

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

Фармацевтический колледж

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

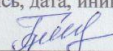
На тему “Особенности сестринского ухода за недоношенными
детьми”

Студент


подпись, дата, инициалы, фамилия

В.Р. Абрамова

Студент


подпись, дата, инициалы, фамилия

А. Талантбек

Преподаватель

подпись, дата, инициалы, фамилия

Н.В. Фукалова

Работа оценена: _____

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2021

5/10/21 

Содержание

Введение.....	3
Глава I «Недоношенные дети: причины невынашивания, особенности здоровья».....	6
Глава II «Этапы выхаживания недоношенных детей и роль сестринской деятельности в них».....	9
Глава III «Современные подходы в сестринской деятельности при выхаживании недоношенных детей».....	13
Глава IV «Изучение роли медицинской сестры в уходе и организации выхаживания недоношенных детей».....	17
Заключение.....	18
Список используемой литературы.....	19

Введение

Недоношенный ребёнок - ребёнок, родившийся при сроке менее 37 полных недель, то есть до 260 дня беременности.

В мире каждый год около 15 миллионов детей рождаются на свет преждевременно. В среднем это 1 ребенок из 10 появляется на свет недоношенным. В России ежегодно более 110 тысяч детей рождаются раньше срока, это около 5,7% от числа всех новорожденных за год. В Республике Тыва же ежегодно появляется на свет около 7 тысяч детей, доля рожденных раньше срока среди них составляет около 7%.

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

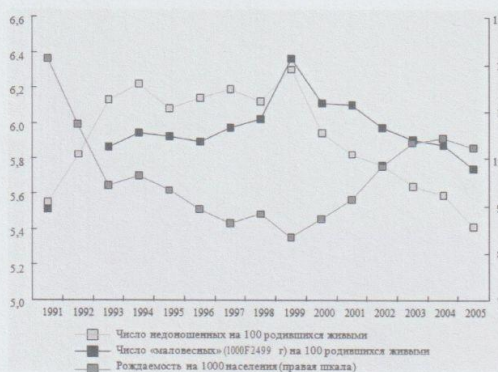


Рисунок 1. Статистика рождаемости недоношенных.

существования вне материнского организма. Это заставляет отнести 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.

Данная тема стала актуальной с 27 декабря 2011 года, когда началась работа по критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), где

живорождением является момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более, при массе тела новорожденного 500 грамм и более.

Вследствие чего выявили следующие проблемы:

- потребности родильных домов, перинатальных центров;
- потребности в современных лекарственных формах для новорожденных детей;
- потребности в высоко технологическом медицинском оборудовании и оснащении для выполнения реанимационных мероприятий и выхаживания глубоко недоношенных новорожденных, а также для детей, родившихся с различными патологиями;
- потребности высококвалифицированных медицинских кадрах.

Важнейшая роль в выхаживании, лечении и оказании высокотехнологической медицинской помощи, решении морально-этических проблем отводится врачу неонатологу и медицинским сестрам на всех трех этапах выхаживания недоношенных детей. Это и послужило созданию цели данной работы – понятие об особенности сестринского ухода за недоношенными детьми на всех этапах.

Целью исследования является анализ научной медицинской литературы по теме исследования, анализ организации выхаживания недоношенных детей в условиях стационара.

Объектом исследования является отделение патологии новорожденных и недоношенных детей Красноярской межрайонной детской клинической больницы №1»

Предметом исследования является профессиональная деятельность медицинской сестры отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Красноярской межрайонной детской клинической больницы №1»

Для достижения поставленных целей необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить теоретический материал по данным литературных источников по уходу и выхаживанию недоношенных детей, особенностям организации и современным подходам к сестринской деятельности по выхаживанию недоношенных детей;
2. Привести общую характеристику отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Красноярской межрайонной детской клинической больницы №1»;
3. На основе анкетирования матерей выявить удовлетворенность работой среднего медицинского персонала для оптимизации организации сестринского ухода на всех этапах выхаживания недоношенных детей.
4. Анкетирование среднего медицинского персонала о своей роли в организации сестринской помощи недоношенным детям.

