

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ  
В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ  
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051502  
Улахович Олеси Евгеньевны

Научный руководитель  
преподаватель О.М. Гричук

Рецензент  
Главная медицинская сестра  
ОГБУЗ «Детская областная клиническая  
больница»  
Т.Н. Киреева

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Общая характеристика патологии.....	7
1.2. Этиология заболевания .....	8
1.3. Клиническая характеристика.....	12
1.4. Организация лечебно-профилактической помощи и ухода за новорожденными с перинатальным поражением центральной нервной системы.....	14
<b>ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ .....</b>	<b>21</b>
2.1 Анализ статистических показателей здоровья новорожденных и распространенности перинатальных поражений.....	21
2.2. Социологическое исследование «Организация и проведение профилактики перинатального поражения центральной нервной системы». .	26
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>41</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>43</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ .....</b>	<b>44</b>

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Одним из наиболее часто встречаемых патологических состояний периода новорожденности и грудного возраста является перинатальное поражение центральной нервной системы. Данную патологию отмечают примерно у 11% всех новорожденных. Также, от общего числа болезней периода новорожденности и грудного возраста 70% приходится именно на данное заболевание.

По данным многочисленных исследований определено, что между частотой мозговых нарушений и массой тела новорожденного существует негативная взаимосвязь - риск кровоизлияний в мозг и ранняя детская смертность более вероятны при низкой массе тела, поэтому данная патология широко распространена у недоношенных детей, особенно глубоко недоношенных и новорожденных с экстремально низкой массой тела.

Ведущим проявлением перинатального поражения центральной нервной системы является гипоксически-ишемическое поражение мозга (50-60%). Частота распространенности данного проявления по различным данным варьируется от 1,6 до 8 на 1000 новорожденных и грудных детей. Однако, нечеткость критериев для дифференцировки переходных состояний от нормы к патологии, неврологической нормы от патологии и переходных состояний от нормы к патологии относительно новорожденных не позволяет установить истинность распространенности данного проявления.

Опираясь на многочисленные исследования в направлении профилактики перинатального поражения нервной системы, особенно важным фактором, требующим внимания со стороны педиатрической службы, являются неблагоприятные исходы данного заболевания: высокая заболеваемость и смертность детей раннего возраста, тяжелые нарушения нервно-психического развития и инвалидизация в различных периодах детства.

В настоящее время на фоне существенного снижения перинатальной заболеваемости и смертности не наблюдается параллельного снижения частоты неврологических расстройств у детей. По данным Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), у 10% детей различных возрастов можно диагностировать нервно-психические заболевания. Большая часть из них связаны с перинатальными поражениями мозга и этиологически уходят своими корнями в прогенез, анте- и перинатальный периоды жизни.

Кроме того, наблюдается дефицит подходов в области ранней диагностики, профилактики и терапии перинатального поражения центральной нервной системы. Существуют проблемы в оценке факторов риска данной патологии и степени угрозы для центральной нервной системы плода и новорожденного. Одними из главных причин, оказывающих влияние на развитие нервной системы, являются гемодинамические нарушения, формирующиеся под действием различных факторов и влекущие за собой необратимые структурные повреждения мозга.

Следовательно, первостепенное выявление неблагоприятных факторов риска и прогностических критериев развития перинатального поражения центральной нервной системы гипоксически - ишемического генеза имеет актуальность и значимость. Это позволит своевременно выделять беременных высокого риска для проведения дифференцированных лечебных и профилактических мероприятий и уменьшить частоту неврологической патологии у детей.

Таким образом, проблема распространенности и исходов перинатального поражения центральной нервной системы является не только медицинской, но и социальной. При этом, особое значение в нашей стране эта проблема приобретает на фоне невысокого уровня рождаемости [5, с. 135].

**Цель исследования:** определение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в организации и проведении профилактики перинатального поражения центральной нервной системы.

**Объект исследования:** родильницы и новорожденные в отделении патологии новорожденных Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

**Предмет исследования:** профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике перинатального поражения центральной нервной системы.

**Задачи исследования:**

1. Провести теоретический анализ литературы и данных по проблеме распространенности перинатального поражения центральной нервной системы.
2. Определить особенности лечебно-профилактической помощи беременным, новорожденным и детям грудного возраста при данной патологии.
3. Исследовать статистические данные распространенности перинатального поражения центральной нервной системы.
4. Провести социологическое исследование среди родильниц в отделении патологии новорожденных Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» по результатам которого разработать рекомендации по совершенствованию мероприятий профилактики перинатального поражения центральной нервной системы.

**Методы исследования:**

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломной работы;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- статистический анализ - обработка информационного массива;
- социологические – анкетирование, интервьюирование.

**Теоретическая значимость дипломной работы** заключается в рассмотрении современных этиопатологических и клинических данных распространенности перинатального поражения центральной нервной системы, оказания лечебно - профилактической помощи и сестринского ухода за детьми с данной патологией.

**Практическая значимость** – в ходе проведенного статистического анализа и социологического исследования рассмотрены причины и высокая распространенность возникновения перинатального поражения центральной нервной системы, определены мероприятия повышения эффективности профилактики данной патологии.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

## 1.1. Общая характеристика патологии

Перинатальное поражение нервной системы (родовая травма центральной нервной системы, внутричерепная родовая травма) - это глубокие патоморфологические изменения в головном мозге, в виде кровоизлияний (внутричерепные кровоизлияния) и деструкции ткани (гипоксически - ишемическая энцефалопатия). Данные изменения влияют на плод в течение беременности и родов, приводят к возможному развитию различных заболеваний нервной системы как в раннем детстве (период грудного возраста, ясельного), так и в более старших детских возрастах [1, с.76].

Существует множество терминов, применяемых к характеристике данного заболевания, вследствие отсутствия единой терминологии перинатальных поражений центральной нервной системы. Чаще неонатологи и педиатры применяют термины «перинатальная энцефалопатия», «нарушение мозгового кровообращения», «церебральная дисфункция», «гипоксически - ишемическая энцефалопатия» и другие. Отсутствие единой терминологии связано с тем, что клиническая картина при различных механизмах поражения головного мозга однотипна, что обусловлено незрелостью нервной ткани новорожденного и ее склонностью к генерализованным реакциям в виде отёчно-геморрагических и ишемических явлений, проявляющихся в виде общемозговых расстройств.

Классификация перинатального поражения нервной системы предусматривает выделение периодов действия вредного фактора и доминирующего этиологического фактора. Поэтому в течении рассматриваемой патологии выделяют следующие периоды заболевания:

- острый – длительностью 7-10 дней, иногда до 1 месяца у глубоко недоношенных новорожденных;

- ранний восстановительный – протекает до 4-6 месяцев жизни ребенка;

- поздний восстановительный – самый продолжительный - до 1-2 лет;

- период остаточных явлений [1, с. 79].

Современная классификация перинатальных поражений основана на причинах и механизмах, приводящих к нарушениям в работе центральной нервной системы. Согласно этой классификации, выделяют четыре группы перинатальных поражений центральной нервной системы: гипоксические поражения; травматические поражения; дисметаболические и токсико-метаболические поражения; поражение при инфекционных заболеваниях перинатального периода. Также необходимо отметить, что часто неонатологи сталкиваются с сочетанием нескольких факторов, поэтому данное разделение в известной степени условно.

Таким образом, в настоящий момент перинатальное поражение центральной нервной системы – достаточно распространенная патология, которая диагностируется у 5-55% малышей. Случаи тяжелых форм заболевания встречается у 1-10% детей, которые появились на свет в назначенный срок. Чаще рассматриваемая патология наблюдается у недоношенных, глубоко недоношенных и детей с экстремально низкой массой тела.

## **1.2. Этиология заболевания**

Среди причин перинатального поражения центральной нервной системы ведущее место занимает внутриутробная и интранатальная гипоксия плода. Второе по значимости место принадлежит фактору механической травматизации ребенка в процессе родов – как правило, в сочетании с той или иной выраженностью, предшествующей внутриутробной гипоксии. Также в структуру этиопатогенетических факторов перинатальной патологии включают

инфекционные (в том числе вирусные) и токсико-метаболические варианты поражения нервной системы [2, с. 430].

Более подробно рассмотрим данные этиопатологические факторы.

***Внутриутробная и интранатальная гипоксия плода.*** Гипоксия плода (кислородное голодание) – состояние, возникающее в организме плода и новорожденного вследствие кислородной недостаточности [2, с. 432].

К кислородной недостаточности плода и новорождённого приводит, прежде всего, большое количество осложнений во время беременности и родов, а также причин, не связанных с беременностью. Все причины, вызывающие антенатальную, интранатальную и перинатальную гипоксию плода, можно условно разделить на пять групп:

- 1 группа - связана с патологией плаценты: аномалии развития и прикрепления, предлежания и отслойка плаценты, травмы, кровоизлияния, опухоли, инфекционные поражения плаценты и др.;

- 2 группа - патология пуповины: аномалии развития, перекрут пуповины, истинные узлы пуповины и др.;

- 3 группа - обусловлена патологией плода: резус - сенсбилизация, задержка внутриутробного развития, внутриутробные инфекции, пороки развития, генетические заболевания и др.;

- 4 группа - осложнённое течение беременности и родов; наибольшую долю в этой группе составляют гестозы и длительная угроза прерывания беременности. К другим, не менее важным причинам, относят: анемию беременных, нефропатии, антифосфолипидный синдром, внутриутробное инфицирование, перенашивание, многоводие и маловодие, многоплодную беременность, преждевременные роды, слабость родовой деятельности, дискоординацию родовой деятельности, затяжные роды;

- 5 группа - обусловлена хронической патологией у беременных: сердечно-сосудистые заболевания (ревматизм, пороки сердца, нейроциркуляторная дистония и др.), эндокринные заболевания (сахарный диабет, патология щитовидной железы, ожирение и др.),

хронические заболевания почек, лёгких, печени, крови, онкологические заболевания [4, с. 210].

Необходимо определить то, что все вышеперечисленные причины приводят к маточно-плодово-плацентарной недостаточности – основному патогенетическому фактору развития хронической гипоксии.

Хроническая гипоксия плода в некоторых случаях может быть обусловлена влиянием, так называемых экзогенных факторов, возникающих в условиях пониженного парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе (районы высокогорья, Крайнего Севера и т.д.) [3, с. 119].

Причинами развития острой гипоксии плода служат ситуации, которые вызывают быстрое прекращение поступления кислорода в организм: выпадение пуповины, тугое обвитие пуповины вокруг шеи, тугой перекрут пуповины, острое маточное кровотечение, предлежание и преждевременная отслойка плаценты в родах, аномальное предлежание плода, преждевременные роды и другие.

Оценку степени тяжести гипоксии проводят по шкале Вирджинии Апгар (Virginia Apgar). Шкала оценки состояния новорожденного на первых минутах жизни была впервые представлена на XXVII Конгрессе анестезиологов в 1952 году. Шкала представляет систему критериев (5 показателей) оценки состояния новорождённого, каждый показатель оценивают по трехбалльной системе (0-1-2 балла) (Табл. 1) [5, с. 47].

Таблица 1

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла
1	2	3	4
Характер дыхания	Нет дыхания	Медленное или нерегулярное	Хорошее, крик громкий и требовательный
Состояние рефлексов (реакция на носовой катетер)	Нет реакции	Гримаса плача	Кашель, чихание или плач
Тонус мышц	Слабый	Сгибание рук и ног	Активные движения

1	2	3	4
Цвет кожи	Синюшный, бледный	Тело розовое, конечности синюшные	Розовый
Сердцебиение	Отсутствует	ЧСС менее 100 в минуту	ЧСС более 100 в минуту

Оценку по шкале Апгар новорожденному обычно проводят дважды: на первой минуте жизни и через пять минут после рождения. Здоровый новорождённый имеет оценку 8-10 баллов [12, с. 13].

**Механическая травматизация** в процессе родов возникает из-за несоответствия размеров ребенка и родовых путей матери, и в результате воздействия на плод во время родов механических факторов. В большинстве случаев причиной для родовой травмы являются акушерские пособия (применение акушерских щипцов, «выдавливание» и др.). К механическим формам родовых травм относятся:

- родовая опухоль,
- кефалогематома (кровоизлияние под надкостницу черепной кости),
- кровоизлияния в мышцы,
- перелом костей,
- повреждения нервов.

С целью профилактики развития перинатального поражения ЦНС в перинатальном периоде необходимо своевременно определять и минимизировать факторы риска родовых травм:

- со стороны ребенка - крупный плод, диабетическая фетопатия, аномалии положения плода (лицевое, теменное и тазовое предлежание, поперечное положение), переносная беременность, пороки развития плода (внутриутробная гидроцефалия) и другие;

- со стороны матери - слабость родовой деятельности, «пожилой» возраст, аномалии таза (узкий или рахитически плоский таз, экзостозы (костное или костно-хрящевое разрастание неопухолевого характера на поверхности кости), перенесенные травмы с повреждением костей таза).

