

# Презентация по педиатрии

Выполнила учащаяся 301ЛД группы Маханькова  
Наталья

# Структура заболеваемости

- По данным статистического сборника [«Здоровье населения Беларуси»](#) в начале 2011 года рождаемость в стране [находится на уровне](#) 11,5 на 1000 человек, что [сравнимо](#) с аналогичным показателем в странах Западной Европы. Показатель рождаемости рос в период с 2004 по 2009 годы, в последние годы этот рост прекратился, и специалисты [прогнозируют](#) его дальнейшее снижение в связи со вступлением в детородный возраст малочисленного поколения, родившегося в 1990-ых годах. На одну женщину детородного возраста в 2010 году [приходилось](#) 1,494 ребёнка, что обеспечивает замещение поколения родителей детьми только на 69% (для простого воспроизводства необходимо минимум 2,15). Учёные-демографы [утверждают](#), что если этот показатель упал ниже 1,5, то перспектив подъёма рождаемости для конкретной страны уже нет. Тем не менее, второй Национальной программой демографической безопасности [предусмотрен](#) его рост до 1,6-1,7 в 2015 году. Однако, учитывая теперешние экономические реалии, ожидать всплеска рождаемости в ближайшие 3 года вряд ли стоит, несмотря на все декларируемые меры господдержки семьи.

- Благоприятной социальной тенденцией является снижение количества абортсв: с 2000 года – почти в четыре, а с 1990-го – почти в восемь раз. Тем не менее, на троих рождённых детей у нас приходится один не рождённый. Благоприятной социальной тенденцией является снижение количества абортсв: с 2000 года – почти в четыре, а с 1990-го – почти в восемь раз. Тем не менее, на троих рождённых детей у нас приходится один не рождённый.

- Младенческая смертность в Беларуси находится на низком уровне – 4 на 1000 рождений (почти в 2 раза меньше, чем в России, сравнима с уровнем «старых» членов ЕС и на 0,3% меньше, чем в Швейцарии). Данный показатель не только лучший среди стран СНГ, но и демонстрирует наибольшую динамику снижения. Подобные успехи руководством здравоохранения преподносятся как плоды масштабной реконструкции и переоснащения родильных стационаров, что позволило качественнее оказывать помощь роженицам и новорождённым.

# Асфиксия новорожденного

- Асфиксия новорожденного — это удушье, то есть отсутствие дыхания. При асфиксии у ребенка есть сердечная деятельность, однако дыхание нерегулярное или отсутствует совсем. Данное патологическое состояние характеризуется отсутствием газообмена в легких, что приводит к гипоксемии, гиперкапнии, ацидозу. Тяжесть состояния ребенка определяют по объективным данным и при помощи шкалы Апгар.

# Симптомы асфиксии

- **Легкая степень тяжести асфиксии:**
  - первый вдох ребенок делает в первую минуту;
  - оценка новорожденного по Апгар 6 – 7 баллов;
  - дыхание ослабленное;
  - сниженный мышечный тонус;
  - цианоз (синюшность) носогубного треугольника.
- **Средняя степень тяжести асфиксии:**
  - по Апгар состояние ребенка оценивают в 4 – 5 баллов;
  - дыхание сильно ослабленное, возможно нерегулярное;
  - крик ребенка сильно ослаблен;
  - снижение всех рефлексов;
  - цианоз (синюшность) кожи не только лица, но и кистей, а также стоп;
  - брадикардия (снижение частоты сердечных сокращений) 90–160 уд./мин.

# • Тяжелая форма асфиксии (так называемая «бледная» асфиксия):

- состояние ребенка по Апгар составляет 1–3 балла более пяти минут;
- дыхание спонтанное (отдельные вдохи) или отсутствует совсем;
- новорожденный не кричит. Пульс меньше ста ударов в минуту. Аритмия. Глухость тонов сердца;
- мышечный тонус резко снижен, вплоть до атонии (отсутствие мышечного тонуса);
- рефлексы отсутствуют;
- бледность кожных покровов;
- отсутствие пульсации пуповины;
- возможны:
- осложнения со стороны ЦНС — ишемическая энцефалопатия, судороги, отек мозга;
- нарушения гомеостаза — декомпенсированный ацидоз и гипогликемия, ДВС-синдром. Возникает иммунодефицит.

