

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 (піддермії)

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

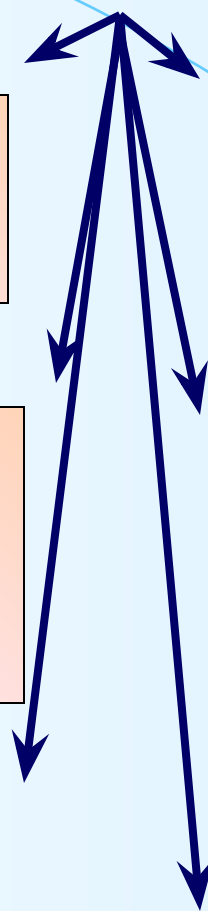
УФО

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

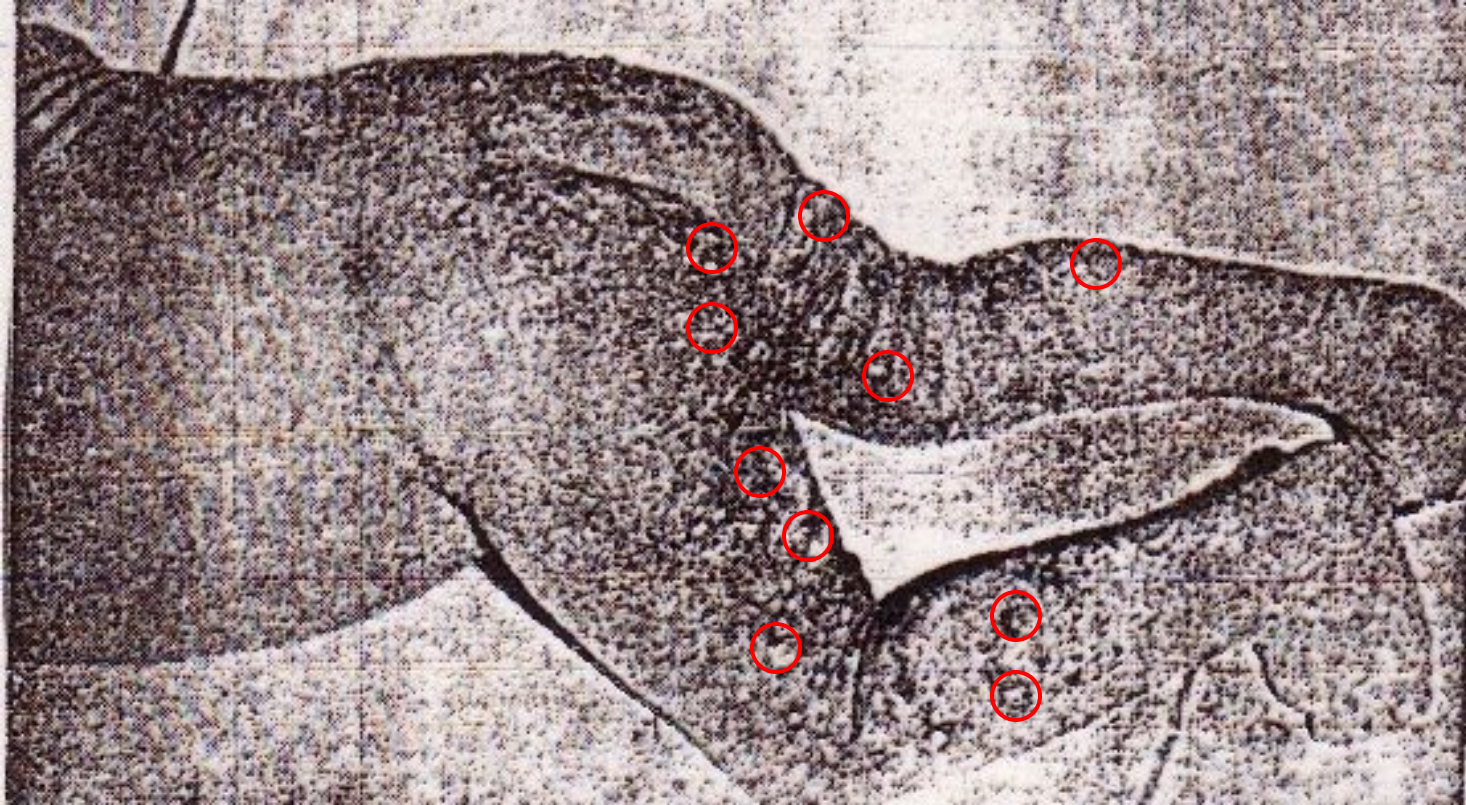
