



Ивановская государственная медицинская академия

БИБЛИОТЕКА

г. Иваново
ул. Садовая, 36
(4932)59-09-78
libraryisma@mail.ru



РОДОВЫЕ ТРАВМЫ

- **Родовая травма** - механическое воздействие механических сил не на плаценту или пуповину, проявляющееся переломом, разрывом; разнообразными нарушениями целостности и соответствующим им расстройствами функций органов и тканей ребенка, возникающие во время родов. Родовые травмы в структуре патологии новорожденных занимают значительное место.
- Хроническая и острая внутриутробная гипоксия плода является предрасполагающим фактором, увеличивающим вероятность родового травматизма даже при нормально протекающих родах.



616(07)

П 206 Патология [Текст] : учебник : для студентов мед. вузов : в 2 т. : [гриф] УМО / под ред. М. А. Пальцева, В. С. Паукова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - . Т. 2 / Т. П. Некрасова [и др.]. - 2010. - С. 366-368.

Каратаева, Л. А.

Судебно-медицинские критерии оценки причин скоропостижной смерти детей раннего возраста [Текст] / Л. А. Каратаева, А. И. Искандаров, А. К. Габченко // Судебно-медицинская экспертиза. - 2010. - Т. 53, № 3. - С. 52-57.

Родовая травма в генезе неонатальной смертности.



Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - (Серия "Национальные руководства"). - Режим доступа : www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433652.html. - 11.10.2018.

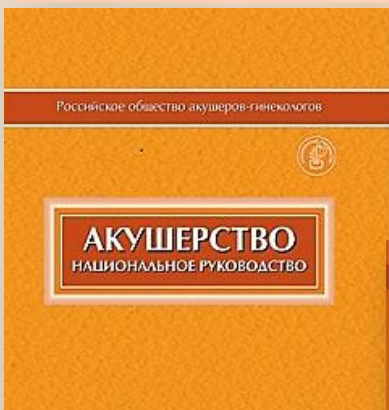


ГЛАВА 63. РОДОВЫЕ ТРАВМЫ НОВОРОЖДЕННОГО

В современном родильном доме с целью снижения родового травматизма необходимо: проводить раннюю диагностику гипоксии плода; осуществлять рациональное ведение родов при крупной массе плода со своевременным решением вопроса об изменении тактики родов; постоянно совершенствовать профессиональные навыки врачей и акушерок при оказании акушерского пособия; внедрять в практику современные перинатальные технологии и достижения клинической неонатологии.

618.2/.7

А 445 Акушерство [Текст] : нац. рук. / В. В. Авруцкая [и др.] ; гл. ред. Э. К. Айламазян [и др.] ; Рос. о-во акушеров-гинекологов, Ассоц. мед. о-в по качеству. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1197 с., [8] л. ил. : ил. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - (Национальные руководства). - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 1190-1197.



ГЛАВА 61. РОДОВЫЕ ТРАВМЫ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО. - С. 1158-1161.



618.2/.7

А 445 Акушерство [Текст] : нац. рук. / Э. К. Айламазян [и др.] ; под ред. Э. К. Айламазяна [и др.] ; Рос. о-во акушеров-гинекологов, Ассоц. мед. о-в по качеству. - Кратк. изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 606 с. : табл. - (Национальные руководства). - Предм. указ.: с. 601-606.

ГЛАВА 41. ИНТЕНСИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ. - С. 582-586.



ГЛАВА 42. РОДОВЫЕ ТРАВМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ. - С. 541-545.

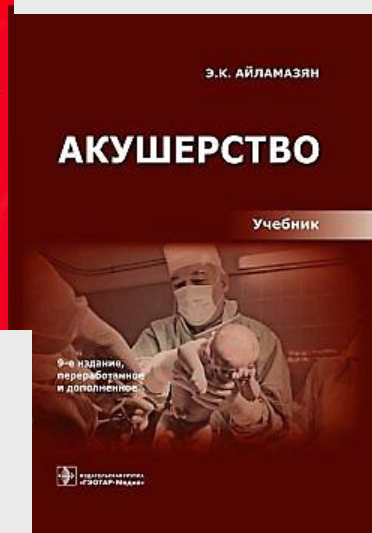
618.2/.7(07)

А 445 Акушерство [Текст] : учебник : для студентов мед. вузов : [гриф] УМО / Г. М. Савельева [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 651 с. : ил.

618.2/.7(07)

А364 Айламазян, Э. К.

Акушерство [Текст] : учебник : для студентов образоват. орг. высш. проф. образования, обучающ. по направлению подгот. "Лечeb. дело" по разд. дисциплины "Акушерство и гинекология" : [гриф] / Э. К. Айламазян [и др.] ; М-во образования и науки РФ. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 702 с. : ил. - Библиогр.: с. 691-693. - Предм. указ.: с. 694-702.



ГЛАВА 32. ПАТОЛОГИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО. РОДОВЫЕ ТРАВМЫ. - С. 626-629.

«Анализируя структуру перинатальной смертности в акушерских стационарах России в динамике, Л.П. Суханова отметила, что среди причин ранней неонатальной смертности доля родовой травмы уменьшилась (8,4%), несмотря на ее рост в структуре заболеваемости новорожденных (41,9%). Снижение частоты родовой травмы как причины смерти доношенных детей в 2,6 раза (а внутричерепной - в 3,2 раза) объясняется прежде всего ростом частоты абдоминального родоразрешения. Среди недоношенных также отмечается уменьшение частоты РТ как причины ранней неонатальной смерти (3,51%), в том числе внутричерепной (2,3%). В то же время, по данным Т.В. Яковлевой, в структуре причин перинатальной смертности в Российской Федерации родовая травма занимает пятое место (8,0%).»



618.5

К 772 Кравченко, Е. Н.

Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты [Текст] / Е. Н. Кравченко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 226 с., [2] л. ил. : ил. - (Библиотека врача-специалиста. Акушерство и гинекология. Неонатология). - Библиогр.: с. 223-226.

Руководство посвящено проблеме родовой травмы. Представлены сведения о динамике родовой травмы, приведен обзор данных литературы по этой теме. Рассмотрены удельный вес родовой травмы в структуре перинатальной заболеваемости и перинатальной смертности новорожденных; факторы, способствующие формированию этой патологии; ошибки в акушерской практике. Описаны возможные осложнения беременности и родов, особенности морфологического субстрата и изменений в плаценте при родовых повреждениях новорожденного. Приведены сведения об исходе родов для новорожденного. Показана возможность моделирования прогноза интранатальных повреждений плода. Особое внимание уделено некоторым проблемам течения и ведения родов, принципам профилактики возможных осложнений. Предназначено для акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, врачей общей практики.

616-053.31(07)

П 691 Практикум по неонатологии [Текст] : учеб. пособие для студентов 5 курса, обуч. по спец. "Лечeb. дело" дисциплине "Педиатрия" / ГБОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. М-ва здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации, Каф. дет. болезней лечeb. фак. ; сост.: Е. В. Шниткова, В. В. Чемоданов. - Иваново, 2012. - 174 с. - Библиогр. в конце разд.

Полный текст находится в Электронной библиотеке ИвГМА в локальной сети библиотеки.



С. 66-124

Занятие 2 Перинатальное поражение центральной нервной системы у детей. Гипоксия. Асфиксия. Родовая травма. Энцефалопатия. Лечение. Реабилитация. Профилактика

Родовая травма как проблема педиатрии

В.В.Власюк
ФГБУ НИИ детских инфекций ФМБА России

Родовая травма (РТ) является актуальнейшей проблемой педиатрии, акушерства, патологической анатомии, судебной медицины, детской неврологии и других наук [1]. В международном сообществе и причина смерти труднее всего установить с такой большой вероятностью. Почему же проблемы РТ стали так актуальными в педиатрических и акушерских кругах? Во-первых, пошла тенденция к увеличению количества родовых травм и смертности новорожденных в мире (особенно в странах с низким уровнем жизни). Во-вторых, потому что не знают о судьбе детей, при рождении принимали участие, находящихся в родильных домах или проходящих лечение в стационарах или проходящих лечение в домашних условиях в специализированных центрах, или умерших в инфекционных отделениях, в которых патолог в качестве фонового заболевания имеет РТ. Для акушерских учреждений важно знать, как все дети с травматическими повреждениями или переломами в дальнейшем будут развиваться. В-третьих, потому что в настоящее время РТ с минимальными родовыми травмами, которая не ведет к смерти, но вызывает инвалидность. РТ никогда не исчезла. Она закономерна в каком-то проценте случаев при самопродолжении. За последние 10 лет в нашей стране увеличилось количество детей-инвалидов с заболеваниями центральной нервной системы, в том числе с энцефалопатиями. Важно предвидеть возможные осложнения РТ, а для этого необходимо как вставать головка, где находится точка, какой асимметрией и какой степенью

травмы головы, а также знать биомеханизм механических повреждений различных структур черепа и мозга. К сожалению, акушеры, ведущие роды, обычно имеют

CONSILIUM MEDICUM

Приложение к журналу Consilium Medicum



педиатрия

№ 4 2012

- Родовая травма как проблема педиатрии
- Аспекты применения лекарственных растений с седативной активностью в педиатрической практике
- Современный взгляд на эффективность вакцины
- Диагностика осложнений после вакцинации БЦЖ у детей раннего возраста
- Принципы диагностики врожденных пороков сердца
- Роль биомеханики в развитии РТ

Власюк, В. В.

Родовая травма как проблема педиатрии [Текст] / В. В. Власюк // Педиатрия : прил. к журн. «Consilium medicum». - 2012. - № 4. - С. 65-70.

Актуальная проблема

РМЖ Акушерство/Гинекология

Родовая травма новорожденного: проблема акушерства и неонатологии

К.м.н. Д.А. Маисеенко¹, О.В. Полонская²

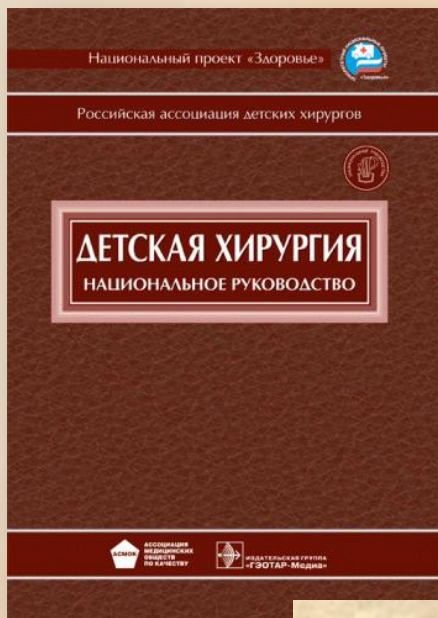
¹ГБОУ ВПО «Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ
²Родильный дом КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона», Красноярск



Маисеенко, Д.А.

Родовая травма новорожденного: проблема акушерства и неонатологии [Электронный ресурс] / Д. А. Маисеенко, О. В. Полонская // РМЖ. Мать и дитя. - 2016. - Т. 24, Т 15. - С. 998-1000. - Режим доступа : www. URL : https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Rodovaya_travma_novoroghdenного_prob_lemma_akusherstva_i_neonatologii/. - 13.10.2018.

- Различают родовую травму мягких тканей (повреждения кожи, кровоизлияния в мышцы), костной системы (переломы и вывихи костей, повреждение позвоночника), внутренних органов, центральной и периферической нервной системы (кровоизлияния, повреждения спинного мозга и периферических нервов) и др.



С. 927-935

617-053.2/7

Д 386 Детская хирургия [Текст] : нац. рук. : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей : [гриф] УМО / А. Б. Алхасов [и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова ; Рос. ассоц. дет. хирургов, Ассоц. мед. о-в по качеству. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1164 с., [50] л. ил. : ил. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - (Национальные руководства). - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 1159-1164.

ГЛАВА 56. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ.
КЕФАЛОГЕМАТОМА. КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНУЮ
МЫШЦУ. ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ. ЭПИФИЗЕОЛИЗ ПЛЕЧЕВОЙ ИЛИ БЕДРЕННОЙ
КОСТЕЙ. ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА .
ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

617-053.2/7

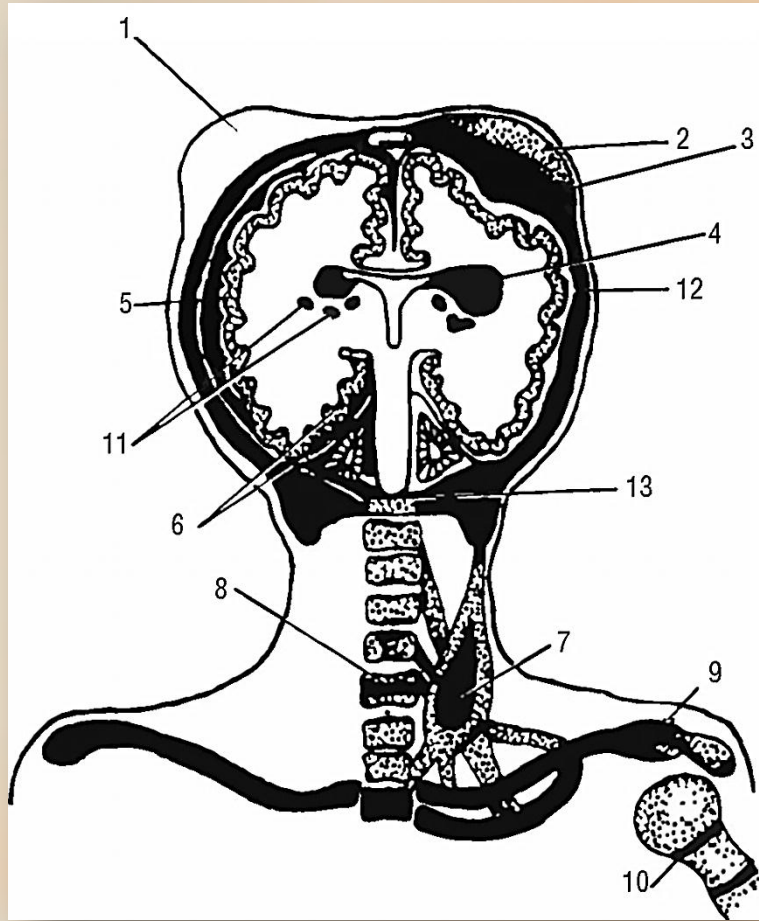
Д 386 Детская хирургия [Текст] : нац. рук. / А. Ю. Разумовский [и др.] ; под ред. А. Ю. Разумовского ; Рос. ассоц. дет. хирургов, Ассоц. мед. о-в по качеству. - Кратк. изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 781 с. - (Национальные руководства). - Предм. указ.: с. 774-781.

