|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 04.052020 | *8:00-17:05***Тема 1 «Сестринский уход за новорожденными детьми»Занятие 1** Вы работаете в палате интенсивной терапии недоношенных, где находятся на лечении 4 ребенка, из которых:1. Ребенок родился на сроке гестации 38 недель с массой 3100, возраст 10 суток, пупочная ранка под корочкой Диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного, желтушная форма. Получает молочную смесь каждый час 7 раз в сутки, фототерапию по 12 часов в сутки.
2. Ребенок родился на сроке гестации 41 недели неделя с массой 4200, возраст 5 суток, пуповина под скобкой. Диагноз: Кефалогематома. Состояние после пункции. Получает сцеженное материнское молоко 7 раз в сутки.
3. Ребенок родился на сроке гестации 39 недели неделя с массой 2400, возраст 14 суток, пуповина под скобкой. Диагноз: ЗВУР Внутриутробная хроническая гипоксия. Получает молоко матери или молочную смесь через каждые 3 часа. Второй день приложен к груди матери 3 раза через кормление. Но сосет вяло, на слизистой языка творожистый налет, молока недостаточно, получает докорм.
4. Ребенок родился на сроке гестации 40 недели, неделя с массой 3750, возраст 4 суток, пуповина под скобкой. Диагноз: Постгипоксическая перинатальная энцефалопатия средней степени тяжести. Получает оксигенотерапию через маску, сцеженное материнское молоко 7 раз в сутки
* Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком

