

## КЛІНІЧНІ ЛЕКЦІЇ

УДК 616.053.3-001.

# ПОЛОГОВА ТРАВМА НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ



*Шевцова Тетяна Іванівна,  
t\_shevtsova@ukr.net*

*Шевцова Т.І.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

**Резюме.** В лекції наведені сучасні погляди на проблему пологових травм новонароджених дітей. Актуальність проблеми обумовлена збільшенням кількості даної патології, високою інвалідизацією та летальністю дітей з пологовими травмами. Розглянуто основні чинники ризику з боку матері та плода. Ведуча роль в патогенезі пологової травми належить механічним ушкодженням, що виникають під час проходження плоду по пологовим шляхам та при акушерських втручаннях. Гіпоксія плоду часто передує або супроводжує виникнення пологових травм. Наведено класифікацію, особливості клінічних проявів різних видів пологової травми. Внутрішньочерепна травма є частим та важким ураженням та супроводжується внутрішньочерепним крововиливом та набряком головного мозку. Автором представлено провідні напрямки ранньої діагностики пологових травм. Висвітлено питання лікування в кожному конкретному випадку пологової травми. Прогноз залежить від важкості травми та супутньої патології. Більшість новонароджених з пологовою травмою при правильному догляді та інтенсивній терапії виживають. У деяких при тяжкій гіпоксії та значному порушенні цілості тканин та кровообігу спостерігаються затримка психомоторного, розумового розвитку, спастичні паралічі. Головним заходом для зниження захворюваності на пологову травму є попередження механічного ушкодження плода в пологах. В лекції наведені основні напрямки профілактики пологової травми.

**Ключові слова:** новонароджена дитина, механічні ушкодження, траємування, пологи.

Пологова травма (ПТ) – це порушення цілості та розлад функції тканин і органів плоду внаслідок механічного впливу, що виникає під час пологів (шифр за МКХ-10: P10-P15). Проблема ПТ є актуальною, тому що кількість дітей з цією патологією значна і їх успішне лікування можливе лише при умові раннього розпізнавання, правильної діагностики та використання адекватних методів обстеження. Частота ПТ не встановлена достовірно, оскільки вона суттєво залежить від діагностичних підходів, можливостей обстеження та рівня майстерності акушерів. Захворюваність новонароджених у пологових стаціонарах від ПТ складає 21-32 %. Частота тяжких ПТ коливається від 2 до 7 на 1000 народжених живими [8, 9].

Основними чинниками ризику виникнення пологової травми у новонароджених з боку матері є патологічна форма тазу матері (звужений, плоскорахітичний), пологи при терміні гестації менше 32 тиж. і більше 42 тиж.; пологи при аномальних передлежаннях плоду (сидничне та ін.,

асинклітичне вставлення); підвищена ригідність пологових шляхів, затяжні, швидкі (стрімкі) пологи; акушерська допомога в пологах (повороти плода на ніжку, накладання акушерських щипців, вакуум-екстракція плоду, надмірні тракції плоду під час пологів). З боку плоду це - крупний плід, великі розміри голови плоду, аномалії розвитку плоду, глибока недоношеність [1, 2, 4]. Травмування відбувається внаслідок стискання, витягування, зміщення тканин плоду при проходженні по пологовим шляхам та при акушерських втручаннях. Гіпоксія плоду часто передує або супроводжує виникнення пологових травм [3, 6, 8].

Класифікація пологової травми проводиться згідно з Міжнародною класифікацією хвороб X перегляду.

