіру і інші тканини навколо пупка

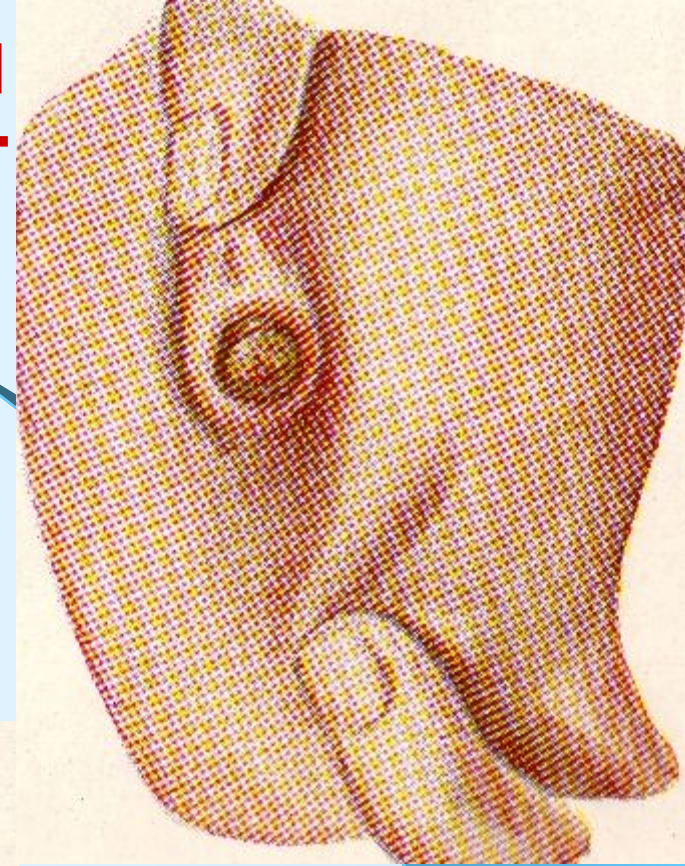
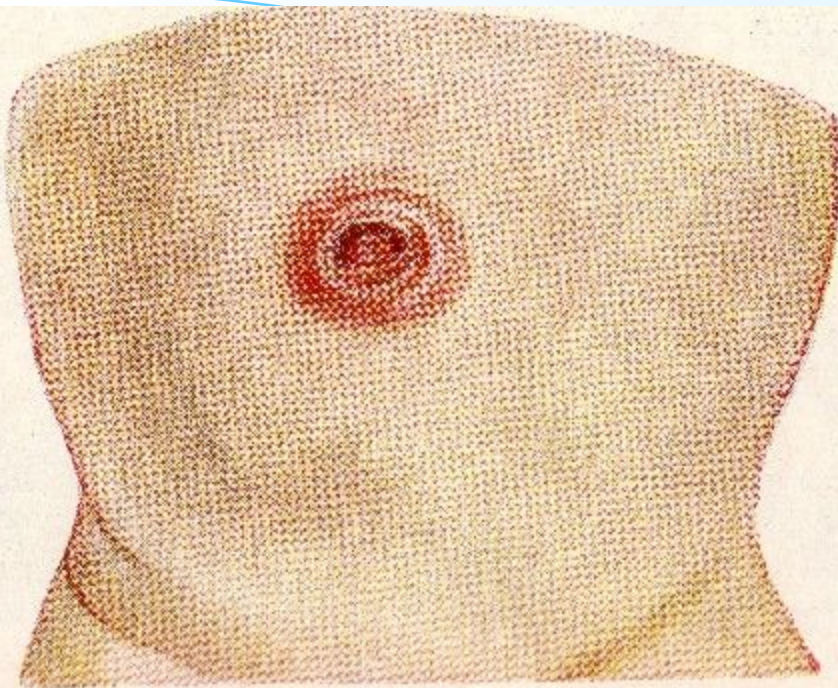
## Форми

Проста  
“мокнучий  
пупок”

