Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

Доклад

 **«**Особенности организации с/процесса при выхаживании глубоко недоношенных детей.»

 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

междисциплинарный курс

 Сестринский уход за больными детьми различного возраста

дисциплина

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Буртик Т.Я. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

Работа оценена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, подпись преподавателя)

 Красноярск, 2020г

Содержание

1. Введение.

2. Причины и признаки недоношенности.

3. Особенности выхаживания детей.

4. Принципы и виды вскармливания недоношенного ребенка.

5. Правила ухода за недоношенным ребёнком.

6. Заключение.

7. Список использованной литературы.

Введение.

В настоящее время недоношенные дети составляют 6% от числа родившихся детей, особые трудности для выхаживания новорожденных этой категории создают дети, родившиеся глубоко и экстремально недоношенными. В мировой и российской практике активно разрабатываются методики оказания помощи недоношенным детям. Однако дополнительного освещения требуют вопросы организации сотрудничества медицинских работников с семьей недоношенного ребенка.

Одним из основных направлений работы является - обучение членов семьи, особенно матерей. Партнерство врача и семьи недоношенного ребенка - залог успеха медицинской помощи, что может достигаться только на основе знаний и психологической готовности к выхаживанию и воспитанию недоношенного ребенка.

При рождении недоношенного или «маловесного» ребенка, у женщины возникает повышенное чувство тревоги за здоровье и жизнь своего малыша.

Появляется большое количество вопросов, на которые может ответить только медицинский работник - врач, медицинские сестры, в руках, которого находится ребенок.

2. Причины и признаки недоношенности.

Наиболее частыми причинами невынашивания являются 3 группы факторов:

1 Социально-экономические факторы:

- отсутствие или недостаточность медицинской помощи;

- плохое питание беременной женщины;

- неудовлетворительные жилищно-бытовые условия;

- профессиональные вредности, вредные привычки (курение, алкоголизм, токсикомания, наркомания);

- нежеланная беременность у женщин, не состоящих в браке.

2 Социально-биологические факторы:

- юный (до 18 лет) и пожилой (старше 30 лет) возраст первородящих женщин, а также возраст отца моложе 18 лет и старше 50 лет;

- отягощенный акушерский анамнез (количество предшествующих медицинских абортов, наличие спонтанных абортов, малый промежуток между родами);

- низкорослость, субтильность женщины.

3 Клинические факторы:

Со стороны матери:

- хронические соматические и гинекологические заболевания;

- мэндокринные дисфункции (гиперфункция коры надпочечников, сахарный диабет, гипофункция яичников);

- патология беременности (длительный поздний гестоз, острые инфекционные заболевания во время беременности);

- физические травмы (оперативные вмешательства, травмы живота) и нервные потрясения;

- иммунологический конфликт между беременной и ее плодом;

- плацентарная недостаточность (преждевременный разрыв околоплодных оболочек, амнионит, предлежание плаценты, многоводие, преждевременное отделение плаценты).

Со стороны плода:

- внутриутробные инфекции;

- генетические и хромосомные болезни плода;

- аномалии развития, многоплодие, неправильное положение плода;

иммунологический конфликт между плодом и беременной.

Признаки недоношенности:

Внешние признаки:

- непропорциональное телосложение у недоношенного ребенка выражается в относительно больших голове и туловище, коротких шее и ногах;

- остаток пуповины расположен низко, не посередине живота;

- ушки мягкие и плотно прилегают к головке, потому, что ушные хрящи ещё не развиты;

- преобладание мозгового черепа над лицевым;

- выраженная гиперемия (краснота) кожных покровов;

- ногти мягкие и не доходят до кончиков пальцев;

- на руках и туловище практически нет жировой прослойки;

- у мальчиков яички ещё не опущены в мошонку, а у девочек недоразвиты большие половые губы.

Степень недоношенности:

1 степень - 37-35 недель - 2500-2001 г.

2 степень - 34-32 недели - 2000-1501 г.

3 степень - 31-29 недель - 1500-1001 г.

4 степень - до 29 недель - 1000 г и менее.

Поскольку легочная ткань недоразвита, легкие недоношенного ребенка расправляются с трудом, а иногда некоторые его участки спадаются вновь. Вследствие слабости костной основы грудной клетки, недоразвития сократительных элементов бронхов и легких, малой силы дыхательных мышц дыхание недоношенного младенца неглубокое, поверхностное, что отрицательно сказывается на обеспечении его организма кислородом. По этой же причине краевые отделы легких плохо вентилируются, а это является фактором, предрасполагающим к развитию пневмонии.

