

Лекция . Сестринский уход в педиатрии

Сестринский уход за ребенком с родовой травмой, перинатальным поражением ЦНС



Автор: преподаватель сестринского
дела
по педиатрии
Солдатова Татьяна Сергеевна

Кемерово 2020г

План:

- 1. Виды родовой травмы (кефалогематома, перелом ключицы, верхний паралич плечевого сплетения, спинальная родовая травма, внутричерепная родовая травма): симптомы, лечение, наблюдение за пациентом.**
- 2. Сестринский процесс при уходе за ребенком с родовой травмой.**
- 3. Профилактика родовых травм.**
- 4. Перинатальные поражения ЦНС: синдромы, лечение, наблюдение за пациентом, этапы выхаживания, профилактика.**
- 5. Сестринский процесс при уходе за ребенком с перинатальным поражением ЦНС.**
- 6. Профилактика осложнений.**

РОДОВАЯ ТРАВМА

Термин «**родовая травма**» объединяет нарушения целостности (и следовательно расстройство функции) тканей и органов ребенка, возникшие во время родов.



Родовая травма — не только акушерская травма; акушерские пособия в родах — одна из причин родовых травм.

Травматичность акушерских пособий определяется не только навыками акушера, но и тем, каким плод вступает в роды.

Продолжительная внутриутробная гипоксия, тяжелая интранатальная асфиксия увеличивают вероятность родового травматизма даже при нормальном течении родового акта.



Предрасполагающие факторы к развитию родовой травмы :

- ягодичное и другие аномальные предлежания;
- макросомия, большие размеры головы плода;
- переносимость;
- затяжные и чрезмерно быстрые (стремительные) роды;
- глубокая недоношенность;
- олигогидроамнион (маловодие);
- аномалии развития плода;
- уменьшение размеров (инфантилизм, последствия рахита и др.) и повышенная ригидность родовых путей (пожилые первородящие, избыток витамина D во время беременности);
- акушерские пособия — повороты на ножку, наложение полостных или выходных акушерских щипцов, вакуумэкстрактора и др.

Примерами чисто акушерских травм являются переломы черепа, конечностей, ключиц.

Классификация

Родовые травмы классифицируются по тяжести и по месту повреждения.

Условно их разделяют по локализации:

- 1. Родовые травмы кожи, мягких тканей.**
- 2. Родовые травмы мышц.**
- 3. Родовые травмы костей.**
- 4. Родовые травмы периферической нервной системы.**
- 5. Родовые травмы головного и спинного мозга.**

по тяжести:

- Легкая,**
- Средней тяжести,**
- Тяжелая**

Родовая опухоль



**Это проявление легкого
родового травматизма:
припухлость мягких тканей
в предлежащей части.**

**Самостоятельно рассасывается
через 1-3 дня.**

Лечения не требует.

**Дети с локализацией родовой
опухоли на голове находятся
3-4 дня под наблюдением.**

Родовая опухоль



Признаки:

- родовая опухоль мягкой консистенции, безболезненная на ощупь;
- отечность часто распространяется за пределы шва и может захватывать теменную, лобную или височную области, без резкой границы;
- в месте отека могут обнаруживаться кровоизлияния различной формы и величины в зависимости от силы и продолжительности давления на ткани во время родов;
- иногда наблюдаются кровоизлияния в конъюнктиву и сетчатку глаз.



КЕФАЛОГЕМАТОМА

кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа; образуется при отслоении надкостницы теменной и/или затылочной кости поднадкостничной гематомой при грубом смещении между костью и кожей. Определенную роль играет недостаток витамина К и ломкость сосудов.

Признаки: Опухоль сначала имеет упругую консистенцию, часто на месте родовой опухоли, никогда не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, неболезненная. При пальпации - флюктуация и словно валик по периферии. Кожа над кефалогематомой не изменена. В первые дни жизни -увеличивается. Позже возникает длительная желтуха в результате образования внесосудистого билирубина.