#### **Ушкодження голови позачерепні**

**Кефалогематома (P12.0)** – субперіостальний крововилив, може проявлятись чітко лише через декілька годин після пологів (частіше в області тім'яних кісток, рідше –

потиличної кістки). Спостерігається у 0,2-2,5% новонароджених. Пухлина не переходить за лінію швів сусідніх кісток, безболісна. В перші дні життя кефалогематома може збільшуватись, нерідко спостерігається жовтянича через підвищення позасудинного утворення білірубіну. На 2-3 тижні розміри кефалогематоми можуть зменшуватися. Причиною субперіостального крововиливу є відшарування окістя при рухах голови в момент її прорізування, рідше - тріщини черепу. Через це всім дітям з великими кефалогематомами (діаметр більше 6 см) необхідно проводити рентгенограму черепа для виключення його тріщини. Рідко кефалогематома – перший прояв спадкових коагулопатій. У недоношених кефалогематома може асоціюватися з внутрішньоутробним мікоплазмозом. Диференціювати необхідно з половою пухлиною (переходить через шви, зникає через 2-3 дні), крововиливом під апоневроз (плоске, тістуватої консистенції, переходить над швами, симптомом флюктуації); мозковими грижами (пульсують, розташовані частіше в області лобу, на рентгенограмі видно дефект кістки). Малі кефалогематоми (2-3 см в діаметрі) залишають без втручання. Великі кефалогематоми пунктують в асептичних умовах. Ця операція здійснюється не раніше 10-го дня життя. Більш рання пункция може привести до повторного утворення кефалогематоми. [3, 6, 8].

**Підапоневротичний крововилив (Р12.2)** розташований між окістям черепа та сухожилковим шоломом волості частини голови. Проявляється тістовидною флюктууючою припухлістю, частіше тім'яних та потиличної частин голови. Клінічні ознаки крововиливу під апоневроз з'являються в перші 2 год після народження і нарощують в наступні 24 год життя. Характерне збільшення обводу голови в перші 24 год життя. При доторкуванні до голови дитина плаче. На відміну від кефалогематоми припухлість не відмежована краями однієї кістки. Є причиною розвитку постгеморагічної анемії в перші дні життя, а надалі – гіпербілірубінії. Обстеження: гемоглобін, гематокрит, білірубін крові. При великих розмірах крововиливів необхідно виключати спадкові геморагічні хвороби. Лікування включає профілактику розвитку гіповолемічного шоку і порушень гемостазу. Крововилив резорбується через 2-3 тижні. При значному крововиливі можливий шок і летальне завершення.

**Пологова пухлина (Р12.8)** - припухлість м'яких тканин передлежачої частини через підшкірне накопичення сєрезно-кров'янистої рідини з нечіткими краями. Переходить за межі черепних швів, часто, з чисельними петехіями та екхімозами. Лікування не потребує, самостійно проходить через 1-3 дні.

**Ушкодження кісток черепа внаслідок половогої травми (Р13.0)** включає переломи, тріщини, вдавлення. Переломи кісток черепа при ПТ частіше лінійні, можуть бути безсимптомними або супроводжуватись іншими травмами голови, що проявляється набряком м'яких тканин, кефалогематомою, вдавленням при пальпації, неврологічними розладами: вогнищевими симптомами, судомами, гіпотензією, шоком. Обстеження: рентгенографія черепа, НСГ, магніторезонансна томографія, гемоглобін, гематокрит, консультація нейрохірурга, оку-

ліста, невролога. Лікування: спостереження при лінійних переломах, хірургічне втручання при вдавленнях переломах, при ліквореї. Прогноз залежить від тяжкості ураження.

**Ушкодження хребта і спинного мозку (Р11.5)** включають переломи, розриви, відриви тіл хребців, дисків, вивихи хребців, які супроводжуються пошкодженням спинного мозку. Причиною ураження спинного мозку є форсоване збільшення відстані між плечиковими та основою мозку, що спостерігається при витяганні за плечики при фіксованій голівці (при сідничному передлежанні), надмірній ротації (при головному передлежанні).

Травма спинного мозку є найменш вивченою ПТ. Тяжкі ураження ведуть до зупинки дихання при народженні і до високої смертності в неонатальному періоді. Хребет у новонародженого більш еластичний, ніж спинний мозок, тому його можна розтягнути до 5 см, в той час як максимальне розтягнення спинного мозку складає 0,5 – 0,6 см. Враховуючи це, слід пам'ятати, що спинний мозок у дитини може бути розірваним, а хребет цілим, і на рентгенограмі нічого не виявляється. Дислокація чи переломи хребців одразу вказують на тяжке ураження спинного мозку [2, 7, 10]. Ступінь прояву клінічних симптомів буває різним і залежить від тяжкості ураження. При легкому ураженні спостерігається переходна м'язова гіпотонія, слабкий крик, неважкі дихальні розлади. У випадках більш тяжких уражень симптоматика характерна для спінального шоку: синдром дихальних розладів, адинамія, м'язова гіпотонія, арефлексія.

