

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен(а) к защите

Зам. директора по УР

 Иванова М.Н.



АЛЕКСЕЕВА ТАТЬЯНА ЕГОРОВНА

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ
В РЕСПУБЛИКЕ САХА(ЯКУТИЯ)**

Выпускная квалификационная работа
По специальности 31.05.01. «Лечебное дело»

Студентка отделения «Лечебное дело»

Гр. ЛД 41

Руководитель – преподаватель педиатрии, к.м.н.

Алексеева Т.Е.

Степанова А.Д.

Якутск – 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА.....	5
1. Асфиксия.....	5
2. Родовая травма.....	11
3. Перинатальное повреждение ЦНС.....	22
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ	
2.1. Структура заболеваемости новорожденных	31
2.2. Санитарно просветительные работы среди беременных женщин по профилактике перинатальной патологии новорожденных.....	36
2.3. Практические рекомендации по профилактике заболеваний новорожденных.....	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	40
ВЫВОДЫ.....	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Согласно экспертам ВОЗ, состояние здоровья населения определяется на 50% — образом жизни; на 20% — окружающей средой; на 20% — наследственными факторами и лишь на 10% — уровнем развития медицинской науки и состоянием медицинской помощи.

Болезни новорожденных являются важной проблемой современной медицины. Этими заболеваниями страдают приблизительно 10% детского населения Земного шара. В России на диспансерном учете находится около 2 млн. человек. Согласно отчетам Министерства Здравоохранения Российской Федерации, в последние годы доля болезни новорожденных в России возросла с 12% до 16%.

Патология новорожденных является одной из актуальных проблем педиатрии. По статистическим данным различных стран заболевания новорожденных занимают 1-е место в структуре детской смертности, поэтому предупреждение патологии новорожденных - один из важнейших этапов в борьбе за снижение детской смертности.

В нашей стране много внимания уделяется, антенатальной охране плода, предупреждению заболеваний новорожденных, повышению качества обслуживания больных новорожденных и недоношенных детей. Здоровье новорожденного зависит от ряда факторов: состояния здоровья матери, течения родов, условий окружающей среды в постнатальном периоде, способа вскармливания и другие.

Показатели перинатальной смертности являются отображением качества работы медицинского персонала, поэтому с целью достижения оптимальных результатов очень важно уметь производить раннюю диагностику гипоксии плода, что, в свою очередь, является профилактикой такого осложнения, как асфиксия, родовые травмы, перинатальное повреждение ЦНС новорожденного.

Цель исследования: изучение анализа заболеваемости новорожденных в Республике Саха (Якутия)

Задачи исследования:

1. Изучить заболевания перинатального периода;
2. Провести анализ заболеваемости новорожденных РФ, РС(Я).
3. Определить роль медицинского персонала в ранней диагностике перинатальной патологии.

Объект исследования: структура заболевания новорожденных.

Предмет исследования: статистические данные по патологии новорожденных на основе показателей по РФ, РС(Я).

Гипотеза:

Современное развитие медицины, повышение технической оснащенности лечебных учреждений внедрение более совершенных технологических процессов, современного оборудования, аппаратуры, инструментария, применение новых лекарственных средств и освоение новых методов диагностики и лечения, несомненно, способно повысить роль медицинского персонала в ранней диагностике, лечении и профилактике патологии новорожденных.

Методы исследования:

работа с методической литературой и интернет-источниками, обработка статистических данных ЯРМИАЦ.

Практическая значимость: выполнение данного исследования позволяет углубить и расширить знания о патологии новорожденных. Профессиональные знания по диспансеризации беременных и обследования новорожденных, помогут, как можно раньше выявить патологию и предупреждение развития серьезных последствий нарушения ЦНС в дальнейшей реабилитации ребенка.

ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

1. Асфиксия

1.1 Асфиксия новорожденных - синдром, характеризующийся отдельными, неэффективными дыхательными движениями или их отсутствием при рождении у ребенка с наличием сердечной деятельности.

1.2. Этиология и патогенез.

Асфиксия может развиваться во время внутриутробного (антенатального) периода, во время родов (интранатально) или в послеродовом (перинатальном) периоде. Причиной асфиксии новорожденного является острая и хроническая внутриутробная кислородная недостаточность.

- Нарушение кровообращения у матери
- Нарушение маточного кровообращения
- Нарушение кровообращения в плаценте
- Нарушение кровообращения в пуповине
- Заболевания плода

Факторы:

Заболевания беременной, сопровождающиеся недостатком кислорода (анемия, пороки сердца, патология легких, токсикозы, нефропатия беременных); осложнения в родах (быстрые роды, роды в ягодичном и тазовом предлежании, затяжные роды, использование акушерских щипцов и вакуум экстрактора, аномалии плаценты, преждевременная отслойка плаценты, обвитие пуповины вокруг шеи ребенка); внутричерепная травма; иммунологическая несовместимость крови матери и плода; внутриутробное инфицирование; пороки развития плода; воздействие неблагоприятных факторов (токсических, экологических, алкоголя, никотина, лекарственных средств).

Независимо от причины кислородной недостаточности организм новорожденного переживает состояние шока, характеризующегося недостаточным кровоснабжением жизненно важных органов с последующей

перестройкой обменных процессов, гемодинамики и микроциркуляции, гипоксией тканей. При нарастании воздействия повреждающих факторов происходит срыв компенсации, что проявляется в еще более выраженной брадикардии, артериальной гипотонии, развитии коллапса. В организме плода увеличивается ацидоз, происходят выраженные изменения в крови, мембранах клеток, возникают нарушения электролитного баланса и синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Быстро нарастают изменения в ЦНС (гипоксическая энцефалопатия) и сердечно - сосудистой системе. У родившегося ребенка возникают дыхательные расстройства вплоть до прекращения дыхания.

Согласно Международной классификации болезней (МКБ) (Женева 1980 г) в зависимости от тяжести состояния ребенка при рождении выделяют асфиксию:

- легкую (7-6 бал.),
- среднюю(5-4 бал.),
- тяжелую(1-3бал.),

1.3.Клиника:

Асфиксия легкой степени: новорожденный делает первый вдох в течение 1-й минуты после рождения, но, отмечается умеренный цианоз кожных покровов, мышечный тонус снижен, рефлексы сохранены, брадикардия.

Асфиксия средней тяжести (синяя): общее состояние новорожденного тяжелое, дыхание ослаблено, крик слабый, кожа синюшная, преимущественно в области лица, кистей рук и стоп, мышечный тонус снижен, рефлексы угнетены. Характерны повторные кратковременные апноэ.

Асфиксия тяжелой степени (белая): общее состояние новорожденного крайне тяжелое, дыхание отсутствует или нерегулярное, кожные покровы цианотично-бледные или бледные с восковидным оттенком, мышечный тонус и рефлексы резко ослаблены или полностью исчезают: тоны сердца глухие, аритмичные, брадикардия до 60 в минуту, пуповина не пульсирует.

Первородный кал (меконий) отходит до рождения или во время родового акта.

Осложнения:

Выделяют две группы осложнений — ранние (развивающиеся в первые часы и сутки жизни), поздние (с конца первой недели жизни и позднее) .

1. Среди ранних - помимо поражений мозга (отек, внутрочерепные кровоизлияния, и др.), особенно часты гемодинамические (легочная гипертензия, сердечная недостаточность), почечные, легочные, желудочно-кишечные, геморрагические (анемия, тромбоцитопения, ДВС-синдром).

2. Среди поздних - доминируют инфекционные (пневмонии, менингит, сепсис) и неврологические (гидроцефальный синдром).

Шкала Апгар была предложена для оценки состояния новорожденного американским акушером Вирджинием Апгаром в 1950 году. Для принятия решения о начале реанимационных мероприятий достаточно оценить три основных показателя:

1. Характер дыхания.
2. Частоту сердечных сокращений.
3. Цвет кожных покровов.

