ВВЕДЕНИЕ

недоношенный сестринский уход рахит ретинопатия

К сожалению, преждевременные роды не такое редкое явление. От общего числа родившихся детей, составляет около 10%. Однако, за последние года, стало наблюдаться увеличение набора веса недоношенного ребёнка, врачи объясняют это тем, что у матерей во время беременности наблюдалось неправильное питание, вредные пристрастия, стрессовые экологические нагрузки. В следствии этого, наблюдается неудовлетворительное состояние у будущих матерей, а так же различные патологии в течении беременности и преждевременные роды.

Недоношенные дети очень актуальная проблема педиатрии и акушерства. Рассматривая эту проблему, остаётся один открытый вопрос - выживаемость недоношенных детей, родившихся раньше срока. Главной эффективной задачей в этом вопросе стоит во время оказанная квалифицированная медицинская помощь.

Некоторых детей удаётся спасти на 22-25 неделе гестации с массой тела чуть больше 500гр. Интенсивное лечение таких детей наблюдается в Японии, Канаде, США, Австралии. Именно в высоко экономически - развитых странах зафиксированы максимальное количество спасённых жизней недоношенным детям, благодаря хорошо оснащённым отделениям интенсивной терапии для новорожденных. Сестринский уход за недоношенными детьми играет огромную роль в сохранении жизни детей.

Цель моей работы рассказать, как необходимо знать и уметь оказывать помощь недоношенным детям, заботиться о них, после их рождения, чтобы укрепить их здоровье, дать им силы для борьбы, для выживания. Помочь получить студентам практические и теоретические знания.

ГЛАВА 1. НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ. ПОНЯТИЕ, ПРИЧИНЫ, ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ

.1 Понятие, причины и классификация недоношенных детей

Недоношенные - дети, родившиеся при сроке беременности 37 недель и менее, с массой тела 2500 г и менее, длиной тела 45 с и менее. Частота преждевременных родов достаточно стабильна и составляет в среднем 5-10% от числа родившихся детей. Показатель неонатальной смертности недоношенных намного превышает таковой у родившихся в срок и в значительной степени зависит от эффективности оказания медицинской помощи.

Классификация недоношенности в зависимости от гестационного возраста и массы тела при рождении

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Степень недоношенности | Срок гестации | Масса при рождении |
| 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 |

В причинах недонашивания выделяют 3 группы факторов:

Социально-экономические факторы:

отсутствие или недостаточность медицинской помощи

плохое питание беременной

неудовлетворительные жилищно-бытовые условии

профессиональные вредности, вредные привычки (курение, алкоголизм, токсикомания, наркомания) нежеланная беременность у женщин, не состоящих в браке

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

Клинические факторы:

А) со стороны матери:

хронические соматические и гинекологические заболевания

эндокринные 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

Б) со стороны плода:

внутриутробные инфекции

генетические и хромосомные болезни плода

аномалии развития, многоплодие, неправильное положение плода

иммунологический конфликт между плодом и беременной

Антропометрические показатели недоношенных детей изменчивы, что особенно характерно для массы тела. Она меньше у недоношенных со ЗВУР, наследственными заболеваниями и больше у недоношенных, от матерей с эндокринной патологией (диабетическая фетопатия). Это обусловливает необходимость использования дополнительных критериев диагностики, к которым относятся признаки недоношенности.

Морфологические признаки недоношенности:

. Непропорциональное телосложение - вертикальный размер головы составляет 1/3 длины тела, размеры мозгового черепа преобладают над лицевым, пупочное кольцо ниже средней точки тела, относительно большое туловище и короткие ноги (темп роста нижних конечностей увеличивается во второй половине беременности).

. Обильное лануго (мягкие пушковые волосы покрывают не только плечи и спину, но и лоб, щеки, бедра, ягодицы), низкий рост волос на лбу, недоразвитие ногтей (не доходят до конца ногтевых фаланг).

. Пальпация головы выявляет открытые малый и боковые роднички и швы черепа, податливость костей черепа (из-за их тонкости и низкой минерализации), мягкие ушные раковины, сгибающиеся пополам.

. У мальчиков отмечается недоопущение яичек (пустая мошонка), а у девочек - зияние половой щели (недоразвитие больших половых губ).