Значительную трудность в выхаживании недоношенных детей представляет незрелость их пищеварительной системы. Казалось бы, недоношенному ребенку нужно больше пищи, чтобы быстрее развиваться. На самом деле он не может поглощать даже обычного для новорожденного количества молока из-за малой емкости желудка и низкой переваривающей силы секретов желез пищеварительного тракта.

Глубоко недоношенные дети появляются на свет лишенными способности сосать и глотать, что делает их совершенно беспомощными. Незрелость центральной нервной системы проявляется отсутствием или слабо выраженностью врожденных рефлексов.

У недоношенных младенцев недостаточно развиты процессы терморегуляции. Они не могут самостоятельно поддерживать нормальную температуру тела, и поэтому их состояние напрямую зависит от температуры окружающей среды.

Существенным фактором, осложняющим выхаживание недоношенных детей, является очень высокая их чувствительность к инфекции, связанная с несовершенством иммунной системы.

Из-за описанных выше особенностей недоношенные дети, как правило, довольно длительное время после рождения нуждаются в специализированной медицинской помощи.

Эти младенцы выхаживаются, а при необходимости и лечатся в специализированных отделениях для недоношенных детей, оснащенных довольно сложной аппаратурой и обслуживающихся специально обученным медицинским персоналом.

Длительность пребывания в специализированном отделении может колебаться от 2—3 недель до 3 месяцев и зависит от степени недоношенности и наличия тех или иных заболеваний, которые очень часто сопровождают недоношенность.

3. Особенности выхаживания детей.

Выхаживание недоношенных и глубоко недоношенных младенцев невозможно себе представить без организации правильного лечебно-охранительного режима.

Все новорожденные дети, рождаясь, переходят от внутриутробного развития к внеутробному, где условия внешней среды для них являются совершенно незнакомыми. Под комфортной понимают такую температуру окружающей среды, при которой температура тела ребенка поддерживается на нормальном уровне, при этом обеспечивается минимальная потребность в энергии и кислороде. Максимальная теплопотеря в первые минуты жизни может происходить за счет испарения с кожи ребенка. Поэтому важно, чтобы новорожденного вытерли сразу после появления на свет, завернули в теплые сухие пеленки и сразу поместили под источник тепла.

В отечественной неонатологии применяются четыре основных способа поддержания адекватной температуры тела недоношенных детей:

- с помощью инкубаторов,

- подогреваемых кроваток,

- открытых реанимационных систем (специальных столиков, оснащенных источником лучистого тепла).

- контакт «кожа к коже», метод «кенгуру».

- ребенок должен быть тепло одет (шапочка, распашонка, носочки), но не туго.

- вспомогательные предметы ухода за детьми с очень низкой массой тела (стетоскоп, стерильные пеленки, одежда и др.) перед использованием должны быть прогреты до 37,0 (С).

- контакт «кожа к коже» по методу «кенгуру» обеспечивает:

- быстрое и полноценное согревание ребенка без применения дополнительных источников тепла;

- тесное общение не только матери и ребенка, но и отца малыша,

- снижение риска инфицирования ребенка,

- улучшение сна малыша.

Для нормального развития недоношенного ребенка необходимо создание условий, при которых он мог находится в положении физиологической флексии - поза «эмбриона» без ограничения движений. С этой целью используется «метод «гнезда». Стенки «гнезда» должны формировать опору головы и конечностей ребенка.

Данный метод имеет ряд преимуществ:

- Улучшает самочувствие.

- Нормализует дыхание и кровообращение.

- Способствует развитию движений младенца.

Создание для ребенка светового и звукового комфорта.

В палате, где находится младенец, должно быть приглушенное общее освещение, до 4 - 6й недели жизни инкубатор должен быть покрыт сверху тканевым покрывалом, глаза ребенка нужно защищать от попадания прямых солнечных лучей.

Следует соблюдать тишину в палате, исключить работу сотовых телефонов, громких разговоров. Реакция персонала на звук тревожного сигнала должна быть быстрой и своевременной. Физический контакт с ребенком должен быть бережным и минимальным. Необходимо обратить внимание матерей на то, что при общении с недоношенным новорожденным, обязательно следует разговаривать с ним, рассказывать ему, как вы ждали, как его любите, как хотите, чтобы он поскорее подрос, и наконец-то смог быть вместе с родителями. Мама и папа должны быть уверены, что их ребёнок слышит родной голос, любящие интонации, и это помогает ему расти и крепнуть.