1.4 Профилактика:

- Охрана репродуктивного здоровья девочки - будущей матери.
- Планирование беременности.
- Санация хронических очагов инфекции.
- Регулярное наблюдение в женской консультации во время беременности.
- Отказ беременной женщины от вредных привычек.
- Охрана труда беременной женщины.
- Своевременная госпитализация беременной при прогнозировании асфиксии.

1.5. Лечение.

Реанимация новорожденных с асфиксией:

Первый этап.

Первичная обработка новорожденного проводится всем новорожденным детям и должна длиться не более 20 секунд, она предполагает следующие мероприятия:

При рождении головки ребенка быстро отсосать содержимое изо рта и носа;

Отделить ребенка от матери;

Поместить ребенка под источник лучистого тепла и быстро, тщательно обтереть его теплой стерильной пеленкой;

Придать ребенку правильное положение (слегка запрокинуть головку, подложить под плечи валик);

Произвести оценку ребенка по трем жизненно важным критериям (дыхание, частота сердечных сокращений, цвет кожных покровов).

Оценка этих показателей дает необходимую информацию и определяет дальнейшую тактику.

Второй этап

- направлен на восстановление внешнего дыхания, ликвидацию гипоксемии и гиперкании. (проводят искусственную вентиляцию легких с помощью маски и дыхательного мешка. Для предотвращения осложнений, связанных с изменением давления, дыхательный мешок должен быть оснащен предохранительным клапаном или манометром. Объем дыхательного мешка составляет 500-750 мл. Первые 3-5 вдохов делают под давлением 30-35 см водного столба, последующие -20. Чаще для этого используют 60% кислородно-воздушную смесь).

Оценка эффективности вентиляции легких проводится на основании экскурсий грудной клетки, частоты сердечных сокращений, цвета кожных покровов.

При неэффективности вентиляции легких мешком и маской необходимо заподозрить развитие осложнений (обструкция дыхательных путей слизью, западение языка, переразгибание шеи, аспирация мекония).

Развитие данных осложнений является показанием для проведения эндотрахеальной интубации, (интубацию трахеи проводят с помощью

ларингоскопа, затем подключается аппарат ИВЛ. Одновременно целесообразно применение медикаментов, стимулирующих дыхание путем внутривенного введения налорфина, этимизола).

После проведения интубации оценка эффективности вентиляции легких проводится каждые 20-30 секунд, подсчет частоты сердечных сокращений ведется в течение 6 секунд. Если ЧСС в пределах 80-100 в минуту, ИВЛ продолжают до тех пор, пока ЧСС не возрастет до 100 в минуту, и не появятся спонтанные дыхательные движения.

При ЧСС меньше 80 в минуту переходят к третьему этапу реанимации.

Третий этап.

Третий этап реанимации предусматривает коррекцию гемодинамических и метаболических расстройств:

- непрямой массаж сердца проводится для улучшения кровотока и оксигенации,
- непрямой массаж сердца сопровождается проведением ИВЛ с маской и 100% концентрацией кислорода,
- непрямой массаж сердца вызывает сдавление сердца относительно позвоночника, повышение внутригрудного давления, выброс крови к жизненно важным органам.

Оценка эффективности непрямого массажа сердца проводится по ЧСС и цвету кожных покровов. Если в течение 60 секунд нет эффекта от массажа сердца, то сердечную деятельность стимулируют 0,01% раствором адреналина, который можно вводить эндотрахеально или в вену пуповины 0,1 мл на кг массы. Вслед за этим вновь оценивается цвет кожных покровов. Состояние микроциркуляции (симптом «белого пятна»). Если симптом «белого пятна» сохраняется три секунды и более, то переходят к инфузионной терапии.

Цель инфузионной терапии:

- стимуляция сердечной деятельности;

- улучшение микроциркуляции в тканях;
- коррекция кислотно-основного состояния.

Для восполнения объема циркулирующей крови и борьбы с гиповолемией применяют 5% раствор альбумина, изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера. Если через пять минут после начала этих мероприятий ребенок бледен или цианотичен и у него сохраняется брадикардия, то необходимо проводить коррекцию кислотно-основного состояния, для чего используют введение 4,2% раствора гидрокарбоната натрия 2-4мл.

Предосторожность Раствор гидрокарбоната натрия можно применять только при налаженной адекватной вентиляции легких, вводить медленно в течение 2-х минут.

Если ЧСС не достигла 100 в минуту через 30 секунд от начала введения, то необходимо повторно ввести адреналин, продолжить введение растворов для восполнения объема циркулирующей крови, проводить ИВЛ и массаж сердца. Если нет положительного эффекта, начинают введение допамина. В случае тяжелого состояния ребенка после проведения первичной реанимации и медленного восстановления жизненно важных функций, показан его перевод в отделение реанимации новорожденных.

Прогноз.

Определяется характером внутриутробного поражения, степенью тяжести и длительностью асфиксии. Прогностически неблагоприятным считается сохранение низких баллов по шкале Апгар (3 и менее) через 15-20 минут после рождения, появление судорог в первые часы жизни. Если через 20 минут у ребенка не появляется самостоятельное дыхание и сохраняется стойкая брадикардия, то вероятно тяжелое поражение мозга.

2. Родовые травмы.

2.1. Понятие и классификация.

Родовая травма — повреждения тканей и органов ребёнка, вызванные механическими силами во время родов, и целостная реакция на эти повреждения со стороны организма, сопровождающаяся нарушением компенсаторно-приспособительных механизмов.

Виды включают в себя:

1. Родовые травмы мягких тканей (кожи, подкожной клетчатки, мышц, родовая опухоль, кефалогематом).
 2. Родовые травмы костно-суставной системы (трещины и переломы ключицы, плечевых и бедренных костей; травматический эпифизеолиз плечевой кости, подвывих суставов, повреждение костей черепа.)
 3. Родовые травмы внутренних органов (кровоизлияния во внутренние органы: печень, селезенку, надпочечники).
 4. Родовые травмы центральной и периферической нервной системы у новорожденных.
- внутричерепная родовая травма (эпидуральные, субдуральные, субарахноидальные, интравентрикулярные кровоизлияния)
 - родовая травма спинного мозга (кровоизлияния в спинной мозг и его оболочки)
 - родовая травма периферической нервной системы (повреждение плечевого сплетения - парез/паралич Дюшена-Эрба или паралич Дежерин-Клюмпке, тотальный паралич, парез диафрагмы, повреждение лицевого нерва).

1. Эпидуральные кровоизлияния.

Такое внутричерепное кровотечение происходит у новорожденных детей, если повредились сосуды между костями черепа и твердой мозговой оболочкой. Явление наблюдается при повреждении костей свода черепа.

Его симптомами являются:

- на поврежденной стороне наблюдается расширение зрачка;
- замедление биение сердца;
- низкое артериальное давление;
- удушье;
- судороги.

Эпидуральные внутричерепные кровотечения у новорожденных детей характеризуются наличием в течение 3-6 часов спокойного промежутка, затем возникает синдром сдавливания головного мозга, и малышу резко становится хуже. Буквально через пару суток последствия самые плохие: он впадает в кому.

2. Субдуральные кровоизлияния

Такое внутричерепное кровотечение у новорожденных детей происходит при повреждении сосудов между мягкой и твердой оболочками мозга. Обычно они возникают, как следствие быстрых или затяжных родов очень крупного плода. В данном случае возможно повреждение и смещение пластин черепа. В настоящее время у новорожденных детей оно встречается достаточно редко, благодаря совершенной методике родов. От того, как быстро была диагностирована травма, установлены ее причины и начато лечение, зависят и ее последствия. Данный вид патологии способен привести к большой нагрузке на поверхность головного мозга, что в свою очередь ведет к развитию различных неврологических расстройств или повышенному в большой степени уровню в крови билирубина.

3. Субарахноидальные кровоизлияния

Субарахноидальное кровоизлияние - это наиболее распространенный вид кровоизлияния у новорожденных. Оно происходит обычно у недоношенных детей при разрыве сосудов в пространстве между паутинной оболочкой и веществом головного мозга. Их могут спровоцировать длительные роды с акушерским вмешательством. При такой патологии возникает воспаление

оболочек мозга, которое обычно вызывается продуктами распада осевшей на них крови.