# Формы

- **В зависимости от того, когда возникает асфиксия, различают два ее типа:**
- первичную (возникает при рождении ребенка);
- вторичную (развивается в течение суток после рождения).
- 

**В зависимости от степени тяжести выделяют:**

- легкую асфиксию;
- асфиксию средней тяжести;
- тяжелую асфиксию.

# Причины

- Нарушение плацентарного кровообращения или циркуляции крови в сосудах пуповины (обвитие пуповины, аномалии пуповины, переносенная беременность, хроническая плацентарная недостаточность и т.п.).
- Нарушение газообмена через плаценту в результате острой кровопотери матери (например, в случае предлежания плаценты, тяжелая анемия во время беременности, дыхательная недостаточность и т.д.).
- Нарушение проходимости дыхательных путей ребенка.
- Заболевания плода, например, уродства ЦНС, пороки сердца.



# Легенie асфиксии

- Врач определяет необходимость реанимационных мероприятий – сразу после рождения состояние ребенка оценивают.
- Обеспечивается свободная проходимость дыхательных путей (производят отсасывание слизи и околоплодных вод, или мекония, изo рта и носа ребенка) и адекватное дыхание.
- Восстанавливается адекватная сердечная деятельность. При необходимости вводятся медикаменты (их применяют при отсутствии сердечной деятельности или брадикардии ниже 80 ударов в минуту, если непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких 100% кислородом в течение 30 секунд не дали эффекта).

# Профилактика асфиксии

- Регулярное посещение акушера-гинеколога (1 раз в месяц в 1-м триместре, 1 раз в 2-3 недели во 2-м триместре и 1 раз в 7-10 дней в 3-м триместре).
- Своевременная постановка на учет беременной в женской консультации (до 12 недели беременности).
- Планирование беременности и своевременная подготовка к ней (выявление и лечение хронических и гинекологических заболеваний до наступления беременности).
- Своевременное выявление и лечение осложнений течения беременности (плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии плода, гестоза и т.д.).
- Правильный образ жизни беременной женщины: режим дня, прогулки, прием витаминно-минеральных комплексов, сохранение внутреннего спокойствия, регулярные занятия гимнастикой для беременных.

# Шкала Апгар

- Это система быстрой оценки состояния новорожденного для выяснения необходимости экстренной медицинской помощи. Шкала была предложена американским врачом-анестезиологом Вирджинией Апгар в 1952 г.
- Для более удобного запоминания показателей Вирджиния Апгар разработала систему, где каждая буква фамилии APGAR определяла:
- A (appearance) - цвет кожи;
- P (puls) - пульс;
- G (grimace) - гримасы;
- A (activity) - активность движения, тонус мышц;
- R (respiration) - дыхательные движения, рефлекторная возбудимость.
- Шкала Апгар предполагает суммарный анализ пяти критериев: окраска кожного покрова, частота сердцебиений, рефлекторная возбудимость (гримаса, кашель), мышечный тонус (двигательные движения), характер дыхания, - каждый из которых оценивается целыми числами в баллах от 0 до 2 включительно. Таким образом, общий результат оценки может находиться в диапазоне от 0 до 10.

# Подсчет баллов

- Баллы по шкале Апгар дают количественную оценку и обобщают реакцию новорожденного младенца на внешнюю среду и реанимацию (восстановление резко нарушенных или утраченных жизненно важных функций организма - мероприятия, направленные на восстановление сердечных сокращений и дыхания). Каждому из пяти признаков присваивается значение 0, или 1, или 2. Затем пять значений суммируются, и результат является оценкой по шкале Апгар.
- Баллы по шкале Апгар должны определяться на 1-й и 5-й минуте после рождения. Если сумма на 5-й минуте меньше 7, дополнительные измерения должны проводиться каждые 5 минут в течение последующих 20 минут.

# Критерии оценки

Критерии для оценки по шкале Апгар	0 баллов	1 балл	2 балла
<b>Окраска кожных покровов</b>	Бледность или цианоз	Розовая окраска тела и синюшность конечностей	Розовая окраска всего тела
Частота сердцебиений за минуту	Отсутствует	Менее 100	100 и более
Рефлекторная возбудимость (реакция малыша на введение носового катетера)	Не реагирует	Реакция слабо выражена	Реакция в виде кашля, движений, крика
Мышечный тонус	Отсутствует	Снижен	Активные движения
Дыхание	Отсутствует	Нерегулярное, слабое	Нормальное, крик громкий