**Введение**

асфиксия патология новорожденный

Среди прочих патологий, которые могут угрожать здоровью и жизни ребенка, значительное место занимают гипоксия плода и асфиксия новорождённого. Гипоксия плода происходит в период внутриутробного развития, тогда как асфиксия новорождённого может возникнуть и незадолго до родов и даже во время их. Что касается асфиксии плода, причины ее чаще кроются в состоянии здоровья матери, нарушениях кровообращения в матке и плаценте, а так же пороках развития плода. Независимо от причин возникновения, суть состоит в том, что в организм плода перестает поступать достаточное количество кислорода. В тканях и крови нарушается нормальное протекание окислительно-восстановительных процессов, накапливается ненормально большое количество органических кислот. Из-за этого у плода может возникнуть угнетение центральной нервной системы, ухудшаются функции сердечнососудистой системы и органов выделения. Наступает своего рода самоотравление организма, которое может повлиять на ход его развития, а в тяжелых случаях и привести к гибели еще не рожденного ребенка. Частота рождения детей в асфиксии составляет 1-1,5%, с колебаниями от 9% (у детей со сроком гестации менее 36 недель) до 0,5% (при сроке гестации более 37 недель). Относительно велика и смертность от асфиксии. Асфиксия новорожденных является основной причиной (10-20%) детского церебрального паралича (ДЦП) и других задержек психомоторного развития.

Различается два вида заболевания: первичная асфиксия возникает в момент родов, вторичная - в течение первых 24 часов жизни ребенка. Согласно статистическим данным, около 10% новорожденных рождается с проявлениями асфиксии, или при беременности матери был поставлен диагноз - гипоксия плода. Без сомнения, цифра достаточно большая. Асфиксия - тяжелое заболевание. Не менее страшны и последствия, к которым она приводит. Какие повреждения в организме ребенка вызывает асфиксия? Все системы и органы организма человека нуждаются в кислороде, поэтому при недостатке последнего имеет место их повреждение. Степень повреждения зависит от тяжести заболевания, от чувствительности органа к недостатку кислорода, от быстроты оказания врачебной помощи при асфиксии. Изменения в организме могут быть обратимыми и необратимыми. Все дети, рожденные в состоянии асфиксии, помещаются в реанимационный блок, где им оказывается медицинская помощь. Оценка степени тяжести асфиксии проводится по шкале Апгар: оценка в норме составляет 8-10 баллов, при легкой степени асфиксии состояние новорождённого оценивается в 6-7 баллов, при средней степени тяжести - в 4-5, при тяжёлой асфиксии выставляется оценка в 0-3 балла. Степень тяжести этой патологии зависит напрямую от тяжести асфиксии, которая была определена по шкале Апгар. Нужно иметь в виду, что прогноз последствий зависит от степени тяжести асфиксии. При первой степени 98% детей развиваются без отклонений, при второй степени - около 20% детей, а при третьей - до 80% имеют инвалидность. **[1**]

**Цель**: изучить особенности ухода за ребенком, перенесшим асфиксию и профилактику асфиксии новорожденного

**Задачи:**

1. Рассмотреть причины возникновения и течение асфиксии новорожденного

. Выявить особенности применения знаний о заболевании при организации ухода и профилактике

**1. Асфиксия новорожденных**

**.1 Причины возникновения асфиксии новорожденных**

Разумеется, без каких-либо весомых причин асфиксия у новорожденного ребенка не возникнет. Как правило, причинами, вызывающими асфиксию, является либо острая, либо хроническая внутриутробная гипоксия. Кроме того, поводом для возникновения асфиксии могут стать:

· *Родовая внутричерепная травма новорожденного.*

· *Иммунологическая несовместимость матери и плода.*

· *Закупорка дыхательных путей новорожденного ребенка - полная или частичная, либо околоплодными водами, либо слизью.*

· *Пороки развития плода, вызывающие затруднение процесса дыхания.*

Помимо проблем со стороны здоровья новорожденного ребенка асфиксия может вызываться еще и такие проблемы, как наличие экстрагенитальных заболеваний беременных женщин. Например, таких как:

· *Заболевания сердечно - сосудистой системы, особенно находящиеся в стадии обострения.*

· *Ярко выраженная железодефицитная анемия, особенно в последнем триместре беременности.*

· *Сахарный диабет, особенно инсулинозависимой форме.*

· *Поздние токсикозы - гестозы, сопровождающиеся отеками ног и повышенным давлением.*

Очень часто патологическое течение беременности также приводит к возникновению асфиксии новорожденных. Патология строения пуповины, плаценты и плодных оболочек, преждевременная отслойка плацент, преждевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный период - все это факторы повышенного риска. Также очень часто асфиксия новорожденных возникает в том случае, если имеют место какие-либо аномалии родовой деятельности, неправильное врезание головки плода, патологически узкий таз роженицы и прочее. Причинами же вторичной асфиксии могут стать такие проблемы со здоровьем у ребенка, как врожденная пневмония, нарушения мозгового кровообращения, попадание рвотных масс в дыхательные пути, некоторые виды нарушения работы центральной системы новорожденного ребенка.

