Содержание

Введение. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.1 Неврологическая патология: этиология, предрасполагающие факторы, клиническая картина

.2 Понятие о патологии новорожденных

.3 Выводы по теоретической части. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.1 Материалы и методы

.2 Неврологическая патология как наиболее распространенная форма патологий

Заключение

Список используемой литературы

Приложение

Введение

"Ничто не оказывает большего влияния на характер жизни человека, чем болезни и повреждения, возникающие в перинатальном периоде" (Folkner, 1982).

Период новорожденности - самый ответственный период в онтогенезе человека в связи с напряженностью процессов перестройки организма для внеутробного существования. Он охватывает 1-й месяц постнатальной жизни, в нем выделяют ранний неонатальный период (от рождения до 7суток, наиболее напряженная постнатальная адаптация) и поздний неонатальный период (8-28 или 8-30 суток жизни) [1].

На протяжении последних десятилетий отмечается неуклонный рост числа детей с патологией нервной системы. По данным ВОЗ, до 10% детей страдают нервно-психическими заболеваниями, 80% из которых имеют перинатальное происхождение. При тех темпах нарастания патология церебральной нервной системы, какие отмечены в настоящее время, есть все основания полагать, что доля здоровых детей при рождении к 2015 году заболевания увеличится до 35%. [10].

Сегодня проблемы перинатальной патологии имеют не только сугубо медицинский, педиатрический смысл, но и приобретают особое общечеловеческое значение в связи с резким снижением рождаемости, ростом детской заболеваемости и смертности. Частота патологических состояний перинатального периода, занимающих первое место в структуре младенческой смертности. По предварительным прогнозам Минздрава Российской Федерации показатель младенческой смертности в 2001 году составил 14,7 на 1000 родившихся живыми, достигнув прогнозируемого уровня. Заболеваемость новорожденных детей за 2000 год. С синдромом респираторных расстройств (179,4) , внутричерепная родовая травма (26,8) , врожденные аномалии (288,9) , гемолитическая болезнь (94,7).

Цель: провести анализ распространенности различных форм патологии новорожденных.

Объект исследования: формы патологии новорожденных детей.

Предмет исследования: Неврологическая патология как наиболее распространенная форма патологии новорожденных детей.

Гипотеза исследования: Неврологическая патология - ведущая форма патологии новорожденных детей.

Задачи:

. Изучить информационные источники по проблеме исследования.

.Провести анализ историй болезни пациентов с патологией новорожденных, провести анализ распространенности неврологической патологии среди них.

. Сделать выводы по результатам исследования.

Методы исследования:

. Анализ медицинской документации

. Синтез выводов по результатам исследования

. Статистическая обработка данных.

База исследования: ГБУЗ «Брянская областная детская больница»

.Статистические методы обработки данных (вычисление среднего арифметического значения).

Тип работы: опытно - практическая.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.1 Неврологическая патология: этиология, предрасполагающие

факторы, клиническая картина

Неврологической патологии - это любые нарушения в работе нервной системы, которые возникают с 28 недели развития плода до рождения и в первые дни после появления ребенка на свет, считает Кантуев О.И профессор патологии новорожденных. Неврологическую патологию также называют перинатальным поражением центральной нервной системы.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), перинатальным периодом называют период от 28-й недели внутриутробной жизни плода по 7-е сутки жизни новорожденного.

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

Причин появления неврологической патологии множество. Самые распространенные из них:

гипоксия плода во время нахождения в утробе матери

травмы, полученные при родах

внутриутробные инфекции

-неправильное развитие головного или спинного мозга

-гемолитическая болезнь новорожденного

Различают основные виды неврологических патологий новорожденных:

-перинатальную мозговую депрессию или гиповозбудимость

перинатальную мозговую гипервозбудимость

гипертензионно-гидроцефальный синдром

Перинатальная мозговая гиповозбудимость. Характерными симптомами этого типа патологии являются снижение двигательной активности, ослабление рефлексов, таких как сосание и глотание, снижение мышечной активности. Наблюдается эмоциональная вялость, пассивность, малыш не проявляет любознательности, не стремиться приблизиться к новому предмету, потрогать его. Вяло проявляются и отрицательные эмоциональные реакции. Такой вид неврологической патологии часто наблюдается у недоношенных, у детей, которые испытывали гипоксию или перенесли родовую травму.