ОТВЕТ:**1.** Гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН) - заболевание, в основе которого лежит разрушение эритроцитов вследствие иммунологического конфликта крови матери и плода.ЭТИОЛОГИЯ. Резус-конфликт возникает при беременности резус-отрицательной женщины резус-положительным плодом. АВО иммуноконфликт наблюдается при О (1) группе крови у матери и А или В у плода.КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА. Различают три формы гемолитической болезни новорожденных: отечную, желтушную, анемическую.**Отечная (2% случаев) наиболее тяжелая** и характеризуется общим отеком при рождении, накоплением жидкости в полостях (плевральной, сердечной сумке, брюшной полости), резкой бледностью с желтизной, увеличением печени, селезенки. В анализах крови резкая анемия (малокровие). Сочетание резкой анемии и низкого уровня белка в крови ребенка способствует развитию сердечной недостаточности, которая может привести к летальному исходу (внутриутробно или сразу после рождения).**Желтушная форма** - самая частая клиническая форма (88% случаев). Ребенок обычно рождается в срок, с нормальной массой тела, без видимых изменений цвета кожи. Уже на 1-2-е сутки жизни появляется желтуха, которая быстро нарастает. Происходит увеличение печени и селезенки. Дети вялые, адинамичные, плохо сосут. Рефлексы снижены. Выражена анемия (уровень гемоглобина ниже 160 г/л), резко увеличивается содержание непрямого билирубина в крови (300 мкмоль/л и более, при норме 10-51 мкмоль/л). Моча темная, кал обычной окраски. Билирубиновая интоксикация характеризуется вялостью, срыгиваниями, рвотой, патологическим зеванием, снижением мышечного тонуса. Так как непрямой билирубин является нейротоксичным ядом, легко проникающим через гематоэнцефалический барьер, могут появиться признаки билирубиновой интоксикации мозга - ядерной желтухи Анемическая форма - наиболее доброкачественная, (10% случаев) и проявляется бледностью, плохим аппетитом, вялостью, увеличением печени и селезенки, анемией, умеренным повышением билирубина.ЛЕЧЕНИЕ гемолитической болезни новорожденных комплексное и направлено, прежде всего, на быстрейшее удаление из организма новорожденного токсических продуктов распада эритроцитов (гемолиза), билирубина и антител, чтобы не продолжался процесс гемолиза после рождения.Внутривенно вводятся дезинтоксикационные растворы, витамины, глюкоза.Назначают фенобарбитал, который способствует связыванию и выведению билирубина, энтеросорбенты (карболен, холестирамин).Проводят фототерапию лампами синего или голубого цвета.**Ребенку необходимо обильное питье, введение витаминов группы В.Медсестра так же обязана:** В первые трое суток противопоказано материнское молоко, кормить – адаптированной смесью. С 3 – 7-х суток в зависимости от состояния ребенка можно приложить к груди. Покой, оксигенотерапия Обязательно нужно обеспечить ребенку обильное питье, лучше 10% карболен. Уход за кожей и слизистыми. Контроль за опорожнением кишечника. Стул у ребенка должен быть не реже 1-2 раз в сутки. Контроль за диурезом, лучше соотнести количество выпитой и выделенной жидкости.Мониторинг состояния (поведение, поза, цвет кожи, пульс, дыхание, давление, температура) При неэффективности дезинтоксикационной терапии и при очень быстром нарастании содержания билирубина в крови, при выраженном снижении уровня гемоглобина решают вопрос о проведении заменного переливания крови. Операцию ЗПК проводят в операционной, в условиях строгой асептики через вену пуповины, используя резус-отрицательную кровь той же группы, что и кровь ребенка (врачебная процедура. Медсестра ассистирует/помогает ).Профилактика. Включает определение у всех беременных группы крови и резус-фактора. Женщин с резус-отрицательной кровью ставят на учет в женской консультации. При этом выясняют, не производилось ли им ранее переливание крови, не рождались ли дети с данным заболеванием, выявляют случаи мертворождения и аборты. Если при первой беременности сделан аборт или же произошел самопроизвольный выкидыш, не позднее двух-трех суток необходимо сделать инъекцию антирезусного иммуноглобулина.**2.** Кефалогематома (син. Поднадкостничная гематома ) — это скопление крови между костью и отслоенной надкостницей.Кефалогематома является наиболее частой родовой травмой волосистой части головы и диагностируется у 0,2-0,3% новорожденных.Кровь в кефалогематоме накапливается не вся сразу в первый же день, а постепенно, так как у новорожденного имеется временный дефицит факторов свертывания крови в первые дни после рождения и кровь не сворачивается сразу. Поэтому опухоль, появившись во время рождения или вскоре после него, продолжает увеличиваться в течение первых 2-3 дней жизни ребенка. Объем кефалогематомы колеблется от 5 до 150 мл крови.Внешне кефалогематоми проявляются в виде локального выпячивания  преимущественно в теменной области с четкими границами по краю кости. Реже при переломе нескольких костей, возможно расположение кефалогематоми над несколькими костями черепа. Поднадкостничная гематома является маркером перенесенного механического воздействия во время родов и в зависимости от общего состояния новорожденного может потребовать дообследования с целью исключения внутричерепных  повреждений. Исчезает через 3 — 8 недель. Лечение обычно не требуется: при [нагноении](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BD%D0%BE%D0%B9) — [хирургическое лечение](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), [антибиотики](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8).ДИАГНОСТИКА:- краниограмму (рентгенограмму костей черепа) для исключения костных повреждений в прямой и боковой проекциях;- нейросонографию (определяет очаги повреждения в головном мозге);- УЗИ кефалогематомы (позволяет определить точные размеры, исключает мозговую грыжу);- компьютерную томографию (используется при подозрении на повреждение тканей головного мозга).Дополнительно применяется УЗИ кефалогематомы, которое позволяет определить ее размеры, наличие или отсутствие перелома черепной кости или мозговой грыжи. Возможно использовать рентгенологическое исследование при подозрении на перелом.ЛЕЧЕНИЕ:В лечении кефалогематомы участвует неонатолог и детский хирург (по показаниям). При небольших размерах кровоизлияния ребенку назначают препараты кальция (глюконат кальция) и витамин К на 3 – 5 дней с целью остановки кровотечения и стимуляции выработки свертывающих факторов.