4. Кефалогематома.

Кефалогематома – это кровоизлияние под надкостницу (соединительнотканную пленку, окружающую кость снаружи) костей черепа. Возникает при значительных расстройствах кровообращения в надкостнице (например, разрыв сосудов при травме черепа) и при переломах/трещинах костей черепа. Кровь скапливается под надкостницей и отслаивает ее.

Кефалогематома обнаруживается обычно через 1-2 дня после рождения, когда рассасывается родовая опухоль (отечность мягких тканей ребенка, которая образовалась при прохождении плода по родовым путям).

Симптомы:

- может появиться или увеличиться в размерах, став заметной (из-за медленного скопления излившейся крови под надкостницей) на 2-3 день жизни, после того как спадет родовая опухоль (припухлость тканей головы ребенка, которая возникает при прохождении по родовым путям матери).
- Внешне похожа на шишку, чаще в области темени (редко в области затылка, лба и висков). На ощупь упругая и мягкая, с плотным валиком у основания.
- Форма головы становится асимметричной (не симметричной) из-за образовавшейся шишки.
- На 10-20 день кожа над кефалогематомой приобретает желтоватый оттенок.

Формы

- очаговая: поднадкостничное возвышение, занимающее небольшой участок кости.
- распространенная: захватывает всю кость (чаще теменную), но не переходит границы швов.
- сочетание нескольких кефалогематом. Например, распространенная на правой теменной кости и очаговая на левой.

По размеру:

- небольшая (не больше 8 см) — рассасывается в течение 4-8 недель без лечения;

- большая — без лечения может оксифицироваться (окостенеть).

Причины:

Механические травмы.

Со стороны ребенка:

- травма при прохождении ребенка по родовым путям из-за несоответствия размера плода и таза матери;
- при неправильном положении ребенка в утробе матери (тазовое, поперечное, лицевое предлежание);
- при быстрых родах и у первородящих (в 7 раз чаще, чем у повторнородящих).

Со стороны матери: имеет значение возраст матери (старше 35).

Диагностика

- анализ анамнеза и жалоб заболевания (спрашивают родителей, как проходили роды, состояние ребенка после рождения, через какое время была обнаружена шишка на голове).
- общий осмотр: асимметрия головы из-за шишки, упругой на ощупь.
- ультразвуковое исследование (определяют распространенность кефалогематомы и исключают дефект костей).

Лечение кефалогематомы:

- При небольших кровоизлияниях (не более 8 см) лечение обычно не требуется.
- Ребенка наблюдают, иногда назначают витамин К, который повышает свертываемость крови (чтобы прекратить подсачивание крови под надкостницу и увеличение размеров кефалогематомы).
- Но при больших размерах кефалогематом кровь из них удаляется с помощью двух специальных игл, после чего накладывается давящая повязка.

Осложнения и последствия:

- Анемия (снижение уровня гемоглобина в крови), которая может развиться из-за потери крови.
- Желтуха (повышение содержание билирубина в крови, который легко проникает в кожные покровы и другие ткани, окрашивая их в желтый цвет).
- Нагноение (признаки: покраснение кожи над кефалогематомой и повышение температуры тела) — возникает при повреждении кожи над кефалогематомой и попадании в нее инфекции, а также при наличии других воспалительных процессов у ребенка.
- Оссификация (окостенение) кефалогематомы, из-за чего происходит деформация черепа. Окостенение происходит при отсутствии своевременного лечения. В случае оссификации (окостенения) кефалогематомы ее иссекают хирургическим путем (делают разрез, удаляют окостеневшую часть кефалогематомы).

Профилактика:

Профилактика возможна со стороны беременной женщины:

- сохранение здоровья будущей матери (ведение здорового образа жизни, отказ от лекарств, которые могут негативно влиять на плод);
- аккуратное и бережное ведение родов, правильный подбор способа родоразрешения (при несоответствии размеров головки и таза (большая головка плода и узкий таз роженицы) рекомендуется кесарево сечение).

5. Родовые травмы внутренних органов.

Являются относительно редким видом травм. Связаны в первую очередь с определенными физическими воздействиями на плод во время ведения родов. Следует сказать, что причинами функциональных расстройств внутренних органов могут быть родовые травмы как центральной, так и периферической нервной системы. В этом случае происходит нарушение функционирования внутренних органов, а их анатомическое строение остается неизменным. Наиболее часто

кровоизлияние происходит в печень, селезенку и надпочечники. В своем развитии травма внутренних органов имеет скрытый период (длится до 2-х суток после рождения). Затем наступает период проявления травмы.

Он выражается в резком расстройстве состояния ребенка, появляются общие симптомы постгеморрагической анемии, нарушение функционирования внутреннего органа, в котором образовалась гематома. Такие резкие изменения связаны с разрывом гематомы и снижением компенсаторной функции гемодинамики в ответ на постоянную потерю крови.

Диагностика:

- ультразвуковое исследование внутренних органов;
- рентгенологическое исследование внутренних органов.

Печень.

Считается наиболее часто повреждаемым внутренним органом (за исключением головного мозга) в процессе родов. Повреждение печени связано с положением плода (во время родов голова плода оказывает давление на печень в случае тазового предлежания).

Также имеется ряд предрасполагающих факторов, к которым относятся гепатомегалия, коагулопатии, большие размеры плода, внутриутробная асфиксия. В случае проведения ребенку сердечно-легочной реанимации, при неправильном выполнении массажа сердца может травмироваться печень. При разрыве печени происходит формирование гематомы, которая в первые сутки может никак не проявляться до момента ее разрыва.

Однако заподозрить травму печени можно по неспецифическим признакам, таким как плохой аппетит, слабая активность, появление бледности и желтушности кожных покровов, нарушение сердечного ритма.

При диагностике можно пропальпировать гематому в виде плотного образования в области правого подреберья. При наличии большой гематомы в общем анализе крови будет отмечаться анемия. Если травма печени

своевременно не диагностирована, то это может привести к разрыву гематомы в брюшную полость и в результате — развитие шока и смертельный исход. Поэтому выявление травмы печени необходимо на более ранних этапах. В тех случаях, когда произошел разрыв печени, требуется хирургическое лечение.

Селезенка.

Разрыв селезенки является частым осложнением разрыва печени. Разрыв селезенки может привести к летальному исходу. Поэтому при подозрении на травму печени или уже при подтвержденном диагнозе необходимо проводить обследование и селезенки.

Для лечения применяют как посиндромную терапию, так и гемостатическую.

По показаниям выполняют хирургическое вмешательство.

Кровоизлияние в надпочечники.

Является частой травмой, когда плод находится в тазовом предлежании.

Причинами кровоизлияния могут быть гипоксия, стресс, травма, инфекция. Однако более точные причины в настоящее время не установлены.

Диагностировать кровоизлияние возможно на 5-й неделе жизни рентгенологическим методом, когда гематома надпочечника уже кальцифицирована. Таким образом, можно сделать вывод, что кровоизлияние в надпочечники не является столь тяжелой травмой, как травма селезенки и печени. Но в случае массивного кровоизлияния нередки летальные исходы. Поэтому при подозрении на кровоизлияние необходимо провести ультразвуковое исследование. В случае благоприятного исхода у ребенка в дальнейшем может развиваться хроническая надпочечниковая недостаточность.

6. Травма спинного мозга.

Это результат воздействия механических факторов при патологическом течении родов, приводящих к кровоизлиянию, растяжению, сдавлению и разрывам спинного мозга на различных уровнях.

Позвоночник и его связочный аппарат у новорожденных более растяжимы, чем спинной мозг, который сверху фиксирован продолговатым мозгом и корешками плечевого сплетения. Поэтому повреждения чаще всего обнаруживают в нижнешейном и верхнегрудном отделах, т.е. в местах наибольшей подвижности и прикрепления спинного мозга.

Следует помнить, что спинной мозг при родовой травме может быть разорван, позвоночник цел и при рентгенологическом обследовании патология не обнаруживается.