Перинатальная мозговая гипервозбудимость проявляется двигательным беспокойством, нарушениями сна, эмоциональной неустойчивостью, склонностью к судорогам и усилением врожденных рефлексов.

Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Неустойчивое или повышенное внутричерепное давление может приводить к появлению гипертензионно-гидроцефального синдрома. Чаще всего при этом синдроме увеличивается объем головы. Другим диагностическим признаком является диспропорция между лицевой и мозговой частями черепа. У малыша могут расползаться черепные швы, расходиться или даже выбухать родничок. Неврологические симптомы этой патологии сильно различаются и зависят от степени выраженности синдрома и его разновидностей. [5].

Автор Кафтанов К.Л. на симпозиуме по неврологическим патологиям пришел к выводу, что основными причинами повреждения центральной нервной системы (ЦНС) наиболее часто являются - гипоксия, кислородное голодание различной природы и внутричерепная родовая травма, реже -внутриутробные инфекции, гемолитическая болезнь новорожденных, пороки развития головного и спинного мозга, наследственно обусловленные нарушения обмена веществ, хромосомная патология.

Гипоксия занимает первое место среди причин повреждения ЦНС, в таких случаях врачи говорят о гипоксически-ишемическом поражении ЦНС у новорожденных.

Гипоксия плода и новорожденного - это сложный патологический процесс, при котором уменьшается или совсем прекращается доступ кислорода в организм ребенка (асфиксия). Асфиксия может быть однократной или повторяться, различной по продолжительности, в результате чего в организме накапливается углекислота и другие недоокисленные продукты обмена, повреждающие в первую очередь центральную нервную систему.

При кратковременной гипоксии в нервной системе плода и новорожденного возникают лишь небольшие нарушения мозгового кровообращения с развитием функциональных, обратимых расстройств. Длительно и неоднократно возникающие гипоксические состояния могут приводить к резким нарушениям мозгового кровообращения и даже к гибели нервных клеток.

На втором месте среди причин повреждения ЦНС у плода и новорожденного стоит родовая травма. Истинное значение, смысл родовой травмы - это повреждение новорожденного ребенка, вызванное механическим воздействием непосредственно на плод во время родов.

Среди разнообразия родовых травм в процессе рождения младенца наибольшую нагрузку испытывает шея ребенка, следствием чего являются различные повреждения шейного отдела позвоночника, особенно межпозвоночные суставы и место соединения первого шейного позвонка и затылочной кости (атланто-заты-лочное сочленение).

Могут быть сдвиги (дислокации), подвывихи и вывихи в суставах. При этом нарушается кровоток в важных артериях, снабжающих кровью спинной и головной мозг.

Функционирование мозга в значительной степени зависит от состояния мозгового кровоснабжения.

Часто первопричиной подобных травм является слабость родовой деятельности у женщины. В таких случаях вынужденно применяемая родостимуляция меняет механизм прохождения плода через родовые пути. При таких стимулированных родах ребенок появляется на свет не постепенно, приспосабливаясь к родовым путям, а быстро, что создает условия для смещения позвонков, растяжения и разрыва связок, вывихов, нарушается мозговой кровоток.

Травматические повреждения ЦНС во время родов наиболее часто возникают при несоответствии величины ребенка размерам таза матери, при неправильном положении плода, при родах в тазовом предлежании, когда рождаются недоношенные, маловесные дети и, наоборот, дети с большой массой тела, большими размерами, так как в этих случаях используются различные ручные родовспомогательные приемы.

Обсуждая причины травматических поражений ЦНС, отдельно следует остановиться на родах с использованием наложения акушерских щипцов. Дело в том, что даже при безукоризненном выполнении наложения на головку щипцов далее следует интенсивная тяга за голову, особенно при попытке помочь рождению плечиков и туловища. При этом вся та сила, с которой происходит вытягивание головки, передается туловищу через шею. Для шеи такая огромная нагрузка необычно велика, именно поэтому при извлечении младенца при помощи щипцов наряду с патологией головного мозга возникают повреждения шейного участка спинного мозга.[7]