Стафілокок
80%

Рідше

Кишкова
паличка

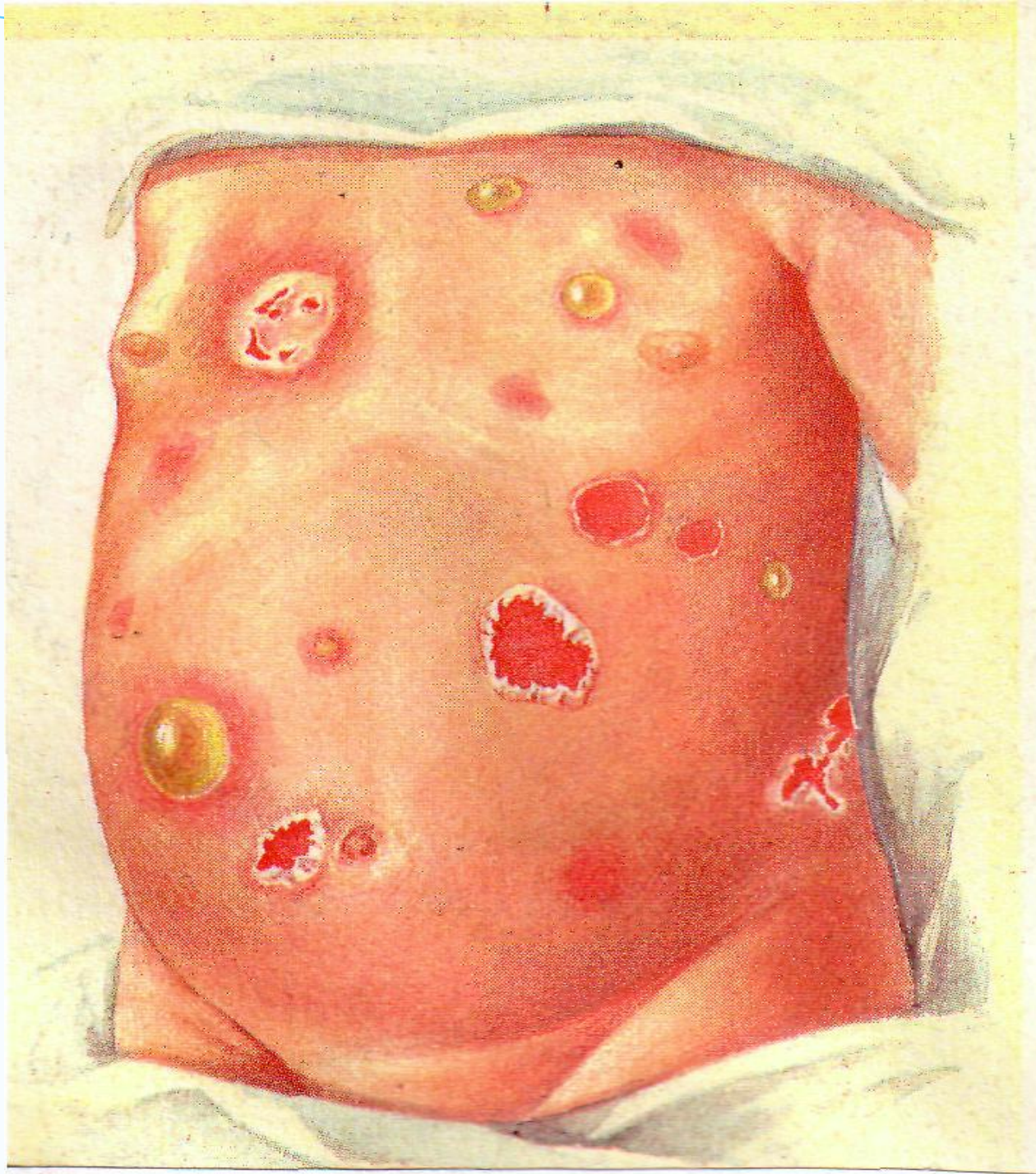
стрепто
ок

Синьогнійна
паличка



Везикулопустульоз – на 1-му тижні життя і набуває поширений характер. **Первинний симптом** є пуста́ла 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° , 