ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения определяет недоношенных детей, как родившихся до 37 недель в силу различных обстоятельств.

Преждевременно родившийся младенец не готов к жизни вне матки, так его внутренние органы ещё недостаточно развиты.

Частота преждевременных родов вариабельна, но в большинстве развитых стран в последние десятилетия достаточно стабильна и составляет 5-10 % от числа родившихся детей, однако при этом увеличивается удельный вес «глубоко» и «экстремально» недоношенных детей.

Причины недонашивания можно разделить на три большие группы:

1. Социально-экономические и демографические

Отсутствие или недостаточность медицинской помощи; плохое питание беременной женщины; профессиональные вредности (работа на конвейере, наличие физических нагрузок, положение стоя большую часть рабочего дня); вредные привычки; нежелательная беременность и т. д.

2. Социально-биологические

Преждевременные роды чаще встречаются у первородящих женщин в возрасте до 18 и старше 30 лет, возраст отца старше 50 лет. Имеет значение акушерский анамнез: искусственное прерывание беременности (особенно криминальное или протекавшее с осложнениями); беременность, наступившая вскоре после родов (менее 2-3 лет).

3. Клинические.

Наличие у беременной хронических соматических, гинекологических, эндокринологических заболеваний; патология беременности: поздний гестоз; острые инфекционные заболевания, перенесенные во время беременности; оперативные вмешательства; физические травмы (особенно живота).

Недоношенность является актуальной проблемой акушерства, неонатологии и педиатрии.

Острой проблемой при работе с недоношенными детьми остается вопрос выживаемости преждевременно рожденных детей, что напрямую зависит от гестационного возраста и массы тела при рождении, но нельзя забывать и про эффективность своевременно оказанной квалифицированной медицинской помощи.

В настоящее время есть данные о выживании детей со сроком гестации 22-23 недели и массой 500 грамм после интенсивного лечения (США, Канада, Австралия, Япония). Реальную помощь в экономически развитых странах удается оказать детям, родившимся на 24-25 неделе гестации.

Однако успехи выживаемости «экстремально» недоношенных детей, зафиксированные в высокоразвитых странах, не могут быть достигнуты только благодаря материально-техническому прогрессу, оснащению отделений интенсивной терапии новорожденных высокоточным оборудованием и достижениям фармацевтического производства. Весомую часть при выхаживании преждевременно рожденных детей занимает квалифицированная организация ухода и наблюдения за недоношенными детьми, т.е. правильная организация сестринского процесса.

В последнее время сестринский процесс рассматривается как равнозначный врачебному элемент лечебно-диагностической деятельности, что, безусловно, повышает качество медицинской помощи и прогрессивное снижение уровня смертности преждевременно рожденных детей.

Объектом исследования в курсовой работе являются недоношенность новорожденных, предметом исследования - недоношенные дети.

Цель исследования - выявление основных внешних и анатомо-физиологических признаков, а также определение степени зрелости недоношенных детей.

Задачи исследования - показать роль сестринского процесса, этапы и рабочие алгоритмы сестринских манипуляций при уходе за недоношенными новорожденными.

1. СТЕПЕНИ И ПРИЗНАКИ НЕДОНОШЕННОСТИ

недоношенность ребенок сестринский уход

Недоношенный ребенок рождается до истечения 37 недель беременности, имеет массу тела менее 2500 г и рост менее 45 см.

В России плод с массой тела менее 1000 г., родившийся в сроке беременности менее 28 недель, расценивается как выкидыш.

Антропометрические показатели вследствие их значительной индивидуальной вариабельности могут быть отнесены к условным критериям недоношенности, так как многие доношенные дети рождаются с массой тела менее 2500 г, в то же время недоношенный ребенок может иметь массу более 2500 г.

С 1974 г. ВОЗ предложила считать жизнеспособными детей, родившихся с массой тела более 500 г при сроке беременности не менее 22 недель.

.1 Степени недоношенности

Условно выделяют 4 степени недоношенности по гестационному возрасту:

· I - 35-37 недель беременности;

· II - 32-34 недели беременности;

· III - 29-31 неделя беременности;

· IV - 26-28 недель беременности (глубоко недоношенные).

.

.2 Основные внешние признаки недоношенности

*Физикальные признаки:*

· толстый слой сыровидной смазки;

· недостаточная вогнутость ушной раковины и недоразвитие её хряща;

· гладкая кожа на подошвах с единичными складками в передних отделах;

· тонкая кожа и короткие ногти;

· зародышевый пушок;

· яички, пальпируются в паховом канале (у мальчиков);

· далеко отстоящие друг от друга большие половые губы и выступающий клитор (у девочек);

· мягкие кости черепа;

· низкое расположение пупка;

· преобладание мозгового черепа над лицевым;

· гипотония мышц, поза «лягушки» в покое;

· отсутствие сосков.