Родовые травмы

Факторами, предрасполагающими к родовой травме, являются неправильное положение плода, несоответствие размеров плода размерами малого таза беременной (крупный плод или суженный таз), особенности внутриутробного развития плода (хроническая внутриутробная гипоксия), недоношенность, переношенность, длительность акта родов. Непосредственной причиной родового травматизма нередко бывают неправильно выполняемые акушерские пособия при поворотах и извлечении плода, наложение акушерских щипцов,вакуум-экстрактор.  
 Повреждения кожи и подкожной клетчатки при родах (ссадины, царапины, кровоизлияния и др.), как правило, не опасны и требуют только местного лечения для предупреждения инфицирования (обработка 0,5% спиртовым раствором йода, наложение асептической повязки);

Кефалогематомы

Кефалогематома представляет собой кровоизлияние под надкостницу плоских костей черепа. Механизм травмы заключается в смещении кожи вместе с надкостницей и разрыве сосудов во время перемещения головы ребенка по родовому каналу. Кровь в кефалогематоме накапливается постепенно и поэтому опухоль, появившись во время или вскоре после рождения, продолжает увеличиваться в течение первых 2-3 дней жизни ребенка. Осложнения кефалогематомы: анемия, вследствие значительной потери крови; желтуха, развивающаяся при рассасывании кровоизлияния, нагноение.

Родовая травма нервной системы в большинстве случаев возникает на фоне хронической гипоксии плода, обусловленной неблагоприятным течением беременности (токсикозы, угроза выкидыша, инфекционные, эндокринные и сердечно-сосудистые заболевания, профессиональные вредности и др.).  
Травма спинного мозга - результат воздействия механических факторов (избыточная тракция или ротация) при патологическом течении родов, приводящих к кровоизлиянию, растяжению, сдавлению и разрывам спинного мозга на различных уровнях. Позвоночник и его связочный аппарат у новорожденных более растяжимы, чем спинной мозг, который сверху фиксирован продолговатым мозгом и корешками плечевого сплетения, а снизу конским хвостом. Поэтому повреждения чаще всего обнаруживают в нижнешейном и верхнегрудном отделах, в местах наибольшей подвижности и прикрепления спинного мозга. Чрезмерное растяжение позвоночника может привести к опусканию ствола мозга и его вклинению в большое затылочное отверстие.

Травма плечевого сплетения (акушерский парез) отмечается преимущественно у детей с большой массой тела, рожденных в ягодичном или ножном предлежании. Основной причиной травмы являются акушерские пособия, оказываемые при запрокидывании верхних конечностей плода, затрудненном выведении плечиков и головки. Тракция и ротация головки при фиксированных плечиках и, наоборот, тракция и ротация плечиков при фиксированной головке приводят к натяжению корешков-нижнешейных и верхнегрудных сегментов спинного мозга над поперечными отростками позвонков. В большинстве случаев акушерские парезы возникают на фоне асфиксии плода.

В зависимости от локализации повреждения парезы плечевого сплетения подразделяют на верхний (проксимальный), нижний (дистальный) и тотальный типы. Верхний тип акушерского пареза (Дюшенна-Эрба) возникает в результате повреждения верхнего плечевого пучка плечевого сплетения или шейных корешков, берущих начало из сегментов CV - CVI спинного мозга. В результате пареза мышц, отводящих плечо, ротирующих его кнаружи, поднимающих руку выше горизонтального уровня, сгибателей и супинаторов предплечья нарушается функция проксимального отдела верхней конечности. Рука ребенка приведена к туловищу, разогнута, ротирована внутрь в плече, пронирована в предплечье, кисть в состоянии ладонного сгибания, головка наклонена к больному плечу.

Парез диафрагмы - ограничение функции диафрагмы в результате поражения корешков CIII - CV или диафрагмального нерва при чрезмерной боковой тракции в родах. Клинически проявляется одышкой, учащенным, нерегулярным или парадоксальным дыханием, повторными приступами цианоза, выбуханием грудной клетки на стороне пареза. У 80% больных поражается правая сторона, двустороннее поражение составляет менее 10%. Парез диафрагмы не всегда выражен клинически и часто обнаруживается лишь при рентгеноскопии грудной клетки. Купол диафрагмы на стороне пареза стоит высоко и малоподвижен, что у новорожденных может способствовать развитию пневмонии.