Кефалогематому с размерами 8 и более см необходимо пунктировать (пункцией занимается детский хирург) и аспирировать жидкую кровь. Затем накладывается давящая повязка.Мамам необходимо помнить, что ребенка с кефалогематомой нельзя укачивать.В случае нагноения гематомы (повышение температуры, воспаление кожи над кровоизлиянием) следует ее вскрыть, удалить гной и сгустки крови. После чего рану дренируют, назначают повязки с антисептиками и антибиотики. Лечение в стационаре неосложненной кефалогематомы продолжается 7 – 10 дней, а осложненной - месяц и более. В дальнейшем ребенок в течение года находится на учете у детского хирурга и невропатолога. Если причиной кефалогематомы является заболевание крови со снижением свертывания, то, в первую очередь, необходимо начать лечение основной болезни.**3.** Под задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) понимают недостаточную массу тела при рождении по отношению к внутриутробному возрасту, а также отставание зрелости детей на 2 и более недель от нормы.Среди детей с малой массой при рождении выделяют 3 группы: недоношенные с массой тела соответственно их внутриутробному возрасту; недоношенные с меньшей массой тела соответственно внутриутробному возрасту; доношенные (родившиеся позже 37 недель) или переношенные с внутриутробным возрастом 42 недели и более, имеющие массу тела меньше нормы.Для 1-й группы скорость внутриутробного развития нормальная, в остальных группах замедленная, т. е. имеется задержка внутриутробного развития.Ведущими механизмами задержки развития плода являются патология плаценты, нарушения гормональных и обменных взаимоотношений в системе мать – плацента – плод.Если фактор, замедляющий темп внутриутробного развития, действует в последние 2–3 месяца беременности, то возникает гипотрофический вариант ЗВУР, частыми причинами которого являются тяжелый токсикоз 2-й половины беременности, синдром недостаточности плаценты.Неблагоприятные условия для плода в I–II триместрах беременности вызывают гипопластический вариант, который часто бывает при многоводии, семейной маловесности при рождении, проживании в высокогорье.**Диспластический вариант** ЗВУР сопровождается извращением развития плода – формированием пороко в развития, нарушением пропорции тела, телосложения и бывает у детей с хромосомными и геномными мутациями, внутриутробными инфекциями.**Гипопластический вариант**. Дети относительно пропорционально сложены, однако наблюдается уменьшение всех параметров физического развития. В раннем периоде новорожденности наблюдается склонность к быстрому охлаждению, дыхательным расстройствам, присоединению инфекции. Степень тяжести этого варианта ЗВУР определяют по дефициту длины тела и окружности головы по отношению к сроку беременности.**Диспластический вариант**. Клиническая картина этого варианта зависит от его причины, но в большинстве случаев типичны тяжелые неврологические расстройства, обменные нарушения, анемия, а также присоединение инфекционных осложнений.ЛЕЧЕНИЕ:**Контроль за состоянием ребенка (ЧСС, ЧДД, температура тела, сознание, стул, масса тела), оксигенотерапия, влажная уборка помещения, проветривания в палате(доступ кислорода), возвышенное положение ребенку(Легче дышать).** Обследованиедетей с задержкой внутриутробного развития должно быть направлено на выявление заболеваний и причин, способствовавших ее возникновению, и включать клинические анализы крови, мочи, кала, определение кислотно-щелочного баланса, билирубина, сахара, кальция, магния, а также скрининг на наиболее распространенные наследственные аномалии (заболевания) обмена веществ, нейросонографию, осмотры окулиста, невропатолога, эндокринолога, генетика.Весь комплекс лечебных мероприятий должен проводиться с учетом степени выраженности дефицита массы тела и тяжести поражения нервной системы на фоне правильно организованного вскармливания и ухода за новорожденным. Терапия ЗВУР включает в себя 3 основных звена: организацию рационального режима и вскармливания; применение успокаивающих и стимулирующих средств, витаминов; кроме того, она должна быть строго индивидуальной. Всем детям с данной патологией сразу после рождения назначают витамин К и бифидумбактерин.Новорожденных с гипопластическим, диспластическим вариантами гипотрофии, особенно при осложненных родах, из роддома направляют в отделение патологии новорожденных, где проводят терапию, улучшающую обменные процессы в головном мозге (введение витаминов В1, В6, В12, церебролизина, ноотропных средств), коррекцию других нарушений.Прогноз зависит от варианта и степени тяжести ЗВУР. При гипотрофическом и гипопластическом вариантах гипотрофии I степени дети, не имевшие тяжелых осложнений в родах и периоде новорожденности, догоняют здоровых сверстников по физическому развитию к первому полугодию жизни. Психомоторное развитие может отставать.При II степени тяжести ЗВУР дети часто догоняют сверстников к 1-му году жизни, но у части детей отмечаются отставание в психомоторном развитии, повышенная инфекционная заболеваемость на 1-м году жизни. Часто развиваются железодефицитная анемия, рахит, а в дальнейшем наблюдаются признаки легкой мозговой дисфункции (невропатические расстройства, невротические реакции и др.).У детей с III степенью ЗВУР, особенно с диспластическим вариантом гипотрофии, прогноз относительно неблагоприятный. Наблюдается отставание психического и физического развития до 2–4 лет и более. У 10–15 % детей имеются грубые повреждения ЦНС (детский церебральный паралич), прогрессирующая гидроцефалия, олигофрения, эпилепсия. Характерна высокая инфекционная заболеваемость уже в периоде новорожденности, у 30 % детей развивается сепсис. При адекватной терапии и соответствующем уходе (при наличии обратимых изменений со стороны ЦНС) возможен благоприятный исход для жизни и полноценного физического и психического развития ребенка в будущем.**4.** Постгипоксическая перинатальная энцефалопатия Легкая степень (Апгар 6-7 баллов) – в 97-100% случаев полное восстановление без последствий и без медикаментозного лечения.Средняя степень (Апгар 4-5 баллов) – в 20-35% случаев приводит к неврологическим нарушениям.Тяжелая степень (Апгар 0-3 балла) – крайне высокий риск стойкой неврологической патологии**Этиология гипоксии**