Флегмонозн  
а  
форма

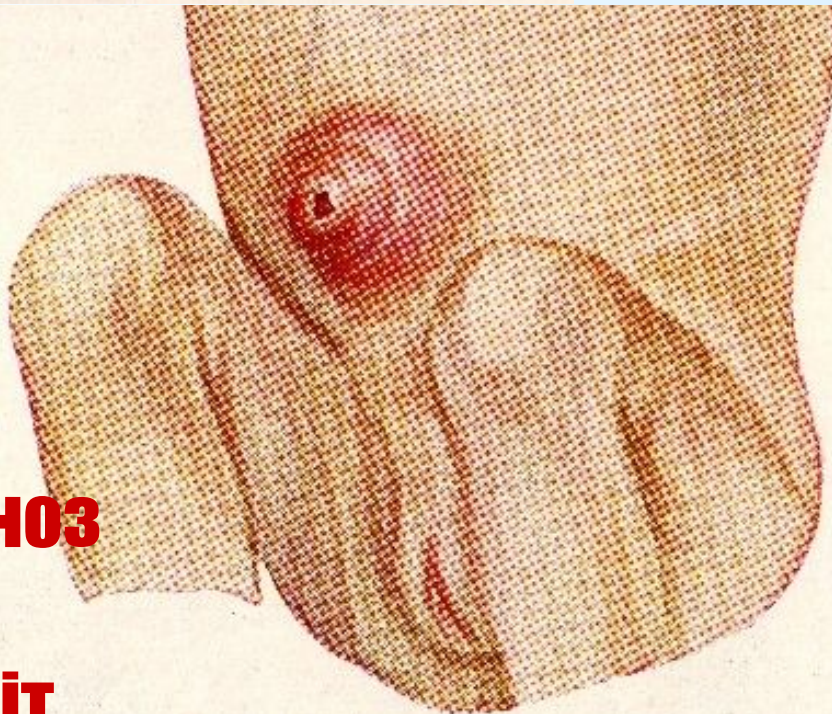
Некротичн  
а  
форма

**Простий  
омфаліт**



**Fungus  
umbilici**

**Флегмоноз  
ний  
омфаліт**



**Проста “мокнучий пупок”** – після відпадання пупочного залишку ранка погано заживає, покривається грануляціями, на поверхні яких утворюються крапельки серозно-гнійної рідини. Засихаючи утворюють кірочки. Загальний стан залишається задовільним. Іноді спостерігається надлишкове розростання грануляцій, яка по формі нагадує гриб – фунгус.

**Флегмонозна форма** характеризується поширенням запального процесу навколо пупка і на оточуючі тканини. Шкіра гіперемійована, набрякла, пупкова ділянка вибухає над поверхнею живота. На дні пупочної ямки утвор. виразка. Не рідко при натисканні виділяється гній. Загальний стан порушений.

**Некротична форма** зустрічається рідко. Спочатку протікає як флегмонозна, а потім поширюється вглиб, настає некроз і відшарування підлеглих тканин з утворенням рани. При будь-якій формі омфаліту є загроза сепсису.

## **Догляд та лікування.**

**1. У разі простого омфаліту пупкову ранку промивати 3% розчином перекису водню, а потім припікати 5% р-ном перманганату калію або 70% спиртом, можна присипати порошком ксероформу, стрептоциду.**

**2. У разі флегмонозної форми: - антибіотики за призначенням лікаря: аміноглікозиди; макроліди; цефалоспорини.**

**- імунопрепарати**

**- біологічні препарати, еубіотики**

**- вітаміни: гр. В, віт. С**

**- за умови інтоксикації: введення глюкози, альбуміну, неогемодезу.**

**3. Проведення профілактики: дотримування правил асептики при перев'язуванні пуповини, обробки пупкової ранки та догляду.**

**Пологові травми** – це патологічні стани, які виникають у новонародженого в результаті пологового акту.

Серед пологових травм розрізняють :

