

- Тема: Травматические повреждения спинного мозга в родах.
Классификация по МКБ-10. Клиника.
 - Спинальный шок.

- Выполнила: Жанысова Н.С.
 - Проверила: Каймак Т.В.

Клинические протоколы МЗ РК - 2010 (Приказ
№239)

- ***Повреждение позвоночника и спинного мозга при родовой травме (P11.5)***
- Клиническая картина родовых спинальных повреждений весьма полиморфна, характеризуется многочисленными, на первый взгляд разношерстными симптомами и синдромами, весьма вариабельными в зависимости от уровня поражения в спинном мозгу и позвоночнике и от тяжести поражения.

Классификация родовых повреждений спинного мозга

1. Натальные повреждения позвоночника

- Клинически бессимптомная форма. У больных этой группы в постнатальном периоде никакой патологии не выявляется, и лишь случайная спондилография обнаруживает признаки родового повреждения позвоночника.

2. Сочетание повреждений позвоночника и спинного мозга:

- - одновременное поражение позвоночника и спинного мозга;
- - первичное повреждение позвоночника с вторичным вовлечением в процесс спинного мозга.

- **3. Сочетанные повреждения позвоночника и сосудов, питающих спинной мозг, с развитием вторичных ишемических спинальных и стволовых нарушений.**



4. Первичное натальное повреждение сосудов, питающих спинной мозг, с развитием вторичных спинальных нарушений.



5. Первичное натальное повреждение спинного мозга.

- *Клинические варианты родовых повреждений спинного мозга при различных уровнях поражений:*
 - 1. Неврологическая картина при родовой травме цервикальной локализации.
 - 2. Родовые повреждения грудного отдела позвоночника спинного мозга.
 - 3. Родовые повреждения поясничного утолщения спинного мозга.

- *Неврологическая картина при родовой травме цервикальной локализации.*

Поражение области шейного утолщения дает картину наиболее демонстративную. В связи с «избирательностью» ишемического поражения у таких детей чаще всего развивается верхний вялый парапарез, сочетающийся с одновременным поражением пирамидных путей на том же уровне. В этих случаях обнаруживаются признаки спастического пареза в ногах.

Отмечается заметная атрофия мышц, которая распространяется на всю руку и мышц плечевого пояса - гипотрофии над-подостных мышц. Синдром Лангбайна. В клинике вялые парезы руки при родовых травмах спинного мозга различают проксимальный вариант Эрба-Дюшена, дистальный вариант Дежерин-Клюмпке и тотальный паралич.

- *Родовые повреждения грудного отдела спинного мозга.*
- Основным неврологическим симптомом, типичным для этой локализации поражения, является нижний спастический парапарез. Для этой локализации поражения характерно отсутствие симптомов поражения черепно-мозговых нервов, как правило, сохранена психика, функция рук не нарушена. В то же время нижний спастический парапарез может быть очень выраженным рефлексы ног резко повышены, имеются все стопные патологические рефлексy, а иногда и клонусы стоп или коленных чашечек. Атрофии мышц не характерны. Ведущее значение в клинической картине приобретает повышение мышечного тонуса в ногах, особенно повышен тонус в приводящих мышцах бедер и в сгибателях стоп. Походка напоминает «плетение косы», а за счет гипертонуса сгибателей стоп дети становятся в основном на носки.

Родовые повреждения поясничного утолщения спинного мозга.

Клиника повреждений этой локализации достаточно типична. Имеет характерную клиническую картину. Нижний вялый парапарез у таких больных соответствует всем общеизвестным представлениям о периферических парезах. Можно условно выделять преимущественно проксимальный тип нижнего вялого парапареза и преимущественно дистальный его тип, хотя при всех этих вариантах парез распространяется все же на всю ногу, но с разной степенью выраженности.

Чаще все же наблюдается равномерное распространение пареза - тотальный тип, чаще поражение бывает двухсторонним. В клинике обращает внимание гипотрофия мышц ног. Похудание мышц бедра и голени еще более очевидно при асимметричном характере поражения, когда одна нога оказывается более похудевшей, чем другая. В результате атрофии мышц обычно похудевшими оказываются ягодицы («симптом проколотого мяча»), что особенно заметно при стойке «смирно»: отчетливо видна слабость и асимметрия напряжения ягодичных мышц.