|  |  |
| --- | --- |
| **Периферическая** | **Центральная** |
| 1. Респираторный | 1. Пониженное давление |
| дистресс-синдром | у матери |
| 2. Аспирация околоплодных | 2. Анемия матери |
| вод |   |
| 3. Пневмоторакс | 3. Артериальная гипертензия |
| (с родовой травмой) |   |
| 4. Бронхолегочная | 4. Плацентарная |
| дисплазия | недостаточность |
| 5. Врожденные аномалии(синдром Пьера - Робена) | 5. Пороки развития мозга |

ЛЕЧЕНИЕ:

|  |  |
| --- | --- |
| **Возможные проблемы ребенка** | **Мероприятия ухода** |
| Нарушение питания вследствие интоксикации | Кормление сцеженным молоком через зонд малыми порциями |
| Нарушение процессов терморегуляции | Поддержание микроклимата в кувезе |
| Неадекватное дыхание | Контроль состояния, санация дыхательных путей, оксигенотерапия |
| Нарушение жизненно важных функций | Контроль ЧДД, ЧСС, АД, кожи, слизистых, диуреза, стула |
| Нарушение двигательной активности | Перемена позы ребенка каждые 3 часа |
| Нарушение сна | Охранительный режим |

Диагностика:**Нейросонография** - двухмерное ультразвуковое исследование анатомических структур мозга через большой родничок - позволяет установить перивентрикулярное кровоизлияние, очаги лейкомаляции, расширение желудочковой системы – вентрикуломегалию.**Электроэнцефалографическое** (ЭЭГ) исследование выявляет очаги медленноволновой активности, очаги редукции корковой ритмики, очаги эпилептической активности. Большое значение ЭЭГ-исследование имеет для выделения группы риска по судорожному синдрому и диагностики клинически "немых" приступов.Составьте чек листы следующих манипуляций:* Кормление новорожденных из рожка Цель:

- обеспечить ребенку полноценное питание.Оснащение:- косынка;- марлевая повязка;- мерная бутылочка (рожок);- стерильная соска;- необходимое количество молочной смеси на одно кормление(или другой пищи температурой 36-37град.);- толстая игла для прокалывания соска;- емкости с 2%раствором соды для обработки сосков и бутылочек.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| **Подготовка к процедуре** |
| Объяснить маме (родственникам) цель и ходвыполнения процедуры. | Обеспечение правильного, ежедневногокормления ребенка. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть и высушить руки, надеть косынку,подготовить ребенка к кормлению. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Залить в рожок необходимое количествосвежеприготовленной смеси (молока). | Профилактика инфекционных заболеванийЖКТ. |
| Если соска новая, проколоть в ней отверстиераскаленной иглой. | При наличии большого отверстия в соске увеличивается вероятность попадания вжелудок во время кормления большогоколичества воздуха, при узком отверстиималыш будет быстро уставать. |
| Надеть соску на бутылочку, проверить скоростьистекания смеси и её температуру, капнув натыльную поверхность своего предплечья. | Жидкость из рожка должна вытекать каплями.Теплый раствор не вызывает спазма гладкой мускулатуры желудка, хорошо всасывается,не вызывает ожогов. |
| **Выполнение процедуры** |
| Расположить ребенка на руках, с возвышеннымголовным концом. | Профилактика аспирации |
| Покормить малыша, следя за тем, чтобы во времякормления горлышко бутылки было постоянно иполностью заполнено смесью. | Предупреждение заглатывания воздуха (аэрофагии)  |
| **Завершение процедуры** |
| Подержать ребенка в вертикальном положении2-5мин | Удаление воздуха попавшего в желудок в процессе кормления. |
| Положить ребенка в кроватку на бок ( или повернутьголову на бок). | Профилактика аспирации при возможном срыгивании. |
| Снять с бутылочки соску, промыть соску и рожокпод проточной водой, а затем замочить в 2%растворе соды на 15-20минут, прокипятить вдистиллированной воде 30мин или стерилизоватьв сухожаровом шкафу при t-180град 60 минут. Слитьиз бутылочки воду и хранить её в закрытой емкости. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

