Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

Сестринское дело

Отделение

Учебно-исследовательская работа студентов

Особенности организации сестринского процесса при выхаживании глубоко недоношенных детей

тема

34.02.01 Сестринское дело

код и наименование специальности

Сестринский уход за больными детьми различного возраста

наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Брянская Е.В. |
|  |  | подпись, дата |  | фамилия, инициалы |
| Преподаватель |  |  |  |  |
|  |  | подпись, дата |  | фамилия, инициалы |

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

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2020

Актуальность: недоношенность - одна из основных причин смерти новорожденных. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности. Проблема выхаживания недоношенных чрезвычайно сложна, так как дети еще не созрели для существования вне материнского организма. Это заставляет отнестись к недоношенности как к проблеме особой важности и требует особого внимания. В гинекологических и акушерских стационарах ведется активная работа для профилактики преждевременных родов, но все же если они происходят, то для сохранения жизнеспособности детей родившихся раньше положенного срока необходимо создать специальные условия, как в момент рождения, так и в течение последующей адаптации ребенка. Основным условием успешного выхаживания недоношенных детей является создание специализированных отделений и особого ухода.

Цель исследования: владеть знаниями о организации ухода за недоношенными в условиях стационара.

Задачи исследования:

1)изучить литературу по данной теме

2)знать критерии недоношенности

3)изучить АФО недоношенных новорожденных

4) рассмотреть принципы выхаживания и особенности ухода за недоношенным новорожденным в условиях стационара

**Недоношенным** считается ребёнок, родившийся при сроке менее 37 полных недель.

Исходя из гестационного возраста, выделяют четыре степени невынашивания:

1. первая степень – срок гестации 37-35 недель
2. вторая степень – 34-32 недели
3. третья степень – 31-29 недели
4. четвертая степень – 28-22 недели. [1]

**Признаки недоношенности**

1. Анатомические (внешние) признаки:

малые размеры (длина тела 48 см и менее, масса 2500 г и менее);

непропорциональное телосложение: мозговой череп преобладает над лицевым;

большая голова и туловище, короткая шея и ноги;

пупочное кольцо расположено ближе к лону;

равномерное истончение подкожно-жирового слоя (вплоть до полного отсутствия), низкое содержание бурого жира;

выраженное лануго на плечах, спине, лбу, щеках, бедрах, ягодицах. Могут отсутствовать брови, ресницы;

недоразвитие хрящевой ткани, вследствие чего ушные раковины мягкие, легко подворачиваются внутрь и слипаются;

недоразвитие или отсутствие ногтей на пальцах рук;

кости черепа податливые, открыт малый родничок, могут быть открыты и боковые, возможно расхождение черепа;

выраженная гиперемия кожных покровов, кожа нежная, покрыта обильной первородной смазкой. Слабая исчерченность ладоней и стоп. Ткани пастозные;

половая щель у девочек зияет и виден клитор из-за недоразвития больших половых губ, которые не прикрывают малые;

у мальчиков одно или оба яичка не опущены в мошонку и часто недоразвиты.

2. Функциональные признаки:

крик тонкий, писклявый (или отсутствует);

мышечный тонус заметно снижен;

ребенок сонливый, вялый;

двигательная активность значительно снижена, конечности частично или полностью разогнуты, мимика обеднена, часто “поза лягушки”;

рефлексы снижены или отсутствуют;

терморегуляция несовершенная;

нестабильное функционирование всех систем и органов. [4]

**Причины невынашивания беременности**

1.Социально-экономические факторы:

отсутствие или недостаточность медицинской помощи;

плохое питание беременной женщины;

неудовлетворительные жилищно-бытовые условия;

профессиональные вредности;

курение женщины во время беременности, употребление алкоголя и наркотиков;

уровень образования, как матери, так и отца;

нежеланная беременность.