. Недоразвитие грудных желез и отсутствие их физиологического нагрубания.

Оценка морфологических критериев недоношенности помогает определить гестационный возраст ребенка (шкала Дубовича, Болларда, Гофнера).

Функциональные признаки недоношенности:

. Низкий мышечный тонус (характерна "поза лягушки").

. Длительная физиологическая эритема и желтуха.

. Слабость и быстрое угасание физиологических рефлексов новорожденных, в том числе и сосательного.

. Склонность к гипотермии из-за малой теплопродукции и повышенной теплоотдачи.

. Отсутствие адекватного повышения температуры на инфекционный процесс и быстрое перегревание его в кювезе.

Процесс приспособления к внеутробной жизни у недоношенных протекает более тяжело и значительно дольше. Соответственно у них удлиняется и период новорожденности, составляя у глубоко недоношенных детей 1,5-2 месяца.

В последнее время все чаще появляются на свет недоношенные дети, причин этому несколько:

генетические заболевания плода,

многоплодная беременность,

курение и алкоголизм матери,

многоводие или маловодие при беременности,

преждевременное старение плаценты,

воспалительные заболевания матки и яичников,

инфекционные заболевания матери во время беременности,

физическая или психологическая травмы.

.2 Признаки определения недоношенных детей

Признаки недоношенности:

Пониженное питание. У глубоко недоношенных детей подкожный жировой слой полностью отсутствует, массо-ростовой коэффициент составляет 30-50, тогда как у доношенных он равен 60-80. Пропорции тела: у недоношенных короткие ноги, высота головы по отношению к росту составляет %-& середина тела выше пупка (в то время как у доношенного на уровне пупка). Ушные раковины мягкие, легко подворачиваются внутрь, плотно прилегают к черепу. У девочек малые половые губы не прикрыты большими половая щель зияет, хорошо виден клитор. у мальчиков яички не опущены в мошонку. Отмечается обильный рост пушковых волос не только на спине и плечах, но и на других частях тела (на щеках, лбу, бедрах). Преобладание мозгового черепа над лицевым, широко открытые швы, большие размеры переднего родничка, часто открыт малый родничок. Увеличение лобных и теменных бугров, что наиболее отчетливо проявляется на 2-3-м месяце жизни.

Функциональные признаки недоношенности:

Для недоношенных детей характерна незрелость всех органов и систем, прежде всего центральной нервной системы; степень выраженности этой незрелости зависит от срока беременности. У недоношенных наблюдается аритмия дыхания, могут быть периоды остановки дыхания, вплоть до внезапной смерти. У недоношенных детей часты срыгивания, рвота, вздутие живота, боли в животе, задержка газов и стула. Для недоношенных младенцев свойственно несовершенство терморегуляции, поэтому они быстро охлаждаются и так же быстро перегреваются.

ГЛАВА 2. СЕСТРЕНСКИЙ УХОД ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ

.1 Возможные заболевания у недоношенных детей

Анемия недоношенных.

Анемия - это состояние, характеризующееся уменьшение количества эритроцитов и концентрации гемоглобина в единице объёма крови

Для синтеза гемоглобина необходимо железо. Единственным источником железа для плода является кровь матери. Снабжение плода железом увеличивается с увеличением гестационного возраста, необходимого для формирования депо. У недоношенных детей при рождении выявляется нормальное содержание железа на 1кг массы тела, но запасы у детей родившихся раньше срока в 2 - 3 раза меньше, чем у доношенных детей. Таким образом, если при достаточном поступлении железа от матери ребенок полностью использует его к концу первых 4 - 6-ти месяцев жизни, то у недоношенных детей внутриутробно полученное железо расходуется в первые 1,5 - 3 месяца жизни.

Выделяют 2 вида анемий недоношенных - раннюю (первые 7 - 8 недель жизни) связанную с перестройкой системы кроветворения (замена фетального гемоглобина на взрослый) и позднюю (начиная с 3-х месяцев жизни) связанную и истощением депо железа в организме.

В настоящее время нет медикаментозных средств, способных предупредить развитие ранней анемии. Благоприятное действие могут оказать мероприятия оздоровительного характера, включая рациональное вскармливание, прогулки на улице.