* Пеленание

Цель: - создание ребенку максимального комфорта.Оснащение: - фланелевая и тонкая пеленка;- подгузник или памперс;- пеленальный стол, резиновые перчатки;- емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.Обязательные условия:- использовать метод свободного пеленания ( оставляется небольшое пространство в пеленках для свободного движения ребенка);- шапочку надевать при температуре в комнате 220С;- правильная фиксация пеленок (замочек расположен спереди).

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| **Подготовка к процедуре** |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Отрегулировать t воды в кране, проверить её запястьем. | Предупреждение ожогов ребенка. |
| вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Уложить на пеленальном столике пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая пеленка, тонкая пеленка, подгузник или памперс). | Достижение четкости проведения пеленания. |
| Распеленать ребенка в кроватке (при необходимости подмыть и осушить пеленкой), положить на пеленальный столик. | Обеспечение проведения процедуры. |
| **Выполнение процедуры** |
| Надеть подгузник, для этого:а) уложить ребенка на пеленки так, чтобы широкое основание подгузника приходилось на область поясницы;б) провести нижний угол подгузника между ножками малыша;в) обернуть боковые концы подгузника вокруг тела.*Примечание:* подгузник можно заменить памперсом. | Предупреждение загрязнения значительных участков тела. |
| Завернуть ребенка в тонкую пеленку:а) расположить ребенка на тонкой пеленке так, чтобы верхний её край был на уровне шеи;б) одним краем пеленки накрыть плечо ребенка и провести пеленку под другую ручку и между ножек;в) другим краем накрыть и зафиксировать второе плечо;г) подвернуть нижний край пеленки так, чтобы оставалось свободное пространство для движения ножек ребенка;д) зафиксировать пеленку на уровне середины плеч (выше локтевых суставов), «замочек» расположить спереди. | Реализация использования метода пеленания.Профилактика потертости.Реализация метода свободного пеленания.Фиксация ручек ребенка и обеспечение комфортных условий. |
| Запеленать ребенка в теплую пеленку с ручками:а) расположить ребенка на фланелевой пеленке так, чтобы её верхний край располагался на уровне козелка;б) одним краем пеленки накрыть и зафиксировать одно плечо, завести его под спину;в) другим краем пеленки накрыть и зафиксировать второе плечо;г) нижний край пленки завернуть как тонкую. | Предупреждение переохлаждения ребенка.Предупреждение образования «декольте» при пеленании. |
| **Завершение процедуры** |
| Уложить ребенка в кроватку. | Обеспечить безопасность ребенка. |
| Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

* Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку

Показания:- соблюдение гигиены тела;- обеспечение универсальной потребности ребенка «быть чистым»;- формирование навыков чистоплотности.Оснащение:- стерильные ватные шарики и жгутики;- стерильное растительное масло;- раствор фурациллина 1:5000;- шпатель, пинцет;- 2% таниновая мазь;- лоток для стерильного материала;- лоток для обработанного материала;- чистый набор для пеленания или одежда, расположенная на пеленальном столике;- дезинфицирующий раствор, ветошь;- мешок для грязного белья;- резиновые перчатки и фартук.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  | Обеспечение правильного, ежедневного ухода за ребенком. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкого выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Раздеть ребенка (при необходимости подмыть) и положить на пеленальный столик. Сбросить использованную одежду в мешок для грязного белья. | Подготовка к процедуре.Предупреждение загрязнения окружающей среды. |
| **Выполнение процедуры** |
| Обработать ребенка ватными шариками, смоченнымив растворе фурациллина от наружного угла глазак внутреннему ( для каждого глаза использоватьотдельный тампон). | Предупреждение переноса инфекции с одного глаза на другой. |
| Умыть ребенка тампоном, смоченным раствором фурациллина в следующей последовательности: лоб,щеки, кожа вокруг рта. | Предупреждение раздражения кожи и распространения инфекции. |
| Почистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в растительном масле, вводя в каждый носовой ход отдельный жгутик вращательными движениями. | Обеспечение свободного носового дыхания.Размягчение корочек с помощью растительного масла и более легкое их удаление. |
| При необходимости уши ребенка прочистить сухими ватными жгутиками (для каждого ушка отдельный жгутик). | Обеспечение чистоты слуховых ходов. |
| Открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую рта. | Исключение развития молочницы и других патологических изменений. |
| Обработать естественные складки кожи ватными тампонами, смоченными в стерильном масле, меняя их по мере необходимости. Обработку проводить в следующей последовательности: за ушами – шейные – подмышечные -локтевые - лучезапястные и ладонные – подколенные -голеностопные – паховые - ягодичные.*Примечание:* минимальный расход шариков - два: на верхнюю и нижнюю половину туловища. | Предупреждение развития опрелостей.Паховые и ягодичные складки максимально загрязнены, поэтому обрабатываются в последнюю очередь. |

* Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка

Показания: «открытая» пупочная ранка.Оснащение: - стерильные ватные шарики;- лоток для обработанного материала;- 3%р-р перекиси водорода;- 70%этиловый спирт;- 5%р-р перманганата калия (в условиях стационара);- 1%р-р бриллиантовой зеленки (в домашних условиях);- стерильная пипетка;- набор для пеленания, приготовленный на пеленальном столике;- резиновые перчатки;- емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.Обязательные условия: -при обработке пупочной ранки обязательно растягивать её края ( даже при образовавшейся корочке).

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| **Подготовка к процедуре** |
| Объяснить маме ( родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  | Обеспечение правильного ежедневного ухода за ребенком. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующимраствором и постелить на него пеленку. | Обеспечение инфекционной безопасности |
| Уложить ребенка на пеленальном столе. | Наиболее удобное положение ребенка. |
| **Выполнение процедуры** |
| Хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцами левой руки. | Обеспечение максимального доступа к пупочной ранке. |
| Капнуть из пипетки в ранку 1-2 капли 3% раствора перекиси водорода, удалить образовавшуюся в ранке «пену» и корочку стерильной ватной палочкой (сбросить палочку в лоток). | Достижение механического очищения пупочной ранки. |
| Сохраняя растянутыми края пупочной ранки, обработать её стерильной ватной палочкой,смоченной 70% этиловым спиртом, движением изнутри к наружи (сбросить палочку в лоток).Обработать кожу вокруг ранки этиловым спиртом с помощью ватной палочки движениями от центра к периферии (сбросить палочку в лоток). | Обеспечение дезинфицирующего и подсушивающего эффекта. Обработка движениями изнутри к наружи или от центра к периферии предупреждает занос инфекции в пупочную ранку. |
| Обработать (по необходимости) пупочную ранку (не затрагивая вокруг ранки) 5%раствором перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантовой зелени с помощью ватной палочки(сбросить палочку в лоток). | Обеспечение дезинфицирующего и подсушивающего эффекта«крепкий» раствор перманганата калия можетвызвать ожог кожи. |
| **Завершение процедуры** |
| Запеленать ребенка и положить в кроватку. | Обеспечение безопасности ребенка. |
| Убрать пеленку с пеленального стола и поместить её в мешок для грязного белья. Использованные палочки замочить в дез. растворе. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

* Обработка пуповинного остатка **1. Приготовить:**- перекись водорода 3%;- раствор бриллиантового зеленого спиртовой 1%(зеленка);- пипетка;- ватные палочки2. Вымыть руки и просушить их.3. Смочить ватную палочку3% раствором перекиси водорода.4. Обраборать пупочный остаток