**Травми шкіри, підшкірно-жирової клітковини, кісток, м'язів внутрішніх органів.**

**Травми нервової системи :**

- А. Травми ЦНС - головного та спинного мозку.**
- Б. Травми периферичних нервів.**

## **Травми шкіри:**

**поверхневі подряпини, в основному на шкірі голови обличчя, плечового поясу. Виникають при акушерській допомозі (накладання шприців, аміоцентез). Лікування - хірургічна обробка рани.**

## **Підшкірно жирова основа:**

**в основному це гематоми, викликані тим ж що і травми шкіри причинами. Лікування — холод на місце гематоми. Крововилив в кон'юнктиву очей — лікування не потребує.**

**Ушкодження грудинно-ключично-сосковидного м'язу – гематома або надрив (при ручному виведенні голівки і плечового поясу).**

**Ознаки - пульсуюча пухлина в ділянці м'язу. Голівка дітей звернена в здорову сторону і приведена до плеча. Лікування - пов'язка для фіксації плеча і шиї у фізіологічному положенні. На другому тижні легкий масаж, пасивні рухи головою.**



**Травми кісток – 11-12 випадків на тисячу новонароджених: Найчастіше – це перелом ключиці в середній третині. Клінічно можна побачити невелику пухлину в місці перелому. Пальпаторно-крепітація кісткових відламків. Лікування - пов'язка що фіксує плечовий пояс. Може зустрічатися — перелом плечової кістки в верхній третині, перелом стегнової кістки. Лікування – фіксуюча пов'язка.**

**До травм кісток відноситься:**

❖ **кефалогематома – пухлина, що**

**утворюється на голові між окістям і кісткою. Ознаки - пухлина повторює обриси кістки (потиличної, однієї із тім'яних), не пульсує не виходять за межі кістки. Лікування: холод на місце гематоми. Бажана пункція гематоми з евакуацією вмісту не пізніше 7-8 дня**

**від наповнення. Розсмоктується**



Кефалгематома у правій тім'яній ділянці.

**Утворюється**  
**через набряк м'яких тканин,**  
**застій**  
**крові й лімфи, що виникають у**  
**наслідок підвищеного тиску на**  
**передлежачу частину тіла. Її**  
**локалізація залежить від**  
**положення**  
**плода під час пологів. Пологова**  
**пухлина, на відміну від**  
**кефалогематоми, не**  
**обмежується**  
**тільки діяльністю однієї кістки,**  
**а**  
**поширюється на суміжні кістки**



**Травми внутрішніх органів** виникають дуже рідко і вимагають  
**термінового хірургічного втручання.**

## Травми ЦНС поділяють:

Травми головного мозку

Травми спинного мозку

**ВЧПТ**-це пошкодження мозку при пологах в результаті механічних впливів, що викликають стиснення, роздавлення, розрив тканин, і як правило крововиливи.

**Чинники:** безпосередніми причинами ВЧПТ є різні види акушерської патології:

- 1.затяжні або стрімкі пологи;
- 2.анатомічна невідповідність розмірів голівки плода та родових шляхів матері;
3. тривале стояння голівки плода впологових шляхах;
4. акушерські посібники в пологах: акушерські щипці, вакуум - екстракція плода, хронічна гіпоксія мозку плода.

Сприяючими факторами ВЧПТ можуть бути: сідничне передлягання плода, велика маса плода, недоношеність, внутрішньоутробні інфекції.

**Патогенез:** провідне місце (75%) належить гіпоксії. У разі гіпоксії настають виражені циркуляторні розлади: переповнюється венозна система, підвищується проникливість судинних стінок, порушується біохімічний склад крові. Судинні зміни зумовлюють набряк тканин і множинні дрібні геморагії.