Основные клинические симптомы и синдромы при родовой травме спинного мозга:

- Спинальный шок
- Двигательные и чувствительные нарушения
- Нарушение функции сфинктеров
- Дыхательные нарушения
- Вялый парез проксимального отдела руки (рук)
- Эрба-Дюшена ($C_V - C_{VI}$)
- Синдром Клода Бернара-Горнера ($C_{VII} - T_I$)
- Вялый тотальный парез руки (рук)
- Лагофтальм
- Сглаженность носогубной складки

Спинальный шок

- *Спинальный шок* – это явление в неврологии, которое вызывается травматическим воздействием на позвоночный столб с повреждением спинного мозга. Оно выражается в резком угнетении всех рефлекторных центров, расположенных в спинном мозге ниже места травмы. Искусственное вызывание рефлексов выше пораженного участка показывает, что там иннервация сохраняется. Как следствие, наблюдается снижение кровяного давления, отсутствие дермографизма, а также нарушение работы органов малого таза.

- ***Клиническая картина спинального шока***
- Все зависит от места повреждения. В основном поражается область, находящаяся чуть ниже места повреждения. При травме поясницы есть вероятность нарушения работы внутренних органов таза и брюшной полости. Может появиться трофическое расстройство, а также возможно развитие арефлексии.
- Когда повреждаются грудные позвонки, нижние конечности парализуются. Если под удар попадают первый и второй грудные позвонки, происходит сбой дыхательной функции. Работа сердца нарушается при повреждениях третьего, четвертого и пятого грудных позвонков. А при травмах десятого, одиннадцатого и двенадцатого позвонков развивается паралич брюшной полости. При травмах выше прогнозы очень хорошие: ребенок может самостоятельно дышать и есть большая вероятность возвращения к нормальной жизни.

- Эректильная фаза:
 - затрудненное дыхание, диафрагмальное дыхание
 - вегетативные нарушения: потливость и вазомоторные феномены;
 - психомоторное возбуждение;
 - нарушение сознания больного;
 - АД в норме или снижено
 - учащением пульса,

ТОРПИДНАЯ ФАЗА ШОКА

- Снижается кровяное давление, из-за чего кислород в головной мозг поступает в малом количестве, от этого теряет сознание.
- Сосудистые рефлексy отсутствуют.
- Нарушается работа мочеполовой системы.
- Происходит паралич скелетных мышц.
- Рецепторы теряют чувствительность.
- Нитевидный пульс
- Слабый крик
- вялость
- адинамия
- мышечная гипотония
- Арефлексия
- Апноэ

Лечение

- *Интенсивная терапия при шоке должна быть направлена на:*
- Восстановление ОЦК;
- Восстановление и стабилизацию артериального давления;
- Улучшение микроциркуляции;
- Уменьшение рефлекторной импульсации, связанной с травмой;
- Улучшение газообмена;
- Ликвидацию ацидоза и метаболических расстройств;

- -ингаляция кислорода;
- сохранить или обеспечить венозный доступ – катетеризация вен;
- **прервать шокогенную импульсацию (адекватное обезболивание):**

Детям:

с 1 года Трамадол [А] 5% 1-2 мг/кг;
тримеперидин [А] 1% до 1 года не
назначается, далее 0,1 мл/год жизни,
Фентанил [В] 0,005% 0,05 мг/кг.

- **Нормализация ОЦК, коррекция метаболических расстройств:**
Признаками адекватности инфузионной терапии является то, что через 5-7 минут появляются первые признаки определяемости АД, которые в последующие 15 минут повышаются до критического уровня (САД 90 мм рт. ст.). Детям инфузионная терапия проводится кристаллоидными растворами 0,9% раствор натрия хлорида [В] в дозе 10-20 мл/кг

Внимание! Использование вазопрессоров (допамина) при травматическом шоке без восполненной кровопотери считается грубой лечебной ошибкой, так как это может привести к ещё большему нарушению микроциркуляции и усилению метаболических нарушений. С целью увеличения венозного возврата крови к сердцу и стабилизации клеточных мембран внутривенно вводят одномоментно преднизолон [А] вводится согласно возрастной дозе (2-3 мг/кг).