ГЛАВА 10. ТРАВМАТОЛОГИЯ. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ.
КЕФАЛОГЕМАТОМА. ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ. ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ. ПЕРЕЛОМЫ
БЕДРЕННОЙ КОСТИ. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА



С. 629-635

Локализация повреждений при родовой травме по Х. Эссбаху :



- 1 - родовая опухоль мягких тканей
- 2 - кефалогематома
- 3 - эпидуральная гематома
- 4 - кровоизлияние в вещество мозга (11) с прорывом в желудочек
- 5 - лептоменингеальное кровоизлияние, которое может быть также и следствием асфиксии без травмы
- 6 - кровоизлияние в мозжечковый намет с его разрывом
- 7 - кровоизлияние в грудино-ключично-сосцевидную мышцу
- 8 - перелом VI шейного позвонка
- 9 - перелом ключицы
- 10 - эпифизиолиз
- 12 - субдуральное кровоизлияние
- 13 - подвывих I шейного позвонка

616-053.31

Р 724 Рооз, Р.

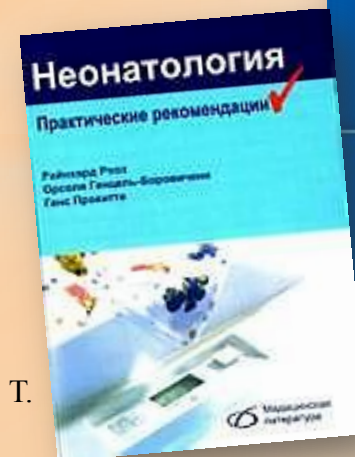
Неонатология. Практические рекомендации [Текст] = Neonatologie.

Checkliste : пер. с нем. / Р. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте [и др.]. - М. : Мед. лит., 2011. - С. 147-150.

616-053.31(07)

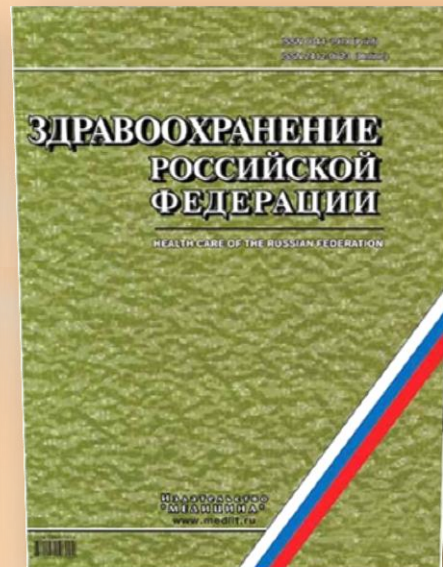
Ш 122 Шабалов, Н. П.

Неонатология [Текст] : учеб. пособие : для образоват. учреждений, реализ. образоват. программы высш. образования по спец. «Педиатрия» : [гриф] : в 2 т. Т. 1 / Н. П. Шабалов ; М-во образования и науки РФ. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - С. 504-517.



Общими предрасполагающими факторами для возникновения родовой травмы являются:

- макросомия плода
- несоответствие родовых путей размерам головки плода
- патологические виды предлежания
- тазовые аномалии у матери
- родоразрешение с использованием акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода
- затяжные роды
- быстрые роды
- ригидные родовые пути
- олигогидрамнион
- аномалии плода
- многоплодная беременность
- недоношенность
- переношенность



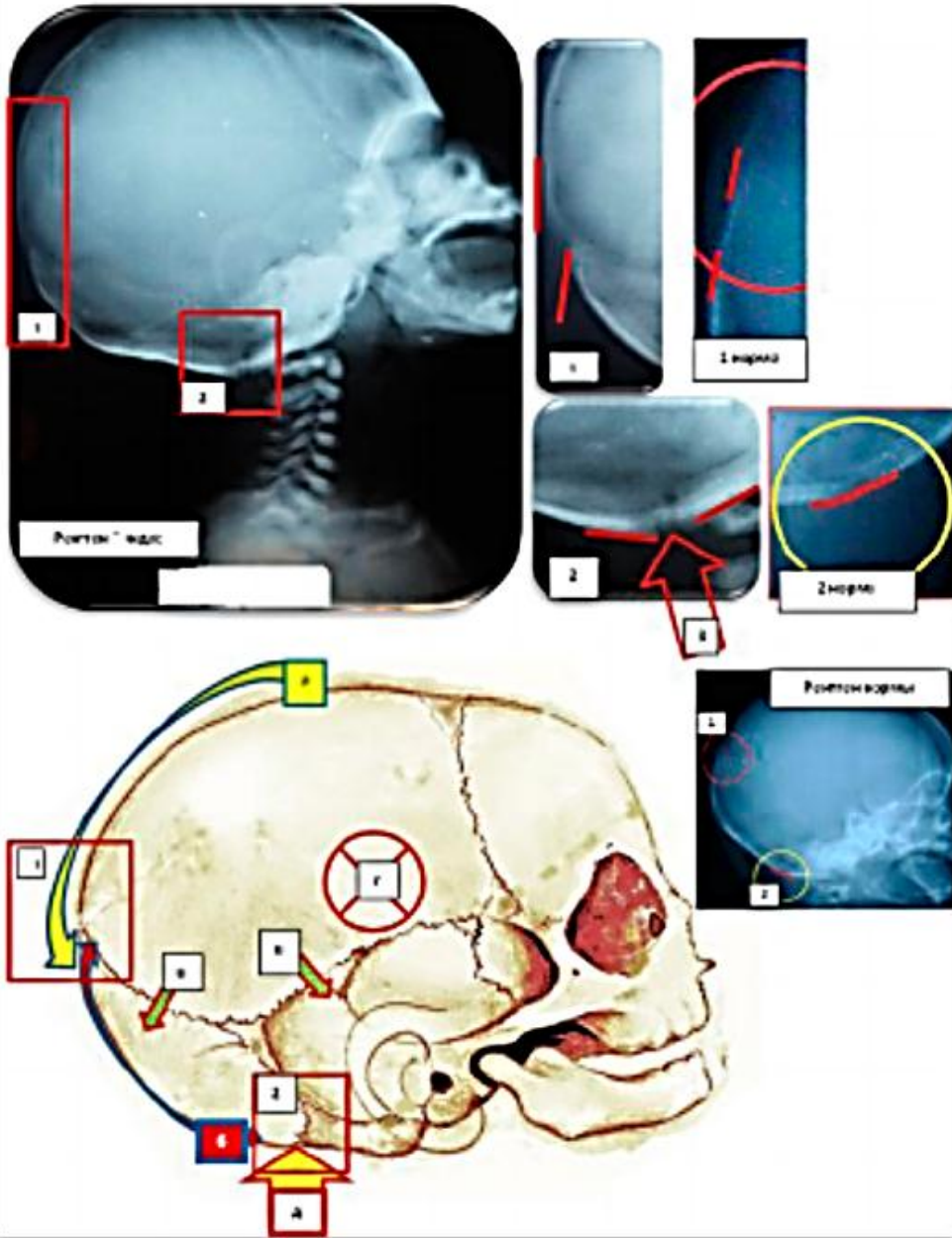
Кравченко, Е. Н.

Факторы риска родовой травмы [Текст] / Е. Н. Кравченко // Акушерство и гинекология. - 2007. - № 3. - С.10-13.

Яковлева, Т. В.

Причины и динамика перинатальной смертности в Российской Федерации [Текст] / Т. В. Яковлева // Здравоохранение Российской Федерации. - 2005. - № 4. - С. 26-28.

Сравнение рентгеники черепа с рентгеником черепа новорожденного без повреждений (норма) и схема черепа новорожденного с направленным действием травмирующих сил (а,б,в,д) и наиболее вероятной точкой давления на голосу



Парилов, С. Л.

Биомеханизм родовой травмы плода в ходе операции кесарева сечения [Электронный ресурс] / С. Л. Парилов, А. К. Сикорская, Л. Р. Гайфуллина // Судебная медицина. - 2016 - Т. 2, № 1. - С. 14-17. - Режим доступа : [www. URL](http://www.URL) : <https://cyberleninka.ru/article/v/biomehanizm-rodovoy-travmy-ploda-v-hode-operatsii-kesareva-secheniya>. - 22.10.2018.



Стрижаков, А. Н.

Тазовое предлежание плода - новый взгляд на старую проблему [Текст] / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко // Акушерство и гинекология. - 2007. - N 5. - С. 17-23.

Чернуха, Е. А.

Травматические повреждения плода при кесаревом сечении и меры их профилактики [Текст] / Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова, Е. В. Ананьев // Акушерство и гинекология. - 2009. -N 4. - С.62-64.

РОДОВАЯ ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ



К повреждениям кожи вследствие родовой травмы относятся:

➤ **Петехии.**

Петехии, возникшие вследствие родовой травмы, обычно располагаются локально - чаще на голове, верхней части туловища, пояснице и не сопровождаются другими кровотечениями.

➤ **Экхимозы.**

Часто встречаются после травматичных родов, у недоношенных детей, при использовании щипцов и вакуум-экстракции плода.

➤ **Ссадины, порезы и разрывы кожи.**

Возникают вследствие повреждения скальпелем при операции Кесарево сечения, а также при использовании щипцов, вакуум-экстракции плода, эпизиотомии.

➤ **Травма кожи электродами.**

На месте расположения электродов во время интранатального мониторинга могут встречаться повреждения кожи с риском последующего инфицирования. Частота - до 1% случаев. В группе риска находятся недоношенные дети.

Травматическое повреждение подкожной жировой ткани : (асептический некроз подкожной жировой ткани ребенка, обусловленный родовой травмой) представляет собой плотный, хорошо ограниченный, безболезненный подвижный инфильтрат под кожей диаметром от 1 до 10 см. Обычно становится заметен при клиническом осмотре к концу 1-й - на 2-й неделе жизни. Чаще встречается в области плечиков, верхних конечностей и ягодиц. Кожа над уплотнением - с цианотично-багровым оттенком или не изменена. Исчезает самостоятельно в течение нескольких недель. Редко происходит самопроизвольное вскрытие очага с выделением крошковидной массы белого цвета.

РОДОВАЯ ТРАВМА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Наиболее часто возникает повреждение печени, селезёнки и наружных половых органов. Клиническая картина обусловлена нарушением функции поврежденного органа и постгеморрагической анемией.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

Наиболее часто встречается при дистоции плечиков плода

Травматическое повреждение грудино-ключично-сосцевидной мышцы в процессе родов, заключающееся в надрыве мышцы и образовании в ней гематомы.

Как правило, повреждение грудино-ключично-сосцевидной мышцы диагностируется через несколько дней после рождения, когда начинает пальпироваться припухлость в области мышцы с одной стороны. Голова ребенка наклоняется в сторону повреждения, а подбородок - часто поднимается вверх и ротируется в противоположную сторону. Изменения положения головы у ребенка затруднены и вызывают плач.



В остром периоде рекомендован охранительный режим, воротник Шанца. По истечении периода острой болезненности (через 7-10 дней) показано создание корригирующего положения головы, мягкие пассивные изменения положения головы в нормальную позицию, а также стимуляция активных движений головы в сторону, противоположную вынужденному положению. При неэффективности консервативной коррекции через 6-12 месяцев рассматривается вопрос о хирургическом лечении укороченной мышцы.

РОДОВАЯ ТРАВМА ГЛАЗА

Различают:

- отек, экхимозы и повреждения век
- субконъюнктивальные кровоизлияния
- отек и помутнение роговицы
- ретинальные кровоизлияния
- кровоизлияния в переднюю камеру глаза
- витреальные кровоизлияния
- переломы орбиты



Как правило, является следствием экстракции плода с помощью щипцов, очень редко - кесарева сечения. Клинические проявления многообразны, а именно: отрыв глазного яблока, разрыв или перфорация его стенки, кровоизлияние в стекловидное тело, обрыв одной или нескольких экстраокулярных мышц, гематома глазницы, разрыв десцеметовой оболочки роговицы с ее помутнением, парез глазодвигательного, отводящего или блокового нервов, развитие симптома Горнера (птоз, миоз и энофтальм). При физиологических родах ~ у 20% новорожденных можно обнаружить кровоизлияния различного вида - подконъюнктивальные, пре-, интра- или субретинальные, которые обычно рассасываются достаточно быстро и без серьезных последствий. Высказывается предположение, что у части детей диагностируемая позже амблиопия, не поддающаяся терапии, обусловлена повреждением макулы или зрительного нерва во время родов.

Отек и кровоизлияние век, отек роговицы, субконъюнктивальные кровоизлияния ретинальные кровоизлияния и кровоизлияния в переднюю камеру глаза разрешаются самостоятельно в течение 1-2 нед. При переломах орбиты, значительных повреждениях век, а также в случае персистенции помутнения роговицы и витреального кровоизлияния - офтальмологическое лечение.

КЕФАЛОГЕМАТОМА - поднадкостничное кровоизлияние, которое может быть большим и двусторонним. Кефалогематома развивается в 0,4-2,5% случаев и бывает чаще расположена в области теменных костей, реже в области затылочной кости. Гематома ограничена швами между 2 костями. Кровь, содержащаяся в кефалогематоме, может сохраняться в течение нескольких недель и быть причиной затяжной желтухи. Системные нарушения, такие как дефекты коагуляции, не связаны с данной родовой травмой. Выбухание обычно проявляется только через несколько часов после рождения. Следует способствовать раннему контакту матери и ребенка и грудному вскармливанию.

Механизм кефалогематомы заключается в смещении кожи вместе с надкостницей и в разрыве сосудов во время перемещения головы ребёнка по родовому каналу. Опухоль сначала имеет упругую консистенцию, иногда флюктуирует и ограничена валиком по периферии.

При кефалогематомах небольшого размера в лечении нет необходимости. При обширных кефалогематомах показано удаление крови и сгустков не ранее 10-х суток жизни в связи с высокой вероятностью повторного кровотечения.



Прогноз благоприятный. В диспансерном наблюдении нет необходимости.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику между кефалогематомой, субапоневротической гематомой при переломе костей свода черепа и мозговой грыжей.

- Субапоневротическая гематома, как правило, бывает значительных размеров, её край приподнят и уплотнён за счёт инфильтрации тканей кровью, что при пальпации создаёт впечатление вдавленного перелома. Пальпация болезненна.
- При наличии мозговой грыжи выпячивание мозговых оболочек и вещества мозга происходит через родничок или дефекты кости, которые можно выявить на краниограмме и при УЗИ, при пальпации определяют пульсацию.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России
ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт
материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России
Департамент здравоохранения Ивановской области
Ивановское региональное отделение Союза педиатров России

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ
И РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Материалы
межрегиональной научно-образовательной конференции,
посвященной 45-летию организации
детской специализированной службы Ивановской области

Иваново, 10 октября 2017 года

Иваново 2017

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЕФАЛОГЕМАТОМ
У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**
Митрузаева Ю. А., Виноградова Е. Е., Уланова Т. Ю., Широкова О. С.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

616-053.2(082)

А 43 Клинические особенности кефалогематом у новорожденных детей [Электронный ресурс] / Ю. А. Митрузаева [и др.] // Актуальные вопросы профилактики, диагностики и рациональной терапии заболеваний детского возраста : материалы межрегиональной научно-образовательной конференции, посвященной 45-летию организации детской специализированной службы Ивановской области, Иваново, 10 октября 2017 года / ФГБОУ ВО Иван. гос. мед. акад. Минздрава России, ФГБУ Иван. НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова, Департамент здравоохранения Иван. обл., Иван. регион. отд-ние Союза педиатров России ; отв. ред. А. Е. Баклушин. - Иваново, 2017. - С. 57-59.