Методы исследования, используемые во время работы:

1. метод простого наблюдения;
2. социологический;
3. аналитический;
4. статистический;

ГЛАВА I

«НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ: ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ»

Недоношенный ребенок это ребенок, который родился при преждевременных родах в период с 22 по 37 неделю гестации. Это функционально незрелые дети, имеющие массу тела 500 - 2500 грамм и длину тела 25-45 сантиметров.

Один из основных факторов риска рождения недоношенного ребенка со стороны матери это экстрагенитальные заболевания матери (38,4%), преэклампсия (37,9%) и т.д.

Основными причинами невынашивания беременности до нормальных сроков в 37-41 неделю являются:

1. Осложнения во время беременности;
2. Инфекционные заболевания матери;
3. Аборты, операции кесарево сечения в анамнезе;
4. Несовместимая группа крови, резус-фактор между матерью и плодом;
5. Эндокринные заболевания матери;
6. Гипертоническая болезнь матери и другие;
7. Врожденные аномалии развития у плода;
8. Хромосомные аномалии у развивающегося плода.

Существуют анатомо-физиологические особенности доношенного и недоношенного ребенка, которые значительно отличаются друг от друга. В силу недоношенности и рождения при преждевременных родах у недоношенного ребенка все органы и системы незрелые, как это могло бы быть напротив при нормальных своевременных родах. Из-за чего происходит срыв процессов адаптации и могут возникать различные осложнения в перинатальном периоде.

Центральная нервная система недоношенного ребенка

Кора головного мозга у недоношенного ребенка незрелая из-за чего ребенок рождается слабым, мышечный тонус пониженный, а у ребенка менее 900 грамм может отсутствовать (атония). Крик слабый, ребенок вялый,

адинамичный. Рефлексы слабые или могут отсутствовать (сосательный, глотательный, поисковый и т.д.). Из-за незрелого головного мозга терморегуляция нарушена, ребенок не удерживает нормальную температуру тела, что приводит к перегреванию или переохлаждению. Слабая терморегуляция один из важнейших факторов риска для развития осложнений во время адаптации недоношенного ребенка к окружающей среде. Развитие центральной нервной системы влияет на все системы организма недоношенного ребенка.

Дыхательная система недоношенного ребенка

Дыхание у недоношенного нерегулярное, нестабильное. Может быть учащенное дыхание (тахипноэ) или редкое дыхание (брадипноэ), а у тяжелых детей дыхание может отсутствовать (апноэ). Частота дыхания может быть от 35 до 80 в 1 минуту. У детей с экстримально низкой массой тела дыхание может быть типа "гаспинг", то есть судорожное дыхание. Также у недоношенных детей дыхание во время сна может быть с паузами и различной амплитудой дыхания - дыхание Чейн-Стока.

Из-за незрелости сурфактант в альвеолах пониженный из-за чего легкие при рождении не развернуты и у недоношенного ребенка развивается синдром дыхательных расстройств. При необходимости сурфактант вводится эндотрахеально при выполнении реанимационных мероприятий недоношенному ребенку в родильном зале.

Сердечно-сосудистая система недоношенного ребенка

Адаптация системы кровообращения у недоношенных протекает с выраженными особенностями: отмечается медленное снижение резистентности сосудов малого круга, поэтому кровяное давление в легочной артерии падает только на 7-10 день жизни. Асинхронное сокращение межжелудочковой перегородки в систолу ведет к деформации левого желудочка. У этих детей имеется корреляция между функционирующим боталловым протоком и уровнем артериального давления, что приводит к длительному функционированию фетального шунта: артериального протока,

что нарушает респираторную адаптацию ребенка, приводит к истощению кровотока по большому кругу кровообращения и последствии к ишемии ЦНС и ЖКТ.

Пищеварительная система недоношенного ребенка

У недоношенных детей желудочно-кишечный тракт обладает повышенной проницаемостью кишечной стенки, что и является серьезной проблемой (быстрое всасывание токсинов, микробов в кровеносную систему). Так же отмечается снижение тонуса (парезы кишечника, метеоризм), дефицит бифидобактерий, транзитное снижение активности лактазы. Это могут быть причинами функциональных нарушений и заболеваний как язвенно-некротический энтероколит

Несовершенства иммунной системы – это склонность к инфекционным заболеваниям.