Независимо от причин асфиксии у ребенка немедленно начинается изменение обменных процессов. В случае, когда сначала имела место гипоксия плода, и затем наступила асфиксия новорожденного, у ребенка может начаться гиповолемия. Гиповолемии характерно изменение консистенции крови. Кровь сгущается, повышается её вязкость, тромбоциты и эритроциты приобретают повышенную агрегационную способность.

В головном мозге, в сердце, печени, почках и надпочечниках новорожденного можно обнаружить кровоизлияния и отёки, возникающие вследствие гипоксии тканей.

Снижение периферической и центральной гемодинамики приводит к снижению количества сердечных сокращений, падает артериальное давление.

Нарушается процесс метаболизма, что приводит к ухудшению мочевыделительной функции почек.

Основным признаком асфиксии новорожденных является нарушение процесса дыхания, что чревато изменением ритма сердца и патологическим изменением функционирования нервной системы.

**1.2 Признаки асфиксии новорожденных**

Самым главным признаком наличия у новорожденного ребенка асфиксии является нарушение дыхательного процесса, которое приводит к изменению ритма сердечной деятельности, а также патологическому изменению функционирования нервной системы: нарушению нервно - мышечной проводимости и угасанию рефлексов. В первые же секунды после рождения врачи - неонатологи тщательно осматривают ребенка и оценивают его состояние. Состояние ребенка оценивается по специальной шкале Апгар:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии для оценки по шкале Апгар** | 0 баллов | 1 балл | 2 балла |
| Окраска кожного покрова | Бледность или цианоз (синюшная окраска) | Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз) | Розовая окраска всего тела и конечностей |
| Частота сердцебиений за 1 минуту | Отсутствует | <100 | >100 |
| Рефлекторная возбудимость (реакция ребенка на введение носового катетера) | Не реагирует | Реакция слабо выражена (гримаса, движение) | Реакция в виде движения, кашля, чиханья, громкого крика |
| Мышечный тонус | Отсутствует, конечности свисают | Снижен, некоторое сгибание конечностей | Выражены активные движения |
| Дыхание | Отсутствует | Нерегулярное, крик слабый | Нормальное, крик громкий |

· *Легкая форма асфиксии*

В том случае, если асфиксия выражена не ярко, а организм ребенка пострадал не сильно, оценка состояния ребенка по шкале Апгар будет равняться 6 - 7 баллам. Ребенок, родившийся с легкой формой асфиксии, свой первый вдох делает в течение первой минуты после рождения. Однако, несмотря на это, дыхание у ребенка ослабленное, имеет место снижение мышечного тонуса и цианоз (посинение) носогубного треугольника.

· *Средняя степень тяжести асфиксии*

В том же случае, если у ребенка диагностируется средняя степень выраженности гипоксии, оценка будет равна 4 - 5 баллам. В том случае, если ребенок родился с асфиксией средней степени тяжести, он также сделает свой первый вдох в течение минуты после рождения, однако дыхание сильно ослаблено, может быть нерегулярным, крик ребенка очень ослаблен.

Также у ребенка может наблюдаться тахикардия, брадикардия, снижение мышечного тонуса и всех рефлексов. Кожные покровы в области кистей и стоп, а также лица имеют ярко выраженный синюшный оттенок. Для пуповины такого ребенка характерна интенсивная пульсация.

· *Тяжелая форма гипоксии*

При ярко выраженной форме асфиксии врачи оценивают состояние ребенка в 1 - 3 балла.

При тяжелой асфиксии дыхание нерегулярное (отдельные вдохи) либо отсутствует, ребенок не кричит, иногда стонет, сердцебиение замедлено, в ряде случаев сменяется единичными нерегулярными сокращениями сердца, наблюдается мышечная гипотония или атония, рефлексы отсутствуют, кожа бледная в результате спазма периферических сосудов, пуповина не пульсирует; часто развивается надпочечниковая недостаточность.