Для підтвердження діагнозу проводять рентгенографію хребта в двох проекціях, рентгенографію грудної клітки, електроміографію, комп'ютерну томографію, консультацію нейрохірурга, мікрохірурга, невролога, окуліста, люмбальну пункцию.

В лікуванні першочерговим заходом є іммобілізація голови та шиї (ватно-марлевий комірець, кільцевидна пов'язка). Строк іммобілізації 10-14 днів. Обов'язковим є терапія більового синдрому, гемостатична терапія в гострому періоді. У відновлюваному періоді – масаж, ЛФК, стимулююча і симптоматична терапія. Прогноз залежить від тяжкості ураження. При легкій травмі (транзиторна ішемія) спонтанне одужання настає через 3-4 міс. При середньо-важкому і важкому ураженні спинного мозку (наявні органічні зміни) відбувається дегенерація нервових волокон, атрофія м'язів, контрактури.

Пологова травма периферичної нервової системи

**Ураження лицьового нерва (Р11.3)**. Одностороннє ураження проявляється асиметрією обличчя. На стороні ураження відмічається згладжена носо-губна зморшка, повіка не заплющається повністю, лоб не наморщується, асиметрія рота при крику. Диференціюють ПТ з синдромом Мебіуса (відсутність ядра нерва) та внутрішньочерепним крововиливом. Прогноз у більшості випадків благоприємний.

**Ураження діафрагмального нерва (Р14.2)**, (синдром Кофферата) – обмеження функції діафрагми в результаті ураження C<sub>III</sub>-C<sub>IV</sub> сегментів спинного мозку, їх корінців чи травми діафрагмального нерву. Клінічно виявляються приступи ціанозу, задишка, вибухання грудної клітки на

стороні ураження. При аускультації ослаблене дихання, хрипи в верхніх відділах легені. Така симптоматика нерідко веде до помилкового діагнозу пневмонії. Хоча у хворих з парезом діафрагми внаслідок зниженого тиску в плевральній порожнині та недостатньою вентиляцією може розвинутись і пневмонія, особливістю якої є тривалий і тяжкий перебіг. Рентгенологічна картина: на стороні ураження купол діафрагми стоїть високо, глибокі реберно-діафрагмальні синуси, а на здоровому боці – компенсаторна емфізема зі сплющенням куполу діафрагми. В більшості випадків функція діафрагми частково чи повністю відновлюється за 6–8 тижнів.

**Проксимальний параліч Дюшена-Ерба (Р14.0) або верхній тип акушерського паралічу** виникає в результаті ураження верхнього пучка плечового сплетення чи шийних корінців, що починаються з сегментів  $C_5-C_{10}$  спинного мозку. Порушується функція проксимального відділу верхньої кінцівки. Рука приведена до тулуба, розігнута у всіх суглобах, ротована в плечі, пронована у передпліччі, кисть зігнута в долоні, голова нахиlena до хвогоного плеча, плече опущене. Спонтанні рухи відсутні в плечовому та ліктьовому суглобах, рухи в долоні і пальцях збережені, але обмежені. Рефлекс Моро відсутній. Рефлекси Бабкіна, хапальний викликаються.

**Дистальний параліч Дежерін-Клюмпке (Р14.1) або нижній тип акушерського паралічу** виникає в результаті ураження середнього і нижнього пучків плечового сплетення чи корінців, що починаються від  $C_{VII}-T_1$  сегментів спинного мозку. Порушується функція дистального відділу руки. Рука розігнута у всіх суглобах, лежить вздовж тулуба, пронована, кисть пасивно звисає і має форму “тюленячої лапки” (якщо переважає ураження променевого нерва) чи “пазурової лапки” (при переважному ураженні ліктьового нерву). При огляді кисть бліда з ціанотичним відтінком (симптом “ішемічної рукавички”), холодна на дотик, м’язи атрофуються, рухи в плечі збережені, рефлекс Моро знижений, а хапальний та Бабкіна відсутні.