### ***Основное повреждающее воздействие инфекционного агента (вируса)***

характеризуется воспалительными изменениями у ребенка в виде менингита; менингоэнцефалита; энцефалита; вентрикулита.

К токсическим факторам относится воздействие на плод алкоголя, курения, наркомании, неблагоприятной экологической обстановки.

К наследственным факторам относятся различные формы эпилепсии, нервно-мышечные болезни, моногенные опухоли центральной нервной системы, болезни, характеризующиеся нарушением развития нейронов и их миграции [7, с. 113].

Таким образом, на основании вышеизложенного, можем сделать вывод о многообразии этиологических факторов, приводящих к клиническим проявлениям рассматриваемой патологии.

### **1.3. Клиническая характеристика**

Клиническая картина перинатального поражения ЦНС характеризуется не только общемозговыми, но и очаговыми симптомами поражения центральной нервной системы. Также повреждение может быть и со стороны внутренних органов малыша. Часто бывает, что дети с внутричерепной травмой рождаются с асфиксией или на 3-5 день жизни появляется вторичная асфиксия. Следует обратить внимание на то, что в некоторых случаях, внутриутробные повреждения центральной нервной системы в первые дни жизни новорожденного проявляются слабо и распознаются лишь к концу 1-ой недели и позже [6, с. 552].

Острый период поражения центральной нервной системы выражается в виде синдрома гипервозбудимости или синдрома угнетения.

Такие симптомы как: судороги, постанывание, двигательное беспокойство, монотонный крик, повышенный мышечный тонус, тремор рук и подбородка, свидетельствуют о развитии синдрома гипервозбудимости.

Синдром угнетения проявляется снижением всех жизненных функций, гипо- и адинамией, мышечной гипотонией, подавлением или отсутствием физиологических рефлексов у новорожденного.

Спастические парезы и параличи, симптом «заходящего солнца», напряженный взор, нистагм, асимметрия лица, мышечного тонуса, рефлексов относятся к очаговым признакам повреждения мозга.

Родовая травма центральной нервной системы наиболее часто сочетается с синдромом дыхательных расстройств и изменениями сердечно - сосудистой системы. Неустойчивый аппетит вплоть до анорексии, срыгивания или рвота, парез кишечника – симптомы гипоксического повреждения со стороны пищеварительной системы [6, с. 481].

В раннем восстановительном периоде у ребенка формируются астеноневротический, гипертензионный или гидроцефальный синдромы, характеристика проявлений которых представлена в таблице. 2).

Таблица 2

Характеристика синдромов перинатального поражения ЦНС в раннем восстановительном периоде

Астеноневротический синдром	Гипертензионный синдром	Гидроцефальный синдром
- повышенная возбудимость; - двигательные нарушения (мышечная гипо- или гипертония)	- повышенная возбудимость центральной нервной системы; - общая гипертензия с повышением внутричерепного давления; - темпы роста окружности головы не превышают верхней границы нормы.	- избыточная секреция ликвора или нарушение его всасывания; - рост головы превышает физиологическую норму (более 2 см ежемесячно в первом квартале жизни); - расхождение швов черепа; - выраженная венозная сеть на голове; - увеличение большого родничка; - повышенная возбудимость - глазные симптомы.

Для описания в клиническом диагнозе раннего восстановительного периода применяют термин «энцефалопатия». Истинная тяжесть поражения головного мозга наиболее четко определяется в позднем восстановительном

периоде. Неблагоприятным прогнозом является наличие симптома дряблых плеч, перекреста нижних конечностей и задержка психофизического развития.

В периоде остаточных явлений наиболее тяжелым исходом повреждений головного мозга являются детский церебральный паралич, гидроцефалия, эпилепсия. Практически всегда, дети, перенесшие родовую травму центральной нервной системы, страдают в дальнейшем головными болями [8, с. 333].

#### **1.4. Организация лечебно-профилактической помощи и ухода за новорожденными с перинатальным поражением центральной нервной системы**

Оказание лечебно-профилактической помощи новорожденному при перинатальном поражении ЦНС чаще начинается с реанимации и интенсивной терапии в первые часы и дни жизни ребенка. В первую очередь помощь направлена на коррекцию метаболических нарушений и системных соматоформных расстройств (дыхательных, сердечно - сосудистых, почечных и других). Обязательно необходимо создать оптимальные условия для выхаживания малыша.

Все лечебно-профилактические мероприятия делятся на 2 группы: медикаментозные и немедикаментозные. Немедикаментозные включают в себя физические, психолого-педагогические и социально-организационные методы.

Наряду с восстановлением нормального газообмена, большое внимание в постреанимационном периоде, уделяется поддержанию оптимального температурного режима, постоянства артериального давления и сердечной деятельности, созданию адекватного диуреза, поддержанию гомеостаза новорожденного и профилактике инфекционных осложнений. Поэтому, медицинская сестра должна создать комфортные условия для ребенка в палате интенсивной терапии, поддерживать оптимальный температурный режим, правильное и комфортное положение в кроватке, используя теплое стерильное

белье. Важно соблюдать асептику и антисептику с целью профилактики внутрибольничной инфекции.

Температура воздуха в палате не должна быть ниже 24°C, при необходимости, ребенок выхаживается в условиях кувеза. Положение ребенка в кроватке должно быть удобным, головной конец приподнят, слегка на боку (профилактика аспирации), рекомендуется придание ребенку эмбриональной позы с помощью «гнезда» [11, с. 189].

Уход за ребенком должен быть максимально щадящим: все манипуляции выполняются бережно, желательно в кроватке, при необходимости выполнения инвазивных процедур – адекватное обезболивание. Необходимо соблюдение тишины, так как в ответ на резкий звук происходит повышение, как системного артериального давления, так и давления в сосудах мозга, что может привести к геморрагическим осложнениям или усилить уже имеющиеся. Для защиты новорожденного от воздействия света рекомендуется затемнение окон, использование ламп с приглушенным светом, «покрытия» на инкубатор.

Медицинская сестра обязательно проводит мониторинг состояния ребенка: регистрировать частоту и характер дыхания, частоту сердечных сокращений, показатели артериального давления, отмечать наличие возбуждения или сонливости, судорог, срыгиваний, рвоты, анорексии, появление патологических рефлексов и неврологических симптомов.

Вопрос о вскармливании решается индивидуально в зависимости от тяжести состояния ребенка, однако, режим голода не должен превышать 6–8 часов. При невозможности энтерального питания назначается парентеральное с одновременным интрагастральным введением сначала раствора глюкозы, а затем грудного молока. Необходимым условием рациональной тактики ведения ребенка в этот период и оценки эффективности лечения является проведение мониторинга (динамической оценки) состояния жизненно важных функций [10, с. 556].

Медицинская сестра, при осуществлении специализированного ухода за ребенком постоянно ведет учет объема и состава получаемой жидкости

(питание, инфузионная терапия), контролирует массу тела, проводит термометрию каждые два часа.

Одним из патогенетических звеньев, ведущих к гипоксически - ишемическим нарушениям у новорожденных, перенесших асфиксию, является снижение перфузии органов, что может вести за собой не только их транзиторную дисфункцию, но и тяжелые структурные нарушения. Для поддержания адекватного кровообращения используется инфузионная терапия, направленная на восстановление и поддержание объема циркулирующей крови, восстановление оптимального диуреза, поддержание сердечной деятельности [10, с. 504].

В качестве инфузионных растворов используют: 0,9% раствор хлорида натрия; 10% раствор глюкозы; 5% альбумин; свежезамороженную плазму из расчета 10–15 мл/кг массы. При необходимости (опасность развития кардиогенного шока) назначается допамин в дозе от 0,5 до 20 мкг/кг/мин.

По потребности (выявляется при динамическом биохимическом контроле) проводится коррекция содержания глюкозы и электролитного баланса (K, Na, Mg, Ca).

Введение анальгина и димедрола с целью обезболивания, прикладывание пузыря со льдом к голове следует исключить из клинической практики, так как они являются потенциально опасными методами лечения. Эффективность применения в первые часы и дни жизни вазоактивных и ноотропных препаратов не доказана.

В первые дни жизни всем детям проводится гемостатическая терапия (викасол 1% – 0,1 мл/кг/сутки в/м 2–3 дня, дицинон 12,5% – 0,5–1 мл в/в или в/м). Также рассматривается возможность применения антифибринолитических препаратов [10, с. 457].

При сочетанных ишемически - геморрагических поражениях центральной нервной системы накоплен положительный опыт использования блокатора кальциевых каналов (ниматопа – препарат назначается в дозе 15 мг/сутки в 3 приема в течение 30–45 дней, перорально, начиная с 5–7 дня жизни).

При наличии судорожного синдрома на фоне отека мозга требуют назначения фенобарбитал 5–8 (до 20) мг/кг в сутки в 2–3 приема внутривенно или перорально.

Дети с гипоксическими поражениями центральной нервной системы, начиная с 7–10 дня жизни, а по некоторым данным только с конца 2-й недели, нуждаются в назначении препаратов, улучшающих мозговой кровоток и метаболизм нервной ткани. Более раннее назначение вазоактивных препаратов недостаточно оправдано, так как гипоксическим нарушениям у новорожденных свойственна стадийность нарушения церебральной гемодинамики: на 2-й неделе жизни отмечается значительное усиление кровотока в бассейнах передней и среднемозговой артерий (так называемая «постишемическая гиперемия») с последующей стойкой ишемией, начиная с 3-й недели жизни. При назначении вазоактивных препаратов целесообразно ориентироваться на данные нейро-, соно- и доплерографии, а также ведущий клиниконеврологический синдром.

Из препаратов, улучшающих мозговой кровоток, наиболее часто используются кавинтон (винпоцетин) 0,005, циннаризин 0,025 - по ¼ таблетки 2 раза в день, курс лечения 3–4 недели [9, с. 500].

В качестве средств, улучшающих обмен мозговой ткани, могут быть использованы также витамин В<sub>6</sub> (пиридоксин), 5% раствор 0,1–0,3 мл внутримышечно 10–15 инъекций или перорально по 0,002 1 раз в сутки 10–14 дней; Магне-В<sub>6</sub> – ¼-½ таблетки 2 раза в день 2–4 недели; корилип – ½ таблетки 1 раз – 20–30 дней. Доказана эффективность применения L-карнитина в препарате элькар – 75–100 мг/кг в сутки в 2 приёма не менее 30 дней.

При наличии грубых изменений центральной нервной системы проводится рассасывающая терапия, которая строго противопоказана при наличии судорог в анамнезе. В качестве рассасывающих препаратов используются церебролизин по 0,3–0,5 мл внутримышечно, 15–20 инъекций на курс, липоцеребрин, в таблетках по 0,125–0,25 г 1 раз в день в течение 3–4 недель [8, с. 140].

Наряду с препаратами общего действия во все периоды заболевания проводится посиндромная терапия.

Большое влияние на исход патологического процесса, особенно при наличии двигательных нарушений, миотоническом и других синдромах, оказывают немедикаментозные методы терапии, среди которых ведущее место имеют физические методы реабилитации:

- массаж – общий, локальный, точечный, сегментарный;
- физические упражнения – рефлекторные, пассивные, активные;
- упражнения в воде – рефлекторные, пассивные, активные;
- подводный массаж;
- ванны с настоями и отварами трав;
- лечение положением - использование специальных укладок;
- кинезиотерапия по методу Войты; моделирование невесомости с помощью метода сухой иммерсии;
- физиотерапевтические процедуры, из которых наиболее часто используются тепловые процедуры (аппликации парафина или озокерита на шейный отдел, конечности); электрофорез, чаще всего со спазмолитиками (эуфиллин, папаверин, никотиновая кислота) на шейный отдел или вдоль позвоночника по методике А.Ю. Ратнера.

Физические воздействия подбираются индивидуально в зависимости от ведущего клинико-неврологического синдрома, степени зрелости ребенка и периода заболевания. При отсутствии противопоказаний физиотерапевтические процедуры могут быть назначены с 7–10 дня жизни, массаж и упражнения в воде – с 14–20 дня жизни. Минимальный курс занятий составляет 15 процедур [8, с.79].

**Профилактика.** По многочисленным современным исследованиям определено, что профилактические мероприятия необходимо начинать еще на этапе планирования беременности: санировать все ранее диагностированные инфекционные заболевания; провести вакцинацию по медицинским показателям; отказаться от вредных привычек – бросить курить, перестать

употреблять алкогольные напитки и наркотики; пройти полное обследование у узких специалистов; нормализовать гормональный фон [1, с. 66].