4. Принципы и виды вскармливания недоношенного ребенка.

Организация вскармливания недоношенных детей заключается в своевременном и адекватном их обеспечении пищевыми веществами и энергией с первых дней жизни. Своевременно начатое и сбалансированное питание позволяет облегчить течение адаптационного периода и в дальнейшем снизить риск развития ряда заболеваний.

Основными принципами вскармливания недоношенных детей является:

- выбор способа кормления в зависимости от тяжести состояния ребёнка, массы тела при рождении и срока гестации;

- предпочтение раннего начала питания независимо от выбранного способа;

- использование энтерального кормления в максимально возможном объёме;

- по окончании раннего неонатального периода обогащения рационов питания глубоко недоношенных детей, получающих грудное молоко, «усилителями» или использование смешанного вскармливания с введением в рацион смесей на основе высоко гидролизованного молочного белка или специализированных формул для недоношенных детей;

- использование при искусственном вскармливании только специализированных молочных смесей, предназначенных для недоношенных детей.

Способы вскармливания недоношенных детей.

Новорожденные дети с массой тела более 2000 г при оценке по шкале Апгар 7 баллов и выше могут быть приложены к груди матери в первые сутки жизни. Обычно в родильном доме или стационаре устанавливается 7-8 разовый режим кормления.

Для недоношенных детей свободное вскармливание является неприемлемымв связи с неспособностью таких детей регулировать объём высосанного молока.

При грудном вскармливании необходимо внимательно следить за появлением признаков усталости (периорального и периорбитального цианоза, одышки и др.). Их появление является показанием к более кратковременному прикладыванию к груди, к частичному или полному переходу на кормление сцеженным материнским молоком из чашки или через зонд. Если недоношенный ребенок спит более 3-х часов после предыдущего кормления, его необходимо разбудить и накормить.

5. Правила ухода за недоношенным ребёнком.

Чтобы недоношенный ребенок как можно быстрее окреп,

его родителям нужно выполнять несколько важных и несложных условий.

Необходимо как можно сильнее сузить круг людей, общающихся с малышом. Недоношенный ребенок очень восприимчив к инфекции, а каждый человек, ухаживающий за ним или просто общающийся с ним, может быть носителем целой гаммы микроорганизмов, которые способны длительное время гнездиться в организме взрослого, не приводя к развитию заболеваний, а при контакте с ослабленным организмом недоношенного младенца быстро вызовут болезнь.

В помещении, где будет находиться недоношенный ребенок, температура воздуха должна быть 24—26°. Это примерно на 2 - 3 градуса выше, чем нужно здоровому доношенному малышу. Для того чтобы предотвратить переохлаждение, целесообразно включать во время пеленания рефлектор, находящийся рядом с пеленальным столиком, а самого ребенка заворачивать в подогретые пеленки. Температура тела младенца не должна опускаться ниже 36°. В некоторых случаях, когда надо дополнительно обогреть ребенка, чтобы не допустить его охлаждения, лучше всего воспользоваться двумя грелками с теплой водой (40—50°). Они помещаются под одеяло с боков или в ногах ребенка, но не должны соприкасаться с пеленками, в которые малыш завернут.

Купание недоношенного младенца осуществляется по общим правилам. До двухмесячного возраста целесообразно использовать для купания кипяченую воду. Детское мыло применяют 1 раз в неделю.

Родителям преждевременно родившегося малыша следует помнить, что недоношенный ребенок не меньше, чем доношенный, нуждается в свежем воздухе. Поэтому необходимо часто проветривать помещение. Летом можно держать форточку открытой почти все время, зимой проветривать комнату нужно не менее трех раз в сутки по 15— 20 минут, вынося ребенка на это время в другую комнату.

Обязательны и прогулки на свежем воздухе. С недоношенным ребенком, выписанным домой в теплое время года, прогулки целесообразно начинать буквально со следующего дня. Сразу гулять лучше недолго (до получаса), но с каждым днем продолжительность пребывания на свежем воздухе целесообразно увеличивать и через неделю-полторы гулять при каждой прогулке полтора-два часа. Таких прогулок в течение дня может быть 3—4. Если недоношенный ребенок, масса тела которого достигла 2500 г, выписан домой весной или осенью, когда температура воздуха выше 0°, нет дождя или сильного ветра, приступить к прогулкам желательно тоже со следующего дня после выписки, но в первое время ограничить длительность их до 15—20 минут. С каждым днем можно гулять на 5 минут больше, через 10—15 дней прогулка может достичь 1 часа. В зимнее время прогулки на улице недоношенному ребенку с массой тела не менее 2800 г разрешаются в безветренные дни при морозе не выше 10°. Продолжительность прогулки, составляя вначале 10—15 минут, увеличивается постепенно. При прогулках в прохладное время года нежелательно держать младенца на улице долго. В холодные дни лучше две 30-минутные прогулки, чем одна часовая. При подготовке ребенка ко сну на воздухе можно класть под одеяло теплую грелку (40—50°). Однако следует иметь в виду, что перегревание так же опасно, как и переохлаждение. За температурой тела ребенка во время прогулки удобно следить по его носу. Если нос холодный, малыш остывает. Если на переносице появились капельки пота, ребенок перегревается. Температура тела недоношенному ребенку измеряется обычно в паховой области, при этом не нужно его излишне разворачивать.