Клиника:

- вялость;
- адиномия;
- мышечная гипотония;
- арефлексия;
- диафрагмальное дыхание;
- слабый крик;
- рефлекс отдергивания;
- потливость.

Диагноз устанавливают на основании сведений об акушерском анамнезе (роды в тазовом предлежании), клинических проявлений, результатов обследования с помощью ядерно-магнитного резонанса, электромиографии. Травма спинного мозга может сочетаться с повреждением позвоночника, поэтому необходимы проведение рентгенографии предполагаемой области поражения, исследование цереброспинальной жидкости.

7. Травма периферической нервной системы.

Парез плечевого сплетения возникает в результате травмы корешков C_V — T_{II} , частота его составляет от 0,5 до 2 на 1000 живых новорожденных. Травма плечевого сплетения (акушерский парез) отмечается преимущественно у детей с большой массой тела, рожденных в ягодичном и ли ножном предлежании. Основной причиной травмы являются акушерские пособия, оказываемые при запрокидывании верхних конечностей плода, затрудненном выведении плечиков и головки.

Парез диафрагмы (синдром Кофферата)- ограничение функции диафрагмы в результате поражения корешков C_{III} — C_V диафрагмального нерва при чрезмерной трактации в родах.

Парез диафрагмы может быть одним из симптомов врожденной миотонической дистрофии.

Клиника:

- одышка;
- учащенное, нерегулярное дыхание;
- повторные приступы цианоза;
- выбухание грудной клетки на стороне пареза.

Парез лицевого нерва – травматическое повреждение в родах ствола или ветвей лицевого нерва. Возникает в результате сжатия лицевого нерва, при переломах височной кости.

Клиника:

- асимметрия лица, особенно при крике;
- расширение глазной щели (лагофтальм или «заячий глаз»);
- угол рта опущен;
- рот сминут в здоровую сторону;
- затруднен процесс сосания.

Травма пояснично-крестцового сплетения – возникает в результате поражения корешков L_{II}—L_{IV} и L_{IV}—S_{III} при трактации в ягодичном предлежании, встречается редко.

Травма седалищного нерва у новорожденных происходит в результате неправильного проведения внутримышечных инъекция в ягодичную область, а также при введении растворов глюкозы, аналептиков, кальция хлорида в пупочную артерию, в результате чего возможно развитие спазма или тромбоза нижней ягодичной артерии, которая снабжает кровью седалищный нерв.

2.2. Этиология:

- ягодичные и другие аномальные положения плода,
- макросомия (крупный плод), переносимость,
- затяжные или стремительные роды ,
- большие размеры головки плода,
- недоношенность,
- олигогидроамнион (маловодие),
- аномалии развития плода,
- увеличение ригидности родовых путей (немолодые первородящие, избыток витамина D во время беременности),
- акушерская помощь.

Факторы риска:

- диспропорции между головкой ребенка и тазом матери,
- быстрые и стремительные роды,
- затяжные роды,
- аномальное положение плода,
- разгибательные вставления головки,
- акушерский поворот,
- наложение щипцов и вакуум-экстракция плода,
- ускорение и стимуляция родов,

2.3 Клинические проявления:

1. поражение ЦНС (общие и очаговые симптомы),
2. поражение внутренних органов (недостаточность: дыхательная, сердечная, сосудистая, надпочечниковая),
3. метаболические нарушения (гемодинамические, водносолевого обмена),
4. нарушение иммунитета.

1.4 Профилактика:

- регулярное посещение акушера-гинеколога во время беременности, своевременная постановка на учет в женскую консультацию (до 12 недели беременности);
- четкое выполнение указаний акушера и врача акушера-гинеколога во время родов;
- психологическая подготовка к родам, посещение курсов подготовки к родам, обучение навыкам правильного дыхания и расслабления в родах;
- своевременное и достаточное лечение инфекционно-воспалительных заболеваний репродуктивной системы и сопутствующих заболеваний органов и систем организма;
- отказ от вредных привычек;
- правильное питание (исключение соли, жареных, копченых, консервированных продуктов, употребление свежих овощей и фруктов, растительных масел и. т.д.).

1.5 Лечение:

- *хирургическое вмешательство* (ушивание разрывов, вагинопластика, экстирпация матки, фистулопластика).
- антибактериальная терапия.
- обработка швов, влагалищные ванночки с антисептиками — в послеродовой период.

- тщательная гигиена раны после каждой дефекации и мочеиспускания.

1.6 Осложнения и последствия:

- разрывы малых и больших половых губ, тканей преддверия влагалища, влагалища;
- разрыв шейки матки;
- разрыв промежности;
- образование рубцов, свищей;
- опущение или выпадение половых органов;
- нарушение половой функции (диспареуния – боль при половом акте);
- кровотечение;
- несостоятельность мышц тазового дна;
- эктропион (выворот слизистой шейки матки наружу);
- развитие гнойно-воспалительных осложнений, вплоть до развития сепсиса (попадание инфекции в кровь), перитонита (распространение инфекционного процесса на брюшину и брюшную полость);
- длительная потеря трудоспособности и инвалидность;
- удаление (экстирпация) матки.

3. Перинатальные повреждения ЦНС.

3.1 Перинатальные повреждения - объединяют различные по своему происхождению поражения головного мозга, возникающие в антенатальном периоде, в периоде родов и постнатальном периоде.

Классификация:

- I. гипоксические поражения ЦНС, при которых основным повреждающим фактором является недостаток кислорода;
- II. травматические поражения, в этом случае ведущим повреждающим фактором является механическое повреждение тканей центральной

нервной системы (головного и спинного мозга) в родах и в первые минуты и часы жизни ребенка;

III. дисметаболические и токсико-метаболические поражения, при этом основным повреждающим фактором являются нарушения обмена веществ в организме ребенка во внутриутробном периоде;

I группа перинатальных поражений ЦНС.

Прежде всего, нужно сказать, что гипоксические поражения ЦНС встречаются наиболее часто. Причинами хронической внутриутробной гипоксии плода являются:

- заболевания беременной (диабет, инфекция, анемия, повышение артериального давления и др.);
- многоводие;
- маловодие;
- многоплодная беременность;

Причинами острой гипоксии (т.е. возникающей во время родов) являются:

- нарушения маточно-плацентарного кровообращения при преждевременной отслойке плаценты;
- тяжелые кровотечения;
- замедление кровотока при сжатии головы плода в родах в полости малого таза;

Длительность и выраженность гипоксии, и, соответственно, степень поражения ЦНС определяются степенью токсикоза, обострением у матери во время беременности сопутствующих заболеваний, особенно сердечно-сосудистой системы. ЦНС плода наиболее чувствительна именно к нехватке кислорода. При хронической внутриутробной гипоксии запускается целый ряд патологических изменений (замедление роста капилляров головного мозга, увеличение их проницаемости), которые способствуют развитию тяжелых расстройств дыхания и кровообращения в родах (это состояние

называется асфиксией). Таким образом, асфиксия новорожденного при рождении в большинстве случаев является следствием гипоксии плода.

2 группа перинатальных поражений ЦНС.

Травматический фактор играет основную роль в повреждениях спинного мозга. Как правило, здесь имеют место травмирующие плод акушерские пособия (акушерские пособия — это ручные манипуляции, которые осуществляет принимающие роды акушерка с целью облегчения выведения головки и плечиков плода) при большой массе плода, суженном тазе, неправильном вставлении головы, тазовом предлежании, неоправданное применение приемов защиты промежности (приемы защиты промежности направлены на сдерживание быстрого продвижения головы плода по родовым путям; с одной стороны, это предохраняет промежность от чрезмерного растяжения, с другой — увеличивается время пребывания плода в родовых путях, что, при соответствующих условиях, усугубляет гипоксию), чрезмерные повороты головы при ее выведении, тяга за голову при выведении плечевого пояса.