**Тотальний акушерський параліч плечового сплетіння, параліч Керера (Р14.3)** спостерігається при ураженні нервових волокон всього плечового сплетення чи корінців, що виходять з  $C_5-T_1$  сегментів спинного мозку. Характеризується відсутністю активних рухів, вираженою м’язовою гіпотонією (симптом «шарфа»), відсутністю вроджених сухожилкових рефлексів, трофічними розладами. Можливий прояв синдрому Бернара-Горнера (птоз, міоз, енофтальм), який виникає внаслідок травми шийного симпатичного нерва. Диференційну діагностичну паралічу верхніх кінцівок проводять з: 1) пошкодженням кісток, м’яких тканин плеча, 2) артритом; 3) остеоміелітом плеча. Лікування полягає в наданні руці фізіологічного положення за допомогою шин, лонгет, починаючи з 2–3 тижня, ЛФК, масаж. При неефективності терапевтичних заходів проводиться оперативне лікування у віці 3 місяців.

#### Пологова травма скелету

**Перелом ключиці (Р13.4)** часто виявляється у дітей з великою масою тіла та при тазовому передлежанні. Перелом буває частіше неповним, або субперіостальним, за

тиром «зеленої гілки», та повним. Клінічні ознаки: болючість при пальпації ключиці, обмеження активних рухів руки, крепітация або зміщення відламків, утворення кісткової мозолі. У разі надлому може бути безсимптомний перебіг з утворенням мозолі через декілька днів. Діагностика: рентгенографія плеча, неврологічне обстеження. Прогноз сприятливий, мозоль утворюється через 7–10 днів. Не вимагає специального лікування.

**Перелом плечової кістки (Р13.3)** виникає при затрудненні виведення руки дитини. Спостерігається порушення функції кінцівки, неспокій. При зміщенні уламків визначається вкорочення плеча та кутова деформація. Пальпація місця перелому болюча і виявляє крепітацию уламків. Огляд дитини треба проводити дуже обережно, щоб не посилити травму.

**Перелом стегнової кістки (Р 13.2)**, як правило, є результатом акушерської допомоги при сідничних передлежаннях. Клінічні ознаки подібні до тих, що є при переломі плеча. Диференційний діагноз: остеоміеліт, ушкодження периферичних нервів. Обстеження: рентгенографія кінцівки, консультація ортопеда. Лікування: іммобілізація ураженої кінцівки, знеболення. Прогноз сприятливий.

**Ураження органів черевної порожнини (Р15)** під час пологів виникає рідко, однак може бути причиною смерті новонародженого. До них відноситься крововилив у печінку, селезінку, наднирники. Розвитку ПТ сприяють труднощі виведення плоду, його великі розміри, гепатосplenомегалія плоду. В клінічній картині – збільшення розмірів живота, артеріальна гіпотензія, шок. Розвиток ПТ характеризується блідістю, жовтяницею, появою синців у паховій ділянці, анемією, тахікардією, вираженою м’язовою гіпо-, атонією, парезом кишківника. При пальпації органів черевної порожнини відмічається гепато- або спленомегалія, пухлиноподібні утворення у фланках. Оскільки ця ПТ не є частою, але може мати катастрофічні наслідки, її слід підозрювати у всіх випадках шоку, гіпотензії, анемії. Обстеження: УЗД органів черевної порожнини, гемоглобін, гематокрит, консультація хірурга. Лікування: протишокові заходи, підтримка гемодинаміки, дихання, гемостатичні препарати. Показана термінова операція.