*Неврологические признаки:*

· слабый тонус мышц, выявляемый при пяточно-ушной пробе и с помощью симптома «шарфа»;

· увеличение объёма сгибания в лучезапястном, голеностопном и коленном суставах;

· слабо выражены рефлексы включая:

o сосательный;

o хватательный;

o поисковый;

o Моро;

o автоматической ходьбы.

.3 Анатомо-физиологические признаки недоношенных детей

1. Морфология мозга недоношенного ребенка характеризуется сглаженностью борозд, слабой дифференцировкой серого и белого вещества, неполной миелинизацией нервных волокон и проводящих путей.

Незрелость коры обусловливает преобладание подкорковой деятельности: движения хаотичны, могут отмечаться вздрагивания, тремор рук, клонус стоп.

Вследствие незрелости терморегуляционных механизмов недоношенные дети легко охлаждаются (сниженная теплопродукция и повышенная теплоотдача), у них нет адекватного повышения температуры тела на инфекционный процесс, и они легко перегреваются в инкубаторах.

Перегреванию способствует недоразвитие потовых желез.

. Система органов дыхания у недоношенного ребенка так же, как и нервная система, характеризуется незрелостью (предрасполагающий фон для патологии).

· верхние дыхательные пути у недоношенных узкие;

· диафрагма расположена относительно высоко,

· грудная клетка податлива,

· ребра расположены перпендикулярно к грудине (у глубоко недоношенных детей грудина западает).

Дыхание поверхностное, ослабленное, частота 40-54 в минуту, объем дыхания по сравнению с доношенными детьми снижен. Ритм дыхания нерегулярный, с периодическими апноэ.

. Сердечно-сосудистая система недоношенного ребенка по сравнению с другими функциональными системами является относительно зрелой, так как закладывается на ранних стадиях онтогенеза.

Несмотря на это, пульс у недоношенных детей очень лабилен, слабого наполнения, частота 120-160 в минуту.

Артериальное давление у недоношенных детей по сравнению с доношенными более низкое: систолическое 50-80 мм рт. ст., диастолическое 20-30 мм рт. ст. Среднее давление 55-65 мм рт. ст.

. Желудочно-кишечный тракт недоношенных детей характеризуется незрелостью всех отделов, малым объемом и более вертикальным положением желудка.

В связи с относительным недоразвитием мышц кардиальной его части недоношенные дети предрасположены к срыгиваниям.

Слизистая оболочка пищеварительного канала у недоношенных нежная, тонкая, легко ранимая, богато васкуляризована.

Отмечаются низкая протеолитическая активность желудочного сока, недостаточная выработка панкреатических и кишечных ферментов, а также желчных кислот. Все это затрудняет процессы переваривания и всасывания, способствует развитию метеоризма и дисбактериоза.

. Особенности функционирования эндокринной системы недоношенного ребенка определяются степенью его зрелости и наличием эндокринных нарушений у матери, обусловивших преждевременные роды.

У недоношенных детей относительно снижены резервные возможности щитовидной железы, в связи с чем у них возможно развитие транзиторного гипотиреоза.

. Половые железы у недоношенных детей менее активны, чем у доношенных, поэтому у них значительно реже проявляется так называемый половой криз в первые дни жизни.

7. Функциональные особенности почек. Моча слабо концентрированная (вследствие низкой концентрационной способности почек), частота мочеиспускания обычно превышает таковую у доношенных.

.4 Определение степени зрелости недоношенного ребенка

На основании внешнего осмотра ребенка можно сделать заключение о степени недоношенности (гестационном возрасте) по совокупности морфологических критериев, для чего разработаны оценочные таблицы этих признаков в баллах (см. табл.1 и 2).

Таблица 1 - Оценка зрелости новорожденного в баллах в разном гестационном возрасте (по Bernuth, Harnach)

|  |  |
| --- | --- |
| Зрелость, баллы | Гестационный возраст, недели |
| 5 | 28,1 |
| 6 | 29,0 |
| 7 | 29,9 |
| 8 | 30,8 |
| 9 | 31,6 |
| 10 | 32,4 |
| 11 | 33,2 |
| 12 | 33,9 |
| 13 | 34,6 |
| 14 | 35,3 |
| 15 | 35,9 |
| 16 | 36,5 |
| 17 | 37,1 |
| 18 | 37,6 |
| 19 | 38,1 |