Профилактику поздней анемии недоношенных проводят с месячного возраста, назначая внутрь препараты железа из расчета 2 мг/кг/сут (элементарного железа) и 1% раствор сульфата меди по 6 капель в сутки , а также внутрь витамина Е по 5 - 10 мг.

Внутримышечные и внутривенные препараты железа для профилактики анемий не используют, ибо это увеличивает риск развития инфекционных заболеваний.

Рахит недоношенных.

Рахит - заболевание детей первого года жизни, которое возникает вследствие гиповитаминоза D и характеризуется нарушением фосфорно-кальциевого обмена, поражением костно-мышечного аппарата, внутренних органов и снижением реактивности организма.

Рахит недоношенных детей имеет свои особенности в клинических проявлениях и течении. Это значительным образом связано с тем, что при недонашивании выпадает тот период внутриутробной жизни, когда приходит интенсивное накопление минеральных веществ и активная минерализация скелета.

Недостаток фосфора и кальция может быть связан и с недостаточным поступлением витамина D с грудным молоком Вследствие этого развивается дефицит минеральных веществ, которые депонируются в костной ткани.

Рахит у недоношенных детей сопровождается значительными нарушениями метаболизма и яркими проявлениями вторичного иммунодефицитного состояния, чем у детей, рожденных в срок.

Таблица 2.1.Медикаментозные препараты витамина D.

|  |  |
| --- | --- |
| ПРЕПАРАТ | КОНЦЕНТРАЦИЯ |
| 0,0625% масляный раствор эргокальциферола (вит. D2) | 1 мл. - 25000 МЕ 1 капля - 500 МЕ |
| 0,5% спиртовый раствор эргокальциферола (вит. D2) | 1 мл. - 200 000 МЕ 1 капля - 4 000 МЕ |
| Эргокальциферол (вит.D2) | 1 драже - 500 или 1000 МЕ  |
| 0,125% - масляный раствор холекальцеферола (вит. D3) | 1 мл. - 50 000 МЕ 1 капля - 1 000 МЕ |
| ВИДЕИН - 3 | 1 таблетка - 2 000 МЕ |
| Витамин D3 (водный раствор, Terpol, Польша) | 1 капля - 500 МЕ |

Таблица 2.2. Профилактическое назначение витамина D3 детям раннего возраста и беременным женщинам.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы женщин и детей | Начало (срок) специфической профилактики | Суточная доза витамина D3 | Длительность приёма витамина D3 |
| Антенатальная профилактика рахита |
| Здоровые беременные | С 28 - 32 недели беременности | 500 МЕ | Ежедневно в течение 6 - 8 недель |
| Беременные из групп риска ( гетозы, сахарный диабет, хронические заболевания, и т. д.  | С 28 - 32 недели беременности | 1000 - 2000 МЕ | Ежедневно с течение 8 недель |
| Постнатальная профилактика рахита |
| Недоношенные дети 1-й степени | С 10 - 14 дня жизни | 500 - 1000 МЕ | Ежедневно в течение первого полугодия жизни. В дальнейшем по 2 - 3 курса в год с интервалом между ними 4 - 3 месяца. |
| Недоношенные дети 2-й и 3-й степени. | С 10 - 20-го дня жизни (после установления энтерального питания) | 1000 - 2000 МЕ | Ежедневно в течение первого полугодия жизни. В дальнейшем 2000 МЕ ежедневно в течение 30 дней 2 - 3 раза в год с интервалом между ними 4 - 3 месяца. |

Лечение рахитического процесса у недоношенных детей требует индивидуального подхода, выбора тех или иных медикаментозных препаратов и не медикаментозных методов, постоянного контроля и тщательного наблюдения.

.Ренгенопатия

Ретинопатия недоношенных- это поражение сосудов сетчатки глаза, которое может привести к необратимой слепоте

Это заболевание преимущественно встречается у детей с массой тела менее 1500 г при рождении, т.к. поражает незрелую сетчатку. Частота его возрастает с уменьшением срока гестации. Известно, что около 500 детей теряют зрение ежегодно в связи с ретинопатией.