**Ураження м’яких тканин (Р15.8)** – петехії, подряпини, рани, травмування м’язів. Звичайно ці травми проходять спонтанно, можливо буде потрібним накладання швів на рану, обробка розчинами антисептиків. Особливої уваги заслуговує ушкодження та крововиливи в грудинно-ключично-соскоподібний м’яз (**m. sternocleidomastoides**) (Р15.2), виникають при накладанні щипців, ручних засобах, особливо під час пологів у сідничному передлежанні. У місці пошкодження пальпуються невелика, помірно щільна пухлина. Інколи її діагностують після 1-го тижня життя, коли розвивається кривошия – голова дитини нахиlena в сторону ушкодженого м’яза, а підборіддя повернуте у протилежний бік. Диференціювати потрібно з вродженою кривошиєю. В деяких випадках фіброзне переродження м’язу зв’язано з аномалією положення плоду, невеликою кількістю навколоплодних вод, тиском кісткової частини тазу матері на м’яз, або може

бути проявом множинного ушкодження кістково-м'язової системи.

Лікування включає створення корегуючого положення голови, фізіотерапію, масаж. При неефективності – хірургічна корекція, яку проводять в перші півроку життя.

### **Внутрішньочерепна пологова травма новонароджених**

Внутрішньочерепна пологова травма (ВЧПТ) веде до високої летальності та захворюваності новонароджених. За даними ВООЗ, щорічно біля 300тис. дітей з ВЧПТ мають тяжкі ураження у вигляді розумового і фізичного відставання, ДЦП, епілептичних припадків та інших порушень, що обумовлюють їх глибоку інвалідизацію [2, 5, 9].

Стискання та деформація голови під час пологів можуть супроводжуватися розривом артерій, вен, синусів поза мозком – епідурально (крововилив між твердою мозковою оболонкою та черепом), субдурально (накопичення крові під твердою мозковою оболонкою), субарахноїдально (кровотеча з вен субарахноїдального простору), а також кровотечею в паренхіму мозку або в його шлуночки.

Причиною епідуральних, субдуральних кровотеч, розриву намету мозочка є травма, інші види внутрішньочерепних крововиливів (ВЧК) (субарахноїдальні, паренхіматозні, внутрішньошлунничкові) можуть бути як травматичного, так і нетравматичного генезу. На травматичний характер ВЧК можуть вказувати дані анамнезу, а також одночасне виявлення ПТ іншої локалізації (ушкодження кісток черепа, кефалогематома та ін.). Крім порушення цілісності структур мозку ця ПТ супроводжується зміною тонусу судин, метаболічними порушеннями, набряком мозку, що погіршує перебіг захворювання.

Клінічні прояви ВЧК включають зміну поведінки новонародженого (збудження, пригнічення, сонливість, порушення свідомості до коми), симптоми, пов'язані з крововтратою (блідість, жовтянича, артеріальна гіпотонія, шок, ДВЗ), ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску (вибухання великого тім'ячка, розходження черепних швів, запрокидування голови, зригування та блювота), ознаки здавлення стовбуру мозку (апноє, асфіксія, брадикардія, нестабільна температура тіла, нестабільний артеріальний тиск), симптоми ураження черепних нервів (ністагм, птоз, анізокорія, псевдобульбарні порушення). Проявом ВЧК також є судоми різного типу, парези, зміна тонусу м'язів, зміна рефлексів. Перебіг ВЧК може бути поступовим, катастрофічним, а також безсимптомним.

**Епідуральний крововилив (Р10.8)** зустрічається рідко, в основному у доношених та переношених дітей, майже завжди супроводжуються лінійними переломами кісток черепа. Часто вони виникають при неправильному накладанні акушерських щипців. Тверда мозкова оболонка досить шільно зв'язана з кістками черепа і відшарування її кров'ю відбувається з труднощами, тому епідуральна гематома свідчить про тяжкість травми. Прогноз без своєчасного нейрохірургічного втручання несприятливий.

**Субдуральний крововилив (Р10.0)** локалізується між твердою і м'якою мозковими оболонками. Розвивається

при травмуванні судин верхнього сагітального та поперечного синусів, судин намету мозочка. В більшості випадків перші симптоми з'являються через декілька годин після народження. При супратенторіальному крововиливі характерним є «світлий проміжок» від 24 годин до декількох діб. Типовою є, крім симптомів крововтрати та підвищеного внутрішньочерепного тиску, дисфункція стовбуру мозку: кома, апноє, гіпотонія, бульбарні порушення, нестабільна температура, очні симптоми, зригування. Прогноз в більшості випадків несприятливий.