Порой такие травмы возникают даже при проведении кесарева сечения с так называемым "косметическим" разрезом (горизонтальный разрез на лобке по линии роста волос и соответствующий горизонтальный разрез в нижнем сегменте матки), как правило, недостаточным для щадящего выведения головы ребенка. Кроме того, медицинские манипуляции в первые 48 часов (например, интенсивная искусственная вентиляция легких), особенно с маловесными недоношенными, также могут приводить к развитию перинатальных поражений ЦНС.

3 группа перинатальных поражений ЦНС.

К группе нарушений обмена веществ относятся такие метаболические нарушения, как алкогольный синдром плода, никотиновый синдром, наркотический абстинентный синдром (то есть нарушения, развивающиеся

вследствие отмены наркотиков, а также состояния, обусловленные действием на ЦНС вирусных и бактериальных токсинов или введенных плоду или ребенку лекарственных препаратов.

4 группа перинатальных поражений ЦНС.

В последние годы фактор внутриутробного инфицирования приобретает все большее значение, что объясняется более совершенными методами диагностики инфекций. В конечном итоге, механизм повреждения ЦНС во многом определяется видом возбудителя и тяжестью заболевания.

3.2 Этиология:

- Соматические заболевания матери с явлениями хронической интоксикации;
- Острые инфекционные заболевания или обострение хронических очагов инфекции в организме матери в период беременности;
- Нарушение питания и общая незрелость беременной женщины;
- Наследственные заболевания и нарушения обмена веществ;
- Патологическое течение беременности (ранние и поздние токсикозы, угроза прерывания беременности и);
- Вредные воздействия окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка (ионизирующее излучение, токсические воздействия, в том числе при применении различных лекарственных веществ, загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов и промышленными отходами);
- Патологическое течение родов (стремительные роды, слабость родовой деятельности) и травмы при применении родового пособия;
- Недоношенность и незрелость плода с различными нарушениями его жизнедеятельности в первые дни жизни.

Факторы риска:

1. Антенатального периода:

- внутриутробные инфекции;
- обострения хронических заболеваний будущей матери с неблагоприятными изменениями метаболизма;
- интоксикации;
- действие различных видов излучения;
- генетическая обусловленность.

Имеет большое значение и невынашивание беременности, когда ребенок рождается недоношенным или биологически незрелым вследствие нарушения внутриутробного развития. Незрелый же ребенок в большинстве случаев еще не готов к процессу родов и при родовых нагрузках получает значительные повреждения.

Необходимо обратить внимание на то, что в первом триместре внутриутробной жизни закладываются все основные элементы нервной системы будущего ребенка, а формирование плацентарного барьера начинается лишь с третьего месяца беременности. Возбудители таких инфекционных заболеваний, как токсоплазмоз, хламидиоз, листереллез, сифилис, сывороточный гепатит, цитомегалия, проникнув через незрелую плаценту из организма матери, глубоко повреждают внутренние органы плода, и в том числе формирующуюся нервную систему ребенка. Эти повреждения плода на данной стадии его развития генерализованные, но в первую очередь страдает центральная нервная система. В последующем, когда плацента уже сформировалась и достаточно эффективен плацентарный барьер, воздействия неблагоприятных факторов уже не приводят к формированию пороков развития плода, но могут вызвать преждевременное рождение, функциональную незрелость ребенка и внутриутробную гипотрофию.

2. Интранатального периода:

- длительный безводный период;

- отсутствие или слабая выраженность схваток и неизбежная в этих случаях стимуляция;
- недостаточное раскрытие родовых путей;
- стремительные роды;
- применение ручных родовспомогательных приемов;
- кесарево сечение;
- обвитие плода пуповиной;
- большая масса тела и размеры плода.

Группой риска в отношении интранатальных повреждений являются недоношенные дети и дети с малой или слишком большой массой тела. Необходимо отметить, что интранатальные повреждения нервной системы в большинстве случаев не касаются непосредственно структур головного мозга, но их последствия в дальнейшем постоянно влияют на деятельность и биологическое созревание развивающегося мозга.

3. Постнатального периода.

- нейроинфекции;
- травмы.

3.3 Диагностика:

1. Ультразвуковая:

- Эхоэнцефалография -ЭХО-ЭГ

Метод ультразвуковой диагностики, основанный на свойстве ультразвука отклоняться на границе раздела с различной плотностью. Метод позволяет оценить величину третьего желудочка мозга, вентрикулярного индекса и амплитуды пульсаций. Одномерная эхоэнцефалография широко применяется в различных медицинских учреждениях, в том числе и детских, для определения смещения срединных структур головного мозга, при подозрении на внутричерепное кровоизлияние и расширение соответствующих отделов ликворных путей мозга.

- Нейросонография - НСГ

Современный, безопасный метод визуализации головного мозга, позволяющий через открытый большой родничок, швы, наружный слуховой проход или глазницу оценить состояние ткани головного мозга, образований передней, средней, задней черепных ямок и ликворных пространств, может применяться как скрининг-метод при подозрении на интракраниальное (внутричерепное) повреждение головного мозга. С помощью нейросонографии описывается структура и эхогенность (эхоплотность) мозгового вещества, размеры и форма ликворных пространств мозга и оцениваются их изменения.

Метод позволяет определить наличие отека мозговой ткани, сдавления и дислокации структур головного мозга, пороков развития и опухолей центральной нервной системы, повреждения мозга при черепно-мозговых травмах.

При повторном (динамическом) проведении нейросонографического исследования возможна оценка динамики ранее выявленных структурных изменений ткани мозга и ликворных путей.

- Допплерография

Метод основан на способности ультразвукового сигнала при прохождении через движущуюся среду изменять свою частоту и отражаться от этой среды и позволяет оценить величину кровотока в интрацеребральных сосудах (сосудах головного мозга) и экстрацеребральных сосудах и отличается высокой точностью при окклюзионных процессах.

2. Рентгенографические методы исследования:

- Компьютерная томография - КТ

Компьютерная томография - метод исследования, основанный на последовательном сканировании органов и частей тела человека рентгеновским лучом и последующим восстановлением изображения получаемых срезов. Широко используемый у детей старшего возраста и во взрослой практике метод визуализации макроструктурных изменений

центральной нервной системы (кровоизлияния, кисты, опухоли) достаточно проблематично использовать у детей раннего возраста в связи с необходимостью проведения наркоза (для достижения обездвиженности ребенка).

- Магнитно-резонансная томография - МРТ

Магнитно-резонансная томография - метод исследования, позволяющий оценить не только нарушение макроструктуры исследуемого органа, но и состояние и дифференцировку ткани мозга, выявить очаги повышенной и пониженной плотности и признаки отека головного мозга.

- Позитронно-эмиссионная томография - ПЭТ

Позитронно-эмиссионная томография - позволяет определить интенсивность метаболизма в тканях и интенсивность мозгового кровотока на различных уровнях и в различных структурах центральной нервной системы.

3.4 Клиника:

1. Синдромы острого периода:

- повышенной нервно-рефлекторной возбудимости;
- общего угнетения (вялость, адинамия);
- гипертензионный;
- гипертензионно-гидроцефальный;
- судорожный;
- коматозное состояние.

2) Синдромы восстановительного периода:

- астено-невротический;
- вегетативно-висцеральных дисфункций;
- двигательных нарушений;
- гидроцефальный.

Задержка ПМР и предречевого развития:

- с преобладанием нарушением статико-моторных функций,
- с преобладанием нарушения психики.

Профилактика:

Профилактика перинатальных поражений мозга может быть первичной и вторичной.

Первичная профилактика подразумевает укрепление здоровья будущих родителей, плановое наблюдение за беременными женщинами, чтобы как можно раньше выявить нарушения течения беременности, грамотное родовспоможение (в том числе плановое кесарево сечение при высоком риске родового травматизма).

Вторичная профилактика – это предотвращение неблагоприятных для ребёнка последствий перинатальной патологии, проведение комплексного лечения и эффективное восстановление его здоровья.

3.5 Лечение:

Лечение начинается с проведения реанимационных мероприятий в родзале и продолжается в палате интенсивной терапии. В острый период лечение направлено на ликвидацию отека мозга и кровотечения, создание щадящего режима.