Парез лицевого нерва - повреждение в родах ствола и (или) ветвей лицевого нерва. Возникает в результате сжатия лицевого нерва мысом крестца, акушерскими щипцами, при переломах височной кости. Клинически отмечаются асимметрия лица, особенно при крике, расширение глазной щели («заячий глаз»). При крике глазное яблоко может смещаться вверх, а в неплотно сомкнутой глазной щели видна белковая оболочка. Угол рта опущен по отношению к другому, рот сдвинут в здоровую сторону. Грубый периферический парез лицевого нерва может затруднять процесс сосания. Восстановление часто протекает быстро и без специфического лечения. При более глубоком поражении проводят аппликации озокерита, парафина и другие тепловые процедуры.[2].

Врожденные рефлексы

Врожденные рефлексы - это специфическая ответная реакция малыша на определенный внешний раздражитель. Исследование рефлексов в основном используют для оценки состояния нервной системы.

Еще в родильном доме, сразу после рождения малыша, врач-неонатолог проверяет врожденные рефлексы и дает оценку развитию нервной системы.

Патологией считается их отсутствие, а также задержка их обратного развития.

Недопустимо стимулировать рефлексы новорожденного, особенно рефлекса автоматической ходьбы.

Основные безусловные рефлексы новорожденных

Дыхательный рефлекс

Первым, сразу после рождения, включается дыхательный рефлекс - раскрываются легкие малыша и он делает первый самостоятельный вдох.

Сосательный рефлекс

Сосательный рефлекс возникает у новорожденного в ответ на раздражение полости рта, при прикосновении к губам и языку новорожденного.

Рефлекс кляпа. Рефлекс заставляет ребенка выталкивать изо рта языком любые твердые предметы. Рефлекс кляпа появляется сразу после рождения. Рефлекс не дает ребенку подавиться.

Поисковый (искательный) рефлекс Куссмауля

Рефлекс следует вызывать осторожно, не причиняя боли новорожденному.

• Надавливание на середину верхней губы вызывает рефлекторное приподнимание верхней губы кверху и разгибание головы.

• При болевом раздражении происходит поворот только головы в противоположную сторону.

Поисковый рефлекс является основой для формирования многих мимических (выразительных) движений: качания головой, улыбки.

Поисковый рефлекс отсутствует или снижен, асимметричен у новорожденных с повреждением лицевого нерва.

Хоботковый рефлекс (рефлекс ротовой Эшериха)

Вызывается быстрым легким прикосновением пальцем, соской или молоточком по верхней губе ребенка - в ответ происходит сокращение мимической мускулатуры новорожденного - вытягивание губ в виде хоботка.

Верхний хватательный рефлекс (Янишевского)

В ответ на штриховое прикосновение к ладони новорожденного происходит сгибание пальцев и захватывание предмета в кулак.

У младенца в норме хватательный рефлекс хорошо вызывается.

Пяточный рефлекс Аршавского

При надавливании на пяточную кость у ребенка вызываются крик или гримасы плача.

Отсутствие их, снижение степени выраженности или асимметрия могут указывать на поражение нервной системы.

Рефлекс охватывания Моро

Вызывается различными приемами: если неожиданно хлопнуть двумя руками с обеих сторон по поверхности, на которой лежит ребенок, на расстоянии 15 см от его головки , то новорожденный отводит руки в стороны и открывает кулачки - I фаза рефлекса Моро. Через несколько секунд руки возвращаются в исходное положение (поза эмбриона) - II фаза рефлекса Моро.

Рефлекс выражен сразу после рождения. У всех здоровых новорожденных рефлекс Моро всегда симметричен(одинаков) в обеих руках и выражен до 4-5-го месяца, затем начинает угасать; после 5-го месяца можно наблюдать лишь отдельные его компоненты.

Рефлекс Ландау

Придайте ребенку «положение пловца» - поднимите малыша в воздух так, чтобы его лицо смотрело вниз, и он тут же поднимет голову, а затем и выпрямит (или даже выгнет) спину, а также разогнет ноги и руки - ласточка, от 6 месяцев до полутора лет. [9].

Рефлекс Бауэра (ползания) - положить ребенка на живот и подставить к подошвам согнутых ног ладонь, при этом ребенок совершает ползающие движения.

Рефлекс Бабкина (ладонно-ротовой) - надавить большими пальцами на ладони ребенка, при этом он откроет рот и согнет голову.

менингеальные симптом: ригидность затылочных мышц - необходимо положить на затылок ребенка и согнуть голову так, чтобы ребенок подбородком достал грудь, при положение реакция - боль в затылке. [3].