**Розрив намету мозочку (Р10.4)** розвивається внаслідок патологічної конфігурації голови під час пологів. Клініка: вкрай тяжкий стан одразу після народження, наростання симптомів внутрішньочерепної гіпертензії, стволові порушення, очні симптоми, порушення дихання і серцево-судинної системи, тонічні судоми. Діти, як правило, вмирають в ранньому неонатальному періоді.

**Субарахноїдальний крововилив (Р10.3)** звичайно пов'язаний з пологовою травмою і є наслідком кровотечі з вен субарахноїдального простору. Кров осідає на оболонках мозку, викликає їх асептичне запалення, що в подальшому призводить до рубцево-атрофічних змін в мозку та його оболонках, порушенню ліквородинаміки. Клінічні ознаки проявляються загальним збудженням: «мозковий крик», гіперестезія, широко розплушенні очі; гіпертензійно-гідроцефальний синдром (судоми, захисання голови, вибухання тім'ячка). а також симптомами «випадіння» в залежності від локалізації крововиливу.

**Крововилив у паренхімі мозку (Р10.1)** може бути наслідком пологової травми, але у більшості дітей зумовлений іншими причинами: гіпоксією, ішемією, коагулопатією, вадами розвитку судин мозку. Клінічні прояви залежать від локалізації, величини та швидкості кровотечі і проявляється пригніченням свідомості та вроджених рефлексів, симптомами крововтрати, судомами, ознаками підвищеного внутрішньочерепного тиску, але переважають вогнищеві симптоми, фокальні судоми, геміпарез, девіації очей в бік вогнища.

**Крововилив у шлуночку мозку травматичний (Р10.2)** у доношених новонароджених розвивається, як правило, внаслідок розриву судин хоріоідального сплетіння і супроводжується значним набряком мозку. Клініка внутрішньошлунчкового крововиливу: ознаки здавлення стовбуру мозку (порушення гемодинаміки, асфіксія, температурна нестабільність, бульбарні симптоми), внутрішньочерепна гіпертензія, тремор, судоми, ознаки крововтрати.

**Набряк мозку при пологовій травмі (Р11.0)** може бути локальним або дифузним, супроводжувати крововилив, травму м'яких тканин голови, черепа. Клінічні прояви та лікування набряку мозку при ПТ такі ж, як при гіпоксично-ішемічному ураженні мозку.

Діагностика ВЧК передбачає огляд невролога, окуліста, нейрохірурга, проведення люмбальної пункції, нейросонографії, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії. ВЧК слід диференціювати з вадами розвитку мозку, гіпоксично-ішемічним ураженням, перинатальними інфекціями, метаболічними порушеннями.

Лікування: підтримка функцій дихальної та серцево-судинної систем, гемостатична терапія, корекція гіпово-лемії, лікування судом, гіперблірубініємії. При зростанні внутрішньочерепного тиску, погрішенні неврологічної симптоматики – хірургічне втручання для видалення крововиливу або декомпресії.

**Профілактика пологової травми полягає в оздоровленні вагітної жінки;** вибір оптимальної акушерської тактики, що включає оцінку ступеня ризику вагітної жінки перед пологами, вибір адекватного метода розрідження; моніторинг упродовж пологів стану матері та плоду, зневолення пологів; дбайливе ведення пологів, особливо при наданні допомоги акушеркою («захист промежини», згинання та виведення голівки плоду та ін.); дбайливе витягнення плоду при кесаревому розтині; удосконалення техніки та навичок при накладанні акушерських щипців, застосуванні вакуум-екстрактора, веденні пологів у тазовому передлежанні; правильному веденні новонародженого з підозрою на пологову травму, обережній реанімації дітей [1, 4, 9].