**Клініка: при ВЧПТ виділяють наступні періоди:**

- 1. Гострий ( перші 7-10 днів і до 1-го місяця)**
- 2. Підгострий або ранній відновний період (до 4-х міс.)**
- 3. Пізній відновний період (до 1-2 р).**
- 4. Період залишкових явищ ( після 2-х років.).**

**За ступенем важкості:**

**Легка**

**Важка**

**Середньої важкості**

**Основні зміни ЦНС у новонародженого в гострому періоді — загально мозкові порушення. Захворювання проявляються безпосередньо після пологів, або на 2-3 день. Першою і постійною ознакою є:**

- ▣ **зміни частоти і глибини дихання (90-140 за хв.);**
- ▣ **відхилення у м'язовому тонусі і руховій активності. Дитина стає кволою апатичною, стогне, плач слабкий, монотонний, іноді спочатку у дитини спостерігається період різкого збудження;**
- ▣ **Велике тім'ячко напружене;**
- ▣ **сон з відкритими очима (симптом сонця, що сідає). При переміні місця, догляді за дитиною, вона довго кричить. З'являється**
- ▣ **ністагм, блювота. У важких випадках**
- ▣ **зникає ковтальний і смоктальний рефлекс;**
- ▣ **фізіологічні рефлекси зниженні або відсутні. Може спостерігатися**
- ▣ **тремор ручок;**
- ▣ **посмикування груп м'язів;**
- ▣ **судоми з'являються парези і паралічі.**



Симптом соєця, що сідає, при гемолітичній хворобі новонародженої дитини

**Температура тіла нестійка дихання поверхневе, можуть спостерігатися апноє. Пульс сповільнений АТ знижений. На 2-3 тижні життя вже вдається визначити чітку неврологічну симптоматику. Зворотна динаміка черепно-мозкової травми може бути різною.**

**У відновному періоді можуть спостерігатися симптоми рухових розладів судомний, гідроцефальний, а також затримка психомоторного та мовного розвитку.**

# Лікування

**Починається з реанімаційних заходів в пологовому залі, продовжується в палаті інтенсивної терапії, потім у відділенні! для виходжування травмованих новонароджених. В гострому періоді - максимальний спокій, застосовують гемостатичну, дегідратаційну, детоксикаційну терапію, корекцію метаболічних порушень, симптоматичну терапію. З перших днів - щадний режим. Дитину оглядають в ліжечку, або в кувезі. Положення строго горизонтальне. Над голівкою підвищують міхур з льодом, до ніжок - грілку. Проводиться подача кисню. Годування - зонд, соска.**

**У відновному періоді - середники, які сприяють розсмоктуванню крововиливу, зменшення склеротичних процесів покращенню трофіки мозку та мієлінізації нервових волокон. Для стимуляції загальної реактивності проводять курси метацила, натріюнуклеїнату, апілаку, препаратів ехінацеї. Широко застосовується масаж і гімнастика.**

# Травми спинного мозку

Спинний мозок травмується при пологах частіше головного. Особливо страждає його шийний відділ пошкодження можуть бути поодинокими, або спостерігатися на декількох рівнях. У недоношених дітей спинний мозок травмується більш часто і грубо.

## Чинники і патогенез

**Причинами травми спинного мозку (ТСМ) можуть бути :**

1. виведення голівки плода при фіксованому плечовому поясі;
2. виведення плечиків з допомогою різких поворотів голови і інші маніпуляції з голівкою з поворотом шиї;
3. застосування вакуум екстракції або накладання акушерських щипців;
4. виведення плода з поперечного і косого положення;
5. стрімкі пологи.

**При ТСМ можуть бути:**

1. крововиливи в спинний мозок, його оболонки;
2. набряк спинного мозку;
3. пошкодження між хребцевих дисків, а також хребта аж до розриву спинного мозку.



# Клініка

Клінічні прояви залежать від рівня і виду пошкодження. Ведучим симптомом є її рухові розлади. Психічний розвиток таких дітей не страждає. При травмі шийного відділу: спастичний тетрапарез, затруднення смоктання, витікання молока через ніс, гнусавий відтінок плачу, загальна м'язова слабкість. Травми грудного відділу — розлади діяльності дихальної мускулатури: дисфункція дихання і розвиток дихальної недостатності. Поранення поперекової ділянки : характеризується в'ялими паралічами нижніх кінцівок, порушення функції тазових органів. Пораження шийного сплетення може дати паралічі рук з гіпотонією .гіпотрофією м'язів зниженням сухожильних рефлексів.