Этиологическим фактором развития ретинопатии недоношенных является интенсивная кислородотерапия. Высокая концентрация кислорода во вдыхаемой смеси газов, применяемая при выхаживании недоношенных новорожденных, вызывает значительное повышение уровня кислорода в крови, что в свою очередь приводит к рефлекторному сужению сосудов сетчатки глаза. При длительном применении интенсивной оксигенотерапии развиваются необратимые изменения в сосудах сетчатки и стекловидного тела, отмечается разрастание соединительной ткани и как следствие отслойка сетчатки и необратимая слепота. Без сомнения, внимательный контроль за оксигенотерапией (контроль концентрации кислорода во вдыхаемой смеси) имеет некоторый эффект в предупреждении частоты заболевания ретинопатией, но кислород не является единственным фактором риска развития этого заболевания. Опасность развития ретинопатии в первую очередь связана с малым гестационным возрастом ребенка, поэтому профилактика преждевременных родов будет являться и профилактикой заболевания.

.2 Особенности вскармливания недоношенных детей

Не все недоношенные дети обязательно попадают в реанимационное отделение. Если ребенок появился на свет после 33-ей недели беременности, не пострадал в родах и имеет достаточную массу тела, то скорей всего уже через 7-10 дней его вместе с матерью выпишут домой. При сильной незрелости жизненно важных систем организма недоношенного, например, если у него обнаружены врожденные аномалии и пороки развития, если ребенок не может самостоятельно дышать, его помещают в кувез, снабженный аппаратом искусственной вентиляции легких. Там поддерживается постоянная температура и влажность воздуха, малыш подсоединен к различным приборам, следящим за состоянием его дыхания, пульса, сердцебиения. Только после того как ребенок может самостоятельно дышать, его переводят из реанимации в палату интенсивной терапии, где тоже помещают в кувез, который обеспечивает оптимальную температуру и влажность воздуха и куда происходит дополнительная подача кислорода.

Малыш находится в кувезе до тех пор, пока его организм не научится самостоятельно поддерживать температуру тела. Последние исследования доказали положительное влияние пребывания матери рядом с недоношенным ребенком. Если положить малыша на грудь матери и обеспечить контакт кожи с кожей, то материнское тепло способно согреть ребенка, также у малыша нормализуется дыхание, сердцебиение. К такому методу можно перейти, когда новорожденному еще необходима искусственная терморегуляция , но его общее состояние в целом уже нормализовалось. Часто у недоношенных детей плохо развит сосательный рефлекс, многие малыши не только не в состоянии сосать грудь, но даже не могут получать пищу из бутылочки. В таком случае их кормят через катетер, с помощью ложечки или пипетки. По мере улучшения состояния ребенка меняют способ его кормления: от катетера переходят к пипетке, потом к бутылочке и следом к материнской груди. Если ребенок быстро устает от сосания груди, то после прикладывания его докармливают из бутылочки сцеженным грудным молоком. После того, как малыш научился сосать, у него наладился процесс терморегуляции и вес тела превышает 2,2 кг, его выписывают домой. Температура воздуха в комнате, где находится недоношенный ребенок, должна быть порядка 22-25о С. Следите за тем, чтобы комната регулярно проветривалась. Во время проветривания, особенно в холодное время года, выносите малыша из комнаты.

Преждевременно рожденные малыши требуют особенной иммунобиологической защиты, обеспечение белками, углеводами, жирами, витаминами, микроэлементами. При преждевременных родах грудное молоко имеет особенные питательные и энергетические свойства. Молоко женщин, которые родили преждевременно, содержит большее количество белка, углеводов, витаминов А, Е, С, микроэлементов (железа, хлора, цинка, меди и йода), полиненасыщенных жирных кислот, которые необходимы для роста и развития организма недоношенного ребенка, и в первую очередь центральной нервной системы, чем у женщин родивших в срок. Таким образом, сама природа обеспечила физиологическую целесообразность кормления недоношенных детей грудным молоком их матерей.

Одновременно, учитывая более интенсивные темпы роста преждевременно рожденных новорожденных, по с равнению с теми, которые родились в срок, существует необходимость дополнительного обеспечения белками, некоторыми микроэлементами и витаминами, особенно детей с гестационным возрастом менее чем 32 недели и массой тела менее 1500 гр.