· *Клиническая смерть*

В том случае, если общая оценка по шкале Апгар равна 0, ребенок находится в состоянии клинической смерти. В этом случае, для того, чтобы спасти жизнь ребенка, реаниматологи немедленно приступают к проведению комплекса реанимационных мероприятий.

Чем скорее будут начаты медицинские манипуляции, тем выше будет их эффективность. Всё начинается прямо в родильном зале. Базовыми принципами оказания первичной реанимационной помощи являются: готовность медицинского персонала лечебно-профилактического учреждения любого функционального уровня к немедленному оказанию реанимационных мероприятий новорожденному ребенку и четкий алгоритм действий в родильном зале.

Первичная и реанимационная помощь новорожденным после рождения должна оказываться во всех учреждениях, где потенциально могут происходить роды, включая догоспитальный этап.

На каждых родах, проходящих в любом подразделении любого медицинского учреждения, имеющего лицензию на оказание акушерско-гинекологической помощи, всегда должен присутствовать медицинский работник, имеющий специальные знания и навыки, необходимые для оказания полного объема первичной реанимационной помощи новорожденному ребенку.

Для проведения эффективной первичной реанимационной помощи учреждения акушерского профиля должны быть оснащены соответствующим медицинским оборудованием.

Работа в родильном блоке должна быть организована таким образом, чтобы в случаях начала сердечно-легочной реанимации сотруднику, который ее проводит, с первой минуты могли оказать помощь не менее двух других медицинских работников (врач акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра-анестезист, акушерка, детская медицинская сестра).

Навыками первичной реанимации новорожденного должны владеть:

врачи и фельдшеры скорой и неотложной медицинской помощи, производящие транспортировку рожениц;

весь медицинский персонал, присутствующий в родильном зале во время родов (врач акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра-анестезист, медицинская сестра, акушерка);

персонал отделений новорожденных (неонатологи, анестезиологи-реаниматологи, педиатры, детские медицинские сестры).

Акушер-гинеколог заранее оповещает о рождении ребенка неонатолога или другого медицинского работника, владеющего в полном объеме методами первичной реанимации новорожденных, для подготовки оборудования. Специалист, оказывающий первичную реанимационную помощь новорожденным, заранее должен быть поставлен в известность акушером-гинекологом о факторах риска рождения ребенка в асфиксии.

Антенатальные факторы риска развития асфиксии новорожденных:

сахарный диабет;

гестоз (преэклампсия);

гипертензивные синдромы;

резус-сенсибилизация;

мертворождения в анамнезе;

клинические признаки инфекции у матери;

кровотечение во II или III триместрах беременности;

многоводие;

маловодие;

многоплодная беременность;

задержка внутриутробного роста плода;

употребление матерью наркотиков и алкоголя;

применение матерью лекарственных препаратов, угнетающих дыхание новорожденного;

наличие аномалий развития, выявленных при антенатальной диагностике;

аномальные показатели кардиотокографии накануне родов.

Интранатальные факторы риска:

преждевременные роды (срок менее 37 недель);

запоздалые роды (срок более 42 недель);

операция кесарева сечения;

отслойка плаценты;

предлежание плаценты;

выпадение петель пуповины;

патологическое положение плода;

применение общего обезболивания;

аномалии родовой деятельности;

наличие мекония в околоплодных водах;

нарушение ритма сердца плода;

дистоция плечиков;

инструментальные роды (акушерские щипцы, вакуум-экстракция).

Неонатолог также должен быть оповещен о показаниях к операции кесарева сечения и особенностях анестезии. При подготовке к любым родам следует:

обеспечить оптимальный температурный режим для новорожденного (температура воздуха в родильном зале не ниже +24°C, отсутствие сквозняка, включенный источник лучистого тепла, согретый комплект пеленок);

проверить наличие и готовность к работе необходимого реанимационного оборудования;

пригласить на роды врача, владеющего приемами реанимации новорожденного в полном объеме. При многоплодной беременности следует заранее предусмотреть достаточное количество специалистов и оборудования для оказания помощи всем новорожденным;

когда прогнозируется рождение ребенка в асфиксии, рождение недоношенного ребенка в сроке 32 недели беременности и менее, в родильном зале должна присутствовать реанимационная бригада, состоящая из двух человек, обученных всем приемам реанимации новорожденных (желательно, чтобы это были неонатолог и подготовленная детская сестра). Оказание помощи новорожденному должно быть единственной обязанностью членов этой бригады на время проведения первичной реанимации**. [2]**



В палате интенсивной терапии

Врачи постоянно должны контролировать основные параметры жизнедеятельности ребенка:

частоту сердцебиения;

частоту дыхательных движений, их глубину.