Беременной женщине необходимо внимательно относиться к своему самочувствию и состоянию здоровья. Во многих случаях это помогает предупредить возможные проблемы. Будущей маме необходимо чаще бывать на свежем воздухе, правильно питаться, наладить режим сна и отдыха.

К сожалению, от проблем в родах не застрахован никто, поэтому в случае постановки такого диагноза новорожденному не стоит отчаиваться. Своевременно начатое лечение призвано не допустить развития тяжелых последствий. Профилактические мероприятия по предотвращению последствий должны начинаться с самого рождения, пока восприимчивость мозга еще очень высока.

Методы вторичной профилактики обращены на состояние здоровья новорожденного в последующие возрастные периоды, а именно предотвращение негативных последствий перинатальных поражений, а также на выполнение комплексного лечения малыша и восстановление его организма.

Родителей необходимо обучить уходу за проблемным ребенком в домашних условиях. Они должны знать первые признаки обезвоживания, повышения внутричерепного давления и уметь оказывать самостоятельно доврачебную помощь при рвоте, судорогах и других неотложных состояниях.

Также следует убедить родителей в обеспечении динамического наблюдения за ребенком врачами: педиатром, неврологом, психоневрологом и другими специалистами. Контролировать регулярное проведение ребенку курсов восстановительной терапии, уровня интеллектуального развития, правильно оценивать его способности и возможности. В период бодрствования стимулировать психическую и двигательную активность ребенка, поощрять игровую деятельность, в соответствии с возрастом и состоянием подбирать игры и игрушки.

Дальнейшее лечение ребенка с тяжелым поражением центральной нервной системы должно быть комплексным, длительным и этапным. Нужно

как можно раньше заняться социальной адаптацией ребенка, по возможности развивать его увлечения, хобби. Обязательно необходимо проконсультировать родителей по вопросам прохождения врачебно-экспертной комиссии с целью оформления документов для получения пособия по инвалидности.

Таким образом, на основании проведенного теоретического анализа по проблеме распространенности перинатального поражения центральной нервной системы мы сделали следующие выводы:

- предупреждению развития хронической гипоксии плода и асфиксии новорожденного, а также неонатальной заболеваемости и смертности способствует своевременная диагностика и правильно организованные лечебно-профилактические мероприятия беременным;

- на данный момент рассматриваемая патология остается крайне актуальной, так как занимает ведущее место в структуре перинатальной и неонатальной смертности и заболеваемости, приводя к тяжелым последствиям, особенно со стороны нервной системы.

Также мы выяснили, что в настоящее время первостепенными остаются профилактические мероприятия (специфические и неспецифические) для снижения распространенности гипоксии плода и асфиксии новорожденных, которые целесообразно проводить в антенатальном периоде. Следовательно, необходимо проведение социологического исследования для определения на практике этиопатологических факторов развития перинатального поражения центральной нервной системы.

## ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

### 2.1 Анализ статистических показателей здоровья новорожденных и распространенности перинатальных поражений

Анализ статистических данных показателей здоровья новорожденных и распространенности перинатальных поражений проведен по данным сборника «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации», подготовленного специалистами Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации (директор Какорина Е.П., д.м.н., профессор) и специалистами «Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (директор Стародубов В.И., академик РАН, д.м.н., профессор).

В таблице 3 представлены показатели рождаемости (родившимися живыми) за 2017 г. с распределением новорожденных по массе тела при рождении.

Таблица 3

Распределение родившихся живыми по массе тела при рождении  
(в граммах) за 2017 г.

Субъекты Федерации	Всего	в % от числа родившихся живыми								
		500-749	750-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-3499	3500-3999	4000 и более
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Российская Федерация	1660477	0,11	0,26	0,66	1,30	3,82	15,50	38,17	30,46	9,72

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Центральный федеральный округ	398805	0,11	0,26	0,61	1,17	3,61	14,96	38,59	30,96	9,73
Белгородская область	15149	0,07	0,25	0,75	1,10	3,83	16,02	40,54	29,08	8,36

По представленным в таблице 3 данным можно сделать вывод, что доношенными в РФ родилось 93,85% новорожденных, в Центральном федеральном округе – 94,24%, в Белгородской области – 94% (Рис. 1).

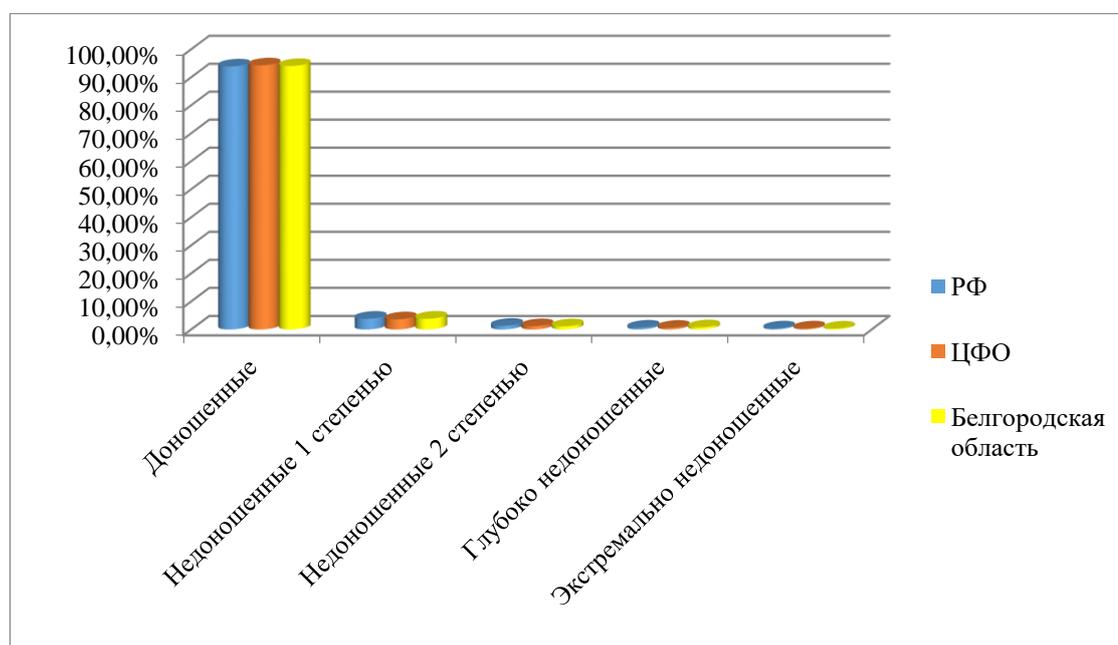


Рис. 1. Показатели рождаемости по гестационному возрасту

По результатам теоретического анализа определено, что перинатальное поражение ЦНС является одной из ведущих причин смертности новорожденных, особенно недоношенных, глубоко недоношенных и детей с экстремально низкой массой тела, поэтому далее нами проанализированы показатели мертворождаемости за 2017 г. (Табл. 4).

## Мертворождаемость в родовспомогательных учреждениях за 2017 г.

Субъекты Федерации	Родилось мертвыми с массой тела 1000 г и более									
	Всего		Из них смерть наступила до начала родовой деятельности		Из числа родившихся мертвыми					
					Доношенных			Недоношенных		
	Абс. числа	На 1000 родившихся живыми и мертвыми	Абс. числа	%	Абс. числа	Из них смерть наступила до начала родовой деятельности		Абс. числа	Из них смерть наступила до начала родовой деятельности	
Абс. числа						%	Абс. числа		%	
Российская Федерация	9777	5,87	8702	89,0	3021	2669	88,3	6756	6033	89,3
Центральный федеральный округ	2046	5,12	1882	92,0	630	573	91,0	1416	1309	92,4
Белгородская область	45	2,96	42	93,3	13	11	84,6	32	31	96,9

Данные таблицы 4 свидетельствуют, что в Белгородской области показатели мертворождаемости значительно ниже, чем в РФ и ЦФО, почти в 2 раза. Но показатели внутриутробной смерти выше, чем в РФ.

Далее нами проанализированы показатели заболеваемости новорожденных, родившихся с массой тела 1000 г и более за 2017 г (Табл. 5).

Таблица 5

Заболеваемость новорожденных, родившихся с массой тела 1000 г и более в родовспомогательных учреждениях за 2017 г.

Наименование заболеваний	Число заболевших и родившихся больными массой тела 1000 г и более					
	Всего		Доношенных		Недоношенных	
	Абс. число	На 1000 родившихся живыми	Абс. число	На 1000 родившихся живыми доношенных	Абс. число	На 1000 родившихся живыми недоношенных
1	2	3	4	5	6	7
Число заболевших и родившихся больными массой тела 1000 г и более - всего	528453	318,3	435703	279,0	92752	936,4

1	2	3	4	5	6	7
Родовая травма - всего	42981	25,9	42040	26,9	941	9,5
Из них: разрыв внутримозговых тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы	773	0,47	738	0,47	35	0,35
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	87670	52,8	65924	42,2	21746	219,6
Другие нарушения церебрального статуса	106760	64,3	73290	46,9	33470	337,9

По представленным данным таблицы 5 можем сделать вывод, что нарушения церебрального статуса являются ведущей патологией периода новорожденности, но показатели внутриутробной гипоксии и асфиксии при родах также имеют высокие значения, следовательно, могут привести к развитию перинатального поражения ЦНС. Необходимо отметить и распространенность родовых травм, особенно разрывов внутримозговых травм и кровоизлияний, как этиопатологического фактора рассматриваемой патологии (Рис. 2).

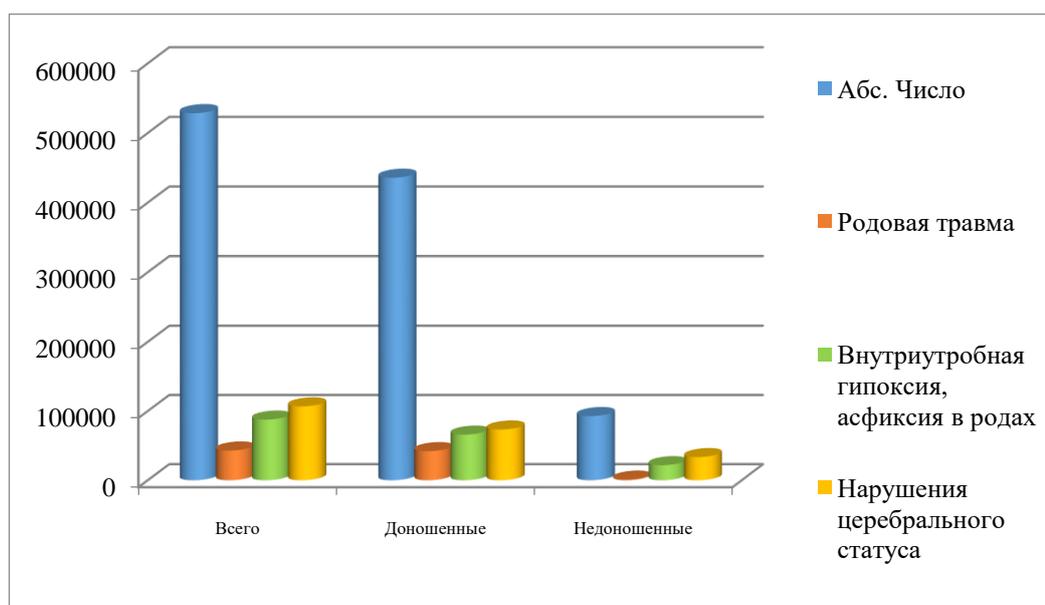


Рис. 2. Сравнительный анализ заболеваемости новорожденных, родившихся с массой тела 1000 г и более в родовспомогательных учреждениях за 2017 г.

Далее проанализирован показатель причин смертности новорожденных применительно к перинатальным поражениям ЦНС (Табл. 6, Рис. 3).