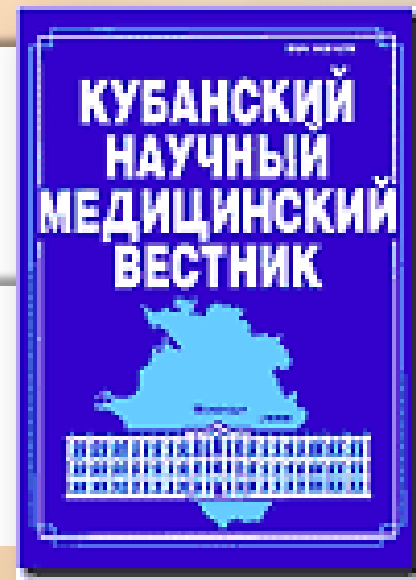
Г. М. ПЕРЦЕВА, А. А. БОРЩЕВА

**КЕФАЛОГЕМАТОМА. ПОИСК ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ
ЕЕ ПОЯВЛЕНИЕ**

Кефалогематома – одна из форм родового травматизма, которая встречается, по данным разных авторов, в 1–4 % случаев. Существует мнение, что кефалогематома возникает не только при затрудненных родах, но и при физиологических родах. Был проведен анализ возникновения кефалогематом у 60 новорожденных. Для снижения данной патологии необходимо более тщательно подходить к назначению препаратов, влияющих на свертывающую систему крови, своевременно корректировать осложнения беременности и родов.

Перцева, Г.М.

Кефалогематома. Поиск факторов, провоцирующих ее появление [Электронный ресурс] / Г. М. Перцева, А. А. Борщева // Кубанский научный медицинский вестник. - 2017. - № 2(163). - С. 120-123. - Режим доступа: [www. URL :
http://ksma.elpub.ru/jour/article/view/716/711](http://www.kubsmv.ru/jour/article/view/716/711). - 13.08.18.



Кефалогематома новорожденных в современном акушерстве [Электронный ресурс] / Ю. В. Галоян [и др.] // Молодой ученый. - 2016. - №26.2. - С. 6-9. - Режим доступа : [www. URL : https://moluch.ru/archive/130/36119/](http://www.URL : https://moluch.ru/archive/130/36119/). - 07.06.18.

Проблема возникновения кефалогематом новорожденных существует на стыке двух специальностей: акушерства и педиатрии. Кефалогематомы являются частым проявлением родового травматизма. В настоящее время они встречаются не только при патологических, но и при физиологических родах. Однако, причины их возникновения до сих пор полностью не выяснены, что обуславливает необходимость дальнейшего детального изучения данного вопроса. Проведенный нами анализ литературы, посвященной этой проблеме, выявил, что этиология кефалогематом, возникших при нормально протекающих родах, недостаточно освещена.

Керчелаева, С. Б.

Кефалогематома как результат осложнения родов? [Электронный ресурс] / С. Б. Керчелаева, А. В. Тягунова, О. В. Кузнецова // Лечащий врач. - 2015. - № 10. - С. 88-91. - Режим доступа : [www. URL : https://www.lvrach.ru/2015/10/15436326/](http://www.URL : https://www.lvrach.ru/2015/10/15436326/). - 07.06.18.



Бардеева, К. А.

Мультиспиральная компьютерная томография – новый метод диагностики состояния кефалогематомы у новорожденных [Электронный ресурс] / К. А. Бардеева, А. В. Пискалов, А. А. Лукаш // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 3. - Режим доступа : [www. URL : https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20172](http://www.URL : https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20172). - 07.06.18.

Целью данной работы является улучшение качества хирургической помощи новорожденным с кефалогематомами.



ПОДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЕ (СУБГАЛЕАЛЬНОЕ) КРОВОИЗЛИЯНИЕ

Субапоневротическое кровоизлияние при родовой травме

Подапоневротическое кровоизлияние клинически представляет собой диффузный отек мягких тканей головы, нередко распространяющийся на заднюю область шеи и вокруг глаз. Череп становится флюктуирующим (симптом «грелки»). В течение часа после рождения размер головы быстро увеличивается, что нередко сопровождается симптомами гиповолемического шока, падением уровня гемоглобина, вторичной гипокоагуляцией, гипербилирубинемией; возможны также судороги. После купирования острой фазы, кровоизлияние разрешается в течение 2-3 нед.



В случае травматической причины подапоневротическое кровоизлияние наиболее часто ассоциировано с вакуум-экстракцией плода (до 90% случаев), в процессе которой происходит разрыв эмиссарных вен подапоневротического пространства. Необходимо исключить патологию системы свертывания крови.

Возможна недооценка тяжести кровотечения и угрожающая жизни ситуация. Необходима быстрая диагностика кровопотери. Может потребоваться экстренная терапия: трансфузия компонентов крови, коррекция гипокоагуляции, восполнение ОЦК, кардиотоническая терапия.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ

Чекмарева, Д. В.

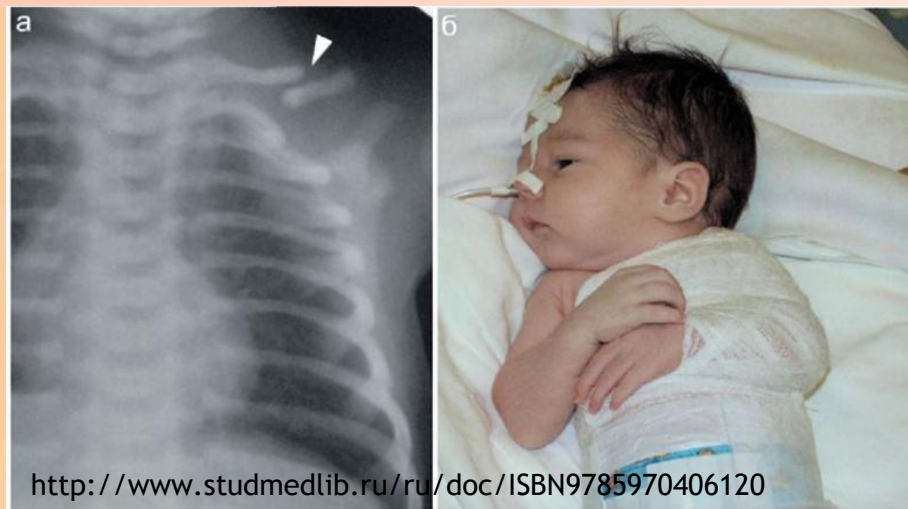
Мониторинг клинических проявлений скелетной родовой травмы [Текст] / Д. В. Чекмарева, В. А. Вечеркин // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2017. - № 2. - С. 45-48.

У новорожденных могут встречаться **три вида повреждения костей черепа**, которые относят к категории «переломов», хотя по существу только линейный перелом является истинным переломом кости, подразумевающим нарушение ее целостности.

- линейный перелом - линейное нарушение целостности кости черепа;
- вдавленный перелом - прогиб кости черепа внутрь, как правило, без потери ее целостности;
- окципитальный остеодиастаз - разделение чешуи затылочной кости от ее латеральных частей.

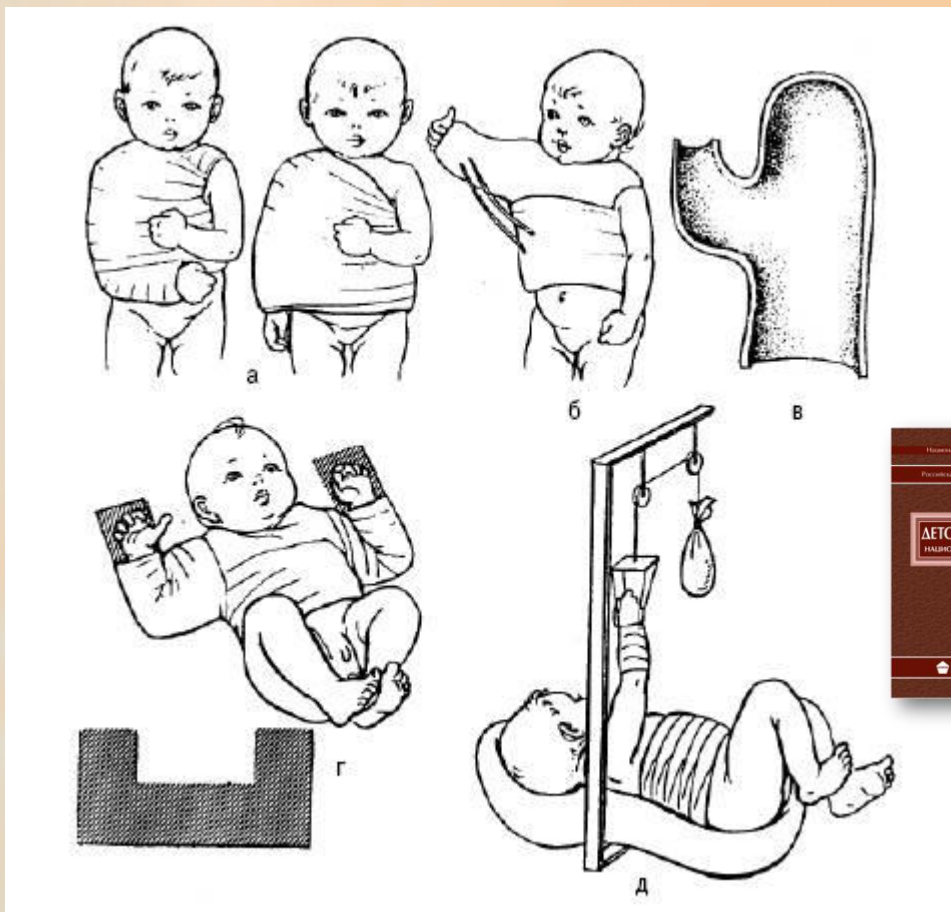
Перелом ключицы при родовой травме. В случае полного перелома: в течение первых дней после рождения наблюдаются деформация ключицы, локальная крепитация, ограничения движения рукой (псевдопаралич), болезненность при пальпации. Через 3-4 дня в области перелома начинает образовываться пальпируемая костная мозоль. В случае перелома по типу «зеленой веточки» первоначальные симптомы часто отсутствуют и диагноз устанавливается при выявлении костной мозоли.

Необходимо избегать сдавления, смещения сломанной ключицы, противопоказано тянуть ребенка за руку на стороне повреждения. Рекомендуется ограничить движения руки на стороне повреждения с помощью пеленания или повязки Дезо до образования костной мозоли и исчезновения болезненности (7-10 дней). В случаях выраженной болезненности могут назначаться обезболивающие препараты (парацетамол), однако, в большинстве случаев они не требуются.



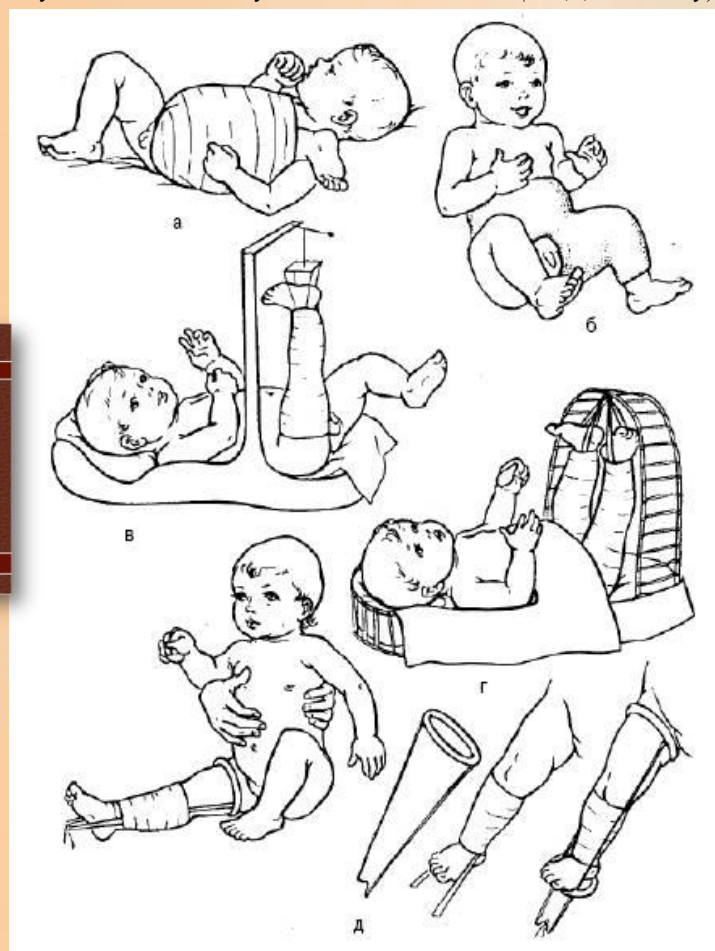
Перелом плечевой кости - второй наиболее часто встречающийся перелом после перелома ключицы, который также связан с дистоцией плечиков плода. **Перелом бедренной кости** преимущественно встречается при тазовом предлежании плода. **Переломы костей предплечья и голени** наблюдаются очень редко, в группу риска входят недоношенные дети.

Лечение : Иммобилизация (обычно на 14 дней). В случаях со смещением отломков кости может потребоваться репозиция или вытяжение. При выраженной болезненности - обезболивающие препараты (парацетамол).



Методы лечения переломов плечевой кости у новорождённых: а - по Кеферу; б - по Марксу; в - по Фонарёву; г - по Шнитци; д - по Ридену.

Методы лечения переломов бедренной кости у новорождённых: а - по Креде -Кеферу; б - по Павлику; в - по Ибадалику; г - по Мадсену; д - шина Томаса (по Джонсону)



ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Классификация перинатальных поражений нервной системы (Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины, 2000; фрагмент)



616.8-053.31

Р 253 Ратнер, Александр Юрьевич.

Неврология новорожденных : острый период и поздние осложнения [Текст] / А. Ю. Ратнер. - 2-е изд. - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. - 368 с. : фото. - Библиогр.: с. 337-366.

В монографии рассматривается патология нервной системы новорожденных, возникшая в результате как патологических, так и физиологических родов. Обобщены данные о механизме и морфологии родовых повреждений. Приводится подробное описание безусловных рефлексов новорожденных, их клинические варианты и динамика в зависимости от уровня поражения нервной системы. Детально рассматривается клиническая картина их развития (острые нарушения спинального и мозгового кровообращения, шейный остеохондроз, «цервикальная» близорукость, ночной энурез, нейроортопедические осложнения, судорожные состояния у детей и др.).

Для акушеров, неонатологов, педиатров, ортопедов, невропатологов.