На основании этих показаний врачи имеют возможность отслеживать эффективность своих действий и, при необходимости, корректировать их. Сразу же после того, как головка плода родится, врач вводить в полость рта и носа новорожденного мягкий зонд и при помощи электрического отсоса удаляет все содержимое верхних дыхательных путей: остатков околоплодных вод, слизи. После этого пуповина ребенка перерезается, а ребенка помещают на специальный реанимационный столик, под лучи специальной лампы. После этого производится повторная аспирация содержимого носоглотки, а также содержимого желудка. После того, как сердечная и дыхательная деятельность ребенка будет восстановлена, а его состояние стабилизировано, ребенка переведут в палату интенсивной терапии. Все дальнейшие медицинские мероприятия будут направлены на предотвращение либо ликвидацию уже существующего отека головного мозга, нормализацию процессов метаболизма, восстановление функции почек и процесса гемодинамики.

Клинический мониторинг включает:

а) учет массы тела (2 раза в сутки);

б) динамические записи об изменении клинического состояния ребенка (неврологический, соматический статус);

в) регулярные отметки (каждый час) параметров ИВЛ;

г) учет получаемого объема жидкости (питание, инфу-зионная терапия, разведение препаратов) и состава (калораж, расчет белков, жиров и углеводов);

д) учет объема всех потерь жидкости (мочи, кала, срыгиваний, застойного содержимого желудка, рвотных масс);

е) обязательный учет темпа диуреза (каждые 4-6 ч), подведение жидкостного баланса каждые 6-8 ч; ж) при каждом осмотре ребенка оценивают симптом «белого пятна».

Аппаратный мониторинг включает регистрацию ЧСС, показателей артериального давления, центрального венозного давления, оксигенации тканей (сатурации).

Лабораторный мониторинг:

а) гемоглобин, количество лейкоцитов, эритроцитов, ретикулоцитов, тромбоцитов, цветовой показатель и лейкоцитарная формула;

б) посевы крови, мокроты, мочи, желудочного содержимого, стула, ликвора, отделяемого из пупочной ранки и слухового прохода с обязательной окраской и микроскопией мазка по Граму;

г) клинический анализ мочи;

д) биохимический анализ крови: уровень глюкозы, общего белка, билирубина и его фракций, концентрация мочевины, калия, натрия, кальция, магния е) коагулограмма;

ж) копрограмма;

з) рентгенограмма грудной клетки и живота.

Объем лабораторного обследования и его частота зависят от тяжести состояния больного и возможностей стационара. Необходимо только учитывать, что при изменении состояния больного, параметров ИВЛ, режимов и состава инфузионной терапии должен быть налажен соответствующий лабораторный контроль. Особенно это касается уровня глюкозы, кальция, показателей «красной крови», КОС.

Асфиксия новорожденных может иметь такие последствия:

· гипер- и гиповозбудимость;

· судорожный синдром;

· гидроцефальный синдром;

· диэнцефальные нарушения.

Вероятность таких последствий зависит от степени тяжести перенесенной новорожденным асфиксии. А для снижения риска возникновения этих осложнений и своевременного начала лечения при необходимости, рекомендуется регулярная консультация специалистов соответствующих профилей.

**2. Особенности ухода и профилактики при асфиксии**

**.1 Особенности ухода при асфиксии**

Для того чтобы ребенок как можно быстрее оправился от последствий асфиксии, очень важно обеспечить ему надлежащий медицинский уход. Ребенок должен находиться в полном покое, а его головка - в приподнятом положении.