На 2-3-ой неделях жизни маленькие гематомы уменьшаются и полностью рассасываются через 6-8 недель. Большие кефалогематомы нередко кальцифицируются, во время их рассасывания (до 12 недель) резко истончается костный слой или образуются костные кистоподобные наросты



ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ

Наиболее частый перелом костей в родах. Локализация - в средней трети. Наблюдается преимущественно у новорожденных с большим весом и широкими плечами. При прохождении плечиков через родовые пути ключица сильно прижимается к симфизу матери, перегибается и ломается по типу “зеленой ветки”.

Часто остается незамеченным, а после образования костной мозоли пальпируется в виде уплотнения на ключице.

Признаки:

- немотивированный крик ребенка при пеленании,
- болезненное выражение лица,
- при тщательном осмотре сразу после рождения на месте перелома можно заметить небольшую гематому,
- при пальпации - крепитация.

Общее состояние ребенка и активные движения руки не нарушены. При более грубых повреждениях выражены отек мягких тканей, значительная деформация за счет смещения отломков и гематомы. Возможно ограничение движений руки на стороне поражения (псевдопаралич).

ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ



**Перелом консолидируется
в течение 1-1,5 недель.**

Применяют иммобилизацию мягкой повязкой Дезо с ватно-марлевым валиком в аксиллярной области. При этом плечико чуть отводится назад, а в подмышечной впадине фиксируется ватно-марлевый валик. Рекомендуют тугое пеленание до тех пор, пока кость не срастется.

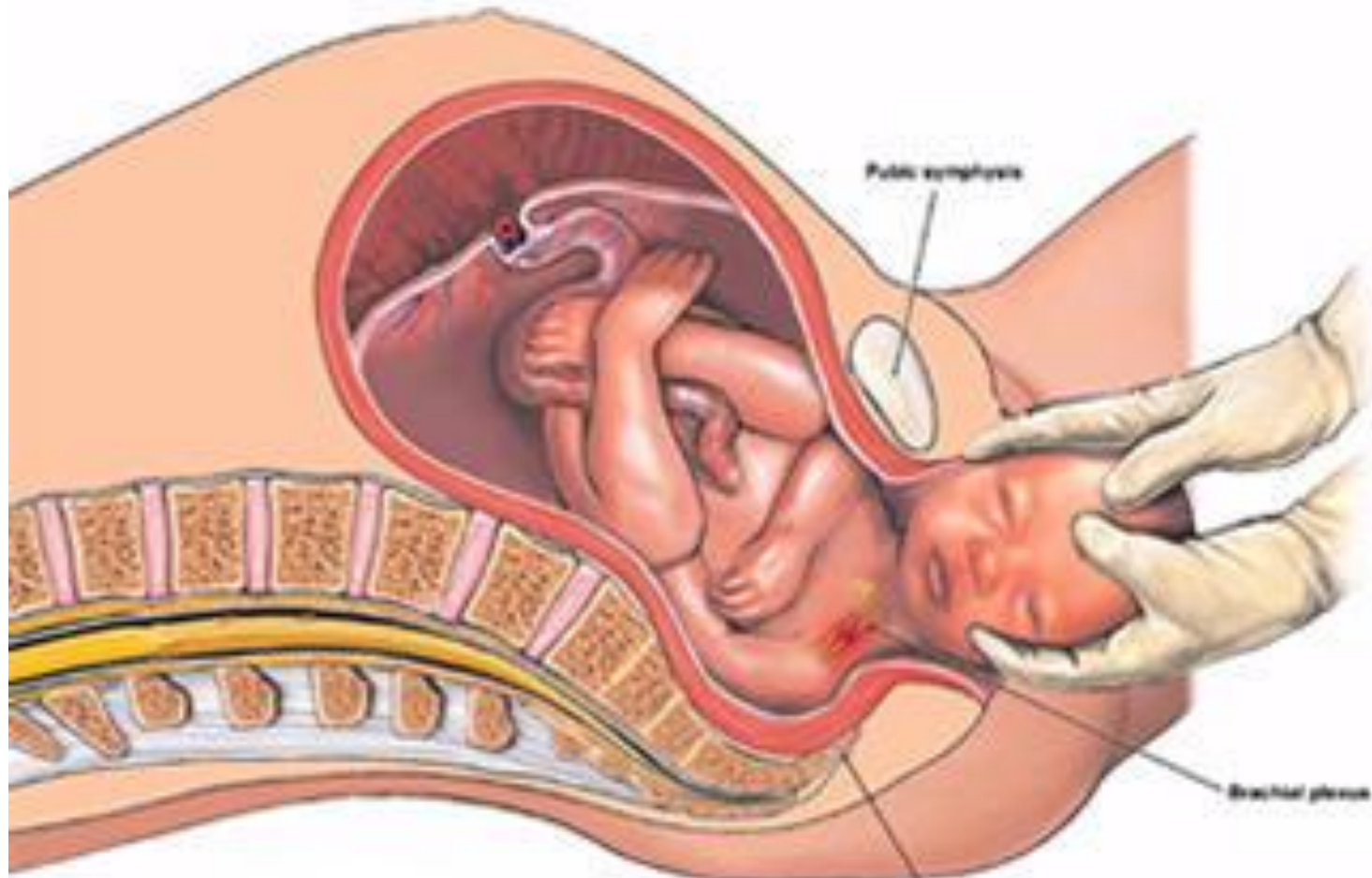
Оперативное вмешательство требуется лишь в очень редких случаях, при смещении обломков кости; его необходимость должен определять детский хирург.