Возникает и другой важный вопрос относительно способа кормления преждевременно рожденных детей. Рефлекс глотания сформирован уже на протяжении периода внутриутробного развития, начиная с 18 - 20 недель гестации. Рефлекс сосания формируется у внутриутробного плода с 22 - 24 недели гестации, но при рождении ребенка с термином гестации 24 - 30 недель рефлексы глотания и сосания еще не сформированы таким образом, чтобы обеспечить возможность самостоятельного энтерального питания.

Координация сосания и глотания у новорожденных формируется только на 32 - 34 неделе гестации. Существует мнение, что при вскармливании недоношенных молочными смесями дети лучше обеспечены пищевыми нутриентами, что обуславливает быстрые темпы физического развития. Одновременно есть данные, что стимуляция физического развития и роста у детей на искусственном вскармливании не сопровождается адекватным нервно-психическим развитием ребенка.

Таблица №2.3.Определение способа кормления.

|  |  |
| --- | --- |
| Гестационный возраст до 30 - 31 недели, масса тела 1300 гр и меньше | Зондовое кормление с использованием материнского молока |
| Гестационный возраст 31 - 32 недели, гестационный возраст 32 - 34 недели Масса тела 1300 - 1800 гр. | Кормление из чашечки материнским молоком. |
| Гестационный возраст 34 - 36 недель, масса тела 1800 гр. и больше | Прикладывание к груди матери, грудное вскармливание |

.3 Сестринский процесс при уходе за недоношенным ребёнком

Сестринский процесс - это метод последовательного систематического осуществления медицинской сестрой профессионального ухода.

В сестринском процессе выделяют пять основных компонентов или этапов. На всех этапах сестринского процесса необходимыми условиями его осуществления являются:

профессиональная компетентность медицинской сестры, навыки наблюдения, общения, анализа и интерпретации полученных данных;

доверительная обстановка, достаточное время;

конфиденциальность;

участие матери новорожденного и, если необходимо других лиц;

участие других медицинских работников.

Этапы сестринского процесса. Краткая характеристика сестринского процесса.

этап - медицинское сестринское обследование: оценка ситуации и определение проблем пациента, которые наиболее эффективно решаются посредством сестринского ухода.

Задача медицинской сестры - обеспечить мотивированный индивидуализированный уход. При этом медицинская сестра должна оценить следующие группы параметров:

состояние основных функциональных систем организма недоношенного ребенка;

эмоциональное состояние матери после преждевременных родов, интеллектуальный фон и диапазон адаптации к стрессам;

сведения о здоровье отца и матери до беременности и особенности течения данной беременности с целью выявления антенатальных факторов риска;

социологические и социальные данные;

сведения об окружающей среде и профессиональных вредностях обоих родителей в плане положительного и отрицательного влияния («факторы риска»).

Цель:

сформировать информационную базу данных о недоношенном новорожденном в момент поступления в отделение.

определить существующие проблемы пациента, выделить приоритетные и потенциальные проблемы.

определить, в каком уходе нуждается недоношенный ребенок.

Основные действия:

сбор данных для медсестринской истории болезни;

проведение физического обследования;

сбор лабораторных данных;

интерпретация данных:

оценка значимости данных;

формирование групп данных, формулирование проблем пациента.этап - постановка целей:

краткосрочных- направленных на восстановление и поддержание жизненно важных функций организма, позволяющих выжить и приспособиться недоношенному ребенку к внеутробной среде.

Долгосрочных - направленных на проведение профилактических мероприятий относительно возможных осложнений и фоновых заболеваний, решение медико-психологических проблем возникающих при работе с недоношенным новорожденным и дальнейшую реабилитацию преждевременно рожденного ребенка.этап - планирование сестринской помощи и ухода: это подробное перечисление специальных действий медицинской сестры, необходимых для достижения целей ухода.

При составлении плана ухода медицинская сестра может руководствоваться стандартом сестринской практики. Ассоциация медицинских сестер России 10 июня 1998 года утвердила «Стандарты практической деятельности медицинской сестры».

Цель: разработать тактику достижения поставленных целей, определить критерии их выполнения.