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.

Цефалоспорины: 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° 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

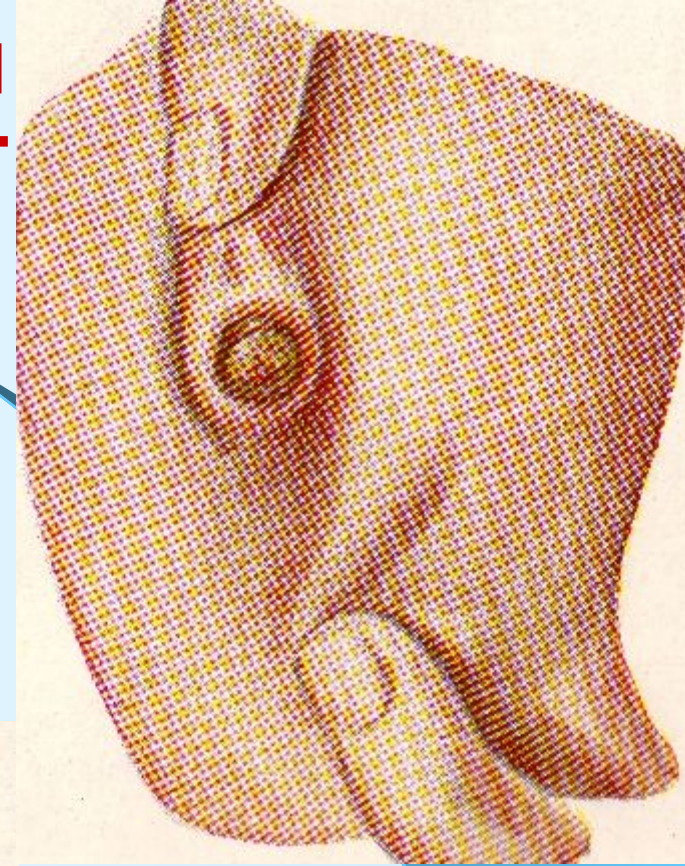
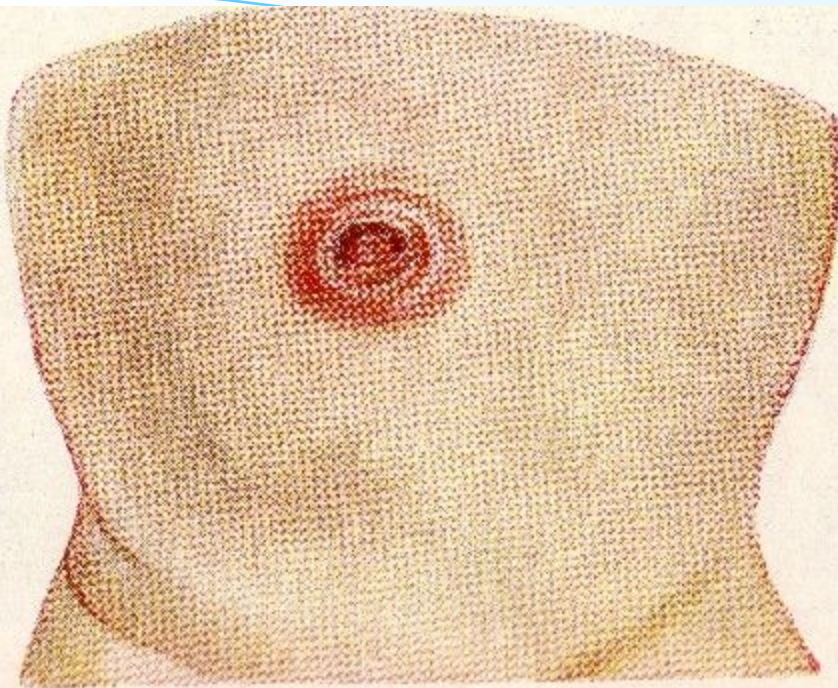
Форми