.2 Понятие о патологии новорожденных

Порок сердца у новорожденных (ВПС) - это аномалии морфологического развития сердца и магистральных сосудов, возникающие на 28-й недели беременности в результате нарушения процессов эмбриогенеза.

Этиология

Генетический фактор (в составе какого-то генетического синдрома).

Возраст родителей (отец старше 45 лет, мать старше 35 лет).

Внутриутробная инфекция (краснуха, вирусы гриппа, герпес).

Экологический фактор (мутагенные вещества)

Алкоголь, другие токсические вещества (тяжелые металлы, спирты).

Заболевания матери (нарушения обмена веществ, сахарный диабет). [3].

Асфиксия новорожденного - патология раннего неонатального периода, обусловленная нарушением дыхания и развитием гипоксии у родившегося ребенка. Асфиксия новорожденного клинически проявляется отсутствием самостоятельного дыхания ребенка в первую минуту после рождения либо наличием отдельных, поверхностных или судорожных нерегулярных дыхательных движений при сохранной сердечной деятельности. Новорожденные с асфиксией нуждаются в проведении реанимационных мероприятий. Прогноз при асфиксии новорожденного зависит от тяжести патологии, своевременности и полноты оказания лечебных мероприятий.

Первичная асфиксия новорожденного обычно связана с хронической или острой внутриутробной недостаточностью кислорода, обусловленной внутричерепными травмами, внутриутробными инфекциями <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/intrauterine-infection> (краснуха <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/rubella>, цитомегаловирус <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/cytomegalovirus>, сифилис <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_venereology/syphilis>, токсоплазмоз,хламидиоз <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_venereology/chlamydia>, герпес <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/herpetic-infection> и др.), иммунологической несовместимостью крови матери и плода, пороками развития плода, частичной или полной обтурацией дыхательных путей новорожденного околоплодными водами или слизью.

Развитию асфиксии новорожденного способствует наличие экстрагенитальной патологии у беременной (анемии, пороков сердца <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_cardiology/heart\_defects>, заболеваний легких, тиреотоксикоза <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_endocrinology/thyrotoxicosis>, сахарного диабета <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_endocrinology/diabetes\_saharniy>, инфекций), а также отягощенного акушерского анамнез (преждевременной отслойки плаценты <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_gynaecology/placental-abruption>, перенашивания беременности <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_gynaecology/prolonged-pregnancy>, осложненных родов), вредных привычек у матери. неврологическая патология новорожденный гипоксия

Клиника асфиксии новорожденного

Определяющими критериями асфиксии новорожденного являются дыхательные расстройства, ведущие к нарушению гемодинамики, сердечной деятельности, мышечного тонуса и рефлексов.

По тяжести проявлений в акушерстве и гинекологии различают 3 степени асфиксии новорожденных с оценкой в баллах по 10-балльной шкале (методике) Апгар в течение первой минуты после рождения: 6-7 баллов - легкая асфиксия, 4-5 баллов - средняя и 1-3 балла - тяжелая асфиксия. Оценка по шкале Апгар 0 баллов расценивается как клиническая смерть. Критериями оценки тяжести асфиксии новорожденных служат сердцебиение, дыхание, окраска кожи, выраженность тонуса мышц и рефлекторной возбудимости (пяточного рефлекса).

При легкой степени асфиксии первый вдох новорожденный делает на первой минуте после рождения, у ребенка выслушивается ослабленное дыхание, выявляется акроцианоз, цианоз носогубной области, сниженный мышечный тонус.

Асфиксия новорожденного средней тяжести характеризуется вдохом на первой минуте, ослабленным регулярным или нерегулярным дыханием, слабым криком, брадикардией <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_cardiology/bradycardia>, сниженным мышечным тонусом и рефлексами, синюшностью кожи лица, стоп и кистей, пульсацией пуповины.

ВЫВОДЫ по теоретической части

. Среди просмотренных нами формулировок, неврологическая патология новорожденных определяется как нарушение в работе нервной системы, которое возникает с 28 недели развития плода до рождения и в первые дни после появления ребенка на свет.

. Авторы предлагают формы, в которым относят: перинатальную мозговую депрессию или гиповозбудимость, перинатальную мозговую гипервозбудимость, гипертензионно-гидроцефальный синдром.

. Во всех статьях выявлено, что самая распространенная аномалия Асфиксия.