Основные действия:

определение необходимых мероприятий;

определение первоочередных действий;

консультации;

написание медсестринского плана.этап - реализация плана сестринского ухода.

Цель: скоординировать работу по представлению сестринского ухода в соответствии с согласованным планом, разделив его на виды:

независимое сестринское вмешательство - выполняется непосредственно медсестрой без назначений врача.

зависимое сестринское вмешательство - выполняются назначения врача в строгой последовательности с учётом рекомендаций и фиксируются данные о выполнении и реакции недоношенного ребенка на манипуляцию в индивидуальной карте больного.

взаимозависимое сестринское вмешательство - выполняются рекомендации и назначения смежных специалистов, обследовавших недоношенного ребенка.

Основные действия:

повторная оценка состояния пациента;

пересмотр и изменения существующего медсестринского плана;

выполнение поставленных задач.этап - оценка сестринского ухода.

Цель: определить, эффективность ухода, осуществлявшегося медицинской сестрой и оценить в какой степени достигнуты поставленные цели.

Основные действия:

анализ достижения целей ухода, степени успешности продвижения пациента к запланированным целям;

выявление нерешенных проблем или неожиданных результатов, необходимости дополнительной помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дети родившиеся раньше срока - на 28-й - 38-й неделе имеющие массу тела 2500гр, а рост менее 45см. - считаются недоношенными и нуждаются в специализированном уходе. Медики утверждают, что именно недоношенные дети, чаще других новорожденных страдают пороками развития и неврологией. Очень трудной задачей является выхаживание таких детей, в специализированных отделениях, масса тела которых не достигает и 1000гр.

Называют различные причины невынашиваемости детей до сроков:

Патология половых органов ( гипофункция яичников, аборты, воспалительные процессы)

Токсикозы беременных

Употребление матерью во время беременности никотина и алкоголя, а так же нахождение рядом с людьми, употребляющими алкоголь и никотин

Инфекционные болезни

Психологические и физические травмы

У недоношенных детей очень ослаблена иммунная система, поэтому они сильнее других детей подвержены заболеваниям рахита, анемии, гипотрофии, пневмонии, сепсису, острым респираторным заболеваниям. Но если уход и вскармливание верны и соответствуют всем медицинским требования, недоношенные дети на протяжении двух- трёх лет по физическому состоянию догоняют своих сверстников, родившихся доношенными. При правильном уходе и воспитании недоношенные дети начинают ходить в 12-15 месяцев, а говорить слова в 11-14 месяцев.

Выводы:

Недоношенные дети появляются в результате каких либо неблагоприятных факторов, либо неправильное питание, употребление никотином или алкоголем, патологии половых органов у беременной, физической или психологической травмы, и т.д.

Недоношенных детей нужно особо оберегать от инфекций, так как они очень сильно подвержены различным заболеваниям;

Лучше всего кормить материнским молоком, изначально сцеженным, потом обычным способом, прикладывая к груди;

Ребёнок должен всё время находиться при постоянной температуре 25-26ОС, и эту температуру нужно поддерживать, чтоб у ребёнка не произошло переохлождение;

Недоношенные дети чаще всего подвержены порокам здоровья, поэтому стоит в процессе их роста и развития, более тщательно наблюдать у педиатра.

Рекомендации:

Недоношенным детям необходим уход в соответствии с условиями асептики;

Температурный правильный режим, без перегрева и охлаждения организма;

Обязательное вскармливание грудным материнским молоком;

Предупреждение инфицирования;

Температура в комнате, в которой находится, недоношенный малыш должна быть 25-26о С

Обеспечить необходимые условия недоношенному ребёнку в кувезе, либо при его отсутствии в кроватке - грелке с электрическим подогревом, либо при согревании грелками 9температура воды в грелке не должна превышать 60 - 65оС).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

Молочный В.П. Педиатрия: неотложные состояния у детей. М.: Феникс, 2007.

Молочный В.П., Учайкин В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии: Руководство для педиатров. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

Муковисцидоз у детей: Практические рекомендации. Под ред. проф. Н.И. Капранова. М., 2008.

Неонатология. Под ред. Н.П. Шабалова: в 2х тт. 5-е изд., доп. и перераб. СПб.: СпецЛит, 2009.