С большим напряжением проходит процесс 10 метаболической адаптации у недоношенных детей. Неустойчивый водносолевой обмен (отеки, дегидратация). Так же в силу нехватки организма запасов жира и гликогена расходуется эндогенный белок.

В первые дни у некоторых недоношенных детей отмечается гипогликемия, вследствие этого усугубляется ацидоз, отмечаются неврологические дисфункции.

Таким образом, исходя Из комплексных соматических патологий, неонатальный период для недоношенных детей является периодом высокого напряжения процессов адаптации и комплексном мероприятии по оптимальному выхаживанию.

ГЛАВА II

«ЭТАПЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ И РОЛЬ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НИХ»

Выделяют три этапа выхаживания недоношенных детей.

Первый этап осуществляется в родильном доме в течение 5-7 дней для более зрелых, 8-10 дней для глубоко недоношенных. У детей, родившихся с гестационным возрастом более 28 недель, также как и у доношенных новорожденных, выполняется стандартный объем мероприятий по профилактике: осушаются кожных покровов, ребенка обертывают в теплые стерильные пеленки, но так как у них значительно выше риск развития гипотермических состояний стандартные мероприятия должны выполняться с особой тщательностью.

В обязанности медицинской сестры на данном этапе входит поддержание:

1. теплового и бактериологического режима;
2. сенсорная стимуляция в виде прикосновений, поглаживания и беседы с ребенком;
3. терапия сурфактантом (рекомендации изложены в методическом письме Минздравсоцразвития России от 21.04.2010 г. № 15-4/10/2 3204);
4. охранительного режима (ограничение световых, звуковых, болевых раздражителей);
5. взвешивание 1 раз в 3 дня, предупреждая переохлаждение ребенка и обеспечивая смену инкубатора;
6. придание комфортного физиологического положения.

Ребенок, родившийся с массой тела менее 1500 г, может быть выписан домой под наблюдение участкового врача педиатра при следующих условиях:

1. масса тела от 1800-2000 г.;
2. скорректированный возраст более 34 недель;
3. успешное энтеральное питание(усвоение полного объема);

4. способность удерживать постоянную температуру тела в открытой кроватке;
5. положительная динамика массы тела (не менее 20 г/день); стабильное функционирование кровообращения;
6. отсутствие апноэ в течение недели до выписки; готовность семьи к уходу за ребенком;
7. возможность амбулаторного наблюдения и консультирования ребенка в специализированном учреждении в отделении катамнеза.

Второй этап выхаживания. На этом этапе в создании и поддержании оптимальных условий выхаживания младенца уже помещают в кувез.

И как ранее было сказано, в обязанности медицинских сестер входит:

1. наблюдение за положением тела, дабы избежать застойных явлений и деформаций;
2. поддержание теплового режима;
3. охранительный режим (ограничение световых, звуковых, болевых раздражителей);
4. сенсорная стимуляция в виде прикосновений, поглаживания и беседы с ним;
5. регулярное проведение дезинфекции кувеза;
6. создание специальных —гнездышек;
7. контроль дыхания при ИВЛ;
8. мониторинг массы тела;
9. контакт и участие родителей в выхаживании;
10. энтеральное и парэнтеральное питание детей с ЭНМТ и ОНМТ;
11. поддержание баланса жидкости и электролитов;

Особенности работы в отделении второго этапа выхаживания заключаются в том, что имеется свой приемный покой, цикличность заполнения, расчет площади 6 м² на одну койку, нагрузка на сестринский пост 4-6 человек.

Критерии выписки ребенка на поликлинический участок со 2-го этапа:

1. ребенок может удерживать температуру тела в открытой кровати в течение не менее 1-2 суток (24-48 часов);
2. может кормиться самостоятельно из бутылочки или груди матери и не требует дополнительного парентерального введения питательных растворов;
3. положительная динамика веса (достижение веса 2000 г и более).

Третий этап выхаживания. Главная роль медицинской сестры отделения катамнеза—осуществление работы по профилактике инвалидизации, формирования здорового ребенка и оказание медицинской помощи детям с различной патологией на дому с целью выполнения рекомендаций врача.