.В книгах всех авторов является наиболее распространенной в классификации аномалий

II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.1 Материал и методы

В связи с поставленной перед нами целью о выявлении структуры исследования перинатальной патологии имеют не только сугубо медицинский, педиатрический смысл, но и приобретают особое общечеловеческое значение в связи с резким снижением рождаемости, ростом детской заболеваемости и смертности.

Таким образом, основными методами исследования стал анализ,

а материалом - истории болезни пациентов периода новорожденности отделения патологии новорожденных ГБУЗ «Брянская областная детская больница».

Рассмотрим структуру истории болезни. Профессор А. Ю. Яковлева полагает, что история болезни представляет собой протокол обследования больного. Необходимо различать клиническую и академическую истории болезни. Написание их имеет различные цели. Клиническая история болезни ведется с момента поступления больного в стационар. В ней фиксируются основные этапы клинического, инструментального и лабораторного обследований, заключения консультации врачей-специалистов, ставится предварительный диагноз, проводится обоснование диагноза, и, если необходимо, ставится дифференциальный диагноз. После этого с учетом всех имеющихся современных классификаций ставится окончательный диагноз, затем назначается лечение, и регистрируются ежедневно применяемые препараты. Обязательно отмечают все изменения, касающиеся состояния больного (как положительную, так и отрицательную динамику). Через определенные промежутки времени состояние больного описывают в этапных эпикризах. Если состояние больного улучшилось, больного выписывают, заполняя выписной эпикриз. Если же, несмотря на проведенное лечение, заболевание заканчивается летальным исходом, то история болезни завершается посмертным эпикризом. Помимо этого, история болезни является и юридическим документом.

Структура истории болезни включает паспортную часть, субъективное обследование (жалобы пациента, анамнез заболевания, анамнез жизни), объективное обследование (физикальные данные, результаты инструментальных и лабораторных исследований), эпикориз.[6].

Теперь дадим определение такого метода исследования, как анализ (др.-греч. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> ἀνάλυσις - разложение, расчленение) - операция мысленного или реального расчленения целого (вещи, свойства, процесса или отношения между предметами) на составные части, выполняемая в процессе познания или предметно-практической деятельности человека.

В ходе курсовой работы, мы проводили формулировку выводов посредством метода синтеза. В дополнение к синтезу, метод анализа позволяет получить необходимую информацию о структуре объекта исследования, а также выделить из общей массы фактов те, которые непосредственно относятся к рассматриваемому вопросу.[8].

.2 Неврологическая патология как наиболее распространенная форма патологий

Для решения задач и достижения поставленных целей исследования мы проанализировали 286 историй болезни новорожденных. Мы рассматривали такие показатели, как пол ребенка, доношенность, диагноз, возраст матери, наличие вредных привычек, наличие наследственных заболеваний, от какой беременности ребенок. Все данные занесены в таблицу и отображены в приложение.



Рис.2.1. Соотношение мальчиков и девочек с патологией.

В результате исследование выяснилось, что неврологической патологией болеют чаще девочки. Так как из 60 общих новорожденных из них оказалось 31 девочка, а мальчиков 29, то составляет 49% мальчиков, а девочек 51%.



Рис.2.2. Возраст матерей с часто рождаемой патологией.

Наибольшее число рождены от матери в возрасте 26 - 30 лет.Это доказывает,что женщины рожавшие в возрасте 26 - 30 лет, показало большее количество с патологией, это доказывает что возраст не влияет на патологию.



Рис.2.3. От какой беременности часто рождаемые дети с патологией.

По результатам исследования показано,что женщина родившая от второй беременности , 51% вероятности рождается с патологией.



Рис.2.4. Влияние наследственности.

Наследственность влияет на патологию новорожденных,так как из 60 человек, 40 человек присутствует отягощенный наследственный фактор.



Рис.2.5. Влияние вредных привычек на патологию.

Не выявлено зависимости числа детей с патологией от наличия у матери вредной привычки.



Рис.2.6. Соответствие между патологиями.

Проанализировав патологии новорожденных такие как: Сердечно сосудистую систему ДЖМП, ГБН по АВО системе, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, натальная травма шейного отдела, было установлено что большие количество патологии относится к гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, а меньше всего патологий с натальная травма шейного отдела.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существует ряд факторов, приводящих к увеличению частоты неврологической патологии у новорожденных. Одним из них является возраст матери до 18 и старше 30 лет. В нашем наблюдении из 10 (4,76%) детей "юных" матерей 60% имели неврологические нарушения, причем преобладало сочетанное поражение головного и спинного мозга.