Таблица 6

Смертность новорожденных в родовспомогательных учреждениях

Наименование заболеваний	Число заболевших и родившихся больными массой тела 1000 г и более					
	Всего		Доношенных		Недоношенных	
	Абс. число	На 1000 родившихся живыми	Абс. число	На 1000 родившихся живыми доношенных	Абс. число	На 1000 родившихся живыми недоношенных
Всего умерло	1993	1,20	849	0,54	1144	11,3
Внутрижелудочковые кровоизлияния	135	0,08	16	0,01	119	1,2
Другие нарушения церебрального статуса	31	0,01	8	0,01	13	0,13

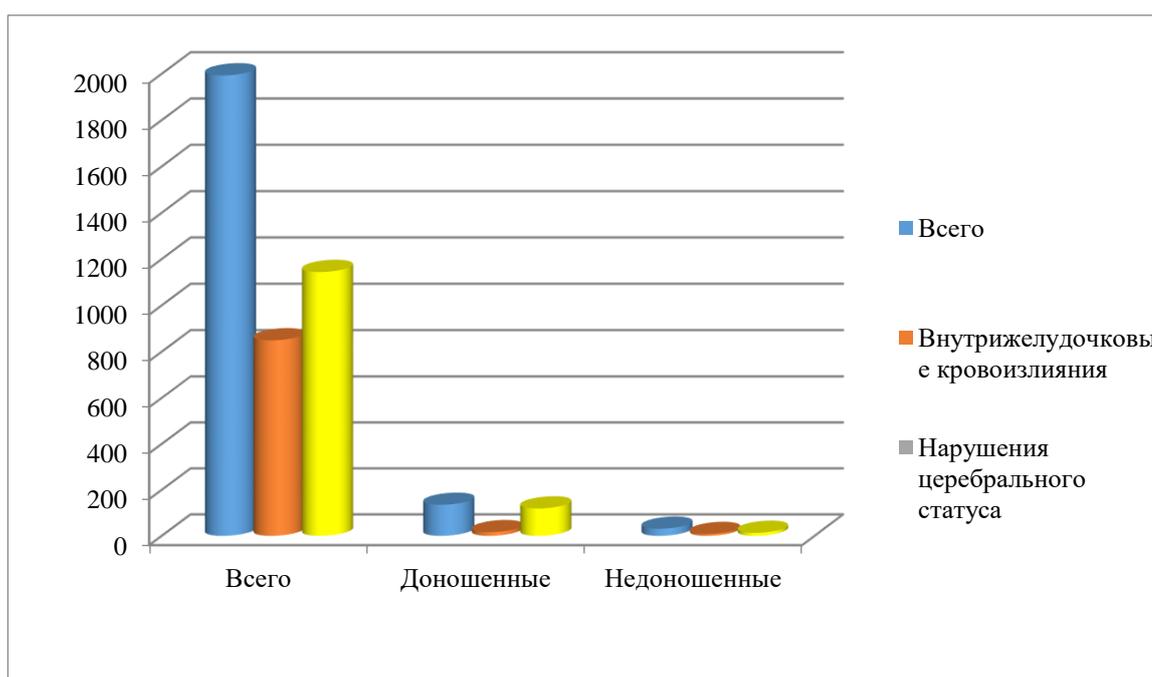


Рис. 3. Сравнительный анализ причин смертности новорожденных, родившихся с массой тела 1000 г и более в родовспомогательных учреждениях за 2017 г.

Таким образом, данные статистического анализа определяют актуальность темы работы и определения направлений повышения эффективности профилактических мероприятий перинатального поражения ЦНС.

## 2.2. Социологическое исследование «Организация и проведение профилактики перинатального поражения центральной нервной системы»

Для определения этиопатологических факторов развития перинатального поражения центральной нервной системы, мероприятий организации и проведения профилактики данной патологии нами было проведено социологическое исследование в отделении патологии новорожденных Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Социологический опрос мы провели с помощью анкеты, содержащей 19 вопросов, объединенных по трём категориям: общие данные, оценка собственного здоровья во время беременности и определение мероприятий профилактики перинатального поражения центральной нервной системы.

По результатам категории «Общие данные» определено, что 66,6% опрошенных женщин достигли возраста 25 лет. Анализируя семейное положение, мы определили, что у большинства респондентов (92%) семья полная (Рис. 4).

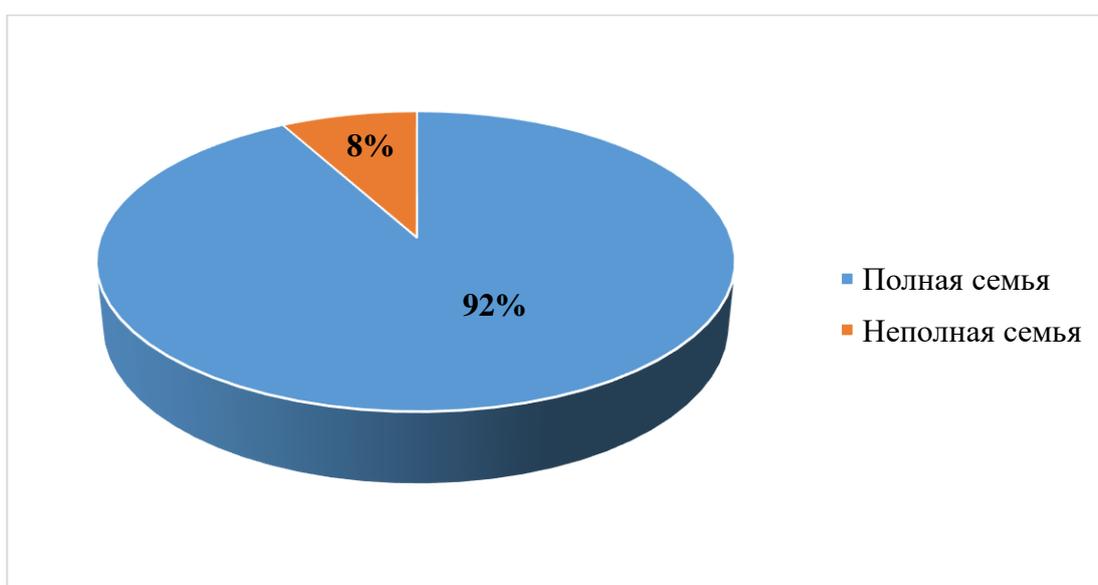


Рис. 4. Семейное положение респондентов

После чего нами было определено, планировали ли свою беременность респонденты. Оказалось большинство младенцев (81%) были запланированы, но не благоприятно, что у 19% респондентов беременность была не запланированная (Рис. 5).

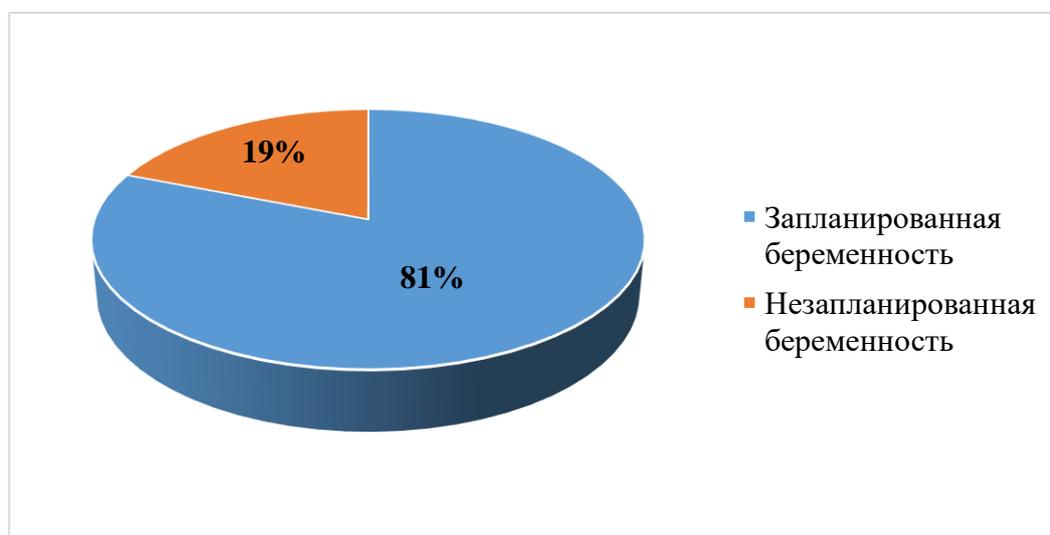


Рис. 5. Желанность беременности среди респондентов

Анализируя паритет беременностей у рожениц, мы определили, что у большинства респондентов (69%) беременная вторая и последующая, у 31% опрошенных женщин – первая (Рис. 6).

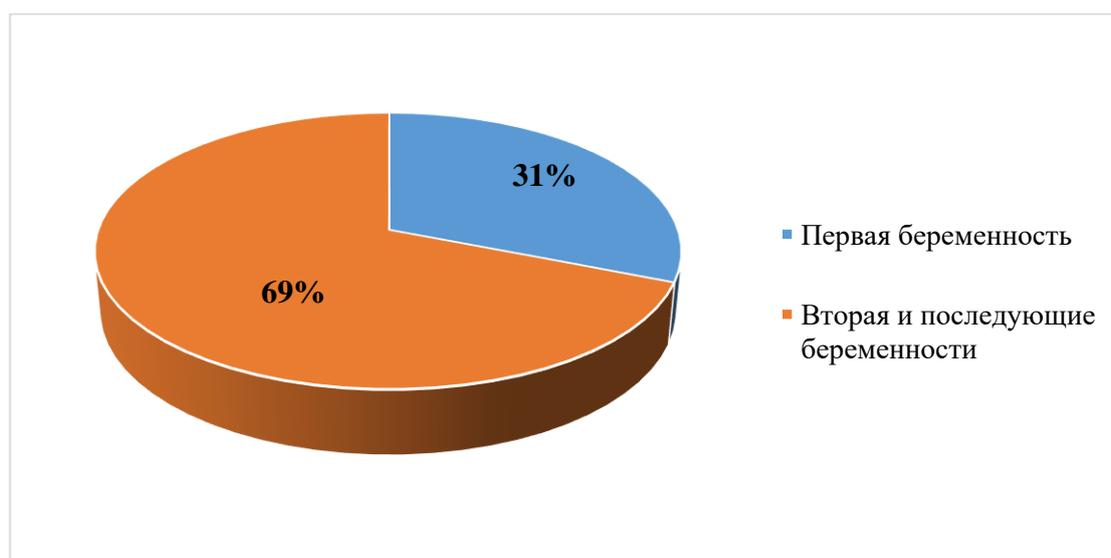


Рис. 6. Паритет беременностей среди респондентов

Далее определены следующие причины неблагоприятных исходов первой беременности: выкидыши - 11,5%, замершая беременность и аборт – по 7,7%.

В следующем вопросе женщины отмечали сроки посещения женской консультации. Анкетируемые, на сроке беременности до 12 недель посещали врача: 1 раз в 2 недели – 92% и 1 раз в 2 месяца – 8%. В период с 12 по 27 неделю посещения составили: 1 раз в 2 недели – 92% и 1 раз в 4 недели - 8%. В период беременности с 28 по 40 неделю респонденты посещали консультацию: 1 раз каждые 2-3 недели – 54%, остальные (46%) – каждые 10 дней (Рис. 7).

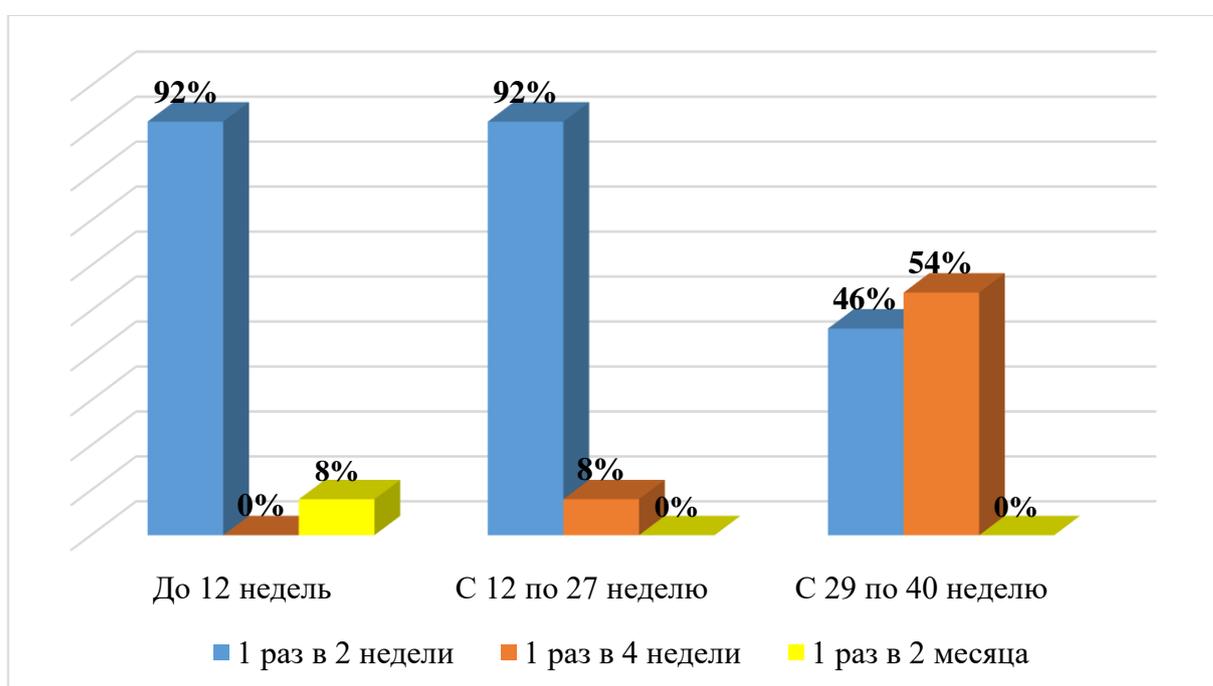


Рис. 7. Сроки посещения женской консультации респондентами

По результатам, представленным на диаграмме, можно сделать вывод, что большинство женщин регулярно посещали женскую консультацию и находились под наблюдением акушерской службы.