Церебральная ишемия (I–III степени)

Внутричерепные кровоизлияния гипоксического генеза

Внутрижелудочковые кровоизлияния (I–III степени)

Первичное субарахноидальное кровоизлияние

Кровоизлияние в вещество головного мозга

Сочетанные ишемические и геморрагические поражения ЦНС

Травматические повреждения нервной системы

Внутричерепная родовая травма

Эпидуральное кровоизлияние

Субдуральное кровоизлияние

Внутрижелудочковое кровоизлияние

Паренхиматозное кровоизлияние

Субарахноидальное кровоизлияние

Родовая травма спинного мозга

Родовая травма периферической нервной системы

Травматическое повреждение плечевого сплетения

Повреждение диафрагмального нерва

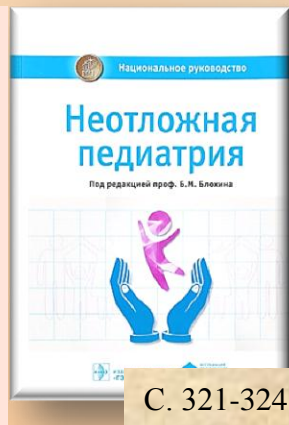
Травматическое повреждение лицевого нерва

Травматическое повреждение других периферических нервов

Дисметаболические и токсико-метаболические нарушения функций ЦНС

Поражение ЦНС при инфекционных заболеваниях перинатального периода

Родовая травма нервной системы - механическое повреждение в процессе родов костей черепа, оболочек, сосудов, паренхимы головного или спинного мозга и периферических нервов. К ней относятся внутричерепные кровоизлияния: эпидуральные, субдуральные, первичные субарахноидальные, внутрижелудочковые, паренхиматозные (внутри мозговые, внутримозжечковые).



С. 321-324

616-053.2/.7-08-039.35

Н 528

Неотложная педиатрия [Текст] : нац. рук. / Т. Ю. Абасеева [и др.] ; под ред. Б. М. Блохина ; Ассоц. мед. о-в по качеству. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 831 с., [8] л. ил. : ил. - (Национальные руководства). - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 827-831.

Эпидуральное кровоизлияние - быстро нарастающая внутричерепная гипертензия в первые часы жизни, гипервозбудимость, судороги, на стороне гематомы – иногда расширение зрачка, часто сочетается с кефалогематомой.

Субдуральное субтенториальное кровоизлияние - катастрофическое течение, при котором с первых минут и часов жизни развиваются признаки сдавления ствола головного мозга: прогрессирующая потеря церебральной активности (кома), поза опистотонуса, расходящееся косоглазие, нарушение зрачковых реакций, плавающие движения глазных яблок, фиксированный взор. Прогрессирование дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений...

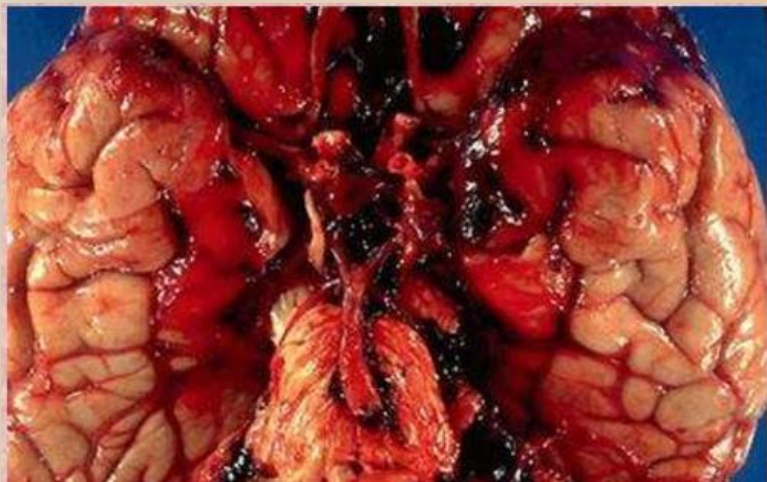
Глава 27. Перинатальные поражения нервной системы. Ю.И. Барашнев, М.И. Медведев, С.О. Рогаткин, А.С. Буркова, А.В. Горбунов, М.Г. Дегтярёва, Е.А. Зубарева.....	355
Неврологический осмотр новорождённого.....	355
Перинатальные поражения нервной системы.....	355
Ишемия мозга.....	356
Церебральная ишемия I степени (лёгкая).....	358
Церебральная ишемия II степени (средней тяжести).....	358
Церебральная ишемия III степени (тяжелая).....	359
Внутрижелудочковое кровоизлияние I степени.....	360
Внутрижелудочковое кровоизлияние II степени.....	361
Внутрижелудочковое кровоизлияние III степени.....	362
Субарахноидальное кровоизлияние.....	363
Кровоизлияние в мозжечок и заднюю черепную ямку.....	364
Сочетанные ишемические и геморрагические поражения центральной нервной системы.....	365
Травматические повреждения нервной системы.....	365
Эпидуральное кровоизлияние.....	365
Субдуральное кровоизлияние.....	365
Разрыв мозжечкового намёта.....	365
Кровоизлияние в желудочек мозга.....	365
Кровоизлияние в мозг.....	365
Субарахноидальное кровоизлияние.....	365
Повреждение позвоночника и спинного мозга.....	365
Паралич Эрба–Дюшенна.....	365
Паралич Дежерина–Клюмпке.....	365
Тотальный тип пареза плечевого сплетения.....	365
Паралич диафрагмального нерва.....	365
Поражение лицевого нерва.....	365
Родовые травмы других отделов периферической нервной системы.....	384
Менингит.....	384
Методы исследования перинатального поражения центральной нервной системы новорождённого.....	384



616-053.31(035)(07)

Н 524

Неонатология [Текст] : нац. рук. : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей : [гриф] УМО / А. Г. Антонов [и др.] ; гл. ред. Н. Н. Володин ; Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. ассоц. спец. перинат. медицины. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 848 с., [6] л. ил. : ил + 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - (Национальные руководства). - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 843-848.



Травматические повреждения головного мозга (кровоизлияния) возникают относительно редко, чаще в сочетании с гипоксией или при неправильно наложенных акушерских щипцах. Кровоизлияния нередко сопровождаются повреждением костей черепа, твердой мозговой оболочки и ее производных (венозные синусы, намет мозжечка и др.).

- В остром периоде родовой травмы ЦНС наблюдается возбуждение (беспокойный крик, учащение дыхания и тахикардия, судороги, тремор конечностей, общее беспокойство). Помимо общемозговых симптомов, нередко наблюдается очаговая симптоматика. Период возбуждения может сменяться угнетением с общей вялостью, снижением мышечного тонуса, адинамией, слабым криком, отсутствием сосания, понижением АД, бледностью кожных покровов.

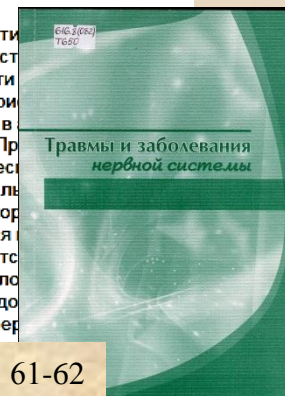
616.8-001(082)

Т 650 Травмы и заболевания нервной системы [Текст] : сборник научных трудов / ФГБУ Нижегород. науч.-исслед. ин-т травматологии и ортопедии М-ва здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации, ГБОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. М-ва здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации, Департамент здравоохранения Иван. обл. ; под ред. А. П. Фраермана, А. Е. Новикова. - Иваново , 2012. - 152 с.

Хирургическое лечение внутриутробного кровоизлияния в заднюю черепную ямку

Филиппов В. В., Новиков А. Е., Вознюк Б. Г., Седов В. В., Белова Ю. Д. Иваново

Травма головы занимает третье место среди причин смерти первом году жизни и является основной причиной гибели детей старшего возраста. Она является основной причиной детской заболеваемости. Особое внимание следует уделять травме ЦНС у детей в перинатальном периоде, в том числе родовой травме. Несмотря на достижения в акушерстве, родовые травмы продолжают оставаться частой проблемой. Промогут возникать различные травмы центральной и периферической нервной системы, которые по степени тяжести варьируют от незначительных до тяжелых. Родовая травма ЦНС – это глубокие изменения, которые происходят в головном мозге. Основными причинами являются гипоксия, сам процесс родов. Следствием указанного являются родовые процессы, приводящие к нарушению кровообращения в головном мозге. Во время родов происходит сжатие головки, что приводит к родовой травме. Это может произойти во время родов при несоответствии размеров головки плода родовым путям. Иногда к травме могут привести патологические роды, длительный безводный период и просто зловредные роды с использованием щипцов или вакуум-экстракции.



Патогенез родовой травмы нервной системы в каждом конкретном случае может быть определен при учете биомеханики рождения плода.

В процессе периода изгнания в головном предлежании на череп ребенка одновременно действуют сдавливающие силы в диагональных, фронтальной и сагиттальной плоскостях, а на основание черепа (затылочную кость) - дополнительное давление позвоночника в направлении снизу вверх. При затылочном предлежании при синклитизме преобладает фронтальное сдавливание, при асинклитизме направление сдавливающих сил диагональное (Парилов С.Л., 2007, 2009). Определяет направление преобладающего давления «проводная точка» головы - область свода черепа, наиболее плотно прижатая к родопроводящим путям, раздвигающая внутренний зев в процессе первого момента периода изгнания родов и свободная от давления в конце первого и во втором моменте.



Гл. 32

Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза [Электронный ресурс] / под ред. Ю. И. Пиголкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 728 с. : ил. - Режим доступа : [www. URL : http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428207.html](http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428207.html)

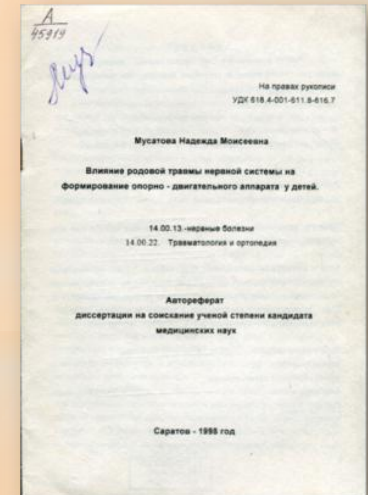
А
45919

Мусатова, Н.М.

Влияние родовой травмы нервной системы на формирование опорно-двигательного аппарата у детей [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13, 14.00.22 / Н. М. Мусатова ; науч. рук.: Т. Н. Чернова, Л. Я. Лившиц ; Саратов. науч.-исслед. ин-т травматологии и ортопедии М-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Саратов, 1998. - 24 с.

Д/734 Беликова, М. Э.

Становление иммунного статуса на первом году жизни у детей с перинатальными повреждениями ЦНС [Рукопись] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / М. Э. Беликова ; науч. рук. Л. А. Жданова ; науч. конс. Н. Ю. Сотникова. - Иваново, 1996. - 260 с. - Библиогр.: с. 236-260.



Причинами субдуральных кровоизлияний (гематом) при родовой травме являются разрывы мозжечкового намета. Края перегородочных частей твердой мозговой оболочки выдерживают растяжение до 30% длины. Возможны как односторонние разрывы, так и двусторонние. Чрезмерное растяжение краев намета, как симметричное, так и асимметричное, возникает при сдвиговом переломе сквамалатерального синхондроза со смещением нижнего края чешуи затылочной кости в полость черепа с давлением на верхнюю ее часть (лямбдовидный шов) теменных костей. Асимметричность и сторона давления определяются видом асинклитизма, и односторонний разрыв происходит со стороны, противоположной «проводной» точке. Существуют закономерности повреждений намета: первая - при синклитизме возникают преимущественно двусторонние повреждения тентория (разрывы и кровоизлияния); при асинклитизме возникают односторонние или преимущественно односторонние разрывы мозжечкового намета и кровоизлияния в нем, а односторонний разрыв мозжечкового намета или его разрыв большей величины локализуется на стороне, противоположной проводной точке.

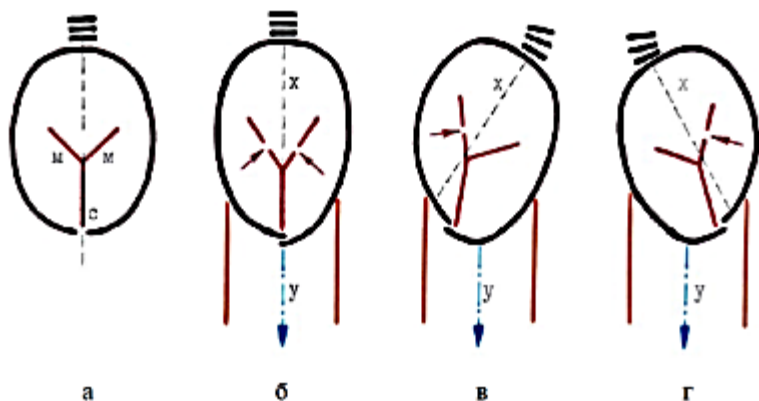


Рис. 5. Схематическое изображение разрывов мозжечкового намета при синклитическом и асинклитическом вставлении головки; м – мозжечковый намет; с – серповидный отросток; х – вертикальная ось головки; у – ось родового канала; а – головка до вставления, б – головка при синклитическом вставлении, в, г – головка при асинклитическом вставлении.

РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗЖЕЧКОВОГО НАМЕТА И ПРОБЛЕМА АСИНКЛИТИЗМА ПРИ КОНФИГУРАЦИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА В РОДАХ

В.В. ВЛАСЮК, Ю.В. ЛОБЗИН, А.А. НЕСМЕЯНОВ*

В статье представлены результаты исследования родового повреждения мозжечкового намета и проблемы асинклитизма при конфигурации головки плода в родах.

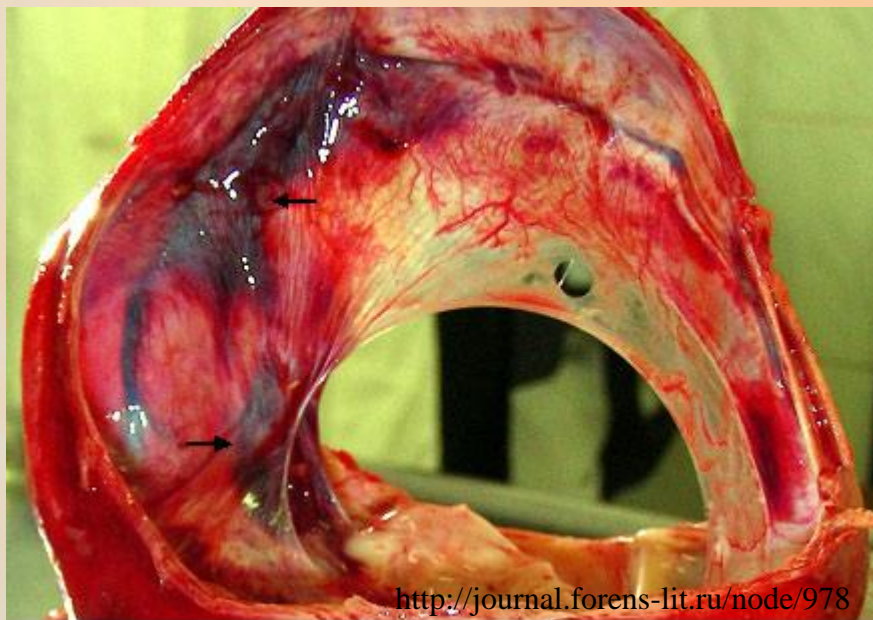
Ключевые слова: родовые повреждения, мозжечковый намет, асинклитизм.