Лечебные мероприятия включают:

- дегидратацию (маннитол, лазикс);
- противосудорожную терапию (седуксен, дропе-ркдол, фенobarбитал);
- укрепление сосудистой стенки (глюконат кальция, аскорбиновая кислота);
- нормализацию обменных процессов в нервной ткани и повышение устойчивости головного мозга к гипоксии (глюкоза, АТФ, липоевая кислота, глутаминовая кислота).
- проводится посиндромная терапия: борьба с дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью, судорогами, гипертермией.
- проводится рассасывающая терапия и стимуляция трофических процессов в нервных клетках (витамины группы В, церебролизин, алоэ).
- применяют ноотропные препараты (пирацетам, аминалон, пантогам).

Глава 2. ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ

В структуре заболеваемости в РФ и РС(Я) ведущие места занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, внутриутробная гипоксия-40%, асфиксия при родах-15%, врожденные anomalies-25%.

В РС (Я) с целью выявления врожденной патологии, несовместимой с жизнью и способствующей инвалидизации детей, в НЦМ-РБ1 в рамках проекта «Здоровье» проводится диагностика УЗ-аппаратами, реанимационные и инвазивными методами, наблюдение узкими специалистами, обследования, клинические анализы и т.п.

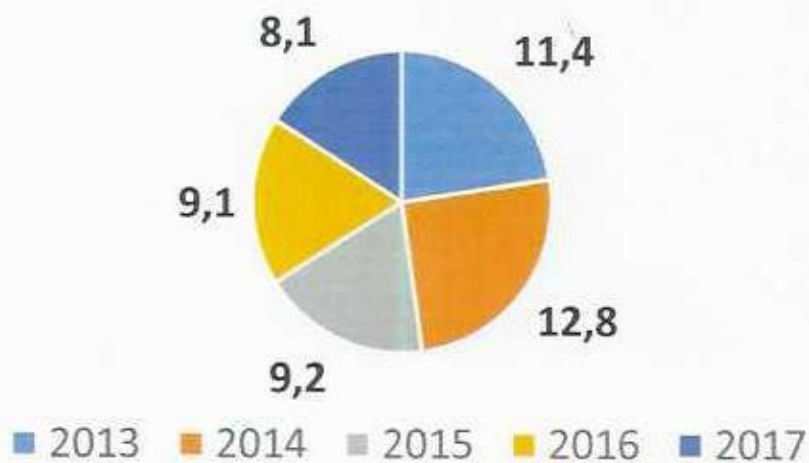
Анализ структуры заболеваемости новорожденных

За период 2014-2016 годов снизились показатели материнской и младенческой смертности на 36,2% (с 25,4 до 16,2 на 100 тыс. родившихся живыми) и 21% (с 11,0 до 7,4 на 1000 родившихся живыми) соответственно. В 2016 году показатель материнской смертности снизился и составил 11,5 на 100000 родившихся живыми.

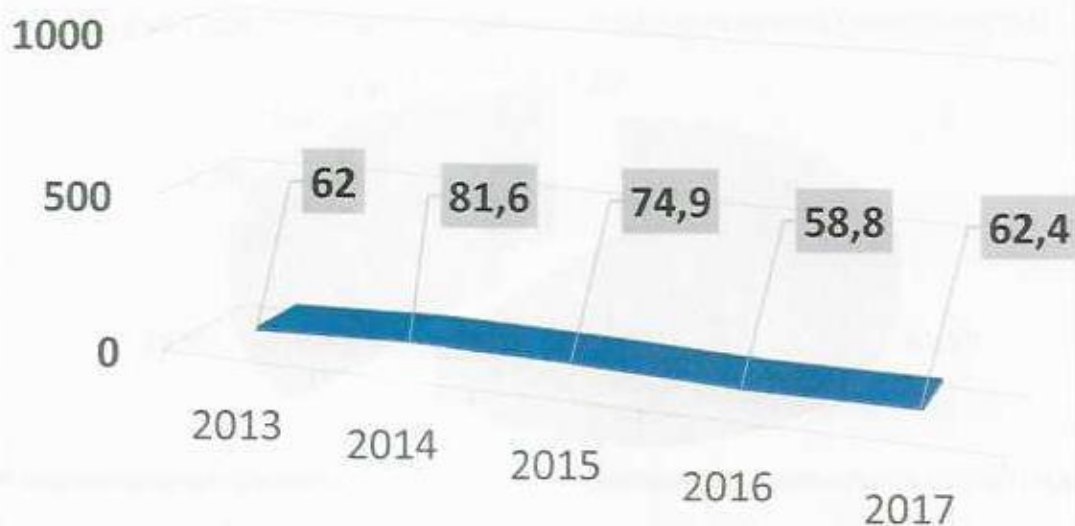
2.1. Структура заболеваемости новорожденных



Показатели родовой травмы за 5 лет



Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах



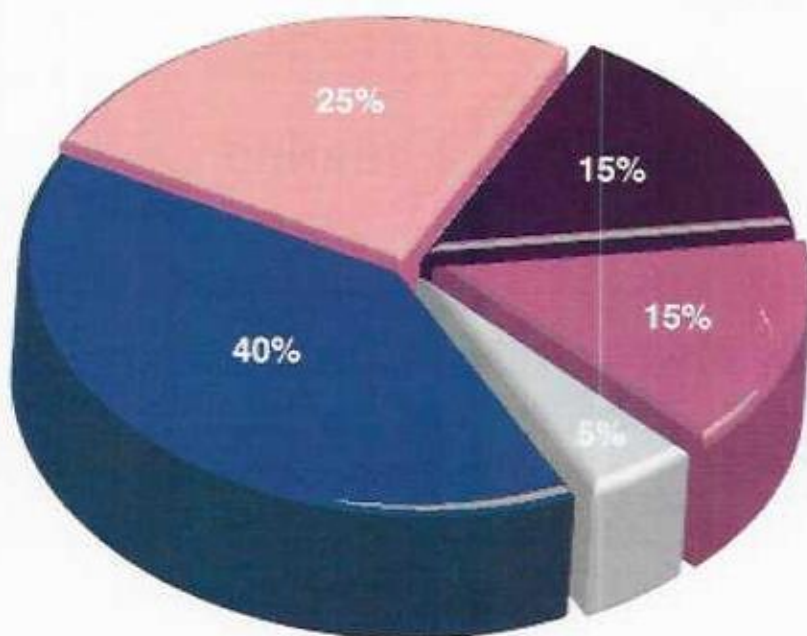
**Респираторные нарушения у новорожденных,
возникшие в перинатальном периоде –
тенденция к увеличению**



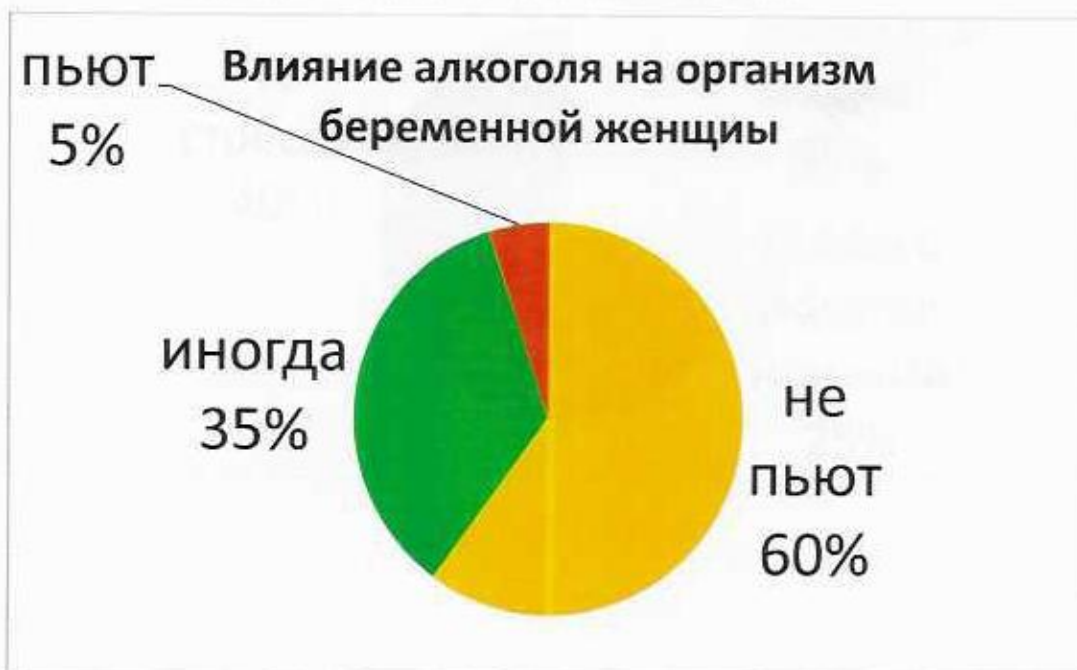
Структура основных причин младенческой смертности