Уход после выведения новорожденного из асфиксии и в начальный период в/ч родовой травмы

|  |  |
| --- | --- |
| План сестринский вмешательств | Обоснование |
| 1. Информировать родственников о заболевании | **-**Обеспечивается право родственников на информацию - Родственники выполняют целесообразность выполнения всех мероприятий ухода |
| 2. Обеспечить положение ребенка в кроватке с возвышенным головным концом | **-**Обеспечивается отток крови от головного мозга |
| 3. Прикладывать холод к голове новорожденного | **-**Происходит сужение сосудов головного мозга |
| 4. Организовать кормление через зонд (голодать ребенок не должен) | **-**Кормление не только грудью, но и из бутылочки-чрезмерная нагрузка для ребенка |
| 5. Обеспечить максимальный покой ребенку (проводить щадящие осмотры, пеленание и выполнение различных процедур и др.) | **-**Профилактика кровоизлияний в мозг |

Очень важна интенсивная кислородная терапия всех без исключения детей, перенесших асфиксию. Дети, родившиеся с легкой формой асфиксии, помещаются в специальную кислородную палатку. Эта палатка представляет собой своеобразный купол, внутри которого повышенное содержание кислорода. Ребенок проводит там от нескольких часов до нескольких суток, в зависимости от его состояния здоровья. В том же случае, если ребенок перенес асфиксию в средней или тяжелой форме, он должен быть помещен в кувез. В кувез подается кислород, его концентрация внутри должна составлять примерно 40%. В том же случае, если в родильном доме по каким-либо причинам нет необходимого оборудования, подача кислорода возможна через специальную носовую канюлю или через дыхательную маску.

Очень часто новорожденному ребенку необходимо проведение повторного отсасывания содержимого, как правило, слизи, из верхних дыхательных путей ребенка.

Также необходим тщательный контроль над такими показателями, как функция кишечника, диурезом, температурой тела.

Измерение температуры тела в паховой складке и в подмышечной области

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| Подготовка к процедуре |
| 1. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры | -Обеспечить право на информацию, и участие |
| 2. Подготовить необходимое оснащение | -Обеспечить четкое выполнение процедуры |
| 3. Вымыть и осушить руки | -Обеспечение инфекционной безопасности |
| 4. Достать термометр и встряхнуть его | -Обеспечение достоверности результата измерения |
| 5. Осмотреть паховую (подмышечную область) | -Исключение повреждений кожи |
| Выполнение процедуры |
| 1. Протереть насухо салфеткой область, используемую для термометрии | -Влага охлаждает ртуть |
| 2. Поместить ртутный резервуар термометра в паховую (подмышечную область так, чтобы он полностью охватывался кожной складкой и не соприкасался с бельем | -Обеспечение условий для получения достоверного результата |
| 3. Засечь время и через 10 минут извлечь термометр, определить его показания | -Оценка полученных данных |
| 4. Сообщить маме результат термометрии | -Обеспечение права на информацию |

Первое кормление ребенка, перенесшего легкую и среднюю степень асфиксии, производится примерно через 16 часов после рождения. Тех же детей, которые были рождены в состоянии тяжелой асфиксии, первый раз кормят через 24 часа, при помощи специального зонда. А вот вопрос о том, когда можно начинать прикладывать к груди, решается индивидуально в каждом случае, в зависимости от состояния ребенка.

Подготовка к кормлению

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| 1. Перепеленать ребенка 2. При необходимости прочистить носовые ходы | **-**Создание комфортных условий для кормления |

После того, как ребенок будет выписан домой, он должен находиться под диспансерным наблюдением таких специалистов, как педиатр и невропатолог. Это необходимо для того, чтобы предупредить возможное осложнение со стороны работы центральной нервной системы. Последующий прогноз зависит от нескольких факторов, в частности от степени тяжести асфиксии, своевременности начала лечебных мероприятий и их адекватность. В том случае, если ребенок родился с первичной асфиксией, прогноз зависит от вторичной оценки состояния по шкале Апгар (производится через 5 минут после рождения). В том случае, если вторая оценка выше первой, то прогнозы для жизни ребенка достаточно благоприятны. Ребенок, перенесший асфиксию, должен находиться под пристальным наблюдением не только участкового педиатра, но и детского невропатолога на протяжении первых трех лет жизни. Назначаемое лечение, включая массаж и гимнастику, влияет на дальнейшее развитие ребенка. Если это чисто медицинский массаж, который предписывается для реабилитации организма ребенка в целом, лучше, конечно, чтобы его делал специалист. Ведь одно только неправильное движение руки - и ребенку может стать хуже. Элементам общеукрепляющего, поддерживающего массажа, гимнастики и плавания мама может научиться под руководством специалиста, который будет приходить на дом каждую неделю, чтобы расширить диапазон упражнений и убедиться, что она все делает правильно.

Последствия, в случае игнорирования родителями подобных рекомендаций, могут быть самыми разнообразными: он очень поздно научится говорить, будет отставать от сверстников в общем развитии, станет плохо воспринимать материал на уроке и, соответственно, слабо учиться в школе, реакция на происходящее вокруг у него будет непредсказуемой.