Таблица 2 - Оценка признаков новорожденного в баллах

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Симптомы | | Баллы | | | | | | | | | | |
|  |  | | 0 | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | |
| 1 | Свойства кожи. Начинают с кожной складки на животе, поднятой большим и указательным пальцами | | Очень тонкая, желатинозной консистенции | | Тонкая и мягкая | | Мягкая и умеренно толстая. Иногда покраснение и поверхностное шелушение | | | Нормальная плотность кожи, поверхностные бороздки, пластинчатое шелушение особенно на ладонях и подошвах | | Плотная и пигментированная с поверхностными и глубокими бороздками | |
| № п/п | Симптомы | | Баллы | | | | | | | | | | |
|  |  | | 0 | | 1 | | | 2 | | 3 | | 4 | |
| 2 | Цвет кожи. Оценивают у спокойного ребенка, не сразу после крика | | Темно-красный | | Равномерно розовый | | | Бледно-розовый неравномерный, участки бледного цвета | | Бледно-розовые только уши, губы, ладони и подошвы | |  | |
| 3 | Прозрачность кожи. Оценивают на туловище | | Отчетливо видны многочисленные вены с разветвлениями и венулы, особенно на животе | | Видны разветвления вен, венулы не видны | | | Отдельные крупные сосуды отчетливо видны на животе | | Отдельные крупные сосуды нечетко видны на животе | | Сосуды через кожу не видны | |
| 4 | Отеки. Проверяют, надавливая пальцем на большеберцовую кость 5 с | | Явный отек кистей и стоп, умеренно выраженная ямка на большеберцовой кости | | Явной отечности нет, но ямка на большеберцовой кости четкая | | | Отеки отсутствуют | |  | |  | |
| 5 | Лануго. Определяют на спине, поднимая ребенка к источнику света | | Лануго отсутствует или очень скудные короткие волосы | | Обильное, длинное и густое лануго по всей спине | | | Белое нежное лануго, особенно в нижнем отделе спины | | Скудное лануго, участки без оволосения | | Не меньше половины спины без лануго | |
| 6 | Форма ушей. Осмотр верхней части ушной раковины | | Раковина почти плоская, бесформенная, завитка нет или он едва загнут внутрь | | Начавшееся закругление края ушной раковины | | | Частичное закругление края ушной раковины в ее верхнем отделе | | Хорошо выраженный завиток в верхней части ушной раковины | |  | |
| 7 | Мальчики. (половина балла введена для того, | | Яички не спустились в мошонку | | Минимально одно яичко высоко в | | | Минимально одно яичко опустилось | |  | |  | |
| № п/п | | Симптомы | | Баллы | | | | | | | | | |
|  | |  | | 0 | | 1 | | | 2 | | 3 | | 4 |
| 7 | | чтобы одинаково считать баллы для обоих полов) | | (полбалла при расположении одного подвижного яичка в паховом канале) | | мошонке до низведения в самое низкое положение | | | полностью | |  | |  |
| 8 | | Девочки. При обследовании бедра ребенка развести наполовину | | Большие губы широко зияют, относительно велики малые губы | | Большие губы почти полностью покрывают малые губы | | | Большие губы полностью покрывают малые губы | |  | |  |
| 9 | | Молочные железы. Определяют пальпацией между большим и указательным пальцами | | Железистая ткань не определяется | | Железистая ткань диаметром менее 0,5 см определяется с одной или с обеих сторон | | | Железистая ткань диаметром 0,5-1 см определяется с одной или с обеих сторон | | Железистая ткань диаметром более 1 см определяется с одной или с обеих сторон | |  |
| 10 | | Грудной сосок. Оценивается осмотром | | Едва намечен, без ареолы | | Хорошо развит, с ареолой, но не выступает над кожей | | | Хорошо развит, край ареолы выступает над уровнем кожи | |  | |  |
| 11 | | Образование складок на подошве. Оценивают складки, сохраняющиеся при натягивании кожи от пятки к пальцам | | Кожные складки отсутствуют | | Кожные складки в виде слабых красных линий в переднем отделе подошвы | | | Четкие красные линии больше, чем на передней ½ подошвы, ямочки лишь в передней 1/3 подошвы | | Четкие красные линии больше, чем на передней ½ подошвы, ямочки выходят за переднюю 1/3 подошвы | | Четкие глубокие складки и ямки за пределами передней 1/3 подошвы |

2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ

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:

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

o доверительная обстановка, достаточное время;

o конфиденциальность;

o участие матери новорожденного и, если необходимо, других лиц;

o участие других медицинских работников.

.1 Этапы и краткая характеристика сестринского процесса

Этапы 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.

.2 Рабочие алгоритмы сестринских манипуляций при уходе за недоношенным новорожденным

#### 1) Утренний туалет недоношенного ребёнка

*Оснащение:*

· кипяченая вода;

· стерильное растительное масло;

· стерильные ватные шарики и жгутики;

· лоток для стерильного материала;

· лоток для отработанного материала;

· чистый набор для пеленания;

· резиновые перчатки;

· дезинфицирующий раствор, ветошь;

· мешок для грязного белья.