Неонатология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Непосредственное обследование ребенка: Практическое руководство. Под ред. В.В. Юрьева. СПб.: Питер, 2008.

Нефрология. Под ред. Е.М. Шилова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Новиков П.В. Рахит и наследственные рахитоподобные заболевания у детей: диагностика, лечение, профилактика <http://www.ozon.ru/context/detail/id/3713195/>. М.: Триада-Х, 2006.

Основы интенсивной терапии и реанимации в педиатрии. Под ред. В.А. Михельсона. М.: Медицина, 2002.

Парийская Т.В., Егорова Л.И., Муратов П.А. Острые отравления у детей. Диагностика и лечение <http://www.ozon.ru/context/detail/id/2194765/>. М.: Издательство «АСТ», 2004.

Патологическая анатомия болезней плода и ребенка. Под ред. Т.Е.Ивановской и Л.В. Леоновой: в 2х тт. М.: Медицина, 1988.

Педиатрия. Избранные лекции. Под ред. Г.А. Самсыгиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Педиатрия: национальное руководство. Под ред. акад. РАМН А.А. Баранова. В 2-х тт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Поляков В.Е., Лысенко А.Я. Гельминтозы у детей и подростков <http://www.ozon.ru/context/detail/id/1514287/>. М.: Медицина, 2003.

Практическое руководство по детским болезням. Под ред. В.Ф. Коколиной и А.Г. Румянцева (многотомное продолжающее издание). М.: Медпрактика, 2003-2010 гг.

Пропедевтика детских болезней. Под ред. Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Под ред. Ю.Л. Мизерницкого и А.Д. Царегородцева. М.: МИА, 2005.

Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Рук-во для врачей в 2х тт. Под общей ред. А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной. М.: Литтерра, 2007-2008.

Рациональная фармакотерапия заболеваний. Рук-во для врачей. Под общей ред. А.Г. Чучалина (многотомное продолжающееся изд.). М.: Литтерра, 2004-2010 гг.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

Комплексная гимнастика и массаж для недоношенных детей 2-3-недельного возраста

Комплекс 1

Этот комплекс предназначен для детей 2-3-недельного возраста. Продолжительность занятий составляет не более 6-8 минут, каждое упражнение следует повторить 3-4 раза.

План занятий

1. Дыхательное упражнение 1

2. Дыхательное упражнение 2

3. Дыхательное упражнение 3

4. Рефлекторные упражнения для стоп

5. Перекладывание на живот

6. Упражнение для рук

. Дыхательное упражнение 1

Исходное положение: ребенок лежит на руках лицом к вам. Выполните ритмичные легкие надавливания на спину малыша, постепенно передвигая руку от шеи до поясницы.

. Дыхательное упражнение 2

Исходное положение: ребенок лежит на спине. Ритмично и легко надавливайте ладонью на грудную клетку ребенка, ее боковые и переднюю поверхности, старательно обходя при этом область грудины (

. Дыхательное упражнение 3

Исходное положение: ребенок лежит на боку. Ритмично надавливайте на грудную клетку, ее заднюю и боковую поверхности. Переверните ребенка на другой бок и все повторите.

. Рефлекторные упражнения для стоп

Средним и указательным пальцами возьмите ступню ребенка, а другой рукой (или большим пальцем) нажмите на основание пальцев его ноги. Это должно вызвать рефлекторное сгибание стопы (рис. 2).

Затем легкими штрихообразными движениями большого пальца проведите по направлению от пальцев к пятке вдоль внутреннего края стопы ребенка, а обратно - по наружному. После этого стопа малыша должна разогнуться

. Перекладывание на живот

В положении на животе ребенок пытается поднять голову или поворачивает ее в стороны. Это упражнение рекомендуется проводить днем, перед очередным кормлением. Продолжительность упражнения - от 30 секунд (сначала) до 15 минут.

. Упражнение для рук

Исходное положение: ребенок лежит на спине ногами к вам. Разведите в стороны согнутые руки малыша, не отрывая их от поверхности стола для пеленания (вдох

Затем осторожно прижмите их к боковым поверхностям грудной клетки (выдох). Это упражнение можно выполнять с легкой вибрацией.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

Комплексная гимнастика и массаж для недоношенных детей 1-2 месяца.