Власюк, В. В.

Родовые повреждения мозжечкового намета и проблема асинклитизма при конфигурации головки плода в родах [Электронный ресурс] / В. В. Власюк, Ю. В. Лобзин, А. А. Несмеянов // Вестник новых медицинских технологий. - 2011. - Т. 18, № 3. - С. 241-244. - Режим доступа : [www. URL](http://www.URL) :<https://cyberleninka.ru/article/v/rodovye-povrezhdeniya-mozzhechkovogo-nameta-i-problema-asinklitizma-pri-konfiguratsii-golovki-ploda-v-rodah>. - 05.09.18.

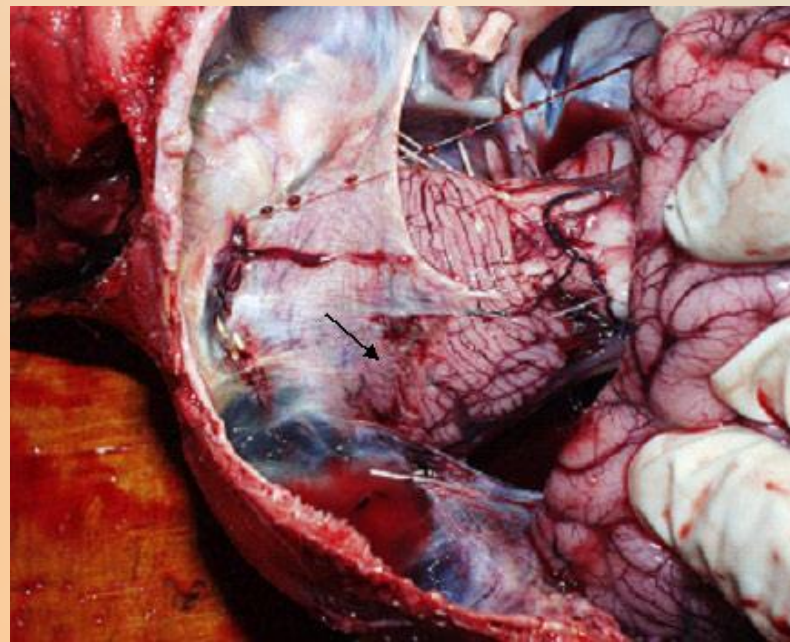
СУБДУРАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ РАЗРЫВ МОЗЖЕЧКОВОГО НАМЕТА ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ

Разрыв намета мозжечка с массивным инфратенториальным кровотечением характеризуется неврологическими симптомами с рождения: ступор/кома, девиация глазных яблок, сниженная реакция зрачков на свет, затылочная ригидность, опистотонус, судороги. По мере нарастания объема кровоизлияния в задней черепной ямке, в течение минут или часов развиваются симптомы компрессии структур задней черепной ямки: кома, мидриаз, офтальмоплегия, брадикардия, нерегулярное дыхание и затем его прекращение.



<http://journal.forens-lit.ru/node/978>

Интрадуральные кровоизлияния и надрывы серпа и мозжечкового намета



Разрыв мозжечкового намета с субдуральной гематомой задней черепной ямки у новорожденного (указан стрелкой).

Власюк, В. В.

О причинах и механизмах субдуральных кровоизлияний и разрывов мозжечкового намета у плодов и новорожденных [Текст] / В. В. Власюк // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. - 1985. - № 9. - С. 6-9.



РОДОВАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА



Более 200 лет тому назад Smellie в своем «Трактате о теории и практике акушерства» писал, что конфигурирование головы плода во время родов может явиться причиной тяжелых, фатальных внутричерепных повреждений.

<http://bagazhznaniy.ru/priroda/cherep-novorozhdennogo>

Бубнова, Н. И.

Механизмы родовой черепно-мозговой травмы новорожденных [Электронный ресурс] / Н. И. Бубнова, С. Л. Париллов // Сибирское медицинское обозрение. - 2009. - № 3. - С. 107-109. - Режим доступа: [www. URL](http://www.URL) : <https://cyberleninka.ru/article/v/mehanizmy-rodovoy-cherepno-mozgovoy-travmy-novorozhdennyh>. - 09.10.2018.

Родовая черепно-мозговая травма новорожденных: диагностика и лечение [Текст] / А.В.Новокшенов [и др.] // Политравма. - 2009. - № 1. - С. 42-49.

Д/357 Аранская, Д. М.

Клиника различных форм родových черепно-мозговых травм новорожденных и их активное комплексное лечение с применением нейрохирургического воздействия [Рукопись] : дис. ... канд. мед. наук : [14.00.09] / Д. М. Аранская ; науч. рук.: А. И. Осна, Н. В. Столяренко ; Новокузнец. ин-т усовершенствования врачей, Каф. нейрохирургии, Каф. педиатрии, Новокузнец. гор. отд. здравоохранения, Центр по нейрохирургич. лечению родовой черепномозг. травмы новорожденных. - Новокузнецк, 1970. - 362 с. : ил. - Библиогр.: с. 297-332.



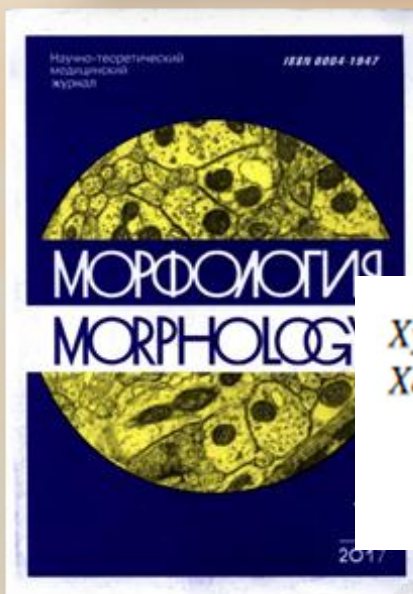
АРХИВ ПАТОЛОГИИ ARKHIV PATOLOGII



Власюк, В. В.

Патолого-анатомическая оценка родов по изменению черепа и головного мозга у плодов и новорожденных [Текст] / В. В. Власюк, В. Ю. Лобзин, А. А. Несмеянов // Архив патологии. - 2014. - Т. 76, № 3. - С. 74-79. - Библиогр.: 12 назв.

Представлены данные о способах определения по черепу плода и новорожденного характера вставления головки, проводной точки, степени сгибания и разгибания головки, степени асинклитизма и степени конфигурации головки. Полученные показатели важны для оценки течения родов и качества их ведения, а также диагностики родовой травмы. Подчеркивается важное значение сдавлений головного мозга в генезе внутриутробной асфиксии. Акушеры оценивают роды по продолжительности периодов, темпам раскрытия шейки матки, времени излития и характеру околоплодных вод, продвижению головки, состоянию ребенка в первые минуты после рождения и т.д. Однако и при нормальных указанных параметрах вполне вероятно неблагоприятное воздействие родового процесса на головку плода с поражением головного мозга. Об этом свидетельствуют многочисленные случаи родовой травмы, диагностированной патологоанатомами при «нормальных» родах. Головка плода, проходя по узкому родовому каналу, претерпевает структурные изменения, которые необходимо расшифровать. По этим изменениям можно оценить: 1) характер вставления головки; 2) проводную точку (ПТ); степень сгибания и разгибания головки; 3) степень асинклитизма; 4) степень конфигурации головки. Все эти данные относятся к основополагающим акушерским понятиям, опираясь на которые акушер оценивает роды и предпринимает те или иные действия при их ведении.



Худайбердиев С.Т., Исроилов Р.И., Касим-Ходжаев И.К. (г. Андижан, Узбекистан)

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОГИПОФИЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ РОДОВОЙ ТРАВМЕ

Худайбердиев, С.Т.

Морфологические особенности аденогипофиза у недоношенных детей при черепно-мозговой родовой травме [Текст] / С. Т. Худайбердиев, Р. И. Исроилов, И. К. Касим-Ходжаев // Морфология. - 2009. - Т. 136, № 4. - С. 148.

СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ

- В течение первых 12 часов жизни нарастает угнетение церебральной активности вплоть до комы. В отдельных случаях наблюдается «бодрствующая» кома: глаза широко открыты, пронзительный мозговой крик, поза декорткации (флексия рук, экстензия ног), гиперестезия, гипервозбудимость, быстро нарастающая наружная гидроцефалия, генерализованные судороги (возникающие в первые часы).
- При субарахноидальном кровоизлиянии возможно повышение эхоплотности субкортикального белого вещества на стороне кровоизлияния, расширение межполушарной щели и/или сильвиевой борозды, базальных субарахноидальных пространств. В дальнейшем отмечается прогрессирующее расширение конвекситальных субарахноидальных пространств.

ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ

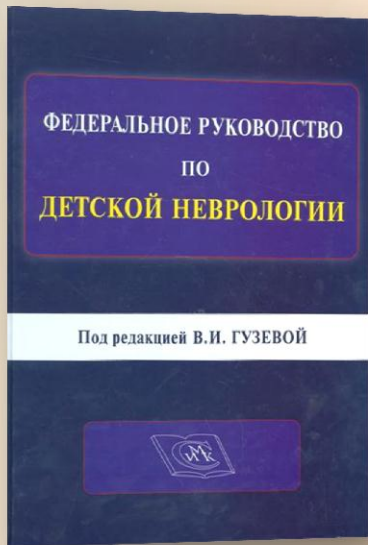
- Манифестация в 1–2-й дни жизни у новорожденных с травмой и/или асфиксией, у 25% новорожденных – на 2–4-й неделе жизни. Гипервозбудимость, сменяющаяся угнетением, судороги (фокальные или мультифокальные), нарушение ритма дыхания (вторичные апноэ). Прогрессирующая внутричерепная гипертензия (рвота, выбухание родничка, расхождение черепных швов), гидроцефалия.

КРОВОИЗЛИЯНИЕ В МОЗГ ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ

Клиническая картина зависит от локализации и объема кровоизлияния. Возможны:

- бессимптомное течение
- судороги
- нарастающее угнетение вплоть до комы, нередко с очаговой симптоматикой (гемипарез, фокальные клонические судороги)
- симптомы внутричерепной гипертензии
- для внутримозжечковых кровоизлияний, в том числе, особенно характерны нарушения ритма дыхания, апноэ, брадикардия





ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

ИОВА А. С., ГУЗЕВА В. И., МЕЛАШЕНКО Т. В.

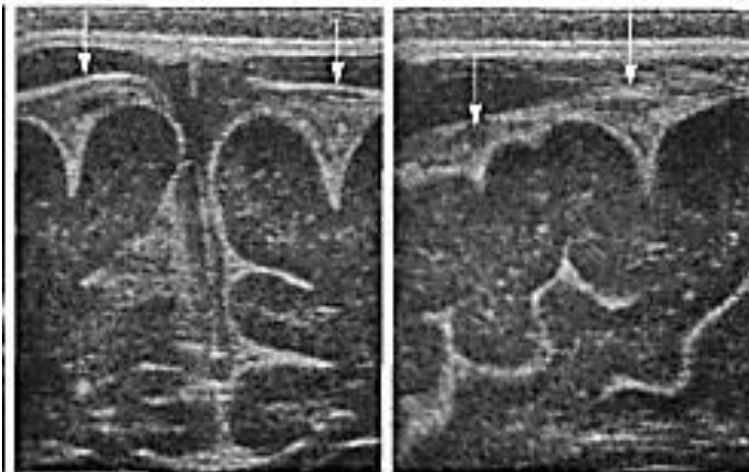
Федеральное руководство по детской неврологии [Текст] / [Гузева В. И. [и др.] ; под ред. В. И. Гузевой. - М. : Спец. изд-во мед. кн., 2016. - С. 6-16.

Принципы лечения ВЧК:

- респираторная терапия в оптимальных режимах (в случаях развития отека мозга, дислокационных синдромах, синдроме компрессии ствола) (класс I, уровень доказательности A);
- нормализация гемодинамики (класс II а, уровень доказательности A);
- заместительная терапия (введение тромбоцитарной массы, свежезамороженной плазмы, недостающих факторов коагуляции, витамина K) (класс IIб, уровень доказательности B);
- симптоматическая терапия (коррекция судорог, электролитных нарушений) (класс II в, уровень доказательности B);
- своевременное проведение хирургических вмешательств, направленных на удаление гематом и/или коррекцию сопутствующих изменений (например, прогрессирующего гидроцефального синдрома) (класс I, уровень доказательности B).

1.12. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЧК

- снижение возможности интранатальной асфиксии (щадящее родовспоможение);
- мероприятия, направленные на снижение родового травматизма плода/новорожденного;
- предотвращение возможных осложнений ВЧК (развитие постгеморрагической гидроцефалии, атрофии мозга, инфицирование гематом);
- устранение причин, осложнением которых стало ВЧК (заболевания печени, метаболические нарушения);
- назначение иммуноглобулина беременной женщине и новорожденному при аутоиммунной тромбоцитопении;
- трансфузия тромбоцитарной взвеси плоду в случае ВЧК у плода при аутоиммунной тромбоцитопении.



Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 июля 2015 г. № 397ан "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при разрыве внутричерепных тканей и кровоизлиянии вследствие родовой травмы, других родовых травмах центральной нервной системы, внутричерепных нетравматических кровоизлияниях, судорогах новорожденных, тяжелой асфиксии, ишемии мозга, церебральной лейкомаляции, неонатальной коме"

25 августа 2015

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2015, № 10, ст. 1425) приказываю:

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи детям при разрыве внутричерепных тканей и кровоизлиянии вследствие родовой травмы, других родовых травмах центральной нервной системы, внутричерепных нетравматических кровоизлияниях, судорогах новорожденных, тяжелой асфиксии, ишемии мозга, церебральной лейкомаляции, неонатальной коме согласно приложению.

Министр В.И. Скворцова

Зарегистрировано в Минюсте РФ 14 июля 2015 г.