Проста
“мокнучий
пупок”

Флегмонозн
а
форма

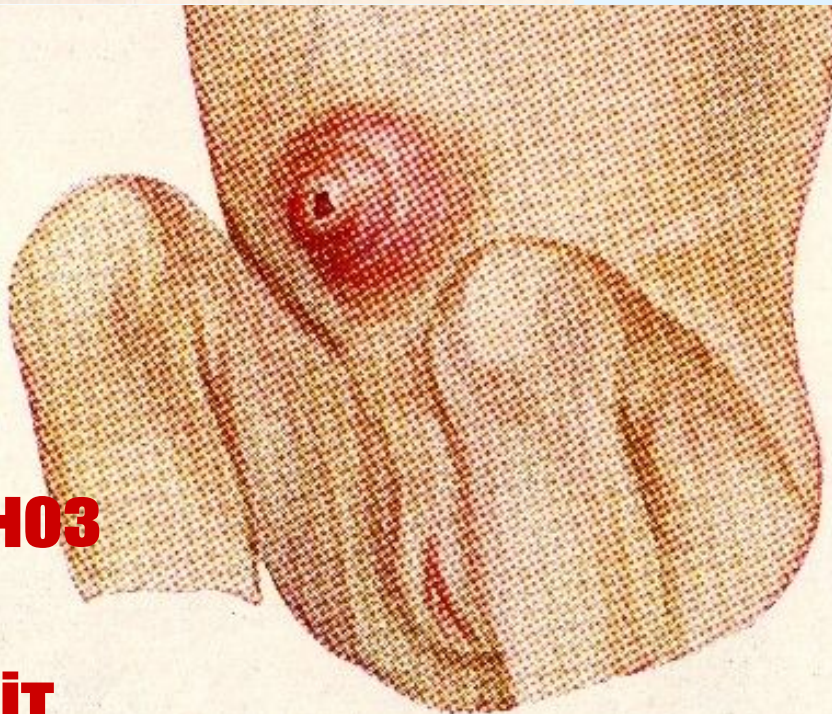
Некротичн
а
форма

**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, роздавнення, 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 сонця, 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 - Ключмпке.**
- 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 гіполксична кома : шкірні покриви бліді, з землистим відтінком, адинамія м'язовий тонус і дихання відсутнє, тони серця глухі артеріальний тиск падає.

Це перш за все запобігання подальшого кисневого голодування мозку. Реанімаційні заходи надаються згідно схеми: це жорсткий алгоритмічний процес.

- 1. Відсмоктування слизу з порожнини рота і носа, в момент появи голівки з родових шляхів.**
- 2. Термінове від'єднання дитини від матері і зігрівання її. (сухе тепло).**
- 3. Інтубація трахеї і відсмоктування вмісту трахеї та бронхів.**
- 4. При відсутності самостійного дихання - ШВЛ з використанням кисню 1:1**
- 5. Видалення вмісту шлунка через зонд.**
- 6. Корекція метаболічних порушень.**
- 7. Симптоматична терапія**