2.Социально-биологические факторы:

возраст матери менее 18 и более 30 лет;

вес беременной менее 45 и более 90 кг;

рост менее 150 и более 180 см;

3.Отягощенный акушерский анамнез:

более 3 абортов;

частые роды;

многоплодие;

оперативное родоразрешение;

нарушение предлежания плода;

патология плаценты.

4.Клинические факторы со стороны матери:

хронические соматические заболевания;

хронические гинекологические заболевания;

инфекционные заболевания;

нейроэндокринная патология;

патология беременности;

психические, физические травмы;

изосерологическая несовместимость крови матери и плода;

травматические повреждения.

5.Клинические факторы со стороны плода:

нутриутробное инфицирование;

хромосомные заболевания;

аномалии развития. [4]

**Особенности вскармливания недоношенных детей**

Материнское молоко является оптимальной пищей для недоношенного ребенка.

Выбор способа кормления зависит от гестационного возраста ребенка. Важно следить за тем, чтобы ребенок во время кормления не переутомлялся, не срыгивал и не аспирировал пищу.

1. Недоношенных детей с большим сроком гестации, при выраженности сосательного, глотательного рефлекса и удовлетворительном состоянии, можно начать кормить через 3-4 часа после рождения.

2. При выраженности глотательного рефлекса и отсутствии сосательного, ребенка можно кормить с ложечки.

3. При отсутствии грудного молока у матери, можно применить специализированные адаптированные смеси (Хумана-О, Фрисопре, Энфалак, Непатал, Алпрем, Детолакт-ММ, Новолакт и др.) в течение первых 2-3-х месяцев.

4. Детей с малой массой тела и гестационным возрастом менее 32 недель кормят через назо - или орогастральный зонд. Введение молока необходимо осуществлять капельно, через специальные шприцевые перфъюзоры, при их отсутствии можно использовать стерильные шприцы и капельницы.

5. Глубоко недоношенным детям с дыхательными расстройствами, нарушением кровообращения, угнетением центральной нервной системы назначается парентеральное питание. В первый день жизни они получают 10% раствор глюкозы, со 2-го дня переходят на 5% раствор глюкозы с добавлением аминокислот, электролитов, калия, витаминов, микроэлементов, жировых эмульсий. [2]

**Принципы выхаживания недоношенного новорожденного**

Первый этап - обеспечение интенсивного ухода и лечения в роддоме. Главная задача этого этапа - сохранить ребенку жизнь.

Второй этап включает - интенсивный уход и лечение в специализированном отделении.

Для качественной помощи недоношенному ребенку, особенно с ЭНМТ (экстремально низкой массой тела), необходимо иметь инкубатор, респиратор для постоянного положительного давления в дыхательных путях (СРАР), осуществление ИВЛ в различных режимах, в том числе высокочастотную установку для фототерапии, полифункциональный монитор, инфузионные насосы, аспиратор. В родильном зале недоношенных немедленно и бережно обсушивают теплыми пеленками и сразу помещают в инкубатор для предупреждения потери тепла и неощутимых потерь воды с поверхности кожи. Детям, рожденным в состоянии гипоксии, в вену пуповины вводят смесь, включающую 10% раствор Глюкозы (7-8 мл/ кг), кокарбоксилазу (0,5 – 1 мл), 5% раствор аскорбиновой кислоты (0,5 – 1 мл), 10% раствор кальция глюконата (1 мл). При асфиксии или выраженной гипоксии после отсасывания содержимого из дыхательных путей производят ИВЛ с помощью маски или методом интубации. Одновременно в вену пуповины вводят указанную выше смесь с добавлением преднизолона (1 мг/ кг), этилимидазолдикарбоната метиламида (Этимизола, 1 мг/ кг) или 2,4 % раствора аминофиллина ( Эуфиллина, 0,1 -0,15 мл). При отсутствии видимого эффекта ребенка переводят в реанимационный блок.