В следующем вопросе мы поинтересовались у женщин, проводился ли к ним патронаж во время беременности медицинской сестрой детской поликлиники. Результаты исследования неблагоприятны, так как почти все респонденты (92%) ответили отрицательно (Рис. 8).

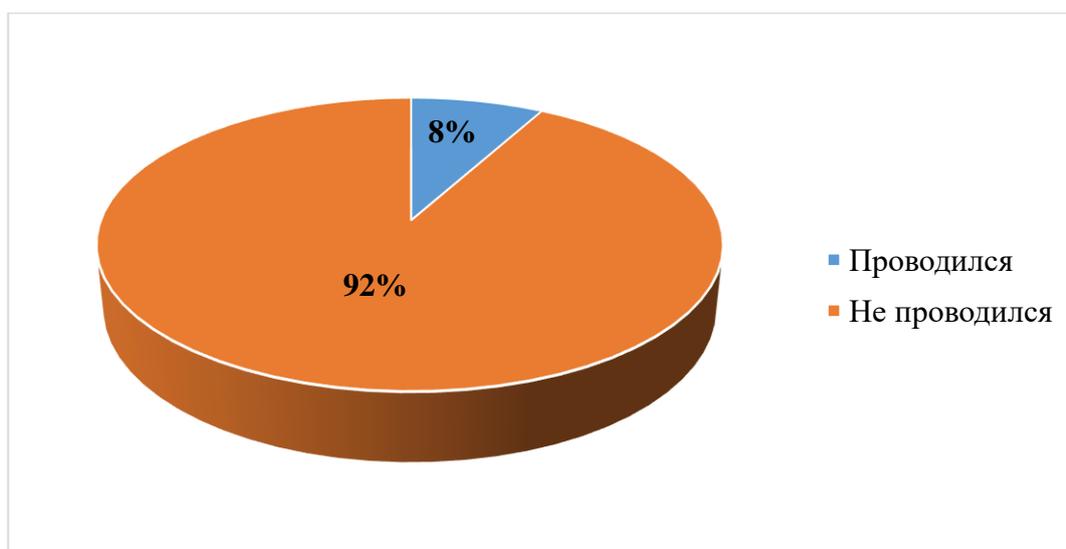


Рис. 8. Проведение патронажей во время беременности

Рекомендации по режиму дня от медицинских работников получали 38% женщин. Но требует внимания, что 53% опрошенных не получали никаких рекомендаций по режиму дня от медицинских работников, что могло негативно повлиять на развитие плода в период беременности. 9% мам затруднились с ответом (Рис. 9).

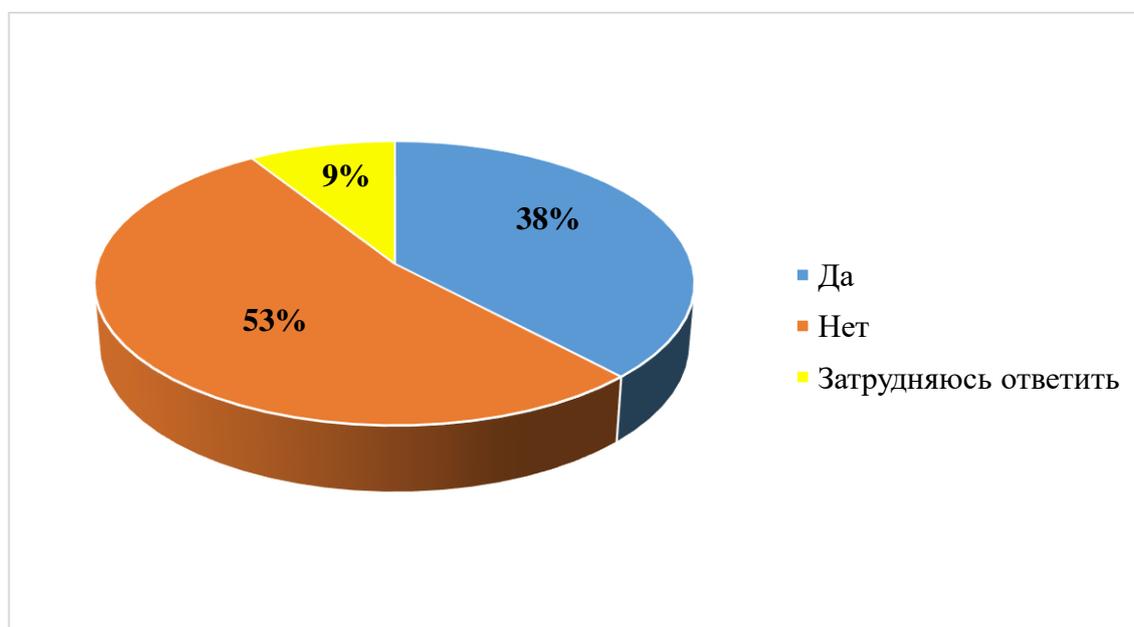


Рис. 9. Распределение респондентов в ответе на вопрос «Вы получали от среднего медицинского работника (медицинской сестры, акушерки) рекомендации по режиму дня во время беременности?»

Питание важный момент в период беременности, также как и в период кормления грудью, так как является первостепенным условием для правильного развития плода и ребенка, нормального течения беременности, родов и послеродового периода. Мы спросили у женщин, соблюдали ли они рациональное питание. 53% опрошенных ответили утвердительно, 38% - не соблюдали и 9% респондентов затруднились с ответом (Рис. 7). Следовательно, неблагоприятно, что 47% мам не соблюдали рациональное питание в период беременности, поэтому медицинский персонал должен объяснить беременной женщине и дать ей рекомендации по питанию в разные сроки беременности.

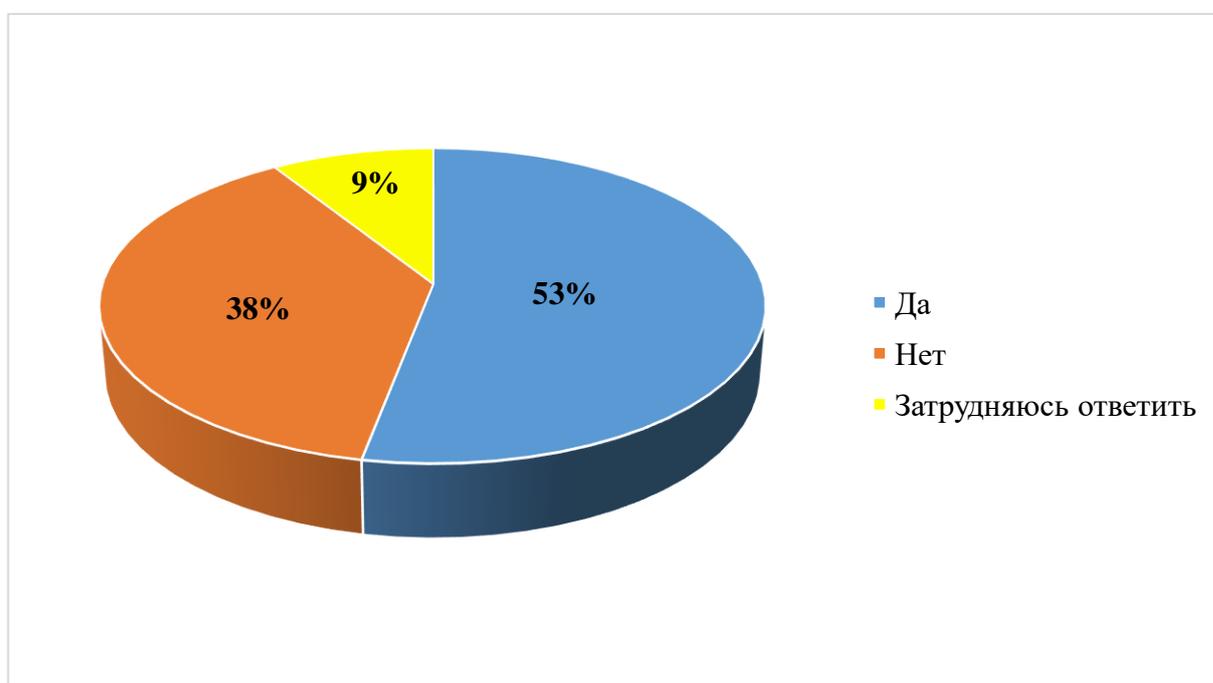


Рис. 1. Распределение респондентов по соблюдению рационального питания

Далее мы поинтересовались у женщин, часто ли они гуляли на свежем воздухе. 38% респондентов гуляли каждый день 2-3 раза и 62% - регулярно 1 раз в день. Эти данные являются благоприятными (Рис. 8).

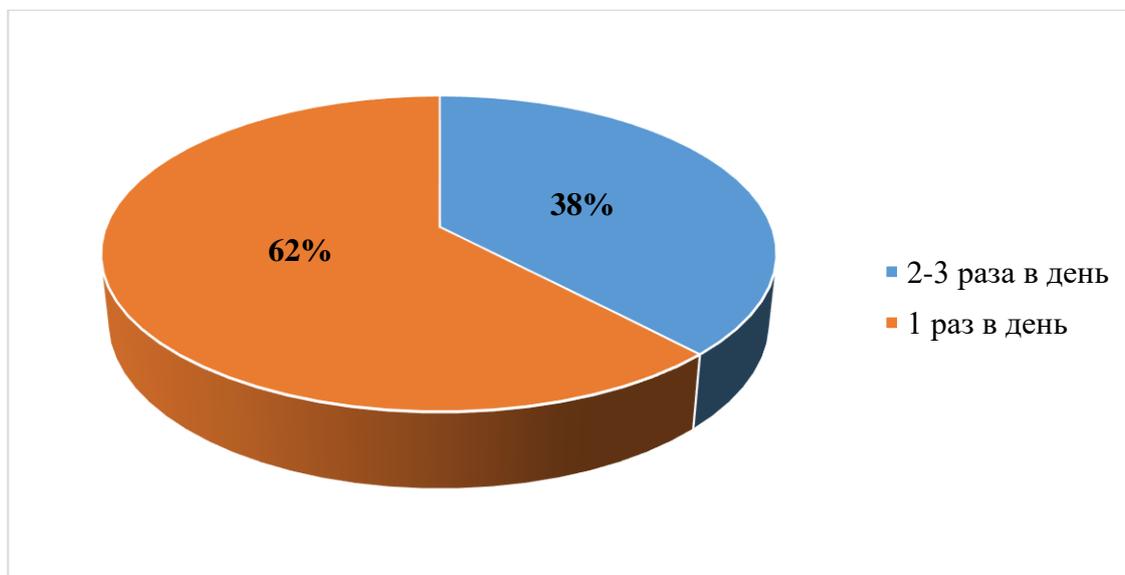


Рис. 2. Частота прогулок на свежем воздухе во время беременности

На следующий вопрос «Соблюдали ли Вы рекомендации медицинского персонала во время беременности?» ответы женщин разделились: 61% - соблюдали, 7% - нет, и 32% оставили этот вопрос без четкого ответа. Таким образом, неблагоприятно, что 39% респондентов не соблюдали данные им рекомендации медицинскими работниками во время беременности (Рис. 9).