1. Для решения ряда задач медицинская сестра выполняет большой комплекс мероприятий: совместно с врачом-педиатром участковым принимает недоношенных детей с момента выписки из стационара до трех лет.
2. обеспечивает систематичность наблюдения педиатром, окулистом неврологом;
3. контролирует, насколько правильно родители выполняют врачебные назначения;
4. планирование проведения вакцинации недоношенным детям;
5. своевременно организует плановые медицинские осмотры детей, находящихся на диспансерном учете;
6. выполнение лечебных процедур на дому по назначению врача;
7. помогает врачу при проведении медицинских осмотров детей (осуществляет антропометрию, оформляет необходимые справки, рецепты, направления на исследования и т.д.);
8. консультирует родителей по подбору лечебного питания, медикаментозной терапии и профилактики заболеваний (ЛФК, массаж, Войта-терапия, физиотерапия, тонкий пальцевой тренинг);
9. расчет суточного, разового объема пищи, составление меню разного возраста на грудном вскармливании.

10.составление меню ребенку на смешанном и искусственном вскармливании.

ГЛАВА III

«СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ»

Для обеспечения лечебно-охранительного режима при уходе и выхаживании недоношенных детей должны соблюдать следующих правил:

1. в палатах отделения не должно быть слишком яркого света, при выполнении манипуляций нужно воспользоваться локально направленным светом;
2. очень важно соблюдать режим тишины; в палате отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, недопустимо громко разговаривать, включать музыку; медперсонал должен вовремя реагировать на звуковые сигналы мониторов; оборудование, создающие громкий шум, такие как компрессоры, должны быть установлены за границами отделения;
3. необходимо по возможности минимизировать болезненных процедур, а при выполнении инвазивных процедур использовать анестезию (20% раствором сахарозы или глюкозы капать в рот – за 2 мин до 14 манипуляции и дробно давать во время манипуляции по 2 мл или до манипуляции на язык 5-10 мл, затем во время манипуляции дать соску-пустышку);
4. для прикрепления датчиков, игл-бабочек, катетеров, эндотрахеальных трубок желательно использовать не травматичный лейкопластырь, специальные пленочные фиксаторы; при использовании обычного пластыря перед снятием смочить его водой или маслом;
5. для ежедневного ухода за кожей желательно использовать детское растительное или эфирное масла или вазелиновое, которое оказывает дезинфицирующее, смягчающее и увлажняющее действие);
6. у глубоконедоношенных детей уход за кожей необходимо проводить без использования спиртовых растворов, водного раствора

перманганата калия т.к. при обработке ран, пуповинного остатка могут появиться ожоги, развиваться болевой синдром);

7. необходимо периодически поворачивать ребенка, избегать длительного вынужденного положения на одном положении, использовать сгибательное положение, которое наиболее физиологично. Ощущение комфорта и безопасности для недоношенного ребенка можно обеспечить выхаживанием в «гнезде».

Значимым фактором при выхаживании недоношенного ребенка является согревание. Дополнительное согревание недоношенных обеспечивается разными способами: инкубатор, кровати с обогревом, открытые реанимационные системы, метод «кенгуру». Выхаживание методом «кенгуру» можно проводить у недоношенных, находящихся в удовлетворительном состоянии, с массой тела при рождении выше 1100 г и сроком гестации более 30 недель, и наличием хотя бы слабых признаков сосательного рефлекса. Ребенка оставляют голеньким, но в подгузнике, помещают между грудями матери, обеспечивая контакт «кожа к коже».

При выхаживании недоношенных в инкубаторе оптимальной следует считать ту температуру, при которой у ребенка сохраняется нормальная температура тела.

В первые 10 дней жизни для ребенка с массой тела < 1000 г оптимальной температурой воздуха в кувезе, как правило, считается 36-37 °С. Для недоношенных с массой 1000-1500 г, оптимум составляет 35-36 °С, при массе > 1500 г – 34-35 °С. За каждые последующие 7-10 дней жизни температура в кувезе обычно снижается на 0,5-1 °С.

Применение инкубатора позволяет уменьшить незаметные потери воды, обусловленные испарением с поверхности тела, с этой целью в кувезах поддерживают влажность воздуха около 60%. Негативным последствием использования инкубаторов является возрастание риска госпитальной инфекции у новорожденных, т.к. в кувезе создаются благоприятные условия для размножения микрофлоры.