Регистрационный № 38003

Приложение

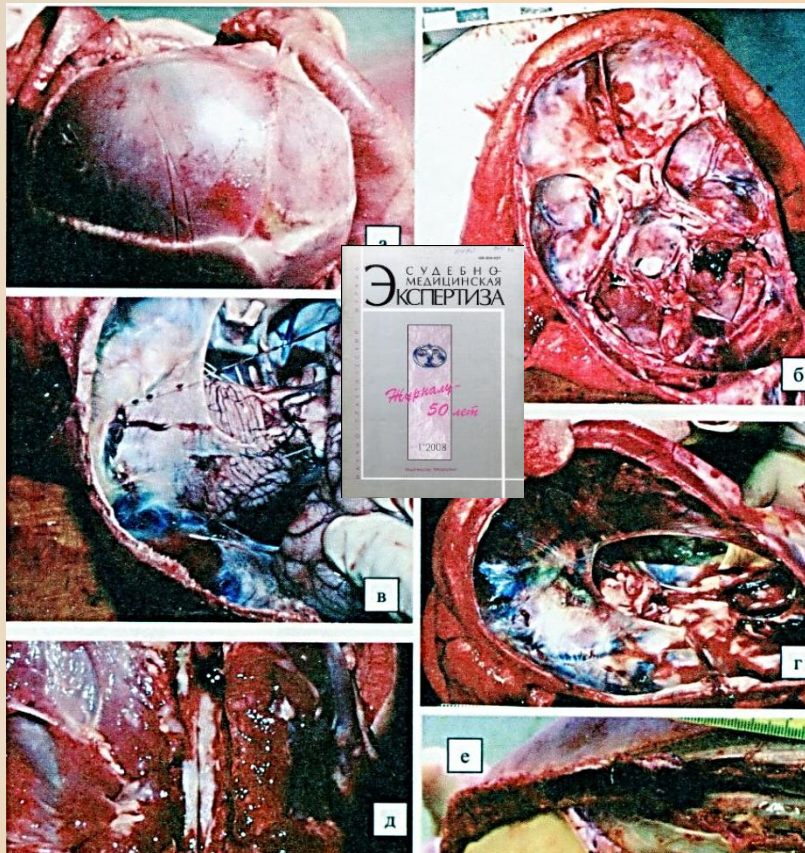
к приказу Министерства здравоохранения РФ

от 1 июля 2015 г. № 397ан

Стандарт специализированной медицинской помощи детям при разрыве внутричерепных тканей и кровоизлиянии вследствие родовой травмы, других родовых травмах центральной нервной системы, внутричерепных нетравматических кровоизлияниях, судорогах новорожденных, тяжелой асфиксии, ишемии мозга, церебральной лейкомаляции, неонатальной коме

КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка





- а - выраженная родовая конфигурация головы;
- б - трещина затылочного синхроноза справа, эпидуральная гематома задней черепной ямки, интрадуральные кровоизлияния в области стока пазух;
- в - разрыв паруса мозжечкового намета справа;
- г - интрадуральные кровоизлияния в серпе и правом парусе мозжечкового намета в областях надрыва волокон вследствие перерастяжения;
- д - локальная эпидуральная сдавливающая гематома на уровне VI-VII шейных позвонков ;
- е - массивная эпидуральная гематома в грудном и поясничном отделах позвоночника

Парилов, С. Л.

Биомеханизм внутричерепной и спинальной родовой травмы ребенка в переднем виде затылочного предлежания с позиций судебной экспертизы [Текст] / С. Л. Парилов, В. А. Клевно // Судебно-медицинская экспертиза. - 2008. - Т. 51, N 1. - С.47-52 ; 56.

Предлагается новая концепция механизма и последовательности повреждений, характерных для родовой травмы: повреждение связок I и II шейных позвонков и передней атланта-затылочной мембраны, разрывы синхондрозов костей черепа из-за давления позвоночного столба на затылочную кость; надрывы твердой мозговой оболочки при вдавлении затылочной и теменной костей в области "проводной точки"; субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния при сдавлении мозга краями костей в случае их чрезмерного захождения друг за друга; разрывы связок шейно-затылочного и межпозвоночных сочленений при чрезмерном сгибании или разгибании головы. Авторы показывают, что повреждения швов, костей свода черепа и перегородочных частей твердой мозговой оболочки возникают позже повреждений синхондрозов основания и отсутствуют, если синхондрозы не повреждены. Описаны также ятрогенные повреждения черепа плода в родах и механизм их образования.

Д/490 Страдомская, И. Е.



Содержание фосфолипидов и состояние дыхательной функции при внутричерепной родовой травме [Рукопись] : дис. ... канд. мед. наук : [14.00.01] / И. Е. Страдомская ; рук. Н. И. Пузырева ; конс. по патоморфологич. части О. Н. Нечаева ; Иван. гос. мед. ин-т, Каф. дет. болезней лечеб. фак., Каф. патологич. анатомии. - Иваново, 1976. - 212, [43] с. : ил. - Библиогр.: с. 170-212.

И.А. Беляева^{1, 2}, Е.П. Бомбардинова¹, Е.И. Токовая¹, Н.А. Харитонова¹, С.Б. Лазуренко¹, Т.В. Турти^{1, 2}, М.С. Илларионова¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Немедикаментозная абилитация детей с перинатальными поражениями нервной системы

Контактная информация:

Беляева Ирина Анатольевна, доктор медицинских наук, заведующая отделением для недоношенных детей НМИЦ здоровья детей, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр. т. д. 2, стр. 1, тел.: +7 (499) 134-15-19, e-mail: belyaeva@nczd.ru

Статья поступила: 23.06.2017 г., принята к печати: 30.10.2017 г.

Немедикаментозные методы восстановительного лечения детей с перинатальной патологией нервной системы рассматриваются в качестве важной составляющей процесса абилитации и создания развивающей среды для младенцев, имеющих высокий риск развития инвалидизирующих состояний. Особенности корректирующих воздействий зависят не только от степени тяжести перинатальной патологии, но и от зрелости ребенка, индивидуальных особенностей нейроонтогенеза. В статье рассматриваются основные немедикаментозные технологии восстановительного лечения — как уже известные, так и недавно разработанные, в т. ч. методики кинези-, аква-, музыкотерапии, а также коррекционной педагогики. Отдельный раздел посвящен грудному вскармливанию как важному компоненту обеспечения полноценного развития ребенка. Необходимое условие эффективной абилитации — семейно-ориентированный подход, который подразумевает активное участие родителей в осуществлении программ восстановительного лечения детей.

Ключевые слова: новорожденные, недоношенные, перинатальная патология, абилитация, реабилитация, грудное молоко.

Технологии медицинской реабилитации и абилитации детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы [Текст] / М. А. Хан [и др.] // Вестник восстановительной медицины. - 2018. - № 3. - С. 53-57.

В настоящее время научно обоснованы и предложены для включения в комплекс медицинской реабилитации детей с последствиями ППЦНС инновационные технологии: транскраниальная и импульсная магнитотерапия, неселективная и селективная хромотерапия (зеленый, синий спектр), вазоактивная электростимуляция, рефлексотерапия. Важное значение в реабилитации имеет кинезотерапия: лечебный массаж, лечебная гимнастика, лечение «положением», Войта-терапия, футбол-гимнастика, сухая иммерсия, иммерсионный массаж, «сухой бассейн». Одной из актуальных проблем медицинской реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС является разработка программ абилитации. Для профилактики нарушений нервно-психического развития детей группы перинатального риска создана Школа для родителей «Здоровый ребенок». Разработана информационно-обучающая программа профилактики нарушений нервно-психического развития детей групп перинатального риска на основе применения информационно-обучающих программ, в основе которых лежит обучение родителей.



Немедикаментозная абилитация детей с перинатальными поражениями нервной системы [Текст] / И. А. Беляева [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2017. - Т. 16, № 5. - С. 383-391.





Бомбарди́рова, Е. П.

Немедикаментозные методы восстановительного лечения новорожденных детей с перинатальными поражениями нервной системы [Текст] / Е. П. Бомбарди́рова, Г. В. Яцык, Р. С. Зайниддинова // Российский педиатрический журнал. - 2011. - № 3. - С. 55-60.

Описаны немедикаментозные - физические и психолого-педагогические методы коррекции неврологических нарушений, которые применяются преимущественно со второго этапа выхаживания - с 5-7-го дня после рождения; некоторые из этих методик, связанные с рациональной организацией окружающей ребенка среды, можно использовать с первых минут жизни ребенка - выхаживание в многофункциональных инкубаторах, осциллирующие матрасики, мягкая рефлекторная стимуляция дыхания и др. Описаны особенности применения массажа, гидротерапии, сухой иммерсии, физиотерапии, светолечения, музыкотерапии и психолого-педагогической коррекции при перинатальных поражениях нервной системы у новорожденных детей.

Бомбарди́рова, Е. П.

Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни [Текст] / Е. П. Бомбарди́рова, Г. В. Яцык, А. А. Степанов // Лечащий врач. - 2005. - N 2. - С. 67-69.

Физическая реабилитация: разнообразный лечебный массаж, лечебная гимнастика, лечение «положением» (укладки, тугоры, «воротники» и т. д.), терапия по Войту; упражнения в воде и гидромассаж; сухая иммерсия (имитация невесомости); использование кровати «Сатурн» (эффект невесомости + вибромассаж); физиотерапия (переменное магнитное поле, синусоидальные модулированные токи, электрофорез, парафинотерапия, лазеротерапия, свето- и цветотерапия).

Психолого-педагогическая коррекция и психоэстетотерапия: коррекционная (кондуктивная) педагогика; психотерапевтическая коррекция в диаде «мать-дитя» (контакт «кожа-к-коже», «кенгуру») и в целом в семье больного ребенка; музыкотерапия, эстетотерапия; тактильно-кинестетическая стимуляция.



ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

- Повреждение нижнешейного и верхнегрудного отдела характерно для тазового предлежания; повреждение верхне- и среднешейного отделов - для головного. Отмечаются отек, кровоизлияния - эпидуральное и внутриспинальное), разрывы твердой оболочки и спинного мозга (вплоть до полного).
- У новорожденных позвоночник имеет хрящевое строение и вместе с прилегающими связками обладает высокой эластичностью. Твердая мозговая оболочка менее эластична, но еще меньшей эластичностью обладает спинной мозг, который жестко фиксирован вверху - продолговатым мозгом и корешками плечевого сплетения, внизу - «конским хвостом». Мышцы плода во время родов относительно гипотоничны, особенно, в условиях анестезии. Таким образом, наиболее уязвимыми на фоне чрезмерного натяжения позвоночника у новорожденного становятся твердая мозговая оболочка и спинной мозг. В некоторых случаях даже при полном разрыве спинного мозга твердая мозговая оболочка может оставаться интактной.
- По данным А.Ю. Ратнера (1978), чаще других страдают бассейн кровоснабжения позвоночных артерий (шейный отдел спинного мозга) и артерии Адамкевича (нижнегрудной и поясничные отделы).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1990
УДК 616.711+616.832]-001-053-1-02-618.5

В. Н. СЕРОВ, В. С. МУЗЫКАНТОВА, О. Б. НЕВЗОРОВ

О РОДОВЫХ ТРАВМАХ И ПОВРЕЖДЕНИЯХ СПИННОГО МОЗГА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — член-корр. АМН СССР В. Н. Серов) лечебного факультета Московского медицинского стоматологического института им. Н. А. Семашко

К родовой травме (РТ) позвоночника и спинного мозга, как правило, относят механическую травму: разрывы и растяжения позвоночника, отрыв тел позвонков от диска, вывихи, разрывы спинного мозга, его оболочек и корешков [2]. Представляют собой эпидуральные кровоизлияния в вещество спинномозговых нервов, в вещества мозга, гибель позвоночных артерий [2]. Единичные сообщения о кровоизлиянии в позвоночных артериях артериальных венах с более или менее выраженными некрозами спинного мозга. Вопрос о патогенетической роли внутрижелудочковых и повреждениями спинного

токолов вскрытия плодов и новорожденных, ушедших в перинатальном периоде. При аутопсии, помимо гистологического исследования всех внутренних органов и головного мозга, готовили гистотопографические срезы позвоночного столба и спинного мозга на различных уровнях (шейный, грудной и поясничные отделы) с исследованием позвоночных артерий и паравerteбральных мышц шейного и грудного отделов. Окраску производили гематоксилином и эозин по ван Гизону. В ряде случаев спинной мозг окрашивали серебром по Бильшовскому. Учитывая, что наша работа посвящена вопросу повреждений спинного мозга при различных патологических состояниях перинатального периода, мы сочли необходимым наиболее подробно остановиться на морфологических изменениях, отмечающихся именно в этом органе.

Новорожденных детей было 25, мертворожденных плодов — 15. Ретроспективный анализ

Клинико-функциональные особенности травматического поражения мягких тканей шейного отдела позвоночника у новорожденных [Текст] / А. В. Копцева [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2012. - Т. 57, № 6. - С. 17-21.

Представлены результаты клиническо-инструментального обследования 82 новорожденных детей с мягкоткаными сегментарными поражениями на шейном уровне и с проявлениями спинальной травмы. Проведен детальный анализ антенатального анамнеза, интранатального периода, оценена динамика состояния новорожденных детей по данным клинического и неврологического обследования.



Серов, В. Н.

О родовых травмах и повреждениях спинного мозга в перинатальном периоде [Текст] / В. Н. Серов, В. С. Музыкантова, О. Б. Невзоров // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 5. - С. 52-55.



- *Травматические повреждения спинного мозга* особенно часто возникают в шейном отделе из-за нефизиологического вытяжения головы и шеи плода во время оказания ручного пособия при головном и особенно при тазовом предлежании плода. Грубая тяга и ротация головки, использование метода Кристеллера приводят к увеличению расстояния между основанием черепа и шейными позвонками, повреждению сосудов вертебробазиллярной системы, каудального отдела ствола, шейных сегментов спинного мозга, корешков.
- У выживших детей натальная спинальная травма может проявляться парезами и параличами конечностей.

Иваничев, Г. А.

Вызванные потенциалы мозга при миофасциальном болевом синдроме у больных в позднем резидуальном периоде натальной цервикальной травмы [Текст] / Г. А. Иваничев, Е. А. Кузнецова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2007. - Т.107, N 4. - С. 49-53. - Библиогр.: с. 53.

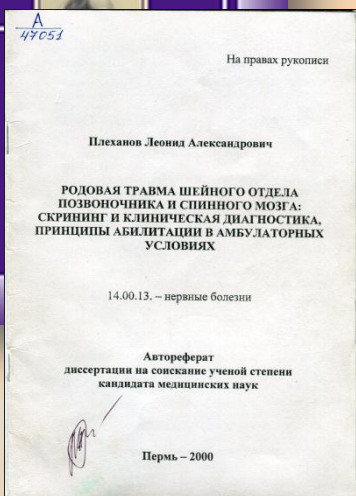
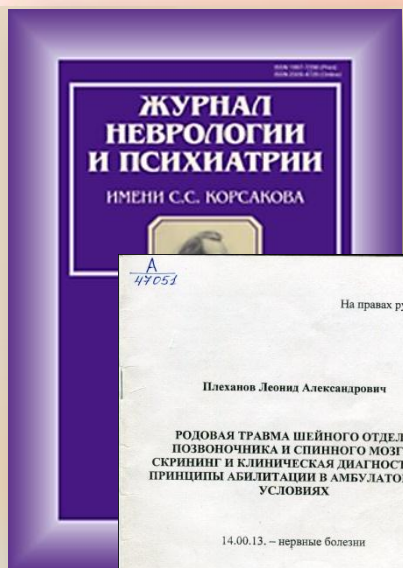
А
47051

Плеханов, Л. А.