Последствий перелома ключицы у новорожденных нет.

ВЕРХНИЙ ПАРАЛИЧ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ (паралич Дюшена-Эрба)

Результат избыточного косвенного или прямого давления на плечевое сплетение (акушерская помощь, патологическое положение плода в родах с разогнутой головкой).

В зависимости от того, какие ветви сплетения поражены, различают верхний, нижний и тотальный типы акушерского паралича.



ВЕРХНИЙ ПАРАЛИЧ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ (паралич Дюшена-Эрба)



Признаки:

- опущение плеча;
- вялое свисание верхней конечности (в положении приведения к туловищу и разворота кисти наружу, при этом рука согнута в области локтевого сустава, кисти и пальцев - «симптом кукольной ручки»);
- рефлексы вялые;
- мышечный тонус снижен.

**Лечение специализированное.
Наблюдение у невролога.**



СПИНАЛЬНАЯ РОДОВАЯ ТРАВМА

Родовая травмой спинного мозга (тяжелое кровоизлияние) ведет к остановке дыхания при рождении и к высокой смертности в неонатальном периоде.

Позвоночник у новорожденного более эластичен, чем спинной мозг, потому его можно растянуть до 5 см, в то время как максимальное растяжение спинного мозга составляет 0,5-0,6 см.

Растягивание позвоночника может вести к опущению ствола мозга и вклиниванию его в большое затылочное отверстие. Т.е. спинной мозг у ребенка может быть разорванным, а позвоночник целым.

При головном предлежании чаще встречается травма C_1 - C_{II} , обусловленная избыточной ротацией.

Повреждение сегментов C_{VI} - Th_1 - результат сильной тракции при ягодичном предлежании.

Травмируются часто (25 %) дети в лицевом предлежании, когда голова плода запрокинута назад.

СПИНАЛЬНАЯ РОДОВАЯ ТРАВМА

Степень проявления симптомов зависит от тяжести поражения.

При легком поражении наблюдается непостоянная переходная мышечная гипотония, ослаблен крик, нерезко выражены дыхательные расстройства.

При более тяжелых поражениях симптоматика спинального шока: выраженный синдром дыхательных расстройств, адинамия, мышечная гипотония, арефлексия, ноги разогнуты и отведены в бедрах, неподвижные, временами с редкими спонтанными движениями. Если держать ребенка горизонтально лицом вниз, голова “свисает”.

В случаях самого тяжелого поражения отсутствует болевая чувствительность и есть парез сфинктера мочевого пузыря, который проявляется пассивным вытеканием мочи, если новорожденного держать в вертикальном положении.

У недоношенных есть латентный период от момента травмы к ее клиническим проявлениям.

В диагностике помогают методы обследования: люмбальная пункция, миелография, рентгенография позвоночника, КТ.

СПИНАЛЬНАЯ РОДОВАЯ ТРАВМА

Лечение.

Иммобилизация спинного мозга, в тяжелых случаях вытяжка.

При сдавлении спинного мозга – хирургическое удаление экстрадурального сгустка.