Немаловажное значение в предостережение, профилактике заболеваний и уходе за новорожденным имеет работа по санитарному просвещению родителей.

В отделении обязательно проводятся лекции и беседы с родителями по таким темам, как анатомо-физиологические особенности ребенка, в том числе недоношенных детей; переходные состояния адаптации новорожденных, неспецифическая профилактика различных заболеваний и их осложнений периода новорожденности у ребенка.

Общение с матерями является неотъемлемой частью работы медицинской сестры. Необходимо четко, доступно и доброжелательно разъяснить основные обязанности матери по уходу за ребенком и соблюдению режима отделения.

Медицинской сестре следует отвечать на все вопросы матери объеме своих компетенций. Главное психологическая цель этих бесед - снижение стрессового напряжения у матери и формирования отношения доверия к персоналу отделения. Рекомендации в проводимых беседах должны быть реальны и легко выполнимы.

Матери обязательно обучаются навыкам по уходу за новорожденным под постоянным контролем медицинской сестры отделения:...

1. консультирование по выбору гигиенических средств ухода за кожей (крема, присыпки), «приданного» для ребенка;.
2. обучение мам выполнению необходимых манипуляций: термометрии, профилактике опрелостей, профилактическому массажу тела; пеленание;
3. введение лекарственных препаратов в глаза, нос и уши;
4. неспецифические мероприятия по профилактике ОРЗ;
5. профилактика анемии, рахита и расстройств питания.

Одним из главных факторов, способствующих правильному физическому и нервно-психическому развитию ребенка является адекватное возрасту и состоянию здоровья питание.

Поэтому вопросы диететики недоношенных детей в работе с мамами стоят на первом месте и вызывают у них наибольший интерес:

значение грудного вскармливания для ребенка и матери и техника кормления грудью;

рациональная диета кормящей женщины и профилактика гипогалактии;

техника искусственного вскармливания и консультирование по подбору молочных смесей.

ГЛАВА IV

«ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ И ОРГАНИЗАЦИИ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ»

Во время прохождения производственной практики в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей удалось тщательно изучить работу медицинской сестры в уходе за новорожденными. Начиная с обработки кожных покровов и заканчивая кормлением – все манипуляции проводятся с максимальной осторожностью, чтобы не навредить ребенку. Медицинская сестра не отходит ни на шаг с поста, дабы предотвратить риск развития осложнений и оказать доврачебную помощь. Работает медицинская сестра только в стерильных перчатках, во избежание занесения посторонних микроорганизмов в кувез. Кормление проходит через зонд, быстро, но также с максимальной осторожностью. Каждое движение отточено идеально быстро, но главное – с максимальной осторожностью и нежностью.

Удавалось также наблюдать уход за недоношенным мальчиком перед выпиской. Мальчик родился на 36 неделе беременности, но находился в отделении уже месяц. К сожалению, ребенок был из тех, от кого отказались, но он нашел новый дом, что очень порадовало медицинский персонал. На третьем этапе выхаживания ребенка кормят уже из бутылочки, аккуратно придерживая голову, и переводят в обычную кроватку из кувеза, что подтверждает о хорошей прибавке в весе и нормализации физического и психического развития ребенка.

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:

1. снижению сроков выхаживания недоношенного;
2. снижению показателя летальности по Российской Федерации;
3. в кратчайшие сроки восстановить состояние ребенка, без возникновения всевозможных осложнений.

Цель данной работы достигнута. Задачи выполнены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонов А.Г. Ионов О.В., Крючко Д.С., Ленюшкина А.А., Рындин А.Ю. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении/ Методическое пособие.- 2011. – С. 72. ..
2. Базовая помощь новорожденному — международный опыт / [Под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С.208.
3. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х., Ермолаева Е.И., Киричок Е.В. Совершенствование системы оказания помощи новорожденным на территориальном уровне /Современные подходы к выявлению, лечению и профилактике перинатальной патологии. Материалы V съезда РАСПМ. – М., 2005, с. 31.
4. Баранов А.А. Задачи органов и учреждений здравоохранения по дальнейшему улучшению медицинской помощи женщинам, матерям и детям //Педиатрия.-1988.-N1.-С.6-8.