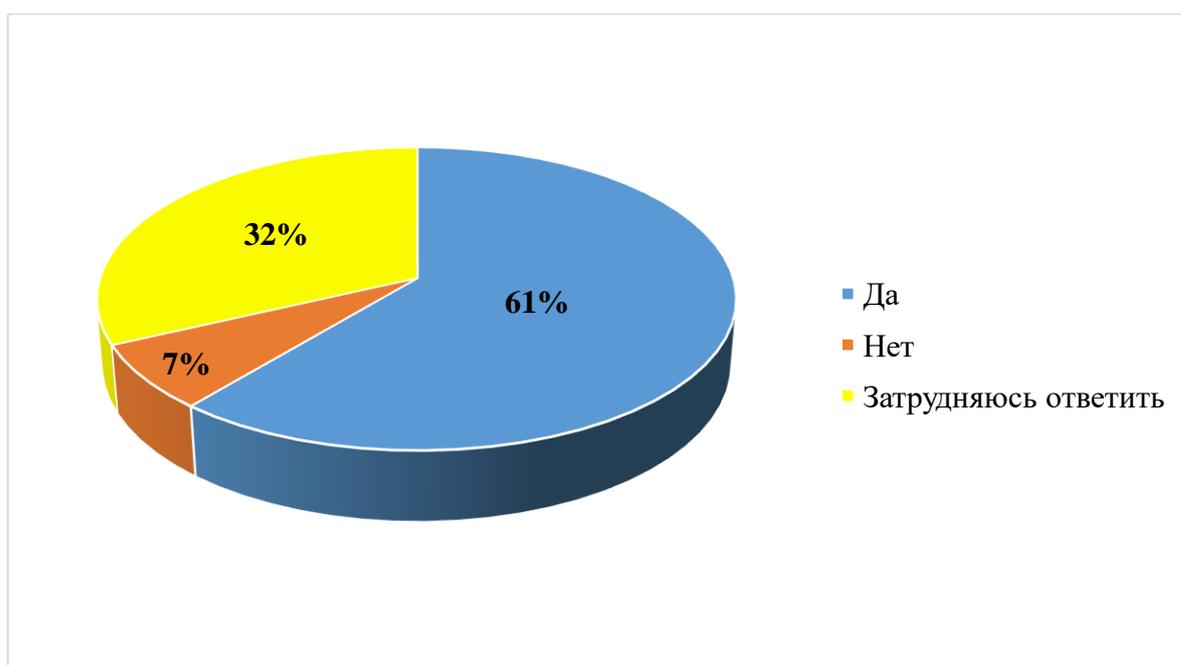


Рис. 3. Соблюдение респондентами рекомендаций от медицинского персонала

Подготовка беременных женщин к предстоящему рождению младенца очень важна и поэтому следующий вопрос касается посещения занятий в «Школе материнства». Только 8% респондентов посещали «Школу материнства» и 92% - нет (Рис. 10).

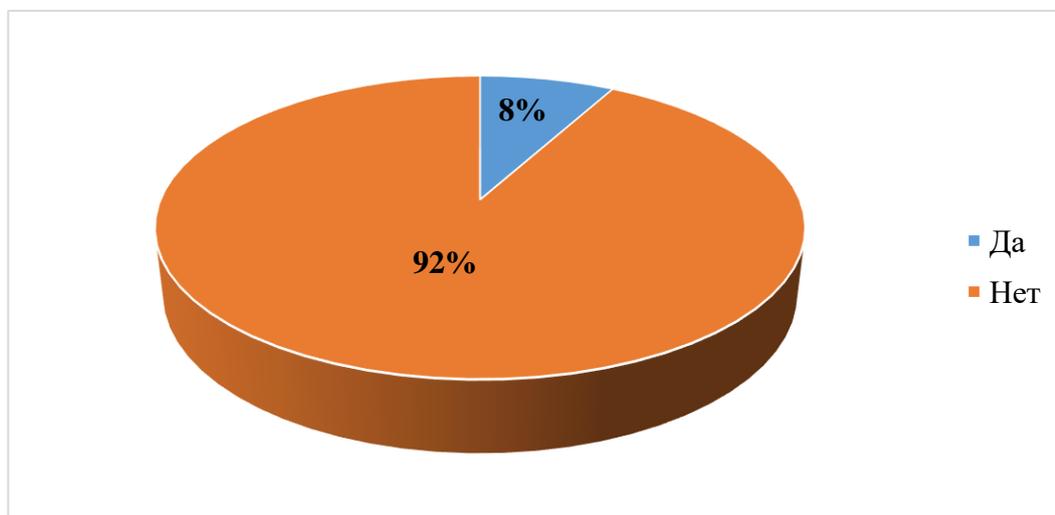


Рис. 4. Распределение респондентов по посещению «Школы материнства»

На вопрос «Проводилась ли Вам медицинским работником санитарно-просветительская работа по профилактике ожирения, анемии, варикозной болезни?» положительный ответ дали 53% респондентов, ответ «нет» - 38%, затруднились с ответом – 9% (Рис. 11).

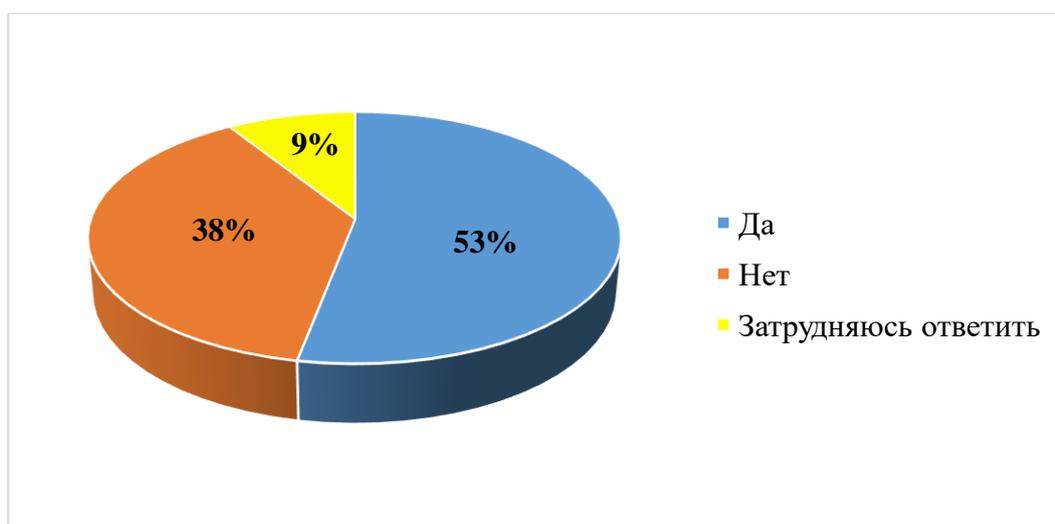


Рис. 5. Проведение санитарно-просветительская работа среди респондентов

Инфекционные заболевания представляют большую опасность для плода. Они могут негативно повлиять на внутриутробное развитие, привести к риску выкидыша, преждевременным родам и другим патологическим состояниям. На вопрос «Болели ли Вы инфекционными болезнями во время беременности?» респонденты в большинстве случаев (61%) ответили отрицательно, 9% матерей - утвердительно, затруднились с ответом - 30% опрошенных (Рис. 12).

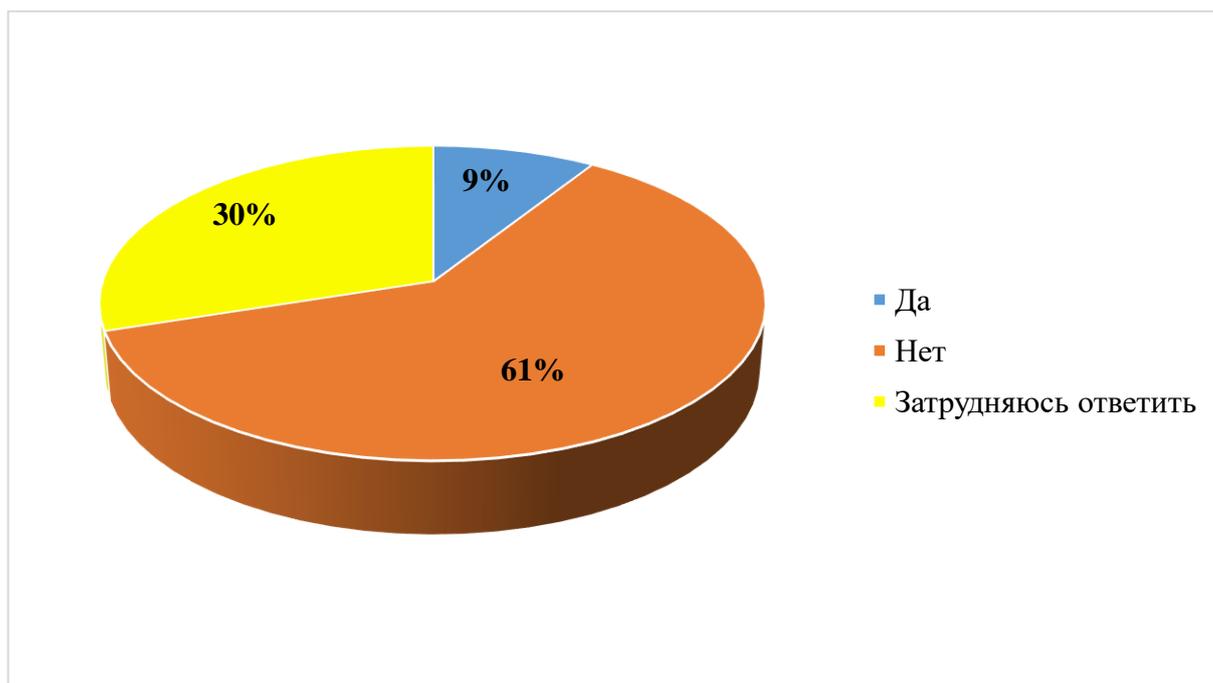


Рис. 6. Распространенность инфекционных заболеваний среди респондентов во время беременности

Из опроса про отношение респондентов к вредным привычкам было выявлено, что 85% анкетированных отрицают вредные привычки, что является благоприятным фактором. Курят - 15% матерей. Злоупотребление алкоголем отрицают все (100%) проанкетированных (Рис. 13).

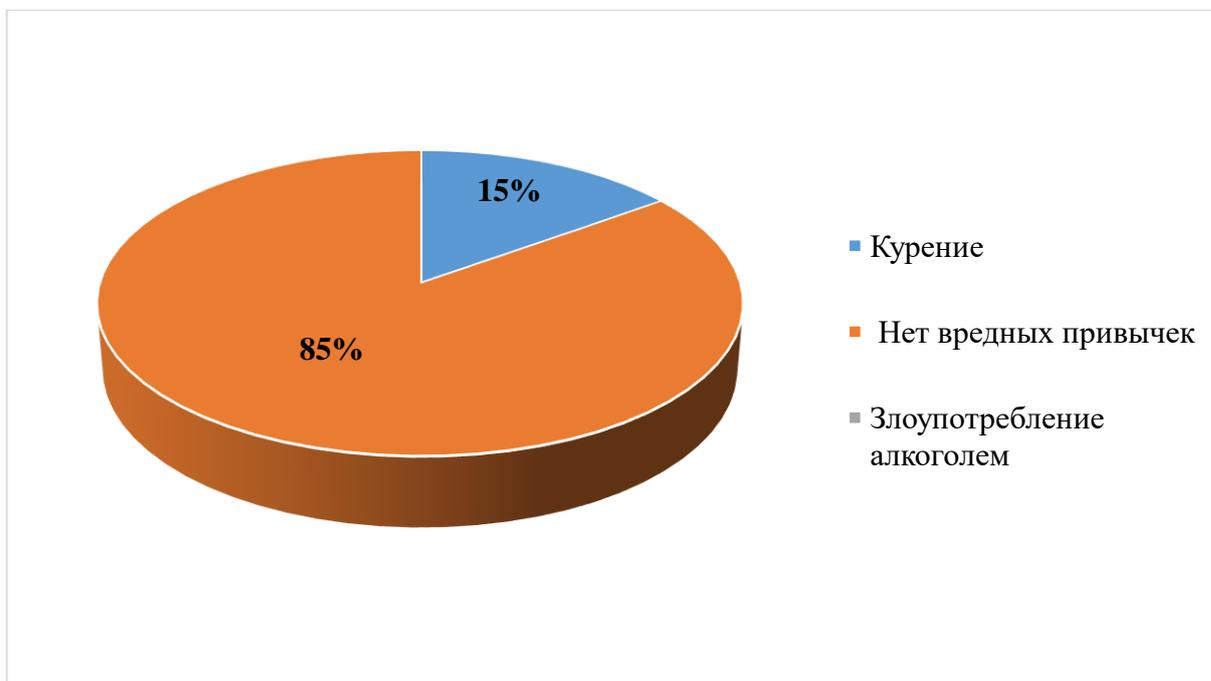


Рис. 7. Распространенность вредных привычек среди респондентов во время беременности

По результатам анкетирования было установлено, что частыми осложнениями во время беременности являются:

1. Патология маточно-плацентарного и пуповинного кровотока: аномалии расположения плода – 0%, предлежание и отслойка плаценты – 6%, узлы пуповины – 0%;

2. Заболевания плода: гемолитическая болезнь – 0%, внутриутробная инфекция – 12%, задержка внутриутробного развития – 12%;

3. Беременность с осложнениями: аномалия беременных – 6%, гестозы – 6%, длительная угроза прерывания беременности – 6%, многоводие или маловодие – 28%, многоплодная беременность – 0%;

4. Экстрагенитальные заболевания: сердечно-сосудистые (ревматизм, пороки сердца) – 0%, эндокринные (ожирение, сахарный диабет) – 6%, хронические заболевания органов дыхания – 18%;

5. Другой вариант ответа: повышенное артериальное давление – 6% (Рис. 14).