Неврологическая патология новорожденных причиной этому может быть травмы во время родов и внутриутробные инфекции. Неврологическую патологию также называют перинатальным поражением центральной нервной системы. К основным видам неврологической патологии относят: перинатальную мозговую депрессию или гиповозбудимость, перинатальную мозговую гипервозбудимость, гипертензионно-гидроцефальный синдром. [4].

Проведенный анализ собственных наблюдений позволяет сказать, что практически дети рождаемые в возрасте от 26 лет до 30 лет и родившиеся от второй беременности чаще могут рождаться с гипоксически-ишемическое поражение ЦНС.

Продолжительность жизни больных с наследственной патологией зависит не только от самой болезни, но и от уровня медицинской помощи.

Во избежание патологий новорожденных следует знать факторы риска это таки как: заболевания, связанные с родословной - болезнь ребенка совпадает с болезнью родственников, перегревание с 4 и по 14 неделю - задержка роста, дефекты ЦНС, аномалии лица, конечностей, гипоксия (кислородное голодание)

до 2 недель беременности - нарушение развитии оплодотворения яйцеклетки

с 3 до 12 недели беременности - замедление роста эмбриона

после 12 недели - гипотрофия, гипоксия плода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Баранов А.А. Руководство по амбулаторно - поликлинической педиатрии. - Ростов - на - Дону: «ГЭОТАР - Медиа», 2007.- С.247-264.

Соколова Н. , В. Тульчинская. Педиатрия с детскими инфекциями. Ростов - на - Дону: «ГЭОТАР - Медиа», 2002. - С.11-14.

Черствого Е.Д., Яцык. Г.В. Руководство по неонатологии. Медицинское информированное агенство. Болезни плода, новорожденного и ребенка. Справочное пособие. 2007. - С.45-53.

http://www.likar.info/azbuka-zdorovya/article-62217-nevrologicheskaya- patologiya-novorozhdennyih/ <http://www.likar.info/azbuka-zdorovya/article-62217-nevrologicheskaya-patologiya-novorozhdennyih/>

<http://www.likar.info/azbuka-zdorovya/article-62217-nevrologicheskaya-patologiya-novorozhdennyih/>