Огромную роль в правильном развитии ребенка играет организация рационального питания. Недоношенный к моменту своей выписки из отделения выхаживания уже достаточно окреп и в состоянии сосать грудь и усваивать необходимое количество молока. Однако очень часто матери недоношенных младенцев сталкиваются с огорчительной проблемой — ребенок не берет грудь. Это неудивительно, ведь он, будучи совсем слабеньким и маленьким, зачастую получал пищу через зонд, введенный в желудок, затем, чуть окрепнув, кормился из рожка, к которому быстро привык, и, естественно, не хочет менять его на такой, достаточно тяжелый для него труд, как сосание груди. С этой привычкой ничего не поделаешь, придется смириться и, если ребенок упорно отказывается от груди, сцеживать молоко в чистую, прокипяченную бутылочку и сразу же еще теплым без предварительной пастеризации давать его ребенку из соски. Если ребенок достаточно активен и сосет грудь, следует постоянно контролировать объем полученного им молока путем взвешивания ребенка до кормления и после него. При необходимости нужно докармливать малыша сцеженным грудным молоком из рожка. Чтобы ориентироваться в том, какое количество молока или молочной смеси нужно давать недоношенному ребенку, необходимо исходить из того, что суточный рацион его в первые четыре месяца жизни должен составлять 1/б массы его тела. Оптимальная частота кормления 6—7 раз в сутки, т. е. через 3,5 или 3 часа. Однако режим кормления не должен быть слишком строгим: при необходимости число кормлений можно увеличить и соответственно уменьшить объем одного кормления. При искусственном и смешанном вскармливании недоношенных детей применяются адаптированные для недоношенных детей молочные смеси. Между кормлениями ребенку обязательно нужно давать пить. Суточное количество жидкости для питья определяется из расчета 50 г на каждый килограмм массы тела.

Недоношенные дети больше подвержены рахиту, во-первых, потому, что очень быстро растут, а во-вторых, вследствие того, что их естественные депо не содержат необходимого запаса витамина D, так как он накапливается в организме плода в течение последних месяцев внутриутробного развития, которые выпадают у преждевременно рожденных детей. В связи с этим профилактику рахита нужно начинать с двухнедельного возраста. Как ее проводить с учетом особенностей ребенка, подробно расскажет участковый педиатр, который наблюдает недоношенного ребенка чаще, чем доношенных детей: на первом месяце жизни — каждую неделю, со второго месяца — каждые две недели, а во втором полугодии — ежемесячно.

Кроме того, недоношенного ребенка следует обязательно проконсультировать у хирурга-ортопеда и невропатолога детской поликлиники.

У недоношенного ребенка высока вероятность развития на втором месяце жизни анемии. Внешними признаками его могут быть бледность кожи, вялость, общее недомогание, замедление прибавки пассы тела, ухудшение аппетита. Однако анемия недоношенного не является неизбежной. Если ребенок находится на грудном вскармливании, получает достаточное количество овощных и фруктовых соков, с ним длительно гуляют на свежем воздухе, анемия у него может не развиться.

Большинство недоношенных детей отстают как в физическом, так и в нервно-психическом развитии от доношенных сверстников на 1 —3 месяца. Темпы отставания зависят от массы тела при рождении, т. е. от степени незрелости младенца и от наличия тех или иных синдромов и заболеваний в течение первых месяцев жизни. Медленнее догоняют своих сверстников те недоношенные дети, у матерей которых беременность протекала на фоне острых или хронических заболеваний, токсикозов либо роды, были осложненными. В этих случаях отставание нервно-психического развития бывает вызвано не только незрелостью ребенка, но и внутриутробным кислородным голоданием или интоксикацией, которые часто приводят к развитию энцефалопатии, т. е. к нарушению деятельности центральной нервной системы. Для того чтобы вовремя распознать и лечить отклонения в состоянии нервной системы недоношенных детей, все они должны не менее года находиться под наблюдением детского невропатолога.