## Травми периферичної нервової системи

**A). Травми плечового сплетення :**

- 1. Верхній тип - параліч Дюшена -Ерба.**
- 2. Нижній тип- параліч Джеріна - Клюмпке.**
- 3. Тотальний параліч**


**B). Парез лицевого нерва.**



**Верхній тип** - відсутні рухи і знижена рефлексорна діяльність в плечовому і ліктьовому суглобах. Збережена рухова активність долоні, фаланги пальців, вільні рухи в зап'ястному суглобі . Ручка звисає вздовж тулуба , китиця зігнута в бік долоні, пальчики рухаються.

**Нижній тип** - рухи збережені в плечовому і ліктьовому суглобі китиця висить. При тотальному – рука звисає немає сухожильних рефлексів. Парез лицевого нерва як наслідок накладання акушерських щипців. Личко у дитини асиметричне кут рота опущений , щока набрякла , птоз верхньої повіки. При плачу ротик перетягується в здорову сторону .

**Лікування:** при поразенні хребта абсолютний спокій, іммобілізація, витяжіння. При наявності паралічів видучу роль вибирають фізіотерапевтичні методи: електростимуляція лікувальна фізкультура, масаж, голкотерапія. Препарати вітаміни групи В, дібазол, прозерин, аміналон, церебролізін.



**Асфіксія новонародженого (АН)**- патологічний стан коли після народження дихання не з'являється або з'являються слабкі дихальні рухи при наявності серцевої діяльності. Виділяють АН - первинну (після народження) і АН вторинну (з'являються в перші години або дні життя дитини).

### **Чинники:**

- 1. захворювання матері - хронічні легеневі і серцево-судинні захворювання , важкі анемії , інтоксикації — всі стани, що ведуть до зниження вмісту кисню в крові плода;**
- 2. акушерська патологія, що приводить до порушення матково-плацентарного кровообігу ( передчасне відшарування плаценти, обвиття пуповини, коротка пуповина, недостатність плаценти),**
- 3. захворювання плода (внутрішньоутробне захворювання, поразення мозку). Причини вторинної АН: пневмопатаї, пневмонії, пологова травма ц/нервової системи, вроджені вади серця.**

**Патогенез** Киснева недостатність призводить до грубих метаболічних порушень в організмі плода то новонародженого. Накопичуються кислі продукти обміну, порушується електролітний баланс, розвивається гіпоглікемія, порушується мозковий кровообіг ( розвиваються ішемія і набряк мозку).

## **Клініка**

Стан дитина оцінується по шкалі Вірджинії Апгар. Виділяють слабку або помірну асфіксію, синю (4-6 бал. На 1-шій хв., на 5-тій 8-10 балів) і важку або білу (0-3 балів) без тенденції до поліпшення на 5хв

**Для синьої асфіксії характерно:** середньо важкий стан після народження , рухова активність знижена фізіологічні рефлекси пригнічені. Шкірні покриви ціанотичні, але тони серця чіткі, більш 100 уд./хв., дихання аритмічне, нерегулярне можуть бути поодинокі апноє, тонус м'язів і рефлексорна збудливість збережені. На фоні загальної квоності можуть спостерігатися періоди неспокою, тремор рук, підборіддя , судомна готовність.

**При білій асфіксії:** рухова активність низька, реакція на огляд квола, або відсутня, шкіра бліда, восовидна, слизові - з ціанотичним: відтінком. Фізіологічні рефлекси різко зниженні або відсутні, смоктальний рефлекс ослаблений, дихання відсутнє, або є слабкі поодинокі дихальні рухи. При важкій асфіксії може розвинути гіполксічна кома : шкірні покриви бліді, з землистим відтінком, адинамія м'язовий тонус і дихання відсутнє, тони серця глухі артеріальний тиск падає.