ПРИЛОЖЕНИЕ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | АНОМАЛИИ ССС | НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ | | | | | | |
|  |  | ПОЛ | ДОНОШЕНН ИЛИ НЕТ | ВОЗРАСТ МАТЕРИ | ОТ КАКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ | НАЛИЧИЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ | вредные привычки | ДИАГНОЗ |
| 1 | ДЖМП | м | + | 38 | 2 |  | курение | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 2 |  | м | + | 33 | 2 | отсутствует |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 3 |  | ж | + | 27 | 1 |  |  | ГБН по АВО системе |
| 4 |  | м |  | 21 | 1 |  |  | ГБН по АВО системе |
| 5 |  | м | + | 34 | 2 |  | курение | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 6 |  | ж |  | 33 | 2 |  | курение | Натальная травма шейного отдела |
| 7 | ДЖМП | ж | + | 37 | 2 | отсутствует | курение | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 8 |  | м |  | 24 | 1 |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 9 |  | м | + | 26 | 1 |  | курение | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 10 |  | ж |  | 26 | 1 | отсутствует |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 11 | ДЖМП | м |  | 24 | 1 | отсутствует |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 12 | ДЖМП | ж | + | 28 | 1 |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 13 |  | ж |  | 36 | 2 |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 14 |  | ж |  | 38 | 3 | отсутствует | курение | ГБН по АВО системе |
| 15 |  | м |  | 22 | 1 |  |  | ГБН по АВО системе |
| 16 | ДЖМП | м | + | 27 | 1 | отсутствует |  | ГБН по АВО системе |
| 17 |  | м |  | 21 | 1 |  |  | ГБН по АВО системе |
| 18 |  | м |  | 35 | 2 |  | курение | ГБН по АВО системе |
| 19 |  | ж |  | 37 | 2 |  |  | ГБН по АВО системе |
| 20 | ДЖМП | ж | + | 26 | 1 | отсутствует |  | ГБН по АВО системе |
| 21 |  | ж |  | 31 | 2 |  |  | ГБН по АВО системе |
| 22 | ДЖМП | ж |  | 29 | 2 |  |  | Натальная травма шейного отдела |
| 23 |  | м | + | 30 | 1 | отсутствует | курение | Натальная травма шейного отдела |
| 24 |  | ж |  | 24 | 1 |  |  | Натальная травма шейного отдела |
| 25 | ДЖМП | м |  | 24 | 1 |  | курение | Натальная травма шейного отдела |
| 26 |  | ж | + | 24 | 1 | отсутствует |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 27 |  | ж | + | 37 | 2 | отсутствует | курение | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 28 |  | ж | + | 34 | 2 |  |  | ГБН по АВО системе |
| 29 | ДЖМП | м | + | 20 | 1 |  |  | ГБН по АВО системе |
| 30 |  | м |  | 39 | 3 |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 31 | ДЖМП | ж | + | 36 | 2 |  | курение | Натальная травма шейного отдела |
| 32 | ДЖМП | м |  | 38 | 3 | отсутствует |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 33 |  | м | + | 33 | 2 |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 34 | ДЖМП | ж |  | 34 | 2 | отсутствует |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 35 |  | ж | + | 36 | 2 |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
|  |  |  |  |  |  |  |  | ГБН по АВО системе |
|  |  |  |  |  |  |  |  | ГБН по АВО системе |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Натальная травма шейного отдела |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 36 | | | ДЖМП | |  | | |  | | м | + | 32 | 2 | отсутствует |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС | |
| 37 | | |  | |  | | |  | | м |  | 34 | 2 |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС | |
| 38 | | |  | |  | | |  | | ж |  | 27 | 2 |  | курение | ГБН по АВО системе | |
| 39 | | | ДЖМП | |  | | |  | | м | + | 28 | 2 | отсутствует |  | ГБН по АВО системе | |
| 40 | | |  | |  | | |  | | ж | + | 34 | 2 |  | курение | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС | |
| 41 | | |  | |  | | |  | | ж | + | 34 | 2 |  | курение | Натальная травма шейного отдела | |
| 42 | | |  | |  | | |  | | ж |  | 23 | 1 | отсутствует |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС | |
|  | | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС | |
| 43 | | | |  |  | | |  | | м | + | 38 | 2 |  |  | Натальная травма шейного отдела | |
| 44 | | | |  |  | | |  | | м | + | 33 | 2 |  | курение | Натальная травма шейного отдела | |
| 45 | | | |  |  | | |  | | ж |  | 34 | 2 | отсутствует |  | Натальная травма шейного отдела | |
| 46 | | | | ДЖМП |  | | |  | | м | ­+ | 27 | 2 |  | курение | ГБН по АВО системе | |
| 47 | | | |  |  | | |  | | ж |  | 26 | 2 | отсутствует | курение | ГБН по АВО системе | |
| 48 | | | |  |  | | |  | | ж | + | 29 | 2 |  |  | ГБН по АВО системе | |
| 49 | | | | ДЖМП |  | | |  | | ж |  | 33 | 2 |  |  | ГБН по АВО системе | |
| 50 | |  | | |  | | |  | | м | + | 36 | 2 | отсутствует |  | | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 51 | | ДЖМП | | |  | | |  | | м | + | 24 | 1 |  | курение | | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 52 | |  | | |  | | |  | | ж | + | 28 | 1 |  |  | | ГБН по АВО системе |
| 53 | | ДЖМП | | |  | | |  | | м |  | 25 | 1 | отсутствует |  | | ГБН по АВО системе |
| 54 | |  | | |  | | |  | | ж | + | 34 | 2 |  | курение | | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 55 | |  | | |  | | |  | | ж |  | 38 | 2 |  | курение | | Натальная травма шейного отдела |
| 56 | | ДЖМП | | |  | | |  | | ж | + | 35 | 2 |  |  | | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 57 |  | | | | |  |  | | м | |  | 27 | 1 | отсутствует |  | | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 58 | ДЖМП | | | | |  |  | | м | | + | 21 | 1 |  | курение | | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 59 |  | | | | |  |  | | ж | | + | 34 | 2 |  |  | | Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС |
| 60 | ДЖМП | | | | |  |  | | м | |  | 33 | 2 |  | курение | | ГБН по АВО системе |