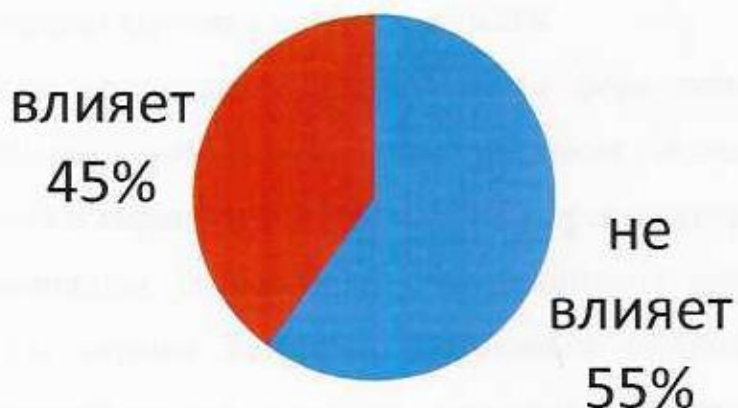
Структура перинатальных патологий



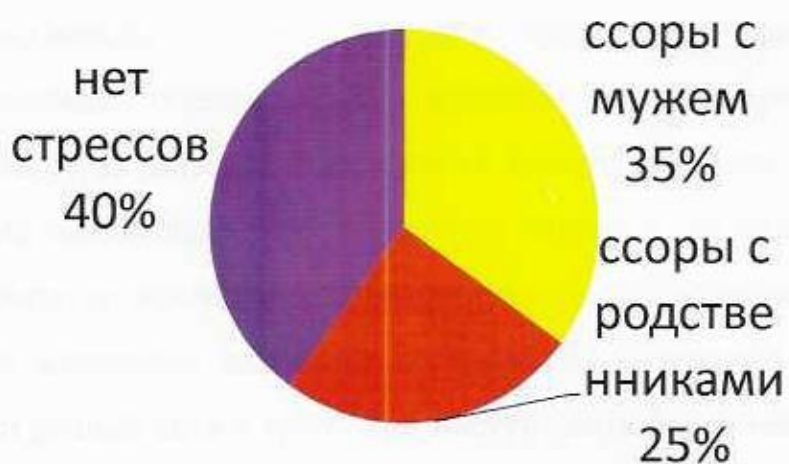
- Дыхательные расстройства
- Асфиксия
- Врожденные аномалии
- Инфекции
- Внутрижелудочковые и субарахноидальные кровоизлияния



Влияние курения на организм беременной женщины



Влияние стрессов на организм беременной женщины



2.2 Санитарно-просветительные работы среди беременных женщин по профилактике перинатальной патологии новорожденных.

Система санитарно-просветительской работы среди населения в направлении охраны здоровья матери и ребенка.

Санитарное просвещение направлено на формирование у населения знаний и навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития ребенка и охраны его здоровья; для охраны генеративной функции мужчины и женщины, оздоровления их организмов еще до наступления беременности и охраны здоровья беременных и матерей. Санитарное просвещение способствовало принятию супругами грамотных с медицинской точки зрения решений в отношении деторождения.

Санитарно-просветительская работа среди женщин проводилась дифференцированно среди лиц репродуктивного возраста и старшей возрастной группы, подразделяясь в каждой из них на работу с тремя подгруппами: здоровые лица, составляющие «группы риска», больные гинекологическими заболеваниями.

В группе женщин репродуктивного возраста программа включала пропаганду здорового образа жизни и материнства; планирование семьи и медико-генетическую информацию в целях предупреждения врожденных и наследственных заболеваний; профилактику гинекологических заболеваний и предупреждение не планируемой беременности; разъяснение вреда аборта для организма женщины, важности регулярного посещения гинеколога и необходимости ранней явки к врачу при наступлении беременности.

Дифференцированно велась работа с женщинами, обратившимися к акушеру-гинекологу с целью прерывания беременности. При отсутствии показаний для прерывания беременности проводили активную работу не только с женщиной, но и с мужем по предупреждению аборта, используя при этом всевозможные формы работы и средства пропаганды.

В программу санитарного просвещения больных гинекологическими заболеваниями дополнительно вводились рекомендации, направленные на формирование навыков, способствующих скорейшему выздоровлению и препятствующих возникновению рецидивов заболевания. Кроме того, освещались вопросы планирования семьи с учетом специфики экстрагенитального заболевания женщины и объясняется важность оздоровления организма женщины до наступления беременности.

Программа санитарного просвещения женщин старших возрастных групп содержала анатомо-физиологические особенности женщины в периоды климакса и менопаузы; вопросы гигиены женщины в эти периоды жизни; гигиенические рекомендации по профилактике гинекологических и онкологических заболеваний.

Санитарно-просветительская работа с беременными и родильницами направлена на формирование у них адекватного гигиенического поведения и навыков, необходимых для благоприятного течения и исхода беременности и родов, послеродового периода, создания оптимальных условий вскармливания и ухода за новорожденным. Оно проводится в течение всей беременности (с момента взятия на учет) и послеродового периода в форме индивидуальных бесед и занятий в школе материнства. Занятия организуются дифференцированно в зависимости от сроков беременности (I, II, III триместры беременности и послеродовой период) и включают вопросы, касающиеся анатомо-физиологических особенностей организма женщины и плода в различные сроки и гигиены женщины в этот период (включая правила личной гигиены, половой жизни, двигательного режима, диеты.); значения регулярного посещения врача для благополучного течения и исхода беременности.

Практические рекомендации по профилактике заболеваний новорожденных

На физическое развитие новорожденных достоверное влияние оказывают такие социально-гигиенические и медико-биологические характеристики, как вес ребенка при рождении, гестационный возраст, длина тела новорожденного, грудное вскармливание в период пребывания в роддоме, число посещений женской консультации, окружность головы, курение во время беременности, число беременностей, возраст отца и матери, осложнения при беременности; группа здоровья новорожденного в наибольшей степени достоверно зависит от гестационного возраста, грудного вскармливания, пола ребенка, полноценности питания, заболеваний матери при беременности, оценки разницы окружности головы и груди, числа выкидышей у матери, оценки роста ребенка, материального положения семьи, срока первого посещения женской консультации, веса, роста ребенка, желанности беременности.

Для прогнозирования физического развития достаточно использовать гестационный возраст, число беременностей, число посещений женской консультации, заболевания при беременности, течение родов; для прогнозирования группы здоровья новорожденных - гестационный возраст, полноценность питания, желанность беременности, заболевания при беременности, течение родов. Оптимальным вариантом для построения прогностических моделей является использование линейных регрессионных уравнений. Предложенные модели показали их эффективность и определила возможность использования для прогнозирования физического развития новорожденных и группы их здоровья.

Профилактика нарушений течения беременности, родов и состоянии здоровья новорожденных должна включать: соблюдение беременными здорового образа жизни; дифференцированный подход к динамическому диспансерному наблюдению за беременными с учетом медико-биологических и социально-гигиенических факторов риска.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Результаты комплексного социально-гигиенического исследования течения беременности, родов и состояния здоровья новорожденных показывают необходимость дальнейшего совершенствования лечебно-

профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в условиях реформирования системы здравоохранения.