Комплекс 2

Возраст малыша - 1-2 месяца. Каждое упражнение данного комплекса нужно повторить 3-4 раза.

План занятий

1. Дыхательное упражнение 1

2. Дыхательное упражнение 2

3. Массаж рук

4. Рефлекторное упражнение для рук

. Массаж ног

. Массаж стоп

. Рефлекторное упражнение для стоп

. Массаж живота

. Рефлекс опорного выпрямления ног

. Рефлекторная «ходьба»

. Массаж спины

. Развитие у ребенка слухового и зрительного восприятия

. Покачивания ребенка в так называемой позе эмбриона

. Массаж грудной клетки

. Дыхательное упражнение 1

Выполните осторожные надавливания на грудную клетку и спину ребенка (см. комплекс 1, упражнения 1 и 2).

. Дыхательное упражнение 2

Исходное положение: ребенок лежит на боку. Придерживайте его удобной рукой, свободной рукой возьмите его руку и поднимите вверх (вдох). Затем опустите ее вниз и прижмите к животу и груди малыша (выдох). Переверните его на другой бок и повторите упражнение.

. Массаж рук

Исходное положение: ребенок лежит на спине. Вложите большой палец в его ладонь, а остальными придерживайте ее. Свободной рукой выполняйте осторожные поглаживания внутренней поверхности руки ребенка по направлению от кисти к плечу.

. Рефлекторное упражнение для рук

Исходное положение: ребенок лежит на спине ногами к вам. Большими пальцами рук легко нажмите на поверхность ладоней малыша.

При этом ребенок должен крепко схватить ваши пальцы, сжав руки в кулачки.

. Массаж ног

Исходное положение: ребенок лежит на спине ногами к вам. Выполните интенсивные, но осторожные поглаживания задней и наружной поверхностей голеней и бедер в направлении от стопы к бедру, старательно обходя область коленей.

. Массаж стоп

Проведите интенсивное поглаживание тыльной стороны стоп малыша, поддерживая их за пятки несколькими пальцами.

Движения выполняйте подушечками больших пальцев в направлении от основания пальцев к колену, обходя переднюю часть голеней круговыми движениями назад

Завершите упражнение легкими поглаживаниями подошв малыша.

. Рефлекторное упражнение для стоп

Выполнение этого упражнения описано в комплексе 1, упражнение 4.

. Массаж живота

Выполните круговые поглаживания живота по часовой стрелке ладонью, старательно обходя правое подреберье (область печени).

При этом свободной рукой нужно аккуратно придерживать ноги ребенка.

. Рефлекс опорного выпрямления ног

Поддерживая ребенка под мышки, поднимите его лицом к себе так, чтобы его стопы опирались на стол. При соприкосновении стоп ребенка с ровной поверхностью его полусогнутые ноги должны разогнуться.

. Рефлекторная «ходьба»

Поддерживая ребенка под мышки, слегка наклоните его туловище вперед, вызывая шаговый рефлекс.

При этом «шаги» малыша можно направлять как от себя, так и к себе.

. Массаж спины

Исходное положение: ребенок лежит на животе. Выполните несколько легких поглаживаний ладонью или тыльной стороной пальцев в направлении от головы к ягодицам малыша.

. Развитие слухового и зрительного восприятия

Положите малыша сначала на живот, затем переверните его на спину, покажите ему мелодичную яркую погремушку и подвигайте ей у него перед глазами на расстоянии 20-30 см. Движения должны быть направлены в разные стороны - вверх, вниз, вправо, влево. Малыш должен поворачивать голову вслед за игрушкой.

. Покачивания в позе «эмбриона»

Пальцами одной руки зафиксируйте ступни малыша вместе, а другой рукой поддерживайте его голову. В руки малышу можно дать небольшую игрушку или погремушку.

В таком положении покачайте его в разных направлениях: вправо-влево, вперед-назад и по кругу

. Массаж грудной клетки

Выполните поглаживание несколькими пальцами в области ребер, направляя движения от середины груди к ее боковым поверхностям. Старательно избегайте надавливания на грудину.