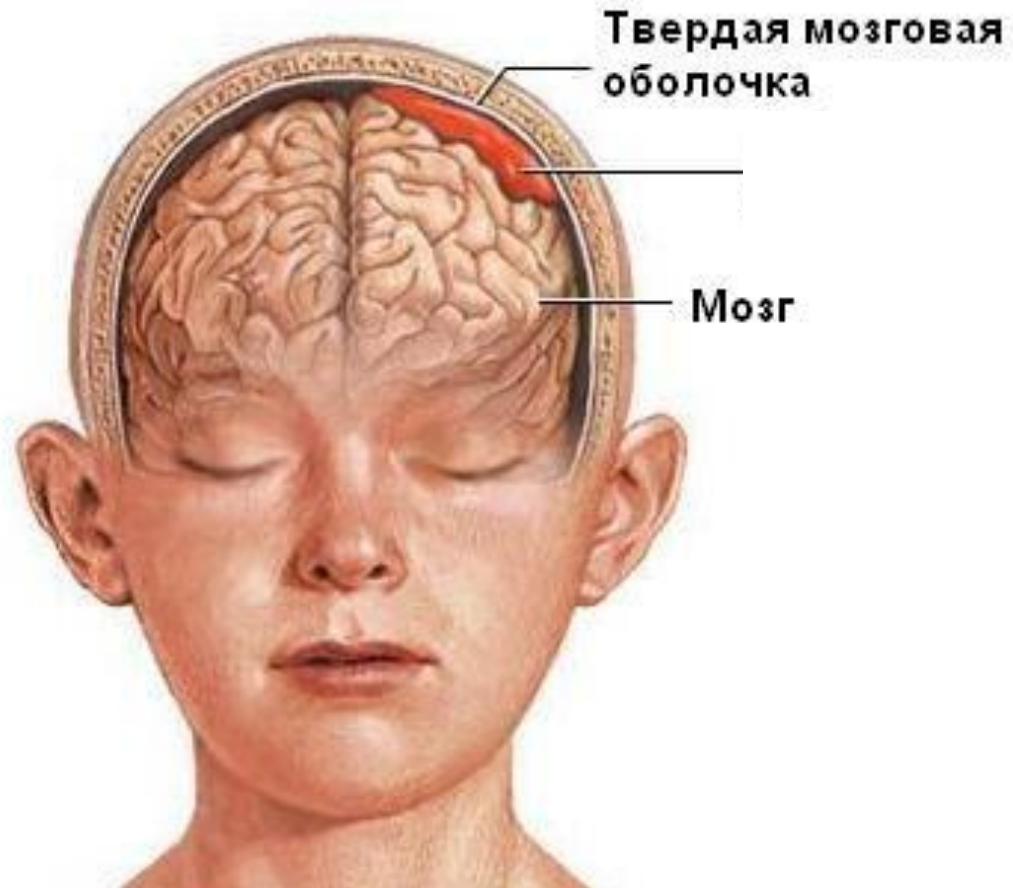
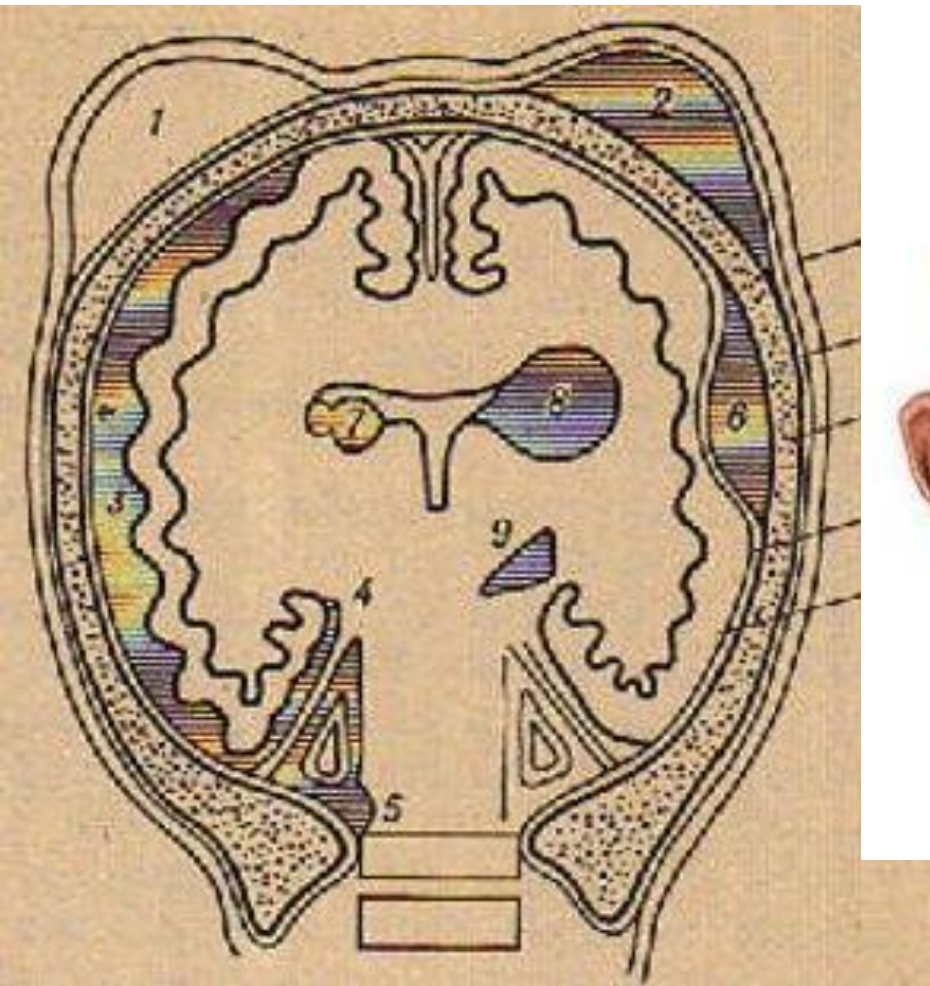
Назначают препараты, которые