Быстрее окрепнуть и догнать (своих доношенных сверстников ребенку поможет проведение гимнастики и массажа. Освоить их методику, подобрать соответствующие упражнения поможет родителям медицинский персонал детской поликлиники.

Развитие недоношенного ребенка протекает успешнее, если правильно организован его режим дня, который зависит от степени недоношенности. Если малыш родился с массой тела менее 1800 г, до 3 месяцев его кормят 7 раз (через 3 часа с 6-часовым ночным перерывом), с 3 до 6 месяцев — 6 раз (через 3,5 часа с 6,5-часовым ночным перерывом), с 6 до 12 месяцев — 5 раз (через 4 часа с 8-часовым ночным перерывом). При массе тела в момент рождения более 1800 г на 7-разовом кормлении ребенка держат только 2 месяца, 6-разовом —от 2 до 5 месяцев, 5-разовом — с 5 месяцев. Соответственно различается и длительность периодов сна и бодрствования. Если масса тела при рождении была менее 1800 г, в режиме дня ребенка первых трех месяцев жизни необходимо предусмотреть 4 дневных сна по 2,5 часа, с 3 до 6 месяцев — 3 сна по 2,5 часа, с 6 месяцев до года — также 3 сна, но меньшей продолжительности (по 2 часа 15 минут). Дети, родившиеся с массой тела более 1800 г, в первые 2 месяца жизни должны спать 4 раза по 2—2,5 часа, затем они переводятся на трехразовый дневной сон длительностью в 2 часа до 9 месяцев, с 9 до 12 месяцев по 1,5 часа. Период бодрствования у недоношенных детей, имевших при рождении массу тела до 1800 г, на втором, третьем месяцах жизни исчисляется 15—20 минутами, у родившихся с массой больше 1800 г он может достигать в этом возрасте 30—40 минут.

Если режим выхаживания организован правильно, много внимания уделяется всестороннему уходу, проведению разнообразных занятий, развитие недоношенного ребенка идет довольно быстро. Большинство детей, родившихся с массой тела более 1800 г, к году, а порой и раньше, по физическому и нервно-психическому развитию догоняют сверстников, родившихся доношенными. Глубоконедоношенные дети, масса тела которых к моменту рождения составляла около 1000 г, по данным специальных исследований, сравнивались по всем показателям развития с доношенными детьми приблизительно к 3, а иногда и к 5 годам.

Профилактические прививки по индивидуальному графику.

Заключение.

Недоношенность до настоящего времени остаётся одной из ведущих причин высокой заболеваемости и смертности среди новорожденных детей. Современные технологии позволяют выхаживать маловесных детей. Адекватный лечебно-охранительный режим является ключевым аспектом

при выхаживании недоношенных пациентов. В его организации большое значение имеет деятельность всего персонала отделения по выхаживанию недоношенных новорожденных, а особенно медицинских сестер. Постоянное наблюдение медицинскими сестрами отделения за изменениями в состоянии недоношенных детей, сохранение полноценного грудного вскармливания, обучение и привлечение мам к организации квалифицированного ухода

способствуют:

- снижению сроков выхаживания недоношенного;

- снижению показателя летальности.

Литература:

 «Неонатология». Национальное руководство. Под редакцией академика РАМН Н.И.Володина, проф. Е.И. Байбариной, проф. Г.Н. Буслаева, проф. Д.И. Дегтярева. ГЭОТАР-медиа. Москва 2007 г.

«Базовая помощь новорожденному. Международный опыт».

Под редакцией академика РАМН Н.И.Володина, академика РАМН Г.Т. Сухих, проф. Е.И. Байбариной. ГЭОТАР-медиа. Москва 2008 г.

«Практическое руководство по неонатологии».

Под редакцией Г.В. Яцык.

Медицинское информационное агенство. Москва 2008 г.

«Недоношенные новорожденные дети».

Под редакцией В.Н. Тимошенко.

Учебное пособие. Феникс. Красноярск. Ростов-на Дону. 2007 г.

«Консультирование по грудному вскармливанию. Больница доброжелательного отношения к ребенку». Руководство для участника.

Проект «Мать и дитя». Джон Сноу. 2003 г.

«Национальная программа оптимизации вскармливания детей 1-го года жизни в Российской Федерации». Москва 2009 г.