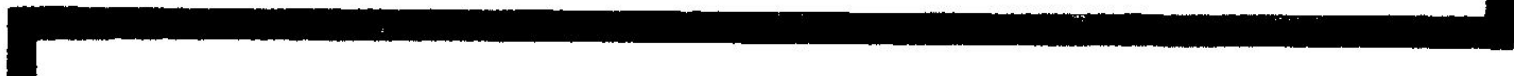


# Протокол

**Запобігти  
охолод-  
женню**

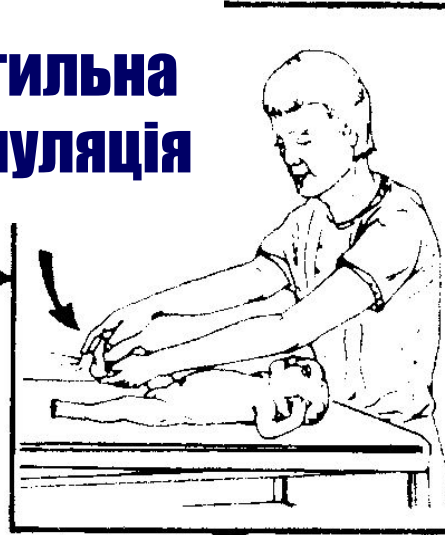


**Забезпечити  
прохідність  
дихальних  
шляхів**

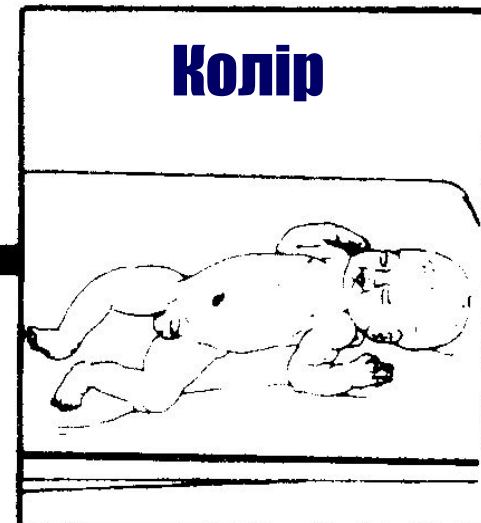
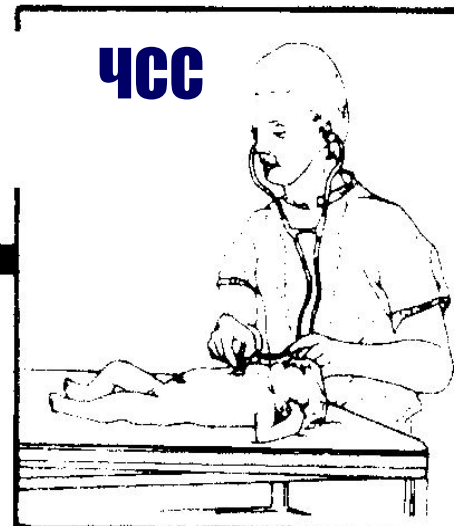


**СТИМУ-  
ЛЮВАТИ  
ДИХАННЯ**

**Тактильна  
СТИМУЛЯЦІЯ**



**ОЦІНИТИ  
СТАН  
ДИТИНИ**



# **Визначення ЧСС у стані асфіксії новонародженого та надання йому реанімаційної допомоги**

**Якщо ЧСС понад 100 за 1 хв**

**Оцінити колір шкіри**

**Рожевий або локальний ціаноз**

**Центральний ціаноз**

**Стежити за наявністю самостійного дихання, повторно визначити ЧСС, колір шкіри.**

**Припинити ШВЛ за наявності самостійного дихання, провести коротку тактильну стимуляцію і призначити вільний потік кисню**

**Призначити вільний потік кисню (щонайменше 80%) зі швидкістю 5 л/хв і слідкувати за кольором шкіри та слизових оболонок. У разі зменшення ціанозу поступово зменшувати концентрацію кисню, віддаляючи кисневу трубку від обличчя дитини**



## Якщо ЧСС менше ніж 100 за 1хв

Менше ніж 60 за 1хв

Від 60 до 100 за 1хв

Розпочати (якщо самотійне дихання виглядало адекватним і ШВЛ ще не проводили) або продовжити ШВЛ 100% киснем із частотою 30 за 1 хв (разом з непрямим масажем серця, ШВЛ уже проводили).