2. Для совершенствования лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным необходим индивидуальный подход с учетом особенностей как социально-гигиенических, так и медико-биологических характеристик и состояния здоровья новорожденных, особенно в условиях дефицита бюджетного финансирования деятельности учреждений родовспоможения.

3. Выявленные в процессе исследования социально-гигиенические и медико-биологические факторы риска состояния здоровья новорожденных могут быть использованы для индивидуального моделирования и прогнозирования нарушений состояния здоровья новорожденных, что, в свою очередь, требует создания компьютерно-ориентированной информационной базы данных для мониторинга за изменением медико-социальных характеристик новорожденных с момента взятия их на диспансерный учет в детской поликлинике и своевременного проведения индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий.

4. Для прогнозирования нарушений течения беременности, родов и состояния здоровья новорожденных целесообразно использовать регрессионные модели, описывающие взаимосвязь между нарушениями состояния здоровья новорожденных и их социально-гигиеническими и медико-биологическими характеристиками.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), перинатальным периодом называют период от 28-й недели внутриутробной жизни плода по 7-е сутки жизни новорожденного. Принято считать показателем жизнеспособности срок беременности 28 недель, массу тела плода 1000 г, длину тела плода 35 см. Из детей, родившихся живыми и умерших на 1-й неделе, более 40% умирают в 1-е сутки жизни, менее 25% - спустя 3 сут.

Исход родов для плода зависит от возраста матери, а также числа предшествующих родов. Возраст женщины 20 лет -24 года является наиболее благоприятным для первых родов, дети рождаются крепкими, вполне доношенными, что объясняется отсутствием у большинства матерей этого возраста серьезных заболеваний и абортс. Для вторых родов оптимальным является возраст женщины 25 -29 лет. При первых родах в возрасте старше 30 лет и при вторых родах старше 35 лет увеличивается риск перинатальной патологии.

Профессиональные знания по диспансеризации беременных и обследования новорожденных, помогут, как можно раньше выявить патологию и предупреждение развития серьезных последствий нарушения ЦНС в дальнейшей реабилитации ребенка – подтверждена.

ВЫВОДЫ

1. Патология новорожденных является одной из актуальных проблем педиатрии. По статистическим данным различных стран заболевания новорожденных занимают 1-е место в структуре детской смертности. Согласно отчетам Министерства Здравоохранения Российской Федерации, в последние годы доля болезни новорожденных в России возросла с 12% до 16%.
2. Показатели перинатальной смертности являются отображением качества работы медицинского персонала, поэтому с целью достижения оптимальных результатов очень важно уметь производить раннюю диагностику гипоксии плода, что, в свою очередь, является профилактикой такого осложнения, как асфиксия, родовые травмы, перинатальное повреждение ЦНС новорожденного.
3. Санитарно-просветительская работа с беременными и родильницами направлена на формирование у них адекватного гигиенического поведения и навыков, необходимых для благоприятного течения, исхода беременности и родов, послеродового периода, создания оптимальных условий вскармливания и ухода за новорожденным. Оно проводится в течение всей беременности (с момента взятия на учет) и послеродового периода в форме индивидуальных бесед и занятий в школе материнства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ежова Н. В. Педиатрия : Высшая школа, 1997 – 51 стр.
2. Неотложная помощь в педиатрии / Справочник под ред. Ю. Е. Вельтищева и Б. А. Кобринского. М.: Медицина, 2001 – 72 стр.
3. Сергеевой К. М., Сергеевой О. К., Москвичева О. К., Педиатрия: пособие для врачей и студентов К. М.– СПб: 2004 – 258с.
4. Сестринское дело в педиатрии. Лютикова О. К., Москва «АНМИ» 2005г
5. Цыбульский Э. К. Угрожающие состояния у детей. Экстренная врачебная помощь. Справочник. – 3-е изд., испр. и доп. - СПб.: СпецЛит, 2003 – 53 стр.
6. Власюк В.В. — Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения-2009 г.
7. Хирургические болезни детского возраста (под ред. Ю.Ф. Исакова, 2004 г.
8. В.А. Неговский, В. Л. Кассиль, Г.М. Савельева, М. В. Федорова (реанимация новорожденных) 2004г-45стр.
9. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/neonatal-birth-trauma>
10. <http://udoktora.net/disease/rodovaya-travma-vnutrennih-organov/>
11. <http://mamainfo.com.ua/beremennost-i-rody/travmy-vnutrennix-organov>
12. http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/27039
13. <http://lookmedbook.ru/disease/rodovaya-travma>
14. http://www.tanar.ru/rekomendacii/2014/04/15/rekomendacii-1_215.html
15. <http://www.dissercat.com/content/mediko-sotsialnye-aspekty-sostoyaniya-zdorovya-novorozhdennykh-i-puti-profilaktiki-ikh-zabol>

**Программа санитарно – просветительной работы
с беременными и матерями**

Занятие № 1. Жизнь до рождения.

- ✓ краткие сведения о строении и функционировании половой системы;
- ✓ женские и мужские половые клетки;
- ✓ зарождение новой жизни;
- ✓ факторы риска беременности;
- ✓ медицинское наблюдение за развитием беременности.

Занятие № 2. Гигиенические правила в период беременности.

- ✓ изменение стиля жизни;
- ✓ питание-как важный фактор для правильного развития беременности;
- ✓ личная гигиена;
- ✓ психо-эмоциональное состояние во время беременности.

Занятие № 3. Подготовка к « родам без страха».

- ✓ календарные сроки наступления родов;
- ✓ предвестники родов;
- ✓ подготовка к поступлению в родильный дом;
- ✓ управление родов;
- ✓ рождение ребенка и первые часы после родов;
- ✓ лечебная гимнастика в послеродовом периоде.

Рекомендуемые наборы продуктов для беременных женщин

Оптимальный среднесуточный набор продуктов питания для беременных женщин (г, брутто), полностью обеспечивающий их физиологические потребности в пищевых веществах и энергии.

Продукты	Количество
Хлеб пшеничный	120
Хлеб ржано-пшеничный	100
Мука пшеничная	15
Крупы, бобовые, макаронные изделия	60
Картофель	200
Овощи разные, зелень	500
Фрукты	300
Сок фруктовый	150
Фрукты сухие	20
Сахар	60
Кондитерские изделия	20
Мясо, птица	170
Рыба	70
Молоко, кефир и др. кисломолочные продукты 2,5% жирности	500
Творог 4 — 9% жирности	50
Сметана 10% жирности	15
Масло сливочное	25
Масло растительное	15
Яйцо диетическое, шт	½
Сыр твердый	15
Чай	1
Кофе	3

Соль йодированная	5
<i>Химический состав наборов</i>	
Белки, г	96
в т.ч. животные, г	60
Жиры, г	90
в т.ч. растительные, г	23
Углеводы, г	340
Энергетическая ценность, ккал	2556



e

Памятка для беременной женщины!

1. Не поднимать ничего тяжелого.
2. Не применять лекарственных наркотических средств.
3. Контролировать регулярность мочеиспусканий.
4. Не прыгать, не ездить верхом на велосипеде и мотоцикле.
5. Стараться быть эмоционально уравновешенной.
6. Не смотреть на страшные и тяжелые картины в кино, так как все это через нервную систему отражается на ребенке.
7. Не носить корсеты и тугие пояса, так как может привести к кислородному голоданию плода.
8. Для сна выбирать позу на боку (не лежать на спине) побольше ходить, заниматься легкой физической работой, возможно плавание, чтобы облегчить роды.
9. Со второй половины беременности не иметь половых отношений, так как сокращение матки отражается на нервах ребенка.
10. Помнить! Что регулярный контроль анализа мочи, необходим для предупреждения тяжелых гестозов во второй половине беременности.

Помнить о приеме препаратов кальция и железа по назначению, (для крепких зубов мамы, правильного формирования скелета ребенка и профилактики анемии).