Родовая травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга: скрининг и клиническая диагностика, принципы реабилитации в амбулаторных условиях [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / Л. А. Плеханов ; науч. рук. Ф. И. Василенко ; науч. конс. Л. А. Дулькин ; Дет. муницип. больница № 6 г. Челябинска. - Пермь, 2000. - 26 с. - Библиогр.: с. 25-26

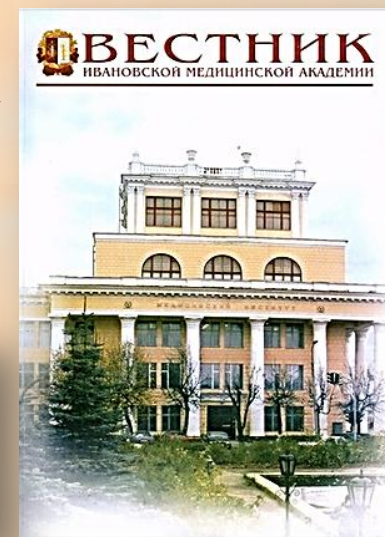
Кудрявцева, Н. А.

Характеристика показателей ультразвуковой доплерографии у детей дошкольного возраста с периферической цервикальной недостаточностью [Текст] / Н. А. Кудрявцева ; ГОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. Росздрава, Клиника ИвГМА им. проф. Е.М. Бурцева // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2009. - Т. 14, N 4. - С. 24-27 : ил.



Резюме

Отдалённые последствия нетяжёлых, протекающих субклинически натальных цервикальных повреждений являются причиной манифестных синдромов в резидуальном периоде, в том числе приводящих к нарушениям мозгового кровообращения. У детей дошкольного возраста, имеющих поражение шейного отдела позвоночника в анамнезе, выявляется субклиническая стадия недостаточности кровоснабжения мозга, при которой отсутствуют активные жалобы со стороны ребёнка и его родителей.





Романова, Л. А.

Динамика когнитивной функции у детей школьного возраста с натальной травмой шейного отдела позвоночника в результате комплексного санаторно-курортного лечения с включением мануальной терапии [Текст] / Л. А. Романова, Т. В. Кулишова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2015. - № 6. - С. 30-36.

Комплексная санаторная реабилитация детей с использованием техник мануальной терапии позволяет значительно улучшить состояние ШОП, позитивно воздействует на динамику когнитивных функций.

Калиновская, О.Ю.

Остеопатическая диагностика и лечение детей с родовыми травмами краниовертебрального перехода [Текст] / О. Ю. Калиновская, Ю. В. Назинкина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2017. - Т. 62, Т 4. - С. 194.



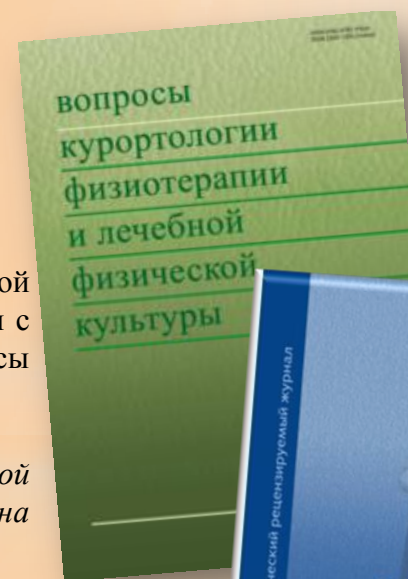
Д/1193 Кудрявцева, Н. А.

Клинико-функциональная характеристика последствий цервикальных натальных поражений нервной системы у детей 4-6 лет [Рукопись] : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Н. А. Кудрявцева ; науч. рук. Е. Н. Дьяконова ; ГБОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. М-ва здравоохранения России. - Иваново, 2012. - 172 с. : граф., табл. - Библиогр.: с. 149-172.

616.711.1

П 783

Прогнозирование последствий натальных цервикальных поражений и программа реабилитации у детей дошкольного возраста в зависимости от уровня поражения [Текст] : информ.-метод. письмо для врачей / ГБОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. М-ва здравоохранения Рос. Федерации, Департамент здравоохранения Иван. обл. ; сост.: Н. А. Кудрявцева, Е. Н. Дьяконова, Л. И. Краснощекова. - Иваново, 2013. - 12 с. : ил. - Библиогр.: с. 12.



ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА



Основная причина травмы лицевого нерва - длительное давление крестцового мыса матери на зону выхода лицевого нерва из сосцевидного отростка. Травма лицевого нерва может быть связана с наложением акушерских щипцов (чаще полостных). В очень редких случаях возможен центральный тип повреждения лицевого нерва при внутричерепных кровоизлияниях.



На стороне поражения определяются:

- лагофтальм
- сглаженность носогубной складки
- при крике рот перетягивается в здоровую сторону
- поисковый рефлекс ослаблен
- затруднения при сосании (молоко выливается на стороне пареза)

ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛАРИНГЕАЛЬНОГО НЕРВА

Клиническая картина : охриплость, дисфония, стридор, диспноэ. Возможны нарушения глотания. Большинство детей выздоравливает к 6-12 мес. Может оставаться шумное дыхание и риск аспирации в течение года или длительнее.

К **родовой травме периферической нервной системы** относят кровоизлияния в спинной мозг и его оболочки, в эпидуральную клетчатку при надрыве или повышенной проницаемости сосудов, частичный или полный разрыв спинного мозга.

В зависимости от уровня нарушения корешков спинного мозга различают повреждения верхнего шейного отдела (I-IV шейные позвонки), синдром Кофферата (III-IV шейные позвонки) или парез диафрагмы, парез (или паралич) Эрба (V-VI шейные позвонки или плечевого сплетения), нижний дистальный паралич Дежерина-Клюмпке (VII шейный позвонок, I грудной позвонок), тотальный паралич верхней конечности (V, VI, VII шейные позвонки, I грудной позвонок), повреждение грудного отдела (I-XII грудные позвонки), травму пояснично-крестцовой области. Клинически отмечают верхний вялый парез (гипотония, гипорефлексия), симптом «кукольной» ручки, симптом «кукольной головки», «слабость» мышц спины и шейно-воротниковой зоны, снижение хватательного, ладонно-ротового рефлексов, рефлекса Моро.

© Н. А. НАУМОЧКИНА, Н. А. ОВСЯНКИН, 2012

УДК 616.833.34-009,11-053.31-02

Н. А. Наумочкина, Н. А. Овсянкин

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА АКУШЕРСКОГО ПАРАЛИЧА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

ФГУ Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г. И. Турнера Минздрава России (дир. – проф. А. Г. Баиндурашвили), Санкт-Петербург



Наумочкина, Н. А.

Анализ факторов риска акушерского паралича верхней конечности [Электронный ресурс] / Н.А. Наумочкина, Н.А. Овсянкин // Детская хирургия. - 2012. - № 3. - С.30-33. - Режим доступа : [www. URL](http://www.URL) : <https://elibrary.ru/>. - 08.10.18.



Хусаинов, Н. О.

Возможные причины возникновения родового повреждения плечевого сплетения [Текст] / Н. О. Хусаинов, А. Б. Орешков // Акушерство и гинекология. - 2015. - № 5. - С. 15-18.

Цель исследования. Осветить данные литературы, описывающей причины и механизм развития родового повреждения плечевого сплетения в отсутствие такого осложнения, как дистоция плечиков плода.



616.8-009

Р 253 Ратнер, А. Ю.

Акушерские параличи у детей : (клиника, диагностика и лечение) [Текст] / А. Ю. Ратнер, Л. П. Солдатова. - Казань : Изд-во Казан. ун-та, 1975. - 146 с. : ил. - Библиогр.: с. 143-145.



Баиндурашвили, А. Г.

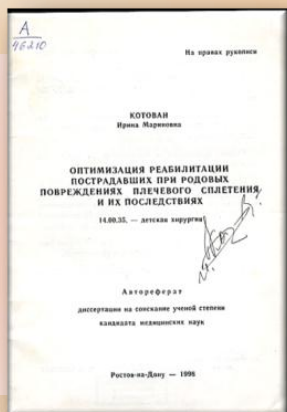
Родовые вялые параличи верхних конечностей у детей [Электронный ресурс]: (обзор литературы) / А. Г. Баиндурашвили, Н. А. Наумочкина, Н. А. Овсянкин // Травматология и ортопедия России. - 2011. - № 2. - С. 171-178. - Режим доступа : [www. URL](http://www.URL) :

<https://journal.rniit.org/jour/article/view/444>. - 23.10.2018.

В данной статье освещены актуальные вопросы комплексного лечения детей с родовыми параличами верхней конечности. Проведен анализ литературных источников отечественных и зарубежных авторов касающихся развития взглядов ортопедов на характер данной патологии, причин ее возникновения, ранней диагностики, раннего консервативного и оперативного лечения. Представлен характер оперативных вмешательств на сегментах верхней конечности в зависимости от возраста ребенка, тяжести выраженности патологии и результаты лечения.

А
46210 Котован, И. М.

Оптимизация реабилитации пострадавших при родовых повреждениях плечевого сплетения и их последствиях [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.35 / И. М. Котован ; науч. рук. И. Н. Ломаченко ; Смол. гос. мед. акад. МЗ РФ. - Ростов н/Д, 1998. - 21 с. - Библиогр.: с. 20-21.



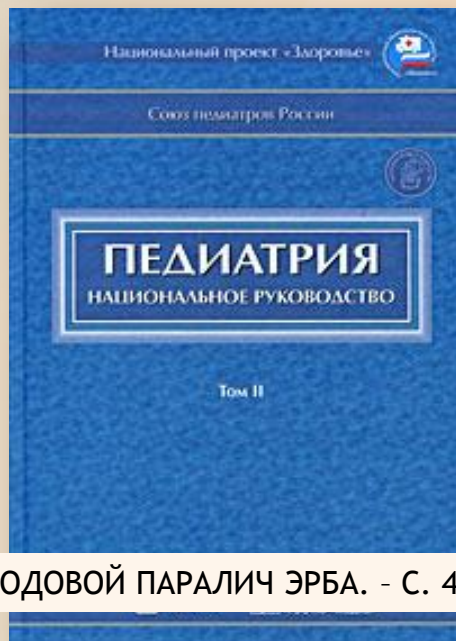
Паралич диафрагмального нерва при родовой травме в 80-90% случаев сочетается с травматическими повреждениями плечевого сплетения. А родовая травма плечевого сплетения сопровождается повреждением диафрагмального нерва в 5%.



Козлитина, Т. Н.

Значение перинатального анамнеза в определении плана лечения и последующего неврологического прогноза у детей с аномалией Киари 1 [Электронный ресурс] / Т. Н. Козлитина, Н. В. Глаголев // Вестник новых медицинских технологий. - 2014. - Т. 21, № 2. - С. 54-57. - Режим доступа : [www. URL : http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/2014/14B2.pdf](http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/2014/14B2.pdf). - 22.10.2018.



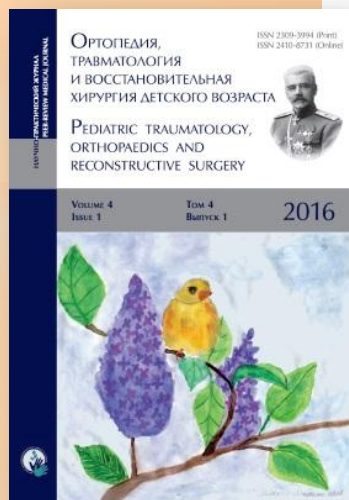


РОДОВОЙ ПАРАЛИЧ ЭРБА. - С. 496-497



Родовой паралич Erb справа

Рекомендательный протокол оказания медицинской помощи при родовой травме плечевого сплетения у детей первых месяцев жизни [Электронный ресурс] / И. А. Крюкова [и др.] // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. - 2016. - Т. 4, № 1. - С. 72-77. - Режим доступа : [www. URL : https://elibrary.ru](http://www.elibrary.ru). - 24.10.2018.



616-053.2/.7(035)

П 240 Педиатрия [Текст] : нац. рук. : в 2 т. / Ассоц. мед. о-в по качеству, Союз педиатров России. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - (Национальные руководства) (Национальный проект "Здоровье") (Приоритетные национальные проекты "Здоровье").

Т. 2 / О. Е. Агранович [и др.]. - 2009. - 1023 с. : ил. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 1018-1023.

УДК 616.833.34-009.11-053.31-08
DOI: 10.17816/PTORS4172-77

РЕКОМЕНДАТЕЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

© И.А. Крюкова^{1,3}, Н.О. Хусаинов², А.Г. Баиндурашвили^{1,2}, Г.А. Икоева^{1,2}, Ю.Е. Гаркавенко^{1,2}

¹ ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург;

² ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург;

³ СПбГБУЗ «Родильный дом № 10», Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема медицинской помощи детям первых месяцев жизни при родовой травме плечевого сплетения является актуальной и дискуссионной. Согласно литературным данным, объем рекомендуемых лечебно-диагностических мероприятий значительно варьирует, а их эффективность не всегда является доказанной.

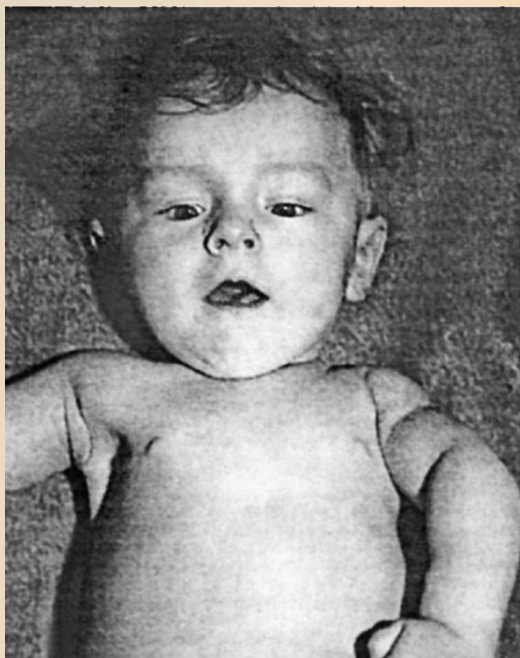
Цель. На обсуждение выносится разработанный нами протокол, предназначенный для врачей, оказывающих медицинскую помощь новорожденным и детям первых месяцев жизни с родовой посттравматической плексопатией.

Материалы и методы. Проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблеме родовой травмы плечевого сплетения.

Результаты. Выделены ключевые моменты диагностики и лечения пациентов данной группы. Разработан протокол их ведения.

Заключение. Внедрение предложенного алгоритма в клиническую практику необходимо для формирования четкого понимания врачами разных специальностей вопросов этиологии, патогенеза, особенностей естественного течения заболевания, дифференциальной диагностики и приоритетного лечения с целью повышения качества оказываемой помощи.

Ключевые слова: родовое повреждение плечевого сплетения, парез Эрба, лечение, алгоритм.



Косов, И. С.

К патогенезу приводящей внутреннеротационной контрактуры плеча в позднем восстановительном периоде пареза Дюшенна-Эрба [Текст] / И. С. Косов, С. А. Михайлова, Л. К. Михайлова // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. - 2006. - N 4. - С. 64-71.

На основании данных клинко-физиологических и клинко-биомеханических исследований, проведенных у 51 больного в возрасте от 2 до 24 лет с симптомокомплексом нейрогенной деформации верхней конечности после родовых повреждений плечевого сплетения, представлена модель формирования типичных деформаций верхних конечностей. Проведен анализ результатов лечения 32 пациентов с использованием метода функционального биоуправления, направленного на формирование адекватного двигательного навыка. Продемонстрирована эффективность лечения, обусловленная патогенетической направленностью метода.