- повышают свертываемость крови (викасол, ϵ -аминокапроновая кислота),
- уменьшают проницаемость сосудов (рутин, аскорбиновая кислота, препараты кальция, дицинон и др.).

Если ребенок не погиб в остром периоде (7-10 дней), назначают длительную восстановительную терапию (ЛФК, массаж, физиотерапия, электростимуляция, медикаментозные препараты - алоэ, АТФ, пирогенал, дибазол, витамины группы В, галантамин, прозерин, энцефабол, липоцеребрин и др.).

ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ РОДОВАЯ ТРАВМА

ВЧРТ – это различные по локализации и степени тяжести повреждения ЦНС у новорожденных.



Факторы риска развития повреждения ЦНС:

- **Гипоксия и асфиксия плода.**
Аntenатальная гипоксия развивается вследствие заболеваний матери (врожденные пороки сердца, анемия, нефропатия и др.).
Интранатальная гипоксия развивается во время родов (отслойка плаценты, обвитие пуповины и пр.).
- **Механический фактор** (сдавление головки плода при стремительных родах, ягодичном предлежании, неквалифицированном наложении акушерских щипцов и вакуум экстрактора).
- **Патология сосудов плода** (тонкостенные сосуды и повышение давления в них ведет к нарушению проницаемости и кровоизлияниям в ткани мозга).
- **Особенности свертывающей системы крови** (снижение концентрации протромбина и др.).

ВЧРТ

Периоды течения ВЧРТ:

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

Острый период

Симптомы угнетения ЦНС:

- дети пассивны, малоподвижны, подолгу лежат с широко открытыми глазами, взгляд напряжен, периодически тихо протяжно стонут;**
- вяло сосут, плохо глотают;**
- резко снижен мышечный тонус, отсутствуют или подавлены физиологические рефлексы;**
- замедлена или ослаблена реакция на внешние раздражители**

Симптомы возбуждения ЦНС:

- «мозговой» монотонный крик;
- напряжение большого родничка,
- повышение мышечного тонуса,
- ригидность мышц затылка и гипертонус мышц разгибателей - поза «фехтовальщика»;
- двигательное беспокойство,
- тремор подбородка, конечностей, повышена реакция на внешние раздражители
- судорожная готовность;
- физиологические рефлексы повышены, иногда спонтанный рефлекс Моро.