Протокол

**Запобігти
охолод-
женню**

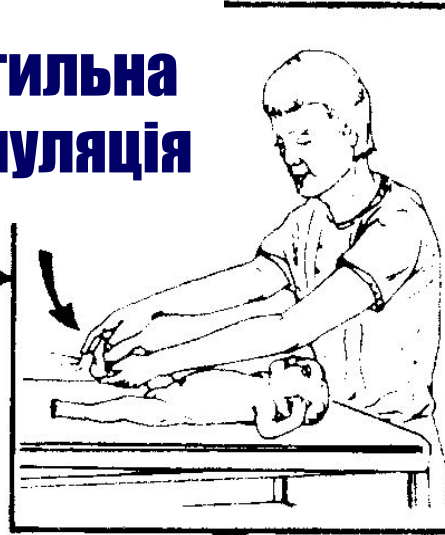


**Забезпечити
прохідність
дихальних
шляхів**

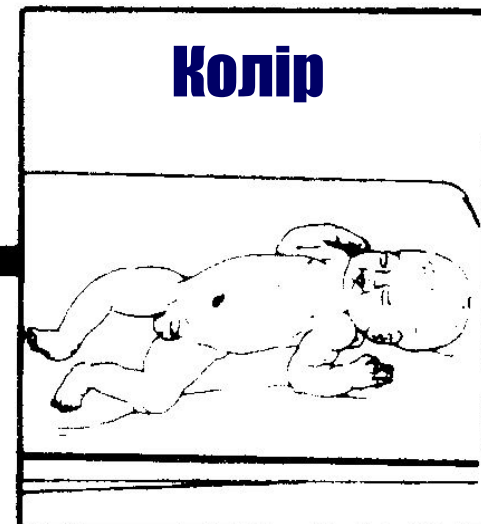
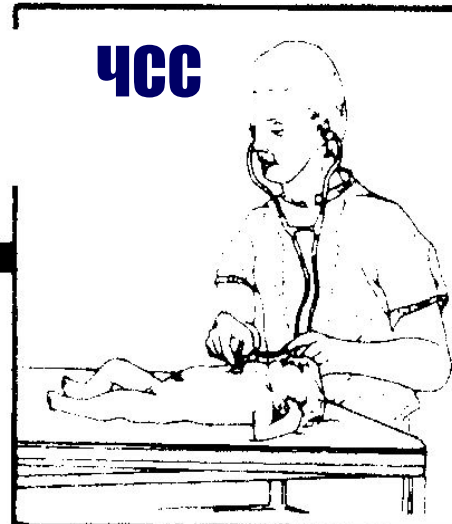


**СТИМУ-
ЛЮВАТИ
ДИХАННЯ**

**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.

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

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.**

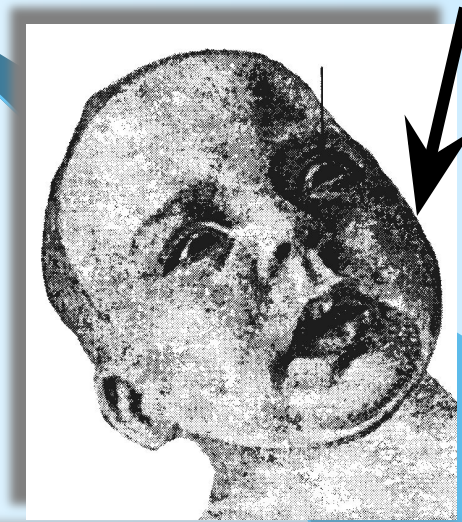
3. Визначте симптом, який характеризує легкий ступінь асфіксії:

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

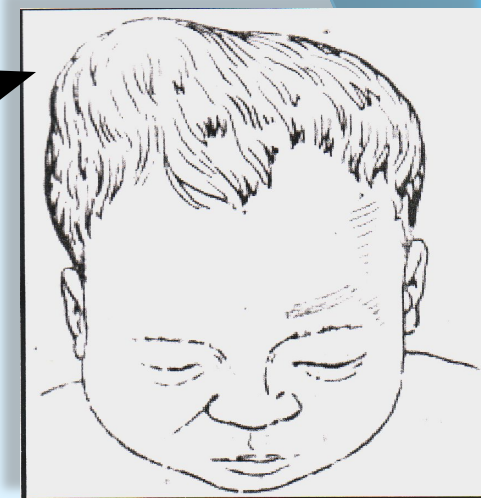


4. У новонароджених згладжена складка носогубного трикутника справа, опущення кута рота, звуження повікової щілини на хворому боці.

Визначте ураження якого нерва призводить до таких симптомів:



5. Визначте пологову травму:





Дякуємо за увагу!