Проксимальный парез Эрба-Дюшенна слева у ребенка 5 мес. Симптом «кукольной руки»

УДК 616.727.2-009.12-053.2-089-06: 616.833.34-089.85-009.11-02: 618.5
DOI: 10.17816/PTORS6222-28

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНЫХ ПЛАСТИК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИРОТАЦИОННОЙ КОНТРАКТУРЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РОДОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

© О.Е. Агранович, А.Б. Орешков, Е.Ф. Микиашвили

ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург

Статья поступила в редакцию: 12.02.2018

Статья принята к печати: 09.04.2018

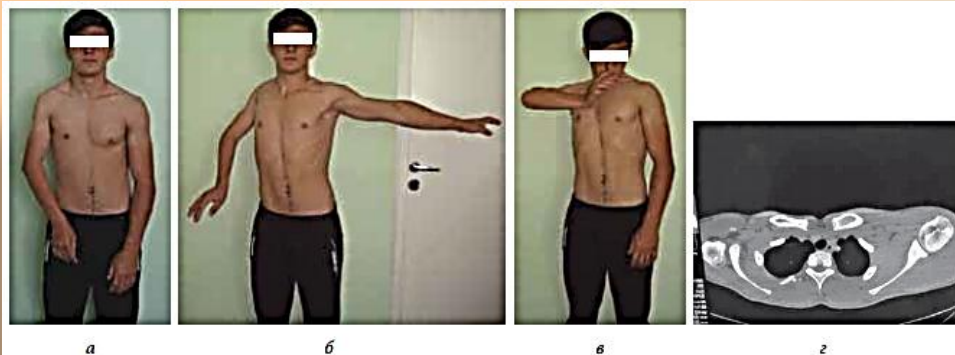


Рис. 1. Приводяще-внутриротационная контрактура правого плечевого сустава у больного Б., 17 лет, с последствием родового повреждения плечевого сплетения до лечения: а — внешний вид больного; б — отведение в плечевых суставах; в — положительный «синдром трубоча» справа; з — КТ плечевых суставов

Агранович, О. Е.

Использование сухожильно-мышечных пластик при лечении внутриротационной контрактуры плечевого сустава у детей с последствиями родового повреждения плечевого сплетения [Электронный ресурс] / О.Е. Агранович, А.Б. Орешков, Е.Ф. Микиашвили // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. - 2018. - Т.6, вып.2. - С. 22-28. - Режим доступа : www.URL : https://elibrary.ru/download/elibrary_35129224_63634927.pdf. - 15.10.18.

Наиболее часто встречающиеся последствия родовых травм :

малые мозговые дисфункции, кривошея, асимметрия головы, аутизм, гиперактивность, гипертонус, задержки развития

Введение	5
I. Современные представления о родовых повреждениях нервной системы	9
II. Субклинические неврологические нарушения у детей, перенесших цервикальную родовую травму.	19
III. Острые нарушения спинального кровообращения (спинальные инсульты) у детей	36
IV. Острые нарушения мозгового кровообращения в детском возрасте	58
V. Ранний шейный остеохондроз у детей	78
VI. Нейрогенные вывихи бедра у детей и их отношение к натальным повреждениям	90
VII. Сколиотические деформации у детей как позднее осложнение родовой травмы позвоночника	119
VIII. «Цервикальная» близорукость и натальная патология	142
IX. Ночной энурез — одно из поздних осложнений родовой травмы	161
X. Судорожные состояния у детей и их отношение к натальной патологии	175
XI. Размышления о перспективах проблемы поздних осложнений натальных травм нервной системы	222
XII. Принципы диагностики поздних осложнений натальных повреждений нервной системы	233
XIII. Принципы дифференциальной диагностики	256
XIV. Возможности профилактики и лечения поздних осложнений родовых повреждений нервной системы	277
Литература	300



616.8

Р 253 Ратнер, А. Ю.

Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы [Текст] = The late complications of natal trauma of nervous system / А. Ю. Ратнер. - Казань : Изд-во Казан. ун-та, 1990. - 310 с. – Библиогр.: с. 300-308 .

Набиева, Т. Н.

Неврологические последствия перинатальной асфиксии у детей дошкольного возраста [Текст] / Т. Н. Набиева // Успехи физиологических наук. - 2009. - Т. 40, № 2. - С.72-77.

Анализ результатов обследования выявил, что следствием перенесенной родовой травмы является наличие определенных психоневрологических характеристик у ребенка - повышенные возбудимость, раздражительность, пугливость и агрессивность, сниженные активность, концентрация и мотивация. Эти характеристики обеспечивают быструю утомляемость, невнимательность, неусидчивость и сниженную работоспособность ребенка, что может создавать дополнительные трудности при обучении. При отсутствии индивидуального подхода с учетом эмоционально-мотивационных особенностей данная категория детей может полностью не реализовать сохраненные когнитивные способности и представляет группу риска для дальнейшей задержки интеллектуального развития.





Гараева, С. З.

Заболеваемость детей с задержкой внутриутробного развития на первом году жизни / С. З. Гараева // Российский медицинский журнал. - 2015. - Т. 21, № 6. - С. 12-14.

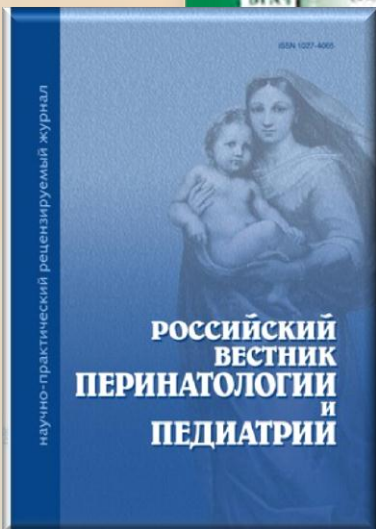
Высокая частота перинатальных поражений ЦНС, родовых травм и дыхательных нарушений в неонатальном периоде оказывают негативное влияние на показатели распространенности болезней нервной системы и органов дыхания на первом году жизни.



Кельмансон, И. А.

Перинатальные факторы риска развития расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения ребенка [Текст] / И. Кельмансон // Врач. - 2016. - № 1, январь. - С. 2-7. - Библиогр.: с. 6-7.

Приводятся данные о связи риска формирования указанных нарушений с рождением ребенка в исходе кесарева сечения, недоношенностью и (или) рождением с низкой массой тела, с гипоксией в родах и родовой травмой, а также с развитием у матери послеродовой депрессии. Обсуждаются возможные механизмы, лежащие в основе выявленных ассоциаций. Намечены подходы к профилактике.



Морозов, В. И.

Хирургические заболевания у новорожденных с тяжелыми перинатальными поражениями нервной системы [Текст] / В. И. Морозов, А. А. Подшивалин, Л. Ф. Рашитов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2011. - Т. 56, № 3. - С. 66-70.

Как показали многолетние наблюдения, в отдельных случаях, при тяжелых травматических и гипоксических поражениях ЦНС перинатального периода, у новорожденных могут возникать хирургические осложнения, требующие неотложных диагностических и лечебных мероприятий.

МНОГОУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ПЛОДОВЫХ ПОТЕРЬ

Профилактика травмирования новорожденного:

подготовка к беременности; своевременное лечение будущей мамы; профилактика гипоксического повреждения плода; здоровый образ жизни; отказ от вредных привычек; сбалансированное питание; полноценный сон и отдых; профилактика заболеваний в период беременности; регулярное посещение гинеколога; постановка на учет в женскую консультацию; посещение занятий для будущих мам, чтение литературы.



<https://vse-pro-detey.ru/rodovye-travmy-u-novorozhdennogo>

Оценивая состояние беременной женщины и развивающегося плода, определяют существующие в каждом конкретном случае факторы риска, угрожающие как матери, так и плоду, т.е. выделяют беременных с высоким уровнем риска. Согласно существующим представлениям, в общей популяции беременных роды высокого риска достигают 10-26%. Своевременное выделение групп высокого перинатального риска позволяет не только оценить ближайший и отдаленный прогноз для матери и ребенка, но и принять соответствующие меры для снижения возможных отрицательных последствий.

В условиях демографического кризиса после неблагоприятного перинатального исхода тщательная подготовка супружеской пары к последующей беременности - важная задача практического акушерства, гинекологии и перинатологии. Проведение прегравидарной подготовки женщин с перинатальными потерями в анамнезе способствует уменьшению при следующей беременности частоты фетоинfantильных потерь в 1,5-4 раза, неблагоприятных исходов беременности - в 1,5-2,5 раза.

ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ РОДОВУЮ ТРАВМУ, НУЖДАЮТСЯ В НАБЛЮДЕНИИ ПЕДИАТРА, НЕВРОЛОГА, ДЕТСКОГО ХИРУРГА И ОРТОПЕДА



Ребенок с внутричерепной родовой травмой находится под наблюдением врачей в стационаре. Ему назначаются различные процедуры и специальное медикаментозное лечение. Оно направлено на рассасывание кровоизлияния. Кроме медикаментов ребенку назначаются физиотерапевтические процедуры, массаж, гимнастика. У детей хорошие восстановительные способности, поэтому мозг приходит в норму. Если внутричерепная родовая травма осложнилась церебральным параличом или эпилепсией, то таких детей наблюдают в специализированных клиниках. Если таких серьезных осложнений нет, то наблюдение проводится участковым педиатром и неврологом.

Травмы мягких тканей и костной системы излечиваются полностью, специального наблюдения в поликлинике не требуют.

При изолированном парезе верхней конечности — выписка из родильного дома в стандартные сроки под наблюдение невролога и ортопеда по месту жительства, при сочетанном парезе — маршрутизация в зависимости от сопутствующей патологии.

При грубом парезе/плегии, синдроме Горнера — перевод в детский стационар для дообследования и лечения, консультация нейрохирурга.



<http://www.centr-rebenka.ru/health/recomendation/detskij-nevrolog-priem-i-konsultacija-detskogo-nevrologa-otzyvy/>

616-053.31

Б 177

Базовая помощь новорожденному - международный опыт [Текст] / Р. Тунелл [и др.] ; гл. ред.: Н. Н. Володин, Г. Т. Сухих, науч. ред.: Е. Н. Байбарина, И. И. Рюмина ; Швед. вост.-европ. ком. по здравоохранению [и др.] . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 203 с. : ил. - (Библиотека врача - специалиста. Неонатология). - Библиогр.: с. 201-203.



НИИ ДАРИТ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЯМ



В Ивановском научно-исследовательском институте материнства и детства имени В. Н. Городкова имеются все необходимые условия для оказания медицинской помощи самым «сложным» пациентам, в том числе детям с перинатальными поражениями центральной нервной системы.

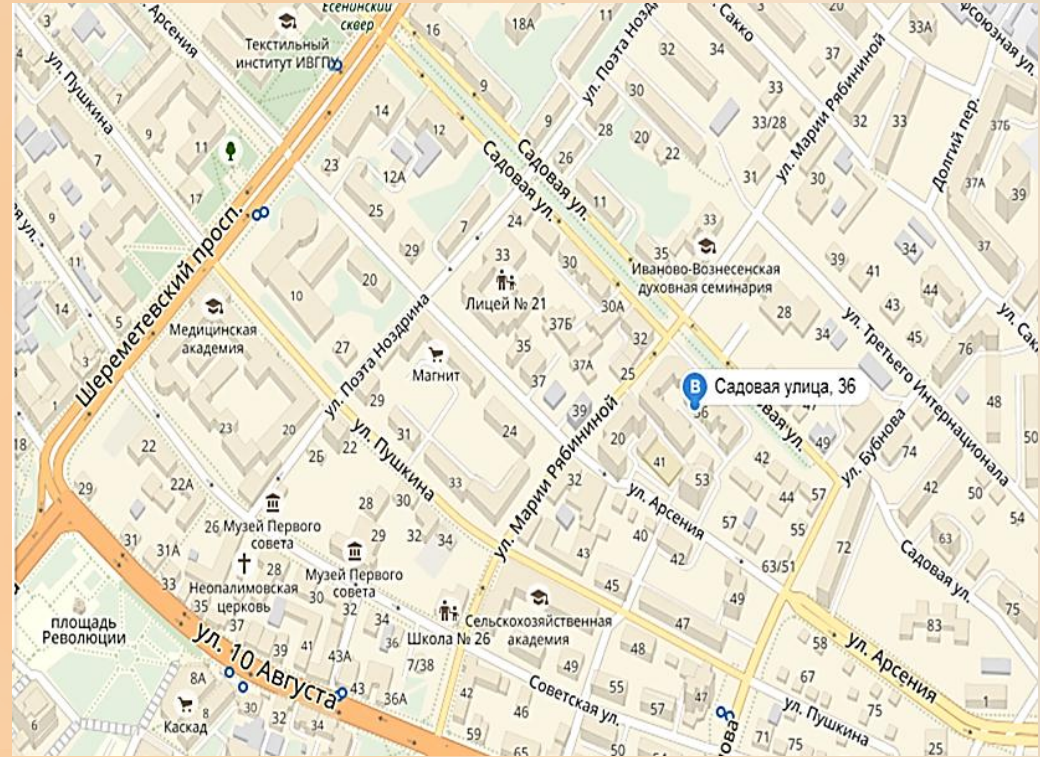
Перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС) – это общий термин, обозначающий страдания нервной системы у новорожденных и детей первого года жизни, вызванные различными причинами: чаще всего это гипоксия (кислородное голодание), инфекции, **родовые травмы**, нарушение обмена веществ и другие. В настоящее время у 50-70% детей первого года жизни устанавливается такой диагноз. В Ивановском НИИ материнства и детства созданы все условия для лечения таких детей и предотвращения развития у них неблагоприятных исходов.

Широко применяются такие методы восстановительного лечения, как массаж, гимнастика, электрофорез, синусоидальные модулированные токи, лазеротерапия, магнитотерапия, теплолечение, водолечение (в бассейне и гидромассажных ваннах), ортопедическая коррекция, в том числе гипсование и другие. «Например, метод моделирования невесомости с помощью кровати «Сатурн» помогает детям нормализовать мышечный тонус. Это очень приятная процедура, во время нее дети успокаиваются», – рассказала Татьяна Самсонова. В отделении активно используются методы стимуляции и коррекции психомоторного развития детей с помощью сенсорной комнаты, где развивают тактильные ощущения, слух и зрение. С помощью тренажерного комплекса «Опти-Музыка» корректируют познавательную деятельность, эмоциональное и речевое развитие.

Дмитрий Горбушин
// Ивановская газета. - 2016. - № 42 (31.05)

Выставка представляет документы из фондов библиотеки ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации .

По вопросам информационного обслуживания обращаться на абонемент научной литературы с читальным залом библиотеки ИвГМА
адрес: 153012 г. Иваново,
ул. Садовая, д. 36
Тел./факс: (4932) 59-09-78; 59-05-73
E-mail: libraryisma@mail.ru



Составитель:
О.В. Дворникова
Рецензент: д.м.н., профессор
Е.В. Шниткова