Постепенно выявляются *признаки очаговых поражений ЦНС:*

- симптомы поражения черепных нервов (птоз, опущение угла рта, нистагм глаз, косоглазие),
- патологические симптомы (симптом Грефе - «заходящего солнца»), асимметрия хватательного рефлекса (усиление на стороне поражения), спастические параличи и парезы;
- температура тела неустойчивая (гипотермия, сменяется гипертермией);
- дыхание аритмичное, судорожное, поверхностное, стонущее, учащенное (80-120 в 1 минуту), могут быть апноэ;
- нарушение СС-деятельности (брадикардия до 90-100 ударов в 1 минуту, гипотензия сменяется гипертензией).

В остром периоде:

- 1. Охранительный режим, максимально щадящие осмотры, минимум болезненных назначений.**
- 2. При тяжелом состоянии целесообразна постановка двух артериальных катетеров (для лабораторного мониторинга и для парентерального питания).**
- 3. Противосудорожная терапия: фенобарбитал, аминазин, седуксен, пипольфен, дроперидол.**
- 4. Сосудоукрепляющие препараты: витамин К, рутин, глюконат кальция, аскорбиновая кислота.**
- 5. Дегидратационная терапия: маннитол, лазикс и др.**
- 6. Поддержание ОЦК: альбумин, реополиглюкин.**
- 7. Средства, улучшающие процессы метаболизма нервной ткани: АТФ, глютаминовая кислота, глюкоза.**

ВЧРТ Основные принципы лечения

В восстановительном периоде:

- 1. Стимуляция трофических процессов в нервных клетках: АТФ, церебролизин, экстракт алоэ, витамины группы В.**
- 2. Длительный прием ноотропных препаратов: аминалон, ноотропил, пантогам, пирацетам и др.**
- 3. Средства, улучшающие мозговое кровообращение: ка-винтон, стугерон, трентал, циннаризин.**
- 4. Позднее + физиотерапевтические методы, массаж, ЛФК.**



Сестринский процесс при уходе за ребенком с родовой травмой

Возможные проблемы ребенка:

- нарушение дыхания и других жизненно важных функций вследствие гипоксии;
- нарушение питания вследствие расстройства глотательного и сосательного рефлексов;
- нарушение процессов терморегуляции;
- нарушение двигательной активности;
- нарушение формулы сна;
- высокий риск развития иммунодефицитных состояний, присоединения госпитальной инфекции;
- развитие психоневрологических заболеваний (олигофрении, эпилепсии, гидроцефалии и др.);
- поражение опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич, парезы, параличи);
- нарушение полового развития, репродуктивной функции;
- высокий риск инвалидизации;
- угроза для жизни.

Сестринский процесс при уходе за ребенком с родовой травмой

Возможные проблемы родителей:

- тревога за ребенка при получении информации о родовой травме у ребенка;
- трудность осознания и адекватной оценки случившегося;
- страх за ребенка, неуверенность в благополучном исходе заболевания;
- чувство вины перед ребенком;
- преждевременное горевание;
- ситуационный кризис в семье.



План сестринских вмешательств:

- 1. Консультирование родителей по всем вопросам родовой травмы.**
- 2. Создать комфортные условия для ребенка в ПИТ: поддерживать оптимальный температурный режим, создать возвышенное головное положение в кроватке (под углом 30°), использовать теплое стерильное белье, соблюдать асептику и антисептику с целью профилактики внутрибольничной инфекции.**
- 3. Обращаться с ребенком с большой осторожностью, как можно меньше тревожить, все процедуры выполнять бережно, по возможности, не вынимая из кроватки.**
- 4. Проводить мониторинг состояния: характер дыхания, ЧСС, АД, отмечать наличие возбуждения или сонливости, судорог, срыгиваний, рвоты, анорексии, появление патологических рефлексов и неврологических симптомов.**
- 5. Осуществлять специализированные наблюдение и уход за ребенком (питание, инфузионная терапия), контроль массы тела, измерять температуру тела каждые 2 часа; проводить смену положений, ревизию и туалет кожных покровов, слизистых оболочек.**
- 6. Своевременно оказывать доврачебную помощь при возникновении первых признаков неотложных состояний (судороги, гипертермия и др.), выполнять назначения врача.**
- 7. Оценить эффективность ухода, вносить изменения в план ухода при присоединении осложнений и др.**