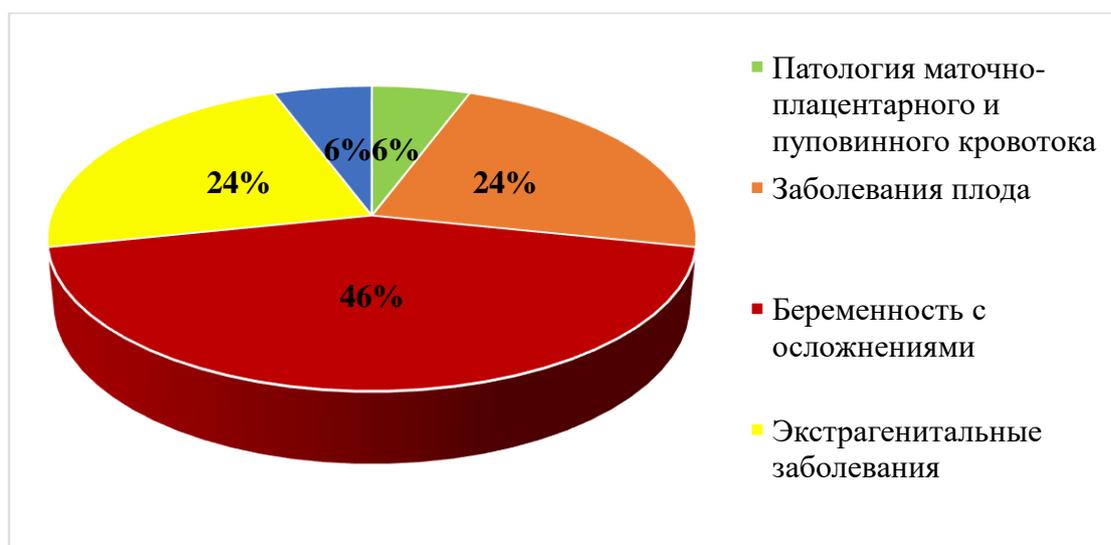


Рис. 8. Распространенность осложнений среди респондентов во время беременности

Далее мы определили, что кислородная профилактика (оксигенотерапия) во время беременности не проводилась 86% респондентам, что является негативным фактором в течение беременности. Ответ «пила кислородные коктейли» дали 7% респондентов, «посещала гипербарическую камеру» - 7% матерей, «применяла ванны с подачей кислорода» - 0%.

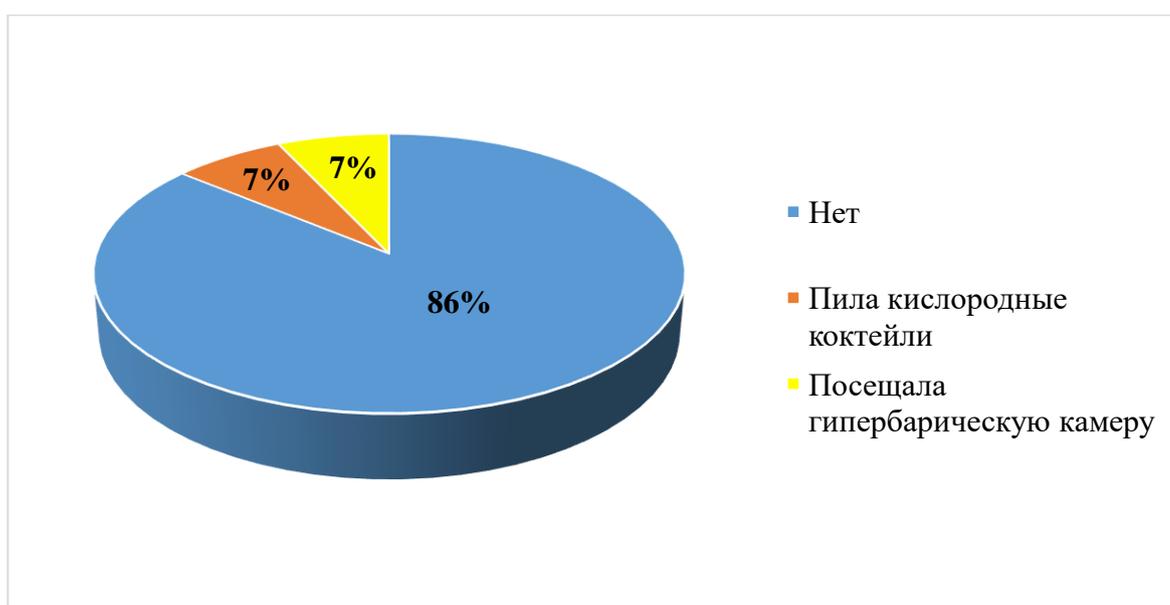


Рис. 9. Проведение кислородной профилактики (оксигенотерапии) во время беременности

Положительными результатами проведенного исследования является то, что регулярно принимали витамины, назначенные врачом, 92% матерей. Знали, но считали прием витаминотерапии бесполезным – 8% респондентов.

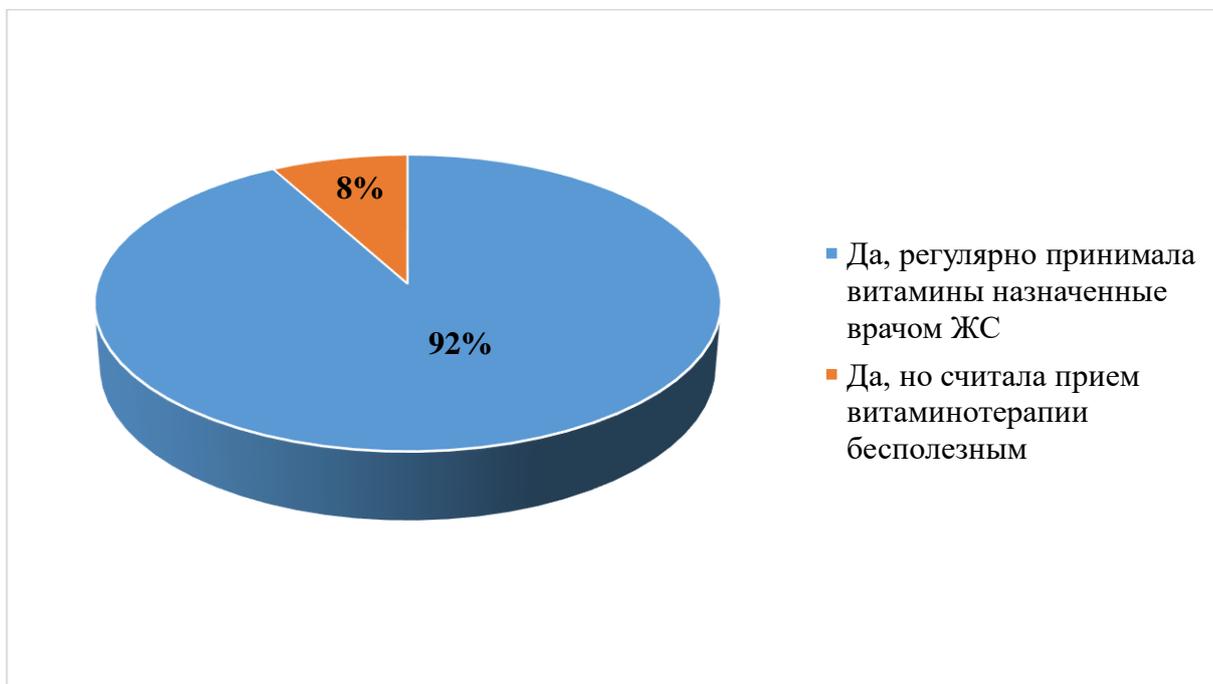


Рис. 10. Проведение респондентами витаминотерапии во время беременности

На вопрос «На каком сроке родился Ваш ребенок?» мы получили следующие результаты, представленные на рисунке 17:

- до 37 недель беременности- 30% детей, что считается преждевременными родами и является неблагоприятным, так как может повлечь за собой ряд осложнений;

- на сроке 38-40 недель беременности – 70% малышей;

- на сроке 41 и более недель беременности – 0%.

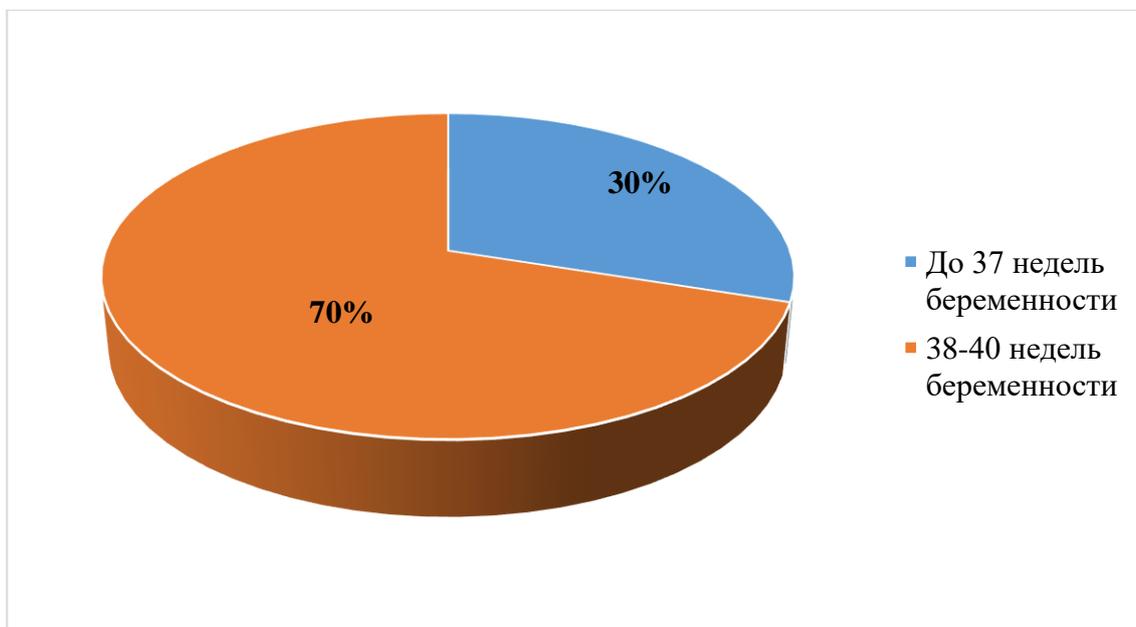


Рис. 11. Распределение новорожденных по гестационному сроку

Среди осложнений в родах по результатам анкетирования определены: преждевременное отхождение околоплодных вод - 24%, затяжные роды - 24%, стремительные роды - 30%. У 22% женщин родоразрешение проведено операцией кесарево сечения (Рис. 18).