## ЛІТЕРАТУРА

1. Баращев Ю.И. Ключевые проблемы перинатальной неврологии / Ю.И. Баращев // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. С. 51-54.
2. Евтушенко С.К., Морозова Т.М. Родовые травмы нервной системы // Международный неврологический журнал. 2011. – № 3(41).
3. Клоерті Д.П., Ейхенвальд Е.К., Старк Е.Р. Посібник з неонатології. – Київ, 2010. – С.248-258.
4. Кравченко Е.Н. Родовая, травма: акушерские и перинатальные аспекты / М.: ГЭОТАР-Медіа, 2009. – 200 с.
5. Неонатологія; навчальний посібник / За ред. Т.К.Знаменської. – Київ, 2012. – 980 с.
6. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. – М.: МЕД-пресс-информ, 2010. – 325с.
7. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных. – М: Бином, 2005. – 386 с.
8. Шабалов Н.П. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: МЕД пресс-информ, 2009. – С. 542-555.
9. Шунько С.С. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. Т. I, №1. – 2011. – с. 10-16.
10. Sorantin E. Neonatal trauma / E. Sorantin, P. Brader, F. Thimay // Eur. J. Radiol. 2006. – Vol. 60, № 2. – P. 199-207.

## РОДОВАЯ ТРАВМА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Шевцова Т.И.

Національний медичинський університет імені А.А. Богомольца, г. Київ, Україна

**Резюме.** В лекции приведены современные взгляды на проблему родовых травм новорожденных детей. Актуальность проблемы обусловлена увеличением количества данной патологии, высокой инвалидизацией и летальностью детей с родовыми травмами. Рассмотрены основные факторы риска со стороны матери и плода. Ведущая роль в патогенезе родовой травмы принадлежит механическим повреждениям, возникающие при прохождении плода по родовым путям и при акушерских вмешательствах. Гипоксия плода часто предшествует или сопровождает возникновение родовых травм. Приведена классификация, особенности клинических проявлений различных видов родовой травмы. Внутричерепная травма является частым и тяжелым поражением и сопровождается внутричерепным кровоизлиянием и отеком головного мозга. Автором представлены ведущие направления ранней диагностики родовых травм. Освещены вопросы лечения в каждом конкретном случае родовой травмы. Прогноз зависит от тяжести травмы и сопутствующей патологии. Большинство новорожденных с родовой травмой при правильном уходе и интенсивной терапии выживают. У некоторых детей при тяжелой гипоксии и значительном нарушении целостности тканей и кровообращения наблюдаются задержка психомоторного, умственного развития, спастические параличи. Главным для снижения заболеваемости от родовой травмы является предупреждение механического повреждения плода в родах. В лекции приведены основные направления профилактики родовой травмы.

**Ключевые слова:** новорожденный ребенок, механические повреждения, травма, роды.

## NEWBORN BIRTH INJURY

T. Shevtsova

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Summary.** The lecture presents the current views on the problem of newborn birth injuries. The problem is considered due to an increase in the case rate of this disease as well as high disability and mortality rate of children with birth injuries. The lecture examines the main risk factors for mother and fetus. The leading role in the pathogenesis of birth trauma belongs to a mechanical damages that arise from the passage of the fetus through the birth canal and obstetric interventions. Hypoxia of fetus is often preceded or accompanied by the occurrence of birth defects. The lecture presents a classification and clinical signs of different types of birth trauma. Intracranial injury is the frequent and severe defect that implies intracranial hemorrhage and cerebral edema. The author presents leading ways of diagnosis of birth defects at early stage and highlights the treatment for each case of birth trauma. The prognosis depends on the severity of the injury and accompanying pathology. Most of the infants, that have birth trauma and get proper care and intensive therapy, survive. Some children with severe hypoxia and significant violation of the integrity of tissues and bloodcirculation have psychomotor delay, mental retardation, and spastic paralysis. The main way to reduce the incidence of birth injury is to prevent mechanical damage to the fetus during a labor. The lecture presents the key methods of birth trauma prevention.

**Keywords:** newborn baby, mechanical damage, injury, childbirth.