5. Просушить сухой ватной палочкой.6. Заполнить пипетку бриллиантовым зеленым(зеленкой)7.Капнуть каплю под скобу.8. После того как отпал пуповинный остаток (как правило это происходит до 2-3 недель жизни), у ребенка появляется пупочная ранка. Для обработки, которой понадобится тотже набор (Пункт 1.).9. Смочить ватную палочку 3% раствором перекиси водорода и обработать пупочную ранку.10. Просушить ранку сухой ватной палочкой.12. Капнуть каплю брилиантового зеленого в пупочную ранку. **Обработка пуповинного остатка и пупочной ранки производится каждый день после купания.*** Обработка слизистой полости рта

Цель:- воздействие на возбудителя;- рассасывание воспалительного процесса.Показания: - стоматиты;- молочница.Оснащение:- перчатки;- резиновый баллон;- стерильные марлевые салфетки, ватные шарики, палочки;- лекарственные препараты (раствор перманганата калия, раствор фурациллина, раствор соды 2%, отвар ромашки, шалфея и др.);- почкообразный лоток;- шпатель;- мензурка;- клеенчатый фартук, пеленка.

|  |
| --- |
| **Подготовка к процедуре** |
| Объяснить матери и ребенку ход и цель процедуры.Подготовить необходимое оснащение. Налить лекарственный раствор в мензурку.Накрыть грудь ребенка пеленкой или фартуком.Вымыть руки, надеть перчатки. | Формирование мотивации к сотрудничеству. Обеспечение четкости выполнения процедуры.Защита одежды от загрязнения и промокания.Инфекционная безопасность. |
| **Выполнение процедуры** |
| Подставить почкообразный лоток к сидящему ребенку.Примечание: ребенку младшего возраста можно проводить процедуру в положении на боку, предварительно запеленав его с руками.Набрать раствор в резиновый баллон и оросить лекарственным средством слизистую оболочку ротовой полости, протереть кожу вокруг ватным шариком.Примечание: ребенку грудного возраста обработку слизистой рта можно проводить стерильной марлевой салфеткой, смоченной в растворе и намотанной на указательный палец медсестры.При наличии язвочек и афт провести обработку элементов ватной палочкой с лекарственным веществом, открыв рот с помощью шпателя (при этом помощник удерживает голову и руки ребенка.). | Для защиты одежды и сбора отработанного материала.Обеспечение воздействия лекарственного вещества на пораженную слизистую.С лечебной целью. |
| **Завершение процедуры** |
| Передать ребенка маме.Убрать использованный материал в дезраствор.Снять перчатки, вымыть руки. | Для инфекционной безопасности. |

* Проведение контрольного взвешивания

Цель: - определить среднее количество молока, получаемого ребенком при кормлении грудью.Оснащение: - набор для пеленания с памперсом;- набор для подготовки матери к кормлению;- чашечные весы;- дезинфицирующий раствор, ветошь, бумага, ручка.Обязательное условие:- в течение суток необходимо провести минимум 3 контрольных кормления (утром, днем и вечером), так как в различное время суток у матери разное количество молока.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| **Подготовка к процедуре** |
| Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  | Обеспечение права матери на информацию. |
| Подготовить необходимое оснащение. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Надеть на ребенка памперс и запеленать. | При использовании памперса исключаются погрешности в полученных данных.  |
| Подготовить мать к кормлению. | Исключение инфицирования ребенка во время кормления, создание комфортных условий для проведения кормления. |
| Обработать весы дезинфицирующим раствором и подготовить их к работе. | Ребенка необходимо обложить с трех сторон. |
| **Выполнение процедуры** |
| Взвесить ребенка и зафиксировать полученную массу. | Регистрация исходного веса ребенка. |
| Передать ребенка матери для кормления грудью втечение 20минут. | Достаточное время для всасывания ребенком необходимой дозы молока и удовлетворения сосательного рефлекса. |
| Повторно взвесить ребенка ( не меняя пеленок в случае мочеиспускания и дефекации) и зафиксировать результат. Определить разницу полученных данных ( при взвешивании ребенка до и после кормления). | Определение количества высосанного ребенком молока. |
| **Завершение процедуры** |
| Передать ребенка маме или положить в кроватку. | Обеспечение безопасности ребенка. |
| Протереть весы дезинфицирующим раствором, снять перчатки. Вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Рассчитать необходимое ребенку количество молокана одно кормление( объемный или калорийный метод). | Необходимое кол-во молока зависит от возраста и массы тела ребенка. |
| Оценить соответствие фактически высосанного молока ребенком долженствующему количеству. | Оценивается степень процесса лактации у матери. Решается вопрос о дальнейшем виде вскармливания малыша. |

ТЕСТ1. Частота пульса у ребенка 1 года составляет в 1 мин.