Розпочати непрямий масаж серця із частотою 90 за 1 хв, якщо вже проводили ШВЛ 100% киснем 15—30 с

Не збільшується

Збільшується

Продовжити ШВЛ 100% киснем із частотою 30 за 1 хв

Продовжити ШВЛ 100% киснем із частотою 40-60 за 1 хв

Розпочати непрямий масаж серця із частотою 90 за 1 хв, якщо ШВЛ уже проводили, а ЧСС менше ніж 80 за 1 хв.

Розпочати введення медикаментів, якщо ЧСС менше ніж 80 за 1 хв через 30 с після початку проведення ШВЛ 100% киснем і непрямого масажу серця.

| <b>Препарат</b>              | <b>Концентрація</b>  | <b>К-сть р-ну, яку потрібно приготувати</b> | <b>Доза, шлях введення</b>               | <b>Шкідливість введення</b>   |
|------------------------------|--|---|--|---|
| <b>Епінефрин</b>             | <b>1:10 000</b>  | <b>1 мл</b>                                 | <b>0,1-0,3 мл/кг в/в або в/с</b>         | <b>Уводити швидко</b>   |
| <b>Крово-замінник</b>        | <b>Кров, 5% р-н альбуміну на ізотонічному р-ні натрію хлориду. Ізотонічний р-н натрію хлориду. Р-н Рінгера</b> | <b>40 мл</b>                                | <b>10мл/кг в/в</b>                       | <b>Уводити протягом 5-10хв струминно або краплинно (за до-гою інфузійної помпи)</b> |
| <b>Натрію гідрокарбонат</b>  | <b>4,2% р-н</b>  | <b>20 мл чи 2наповнених шприци по 10 мл</b> | <b>20мл в/в</b>                          | <b>Уводити повільно протягом 2хв, за умови проведення ефективної вентиляції</b>     |
| <b>Налоксону гідрохлорид</b> | <b>0,4 мг/мл<br/>1 мг/мл</b>   | <b>1 мл 1 мл</b>                            | <b>0,1мг/кг в/в, всередину, в/м, п/ш</b> | <b>Уводити швидко в/в, всередину, бажано в/м, можливо п/ш</b>                       |

# **Лікування новонародженого після проведення реанімаційних заходів**

- 1. Парентеральне харчування протягом щонайменше 2—3 днів;**
- 2. Забезпечення адекватної оксигенації;**
- 3. Обмеження кількості рідини (на 20 мл/кг менше від вікової фізіологічної потреби);**
- 4. Підтримання адекватної перфузії, використання пресорних амінів (допамін, добутамін — по 2(25 мкг/кг за 1хв);**
- 5. Активне лікування судом: натрію оксибутират по 150 мг/кг на добу, діазепам (седуксен, сибазон) — по 0,1- 0,3 мг/кг на добу, фенобарбітал — спочатку в дозі навантаження (від 20 до 40 мг/кг), а в подальшому — підтримувальну добову дозу (по 3—8 мг/кг у 2 приймання), фенітоїн (у такій самій дозі), лідокаїн — у дозі навантаження (по 2 мг/кг), у подальшому постійну інфузію в дозі 6—8 мг/кг за 1год, натрію вальпроат — по 10 мг/кг на добу, клоназепам — по 0,2 мг/кг на добу.**
- 6. У разі ураження нирок об'єм рідини не збільшують, якщо АТ нормальний.**
- 7. Призначення сечогінних препаратів (лазикс, манітол) дає змогу зменшити набряк мозку.**