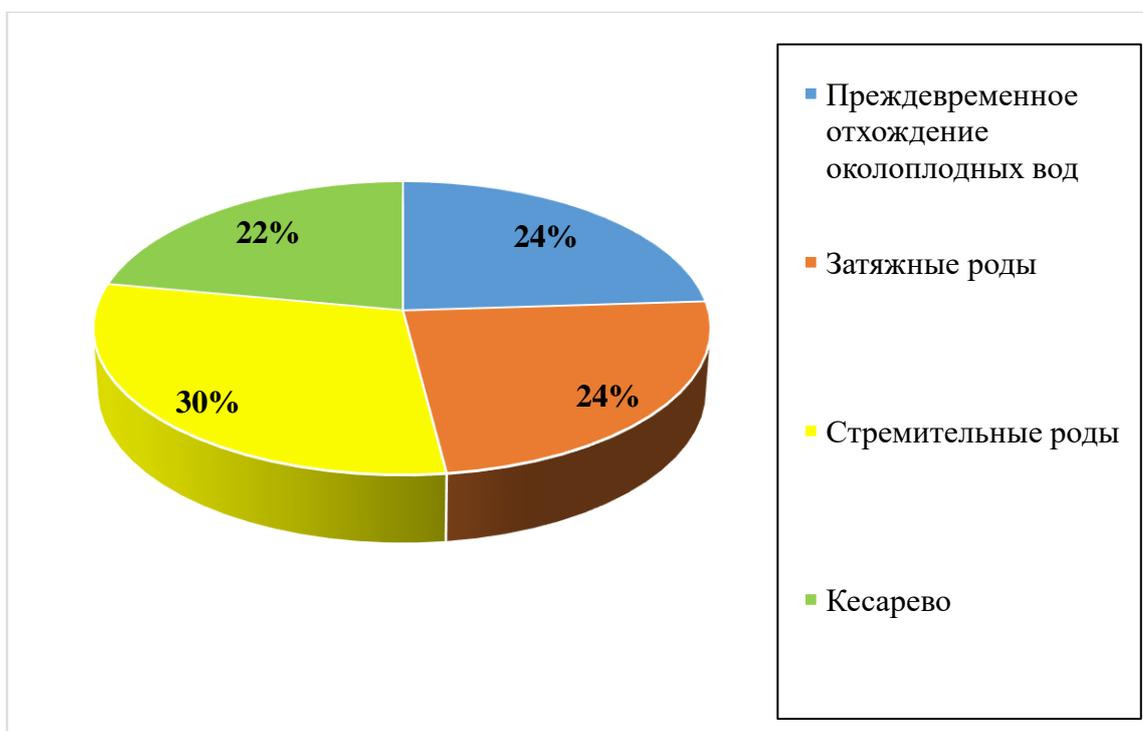


Рис. 12. Распределение осложнений в родах среди респондентов

Таким образом, по результатам проведенного социологического исследования, нами определены как положительные, так и отрицательные факторы в течение беременности и родов. К положительным результатам относятся:

- у 92% респондентов полная семья;
  - 81% женщин планировали свою беременность;
  - у 31% опрошенных женщин первая беременность, у 69% - вторая.
- Неблагоприятный исход первый беременности обусловлен: 11,5% - выкидыш, 7,7% - замершая беременность и аборт;
- большинство респондентов регулярно посещали женскую консультацию в период беременности;
  - все мамы гуляли на свежем воздухе каждый день: 62% - 1 раз в день, 38% - 2-3 раза в день;
  - 61% женщин соблюдали рекомендации медицинских работников;
  - 61% опрошенных не болели инфекционными заболеваниями во время беременности;
  - 85% не имеют вредных привычек;
  - 92% принимали витамины, назначенные врачом;
  - 70% женщин родили малыша в срок.

Отрицательные факторы свидетельствуют:

- 92% респондентам не проводился дородовый патронаж средними медицинскими работниками;
- 53% женщин не получали никаких рекомендаций по режиму дня от медицинского персонала;
- 38% респондентов не соблюдали рациональное питание во время беременности;
- 7% не соблюдали рекомендации от медицинского персонала и 32% женщин оставили этот вопрос без внимания;
- 92% женщин не посещали «Школу материнства»;

- 38% респондентов не проводилась санитарно-просветительская работа по профилактике ожирения, анемии и варикозной болезни;

- 9% женщин перенесли во время беременности инфекционное заболевание, 30% - не ответили на данный вопрос, так как не знают этого точно;

- 15% респондентов имеют вредную привычку – курение;

- только 53% респондентов проводилась санитарно-просветительская работа по профилактике ожирения, анемии и варикозной болезни;

- во время беременности у женщин наблюдались такие осложнения как: отслойка плаценты – 6%, внутриутробная инфекция – 12%, задержка внутриутробного развития – 12%, аномалия беременности, гестозы и угроза прерывания беременности – 6%, многоводие или маловодие – 28%, эндокринные заболевания – 6%, хронические заболевания органов дыхания – 18% и повышенное артериальное давление – 6%;

- 86% не проводилась оксигенотерапия;

- 8% женщин не принимали витамины во время беременности, так как считали это бесполезным;

- 30% женщин родили детей на сроке до 37 недель;

- во время родов у опрошенных наблюдались такие осложнения как: преждевременное отхождение околоплодных вод, затяжные роды, стремительные роды, 22% женщин родоразрешение проведено операцией кесарево сечения.

Следовательно, по результатам исследования, возможно, определить рекомендации медицинским сестрам по совершенствованию мероприятий профилактики перинатального поражения центральной нервной системы:

1. Необходимо проводить дородовый патронаж, так как во время приема медицинскому работнику не хватает времени, чтобы рассказать будущим мамам о питании, режиме дня о возможных факторах риска и осложнениях.

2. Обязательно приглашать женщин и участвовать в проведении занятий «Школы материнства», где информировать не только будущих мам, но и пап обо всех тонкостях беременности, подготовке к родам и уходу за новорожденным, помочь родителям развеять все их страхи и подготовят к рождению ребенка.

3. Рассказывать будущим мамам о возможных заболеваниях и их профилактике, о пользе витаминотерапии и кислородной профилактики.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя все исследования, мы определили, что проблема такой патологии, как перинатальное поражение центральной нервной системы остается актуальной в нашей стране.

На основании теоретического анализа медицинской литературы и периодических изданий мы выяснили, что перинатальное поражение центральной нервной системы – это совокупное понятие, объединяющее не один, а несколько синдромов, которые вызывают нарушения в работе, прежде всего, головного мозга новорожденных, а также других систем организма. Часто данная патология приводит к неврологическим последствиям в последующие периоды детского и подросткового возраста. Среди причин заболевания ведущее место занимает внутриутробная интранатальная гипоксия плода, механическая травматизация ребенка в процессе родов.

Профилактические мероприятия целесообразно начинать еще на этапе планирования беременности. Необходимо в первую очередь отказаться от вредных привычек, если такие существуют, пройти полное обследование у узких специалистов и нормализовать гормональный фон, режим дня и питания. Если женщина будет внимательно относиться к своему здоровью на этапе планирования беременности и во время родов, это снизит риск возможных проблем у новорожденного.

В работе представлен статистический анализ показателей здоровья новорожденных и распространенности перинатальных поражений, рассмотрены сравнительные данные рождаемости, смертности по Российской Федерации, Центральному федеральному округу, Белгородской области.

По результатам проведенного социологического исследования мы определили, что в профессиональной деятельности медицинской сестры с будущими мамами необходимо активизировать проведение санитарно - просветительской работы по профилактике различных заболеваний, соблюдению правил рационального питания и режим дня. Контролировать

выполнение всех рекомендаций медицинских работников, приглашать будущих родителей в «Школу материнства», что возможно осуществить при проведении дородовых патронажей сестринской службой.

Таким образом, профилактическая деятельность медицинской сестры заключается в своевременном выявлении отрицательных факторов, их устранении, диагностике перинатального поражения ЦНС во время беременности и в раннем неонатальном периоде, проведении профилактических мероприятий.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аболенская, А.В. Прогноз здоровья ребенка [Текст]/ А.В. Аболенская, Г.В. Раджавина. – М.: Эксмо – 2015. – 110 с.
2. Барашев, Ю.И. Перинатальная неврология [Текст]/ Ю.И. Барашев. – М.: Триада Х. – 2015. – 672 с.
3. Гудимова, В.В. Роль перинатальной патологии в генезе нарушений раннего постнатального развития детей [Текст]/ В.В.Гудимова – М.: Эксмо – 2015. – 343 с.
4. Гусев, Е.И. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни [Текст]/ Е.И. Гусев, Г.С. Бурд, А.С. Никифоров. – М.: Медицина – 2015. – 879 с.
5. Дамбинова, С.А. Нейрорецепторы [Текст]/ С.А. Дамбинова. – Липецк: Наука. – 2015. – 150 с.
6. Капитан, Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми [Текст]/ Т. В. Капитан. – М.: МЕДпресс-информ – 2015. – 655 с.
7. Пальчик, А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных [Текст]/ А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – С-Пб.: Питер. – 2015. – 220 с.
8. Раттнер, А.Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения [Текст]/ А. Ю. Раттнер. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. – 2016. – 368 с.
9. Робертон, Н.Р. Практическое руководство по неонатологии [Текст]/ Н.Р. Робертон. – М.: Медицина – 2015. – 514 с.
10. Шабалов, Н.П. Неонатология [Текст]/ Н.П. Шабалов. – М.: МЕДпрессинформ – 2016. – 651 с.
11. Шабалова, Н.П. Основы перинатологии [Текст]/ Н.П. Шабалова, Ю.В. Цвелева.– М.: МЕДпресс-информ – 2015. – 572 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

## **Анкета «Организация и проведение профилактики перинатального поражения центральной нервной системы»**

Уважаемые женщины, заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. В некоторых вопросах возможен Ваш вариант ответа.

1. Ваш возраст \_\_\_\_\_

Возраст Вашего ребенка \_\_\_\_\_

2. Ваше семейное положение:

А. семья полная

Б. семья неполная

Количество детей в Вашей семье \_\_\_\_\_

3. Вы планировали свою беременность?

А. Да;

Б. Нет.

4. Какая по счету данная беременность?

А. первая

Б. вторая, третья и последующие \_\_\_\_\_

Чем закончились предыдущие беременности (аборт, выкидыш, замершая беременность, роды и др.) \_\_\_\_\_

5. Отметьте сроки посещения женской консультации во время беременности:

А. До 12 недель:

- 1 раз в 2 недели,

- 1 раз в 4 недели,

- 1 раз в 2 месяца;

Б. С 12 по 27 неделю:

- 1 раз каждые 2-3 недели,

- 1 раз в 4 недели,

-1 раз в 2 месяца;

В. С 28-40 неделю:

-каждые 10 дней

-1 раз каждые 2-3 недели.

6. Во время беременности проводился ли к Вам патронаж средним медицинским работником (посещение по месту жительства)?

А. Да, число патронажей в течение беременности составило \_\_\_\_\_

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

7. Вы получали от среднего медицинского работника (медицинской сестры, акушерки) рекомендации по режиму дня во время беременности?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

8. Во время беременности Вы соблюдали рациональное питание?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

9. Вы часто гуляли на свежем воздухе во время беременности?

А. Регулярно: каждый день 2-3 в день

Б. Регулярно: 1 раз в день

В. Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

10. Во время беременности Вы соблюдали рекомендации медицинских работников (медицинской сестры, акушерки)?

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

11. Посещали ли Вы «Школу материнства»?

А. Да

- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

12. Проводилась ли Вам медицинским работником (медицинской сестрой, акушеркой) санитарно-просветительская работа по профилактике ожирения, анемии, варикозной болезни?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

13. Болели ли Вы инфекционными болезнями во время беременности?

- А. Да
- Б. Нет
- В. Затрудняюсь ответить

14. Имеете ли Вы вредные привычки?

- А. Нет
- Б. Курение
- В. Злоупотребление алкоголем
- Г. Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

15. Во время беременности у Вас наблюдались ниже приведенные осложнения?

- А. Патология маточно-плацентарного и пуповинного кровотока:
  - аномалии расположения плаценты;
  - предлежание и отслойка плаценты;
  - узлы пуповины;
- Б. Заболевания плода:
  - гемолитическая болезнь;
  - внутриутробная инфекция;
  - задержка внутриутробного развития;
- В. Беременность с осложнениями в виде:
  - анемия беременных;
  - гестозы;

- длительная угроза прерывания беременности;
- многоводие или маловодие;
- многоплодная беременность;

Г. Экстрагенитальные заболевания:

- сердечно-сосудистые (ревматизм, пороки сердца);
- эндокринные (ожирение, сахарный диабет);
- хронические заболевания органов дыхания;

Д. Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

16. Проводилась ли Вами кислородная профилактика (оксигенотерапия)

во время беременности:

- А. Нет
- Б. Пила кислородные коктейли
- В. Посещала гипербарическую барокамеру
- Г. Применяла ванны с подачей кислорода

Д. Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

17.Знали ли Вы о необходимости витаминотерапии во время беременности?

- А. Да, регулярно принимала витамины назначенные врачом ЖК
- Б. Да, но считала прием витаминотерапии бесполезным
- В. Нет, никогда не слышала об этом
- Г. Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

18. На каком сроке родился Ваш ребенок:

- А. До 37недель беременности, причина \_\_\_\_\_
- Б. 38-40 недель беременности
- В. 41 и более недель беременности

19. Как протекали Ваши роды:

- А. Преждевременное отхождение околоплодных вод
- Б. Затяжные роды
- В. Стремительные роды
- Г. Гипотония в родах (низкое артериальное давление, обморок)

- Д. Применение анальгетиков или наркотических средств
- Е. Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

Благодарим за Ваши ответы на вопросы!