Рожденных в состоянии асфиксии не рекомендуется прикладывать к материнской груди в родильном зале, потому что это может только усугубить тяжесть состояния. Если по истечении 12 - 24 часов его состояние стабилизируется и ему становится лучше (нормализуются сердцебиение и цвет кожных покровов, дыхание выравнивается, становится глубже и самостоятельнее), мама может кормить его грудью - повторно асфиксия возобновиться уже не может.

Детям, перенесшим асфиксию во время рождения, прикорм вводится в зависимости от их общего состояния. Желательно, конечно, чтобы до года они питались, в первую очередь, материнским молоком, так как это единственный продукт детского питания, идеально сбалансированный для каждого ребенка. Ослабленным детям, перенесшим хроническую гипоксию, надо раньше, чем остальным, начинать вводить витаминотерапию (соки, пюре). Если этот ребенок является гипотрофиком (в организме не хватает белка), естественно, ему нужно раньше ввести белковый прикорм (мясные, кисломолочные продукты питания). При легкой форме асфиксии - без серьезных невралгических нарушений организма - прикорм можно вводить в обычные сроки. Такие дети чаще болеют, и это вполне естественно, так как они относятся к определенной группе риска.

**.2 Профилактика асфиксии новорожденных**

Для того чтобы избежать всех тех проблем, которые влечет за собой асфиксия новорожденных, необходимо принять необходимые меры профилактики. Конечно же, к сожалению, не всегда профилактические меры могут предотвратить асфиксию, однако пренебрегать ими не стоит. Примерно в 40% случаев профилактические меры дают положительный результат. Итак:

· *Профилактика внутриутробной гипоксии*

Для того чтобы избежать развития внутриутробной гипоксии плода, необходимо постоянное наблюдение за течением беременности. Во время беременности должны быть своевременно выявлены все факторы риска, такие как:

· *Соматические и инфекционные заболевания, например простуда, грипп, острые респираторные заболевания.*

· *Нарушения работы эндокринной системы и гормонального фона беременной женщины.*

· *Наличие сильных стрессовых ситуаций в жизни беременной женщины.*

· *Возраст беременной женщины - чем она старше, тем выше риск.*

· *Наличие таких вредных привычек, как курение и употребление содержащих алкоголь напитков.*

Помимо этого очень важно проводить внутриутробный мониторинг состояния плода и плаценты. Так, например, состояние плаценты может явно указывать на возможное кислородное голодание плода, а наличие мекония в околоплодных водах является сигналом опасности. Как только будут замечены первые тревожные сигналы, необходимо немедленно начинать необходимую терапию.

Все вышесказанное в очередной раз подтверждает необходимость постоянного медицинского наблюдения за будущей мамой. Ни в коем случае недопустимо игнорировать посещения врача - гинеколога во время беременности - ведь тем самым вы подвергаете угрозе здоровье вашего ребенка, а возможно даже и его жизнь.

**Общие выводы**

Асфиксия новорожденного - это отсутствие эффективного газообмена в легких сразу после рождения у ребенка с наличием хотя бы одного признака живорожденности. Признаки жизни: самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное движение мускулатуры. Асфиксия новорожденных - причина смерти примерно миллиона детей в мире ежегодно и примерно у такого же количества детей развиваются серьезные неврологические и другие ее последствия.

Самым главным признаком наличия у новорожденного ребенка асфиксии является нарушение дыхательного процесса, которое приводит к изменению ритма сердечной деятельности, а также патологическому изменению функционирования нервной системы: нарушению нервно - мышечной проводимости и угасанию рефлексов.

Таким образом, для того чтобы ребенок как можно быстрее оправился от последствий асфиксии, очень важно обеспечить ему надлежащий медицинский уход. Это необходимо для того, чтобы предупредить возможное осложнение со стороны работы центральной нервной системы.

Профилактические мероприятия следует выполнять, чтобы избежать развития внутриутробной гипоксии плода. Кроме того необходимо постоянное наблюдение за течением беременности. Помимо этого очень важно проводить внутриутробный мониторинг состояния плода и плаценты. После того, как малыш будет выписан домой, он должен находиться под диспансерным наблюдением таких специалистов, как педиатр и невропатолог.

**Список литературы**

1. Письмо минздрава и социального развития РФ от 21.04.2010 г. Первичная реанимационная помощь новорожденным детям.

2. Сестринское дело в педиатрии, В.Д. Тульчинская, Ростов-на Дону. 2008 г.