## **Оздоровлення дітей, які перенесли важку гіпоксію:**

- ❖ **пологовий будинок ;**
- ❖ **відділення або центр патології новонароджених ;**
- ❖ **реабілітаційне відділення;**
- ❖ **дитяча поліклініка.**

**Прогноз при гострій інтранатальній асфіксії, якщо лікування та реабілітація проведені раціонально, сприятливий. У 20—30% дітей, які перенесли хронічну внутрішньоутробну важку асфіксію, можливий розвиток енцефалопатії з різними неврологічними синдромами: астеноневротичним-мінімальної мозкової дисфункції, вегетативно-вісцеральних дисфункцій, затримки психофізичного та мовного розвитку.**

**Раціональне і обережне ведення  
пологів**


*Профілактика  
пологових травм*


**Антенатальний період**

**Лікування паталогії вагітності**

**Запобігання і лікування  
асфіксії**

# Контрольні запитання

- 

**1. Вкажіть причину внутрішньочерепної пологової травми:**  
**А. Проникнення мікроорганізмів в організм новонародженого;**  
**Б. Гемолітична хвороба;**  
**В. Погодинне збільшення білірубіну в сироватці крові;**  
**Г. Тривале перебування голівки плода в пологових шляхах;**  
**Д. Лобильність дихального і серцево-судинного центрів.**
- 

**2. Визначте діагноз, який відповідає важкому стану дитини з наявністю млявості, зниження рефлексів, випинання воликого тім'ячка, симптому очних білків:**  
**А. Асфіксія II ст.**  
**Б. Асфіксія III ст.**  
**В. Внутрішньочерепна пологова травма.**  
**Г. Гемолітична хвороба.**  
**Д. Сепсис.**

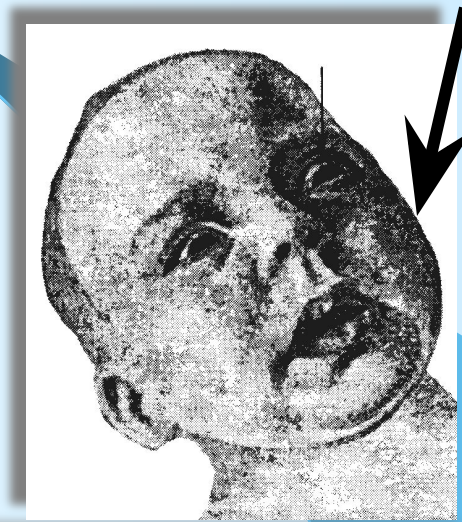
**3. Визначте симптом, який характеризує легкий ступінь асфіксії:**

- А. Відсутність дихання;**
- Б. Атонія м'язового тону;**
- В. Відсутність рефлексів;**
- Г. ЧСС менша ніж 100 за 1хв;**
- Д. Поверхнєве, нерівномірне дихання.**

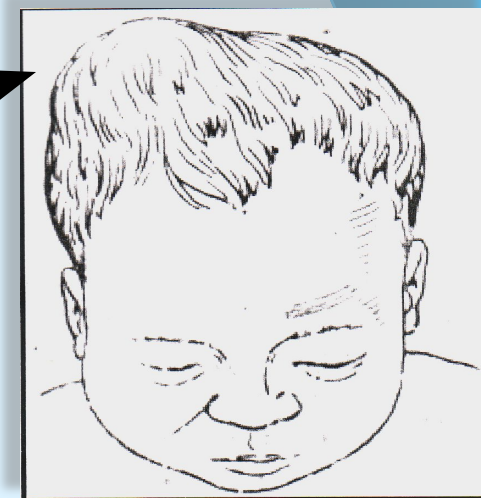


**4. У новонароджених згладжена складка носогубного трикутника справа, опущення кута рота, звуження повікової щілини на хворому боці.**

**Визначте ураження якого нерва призводить до таких симптомів:**



**5. Визначте пологову травму:**





***Дякуємо за увагу!***