Температурная реакция сразу после рождения может быть продолжением того состояния, которое ребенок перенес в родах. Предупреждение холодового стресса в группе маловесных детей имеет жизненное значение. Все манипуляции в родильном зале выполняют в условиях, исключающих охлаждение ребенка. При тяжелой асфиксии температурный контроль отключается и температура тела часто не поддерживается на должном уровне. Реанимационные процедуры должны проводиться с особым вниманием к тепловому контролю. Применяют утепленные пеленальные столики с электроподогревом, реанимационные кровати. [5]

После перевязки и обработки пуповины детей с массой тела при рождении 1500 грамм и ниже и резко выраженными нарушениями терморегуляции помещают в закрытый кувез с температурой окружающего воздуха 32-34 градусов.

Куве́з (от фр. couveuse «наседка», «инкубатор») — приспособление с автоматической подачей кислорода и с поддержанием оптимальной температуры, в который помещают недоношенного или заболевшего новорожденного.

Детей с легкой степенью недоношенности разрешается приложить к телу матери через 10-20 минут после родов.

Температура в кювезе регулируется с учетом температуры тела ребенка ( при измерении в прямой кишке она должна быть 36.6 – 37.1 градус). В кувез подается кислород из расчета 2 л в минуту. Открытый кувез или кровать используются для детей с массой тела более 1500 грамм при рождении или достигших такой массы тела.

Кувезы закрытого типа в первые дни жизни используют при выхаживании большинства недоношенных детей, родившихся с массой 1500 килограмм и менее. Длительность пребывания здорового недоношенного ребенка в закрытом кувезе в случае массы при рождении более 1200 грамм обычно ограничивается 2-4 днями. В случае меньшей массы тела при рождении она может составлять от 7-8 дней до нескольких недель, причем чем длительнее пребывание ребенка в кувезе, тем больше вероятность его инфицирования. Предупреждение инфицирования достигается регулярной (каждые три дня) заменой кувеза и тщательной его обработкой.

В условиях закрытого кувеза в первые дни влажность воздуха высокая – в пределах 90-95%, через 2-3 дня она может быть снижена и на 2-й неделе достигает 50-60%. [5]

**Диспансеризация**

На 1-м месяце жизни фельдшер наблюдает за недоношенным ребенком на дому 1 раз в 7 дней, на 2-м и до 6-ти месячного возраста — 2 раза в месяц, лишь во втором полугодии жизни — ежемесячно.

Основные задачи диспансерного наблюдения за недоношенными детьми:

* максимально длительное сохранение грудного вскармливания;
* контроль за выполнением режима дня и питания;
* повышение иммунитета путем регулярного закаливания (прогулки, водные процедуры, общий массаж);
* профилактика рахита (неспецифическая и специфическая) витамин Д2 по 500—1000 мг в день в течение 2-х лет (кроме летних месяцев)
* профилактика железодефицитной анемии;
* проведение профилактических прививок по индивидуальному плану.

При наличии у недоношенного ребенка перинатальной патологии ЦНС рекомендуется оздоровление в областных реабилитационных центрах. [3]

**Профилактика недоношенности**

1) Охрана здоровья будущей матери, начиная с самого раннего детства.

2) Своевременная санация хронических очагов инфекции девочки – будущей матери.

3) Планирование [беременности](https://pandia.ru/text/category/beremennostmz/).

4) Создание благоприятных условий для протекания беременности.

5) Регулярное наблюдение за беременной в женской консультации.

6) Отказ беременной женщины от вредных привычек.

7) При угрозе выкидыша обязательное стационарное лечение беременной женщины. [2]

**Электронные ресурсы**

1. <https://studopedia.su/4_30535_sestrinskiy-uhod-za-nedonoshennim-novorozhdennim.html>

2. <https://pandia.ru/text/80/367/47949.php>

3. <https://feldsherstvo.ru/razdel-11/vyhazhivanie-nedonoshennyh-detej/>

4.[https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=download&md=00094953cea50af97fbea888d9275c03&cid=11&oid=72437](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=download&md=00094953cea50af97fbea888d9275c03&cid=11&oid=72437)

5. <https://scienceforum.ru/2017/article/2017034065>