а) 140-160**б) 110- 120**в) 90-100г) 70- 801. Формула для определения количества молочных зубов

а) n+1б) n+2в) n+4**г) n-4**1. У детей пульс считают на протяжении:

а)15 секб)30 сек**в)полной минуты**г)двух минут1. Частота дыхания у здорового ребенка грудного возраста составляет в 1 минуту:

а)20-25б)25-30**в)30-35**г)35-40 1. Суточный объем молока для детей первых 10 мес. Жизни не должен превышать (л)а) 0,5**б) 1,0**в) 1,5г) 2,0
2. При осмотре кожи ребенка оценивается

а) влажностьб) температура**в) цвет**г) эластичность1. Ребенок начинает удерживать голову в возрасте (мес.)

**а) 1-2**б) 3-4в) 5-6г) 7-81. Ребенок самостоятельно сидит в возрасте (мес.)

а) 2-4б) 4-5**в) 6-7**г) 8-91. Форма большого родничка у новорожденного

а) овальнаяб) округлаяв) треугольная**г) ромбовидная**1. Большой родничок у новорожденного располагается между костями черепа

**а) лобной и теменными**б) теменнымив) затылочной и теменнымиг) височной и теменной1. Первые молочные зубы появляются у детей в возрасте (мес.)

а) 2–3б) 4–5**в) 6–7**г) 8–91. У новорожденного отмечается физиологическая

а) гипертония мышц-разгибателей**б) гипертония мышц-сгибателей**в) гипотония мышц-сгибателейг) нормотония мышц 1. Большой родничок у ребенка закрывается в возрасте (мес.)

а) 4–7б) 8–11**в) 12–15**г) 15–171. Грудной кифоз возникает у ребенка в возрасте (мес.)

а) 3**б) 6**в) 9г) 121. Формула 100 + n (n - число месяцев) применяется у ребенка старше 1 года для расчета

**а) систолического АД**б) диастолического АДв) пульсового давленияг) дефицита пульса1. Формула 76 + 2n (n — число месяцев) применяется у грудного ребенка для расчета

**а) систолического АД**б) диастолического АДв) пульсового давленияг) частоты дыхательных движений1. Диастолическое давление у детей составляет от систолического

**а) 1/2 + 10**б) 1/2 + 20в) 1/4 + 10г) 1/4 + 201. Формула для определения количества молочных зубов у ребенка в возрасте 6–24 мес. (n – число месяцев)

а) n - 1б) n - 2в) n - 3**г) n - 4**1. Смена молочных зубов на постоянные начинается у ребенка в возрасте (лет)

а) 2–5**б) 5–7**в) 7–10г) 10–131. Частое развитие токсикоза у детей при различных заболеваниях обусловлено

**а) слабой детоксицирующей функцией печени**б) слабой секреторной функцией желудкав) высокой детоксицирующей функцией печениг) высокой секреторной функцией желудка1. Емкость мочевого пузыря новорожденнного (в мл)

**а) 50**б) 100в) 150г) 2001. Формула определения суточного диуреза у детей 1–10 лет. (n – число лет)

а) 600 мл - 100 (n - 1)**б) 600 мл + 100 (n - 1)**в) 400 мл - 100 (n - 1)г) 400 мл + 100 (n - 1)1. Содержание гемоглобина у новорожденного в норме составляет (в г/л)

а) 100–120б) 120–140в) 140–170**г) 170–240**1. Количество эритроцитов в крови у новорожденного в норме составляет (в 1 л)

а) 2,5–3,5´109б) 2,5–3,5´1012в) 4,5–7,5´109**г) 4,5–7,5´1012**1. Второй физиологический перекрест в лейкоцитарной формуле ребенка происходит

а) на 1–2 день жизниб) на 5–6 деньв) в 1–2 года**г) в 5–6 лет** |  |  |