Профилактика родовых травм



Предупреждение и/или коррекция факторов риска

- 1. Оздоровлении беременной женщины.**
- 2. Выборе оптимальной тактики при родах.**
- 3. Правильном подходе к новорожденному с подозрением на родовую травму, осторожной реанимации детей.**

Перинатальные поражения ЦНС

Синдромы поражения ЦНС:

- повышенной возбудимости;
- сниженной возбудимости (угнетения);
- гипертензийно-гидроцефальный;
- судорожный;
- вегето-висцеральных расстройств;
- двигательных расстройств.

Синдром повышенной возбудимости: признаки гипервозбудимости, гиперрефлексии, расширение зрачков, тахикардия при отсутствии судорог.

Синдром сниженной возбудимости: адинамия, летаргия, гипорефлексия, мышечная гипотония, расширены зрачки, миоз, симптом “кукольных” глаз, приступы брадикардии, апноэ, брадикардии, слабость сосания.

Судорожный синдром: тонические (экстензорная ригидность туловища и конечностей, одновременные тонические напряжения, дрожания), клонические (ритмичное подергивание отдельных групп мышц конечностей, лица, глаз, языка) и смешанные тоникоклонические судороги. Фокальные судороги ограничиваются одной половиной тела или одной мышечной группой. Мультифокальные (генерализованные) судороги охватывают все тело ребенка.

Для новорожденных типичными проявлениями судорожного синдрома являются оперкулярные пароксизмы: гримасы, спазм взгляда, приступообразное немотивированное сосание, жевание, выдвигание языка, нистагмоидные толчки глазных яблок, плавающие глазные яблоки. Эквивалентами судорог могут быть приступы цианоза с остановкой дыхания, брадикардией, внезапное побледнение кожи и усиленная саливация.

Гипертензийно-гидроцефальный синдром: запрокидывание головы , выпинание родничков, расхождение черепных швов, увеличение окружности головы, судорожная готовность с локальными или полиморфными судорогами, выпадением функции черепных нервов (нистагм, косоглазие, сглаживание носогубных складок, симптом Грефе, псевдобульбарные расстройства, и тому подобное).

Менингеальные симптомы не имеют важного диагностического значения, поскольку они наблюдаются лишь в 1/3 новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС и варьируют в достаточно больших границах: от едва заметных к выраженным. Появление ригидности мышц затылка происходит через несколько часов после рождения или на протяжении 23 дней. Появление в более поздние сроки является признаком постнатального кровоизлияния или нейроинфекции.

Синдром вегето-висцеральных расстройств

характеризуется персистирующей рвотой и срыгиванием, расстройствами моторики кишечника, мраморностью кожи в результате спазма периферических сосудов, брадикардией, брадипноэ.

Синдром двигательных расстройств наблюдается в восстановительном периоде постгипоксического поражения мозга и характеризуется наличием остаточных неврологических отклонений (дистония мышц, гипертонус отдельных групп мышц, парезы, параличи).

Диагностика тяжести поражения ЦНС в результате гипоксии :

- 1. Динамическая оценка неврологического статуса новорожденных.**
- 2. Нейросонография (УЗД головного мозга).**
- 3. Исследование ликвора.**
- 4. ЭЭГ.**
- 5. Компьютерная томография.**
- 6. Ядерномагнитнорезонансная томография.**
- 7. Лабораторные исследования (состояние КЛР и газовый состав крови, уровень глюкозы в крови, время свертывания и длительность кровотечения, количество тромбоцитов в крови, концентрация электролитов).**

Остаточные явления после перенесенной гипоксии и асфиксии новорожденных:

- 1. Параличи, парезы.**
- 2. Олигофрения, задержка психомоторного развития.**
- 3. Судороги, эпилепсия.**
- 4. ДЦП.**
- 5. Склонность к рецидивирующим и тяжелым инфекционным заболеваниям.**