*Обязательное условие:*

o туалет недоношенного новорожденного проводится в кувезе или на столике с подогревом;

o при обработке носовых и слуховых ходов исключить использование твердых предметов.

*Подготовка к процедуре:*

· вымыть и осушить руки;

· подготовить необходимое оснащение;

· обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором;

· вымыть и осушить руки, надеть перчатки;

· постелить на пеленальный столик пеленку;

· раздеть ребенка (при необходимости подмыть) и положить на пеленальный столик;

· сбросить одежду в мешок для грязного белья.

*Выполнение процедуры:*

· умыть ребенка промокательными движениями ватным тампоном, смоченным кипяченой водой;

· обработать глаза ребенка от наружного угла глаза к внутреннему ватным тампоном, смоченным кипяченой водой (для каждого глаза использовать отдельный тампон);

· отработанные тампоны поместить в лоток для отработанного материала;

· аналогично обработке просушить глаза сухим ватным тампонами;

· отработанные тампоны поместить в лоток для отработанного материала;

· вращательными движениями прочистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в стерильном растительном масле (для каждого носового хода использовать отдельный жгутик);

· отработанные жгутики поместить в лоток для отработанного материала;

· вращательными движениями прочистить слуховые проходы тугими ватными жгутиками, смоченными в стерильном растительном масле (для каждого носового хода использовать отдельные жгутики);

· отработанные жгутики поместить в лоток для отработанного материала;

· открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую оболочку полости рта;

· обработать естественные складки кожи ватным тампоном, смоченным в стерильном растительном масле.

· обработать в строгой последовательности:

- заушные;

шейные;

подмышечные;

локтевые;

лучезапястные;

подколенные;

голеностопные;

паховые и ягодичные.

· сбросить отработанный материал в лоток.

*Завершение процедуры:*

· одеть ребенка и уложить в кроватку;

· убрать пеленку с пеленального столика и поместить ее в мешок для грязного белья;

· протереть рабочую поверхность пеленального стола дезраствором;

· снять перчатки, вымыть и осушить руки.

#### 2) Кормление ребёнка через зонд

*Оснащение:*

· резиновые перчатки;

· медицинская шапочка, маска;

· отмеренное необходимое количество молока на одно кормление, подогретое до температуры 37-38°С;

· стерильный желудочный катетер;

· зажим;

· стерильный шприц 20 мл;

· лоток для оснащения;

· электроотсос или резиновая груша.

*Обязательные условия:* размер желудочного катетера зависит от массы тела ребенка:

· масса менее 1000г. - № 4 носовой или № 6 ротовой;

· масса 1000 - 2500г. - № 6 носовой и ротовой;

· масса более 2500г. - № 6 или № 10 ротовой.

Недоношенному новорожденному ребенку до и после кормления необходимо провести кислородотерапию с целью профилактики приступов апноэ.

*Подготовка к процедуре:*

· подготовить необходимое оснащение;

· надеть медицинскую шапочку, маску;

· вымыть и осушить руки, надеть перчатки;

· уложить ребенка на бок с приподнятым головным концом, зафиксировать такое положение с помощью валика.

*Выполнение процедуры:*

· измерить глубину введения катетера от мочки уха до кончика носа и от кончика носа до конца мечевидного отростка. Сделать метку;

· присоединить к зонду шприц и проверить его проходимость, пропустив через него воздух (следить, чтобы свободный конец катетера был постоянно зафиксирован рукой);

· удалить поршень из шприца;

· поместить шприц в левую руку и пропустить присоединенный катетер между указательным и средним пальцами левой руки, расположив его слепым концом вверх;

· заполнить шприц на 1/3 объема грудным молоком;

· взять слепой конец зонда в правую руку и, осторожно опуская его вниз, заполнить молоком (до появления первой кали молока из отверстия в области слепого конца зонда);

· вернуть зонд в левую руку в исходное положение. Во время заполнения зонда молоком следить, чтобы слепой конец зонда постоянно был поднят вверх;

· зажать катетер зажимом на расстоянии 5-8 см со стороны шприца;

· кольцо зажима поместить на большой палец левой руки;

· правой рукой взять зонд на расстоянии 7-8 см от слепого конца;

· смочить его в молоке;

· вставить зонд через нос по нижнему носовому ходу или рот по средней линии языка до отметки (при введении зонда не прилагать усилий и следить, нет ли одышки, цианоза и т.п.);

· добавить в шприц молоко;

· приподняв шприц, снять зажим с катетера и медленно (регулируя высоту расположения шприца) ввести молоко в желудок младенца;

· при достижении молоком устья шприца, вновь наложить зажим на катетер;

· зажать катетер большим и указательным пальцами правой руки на расстоянии 2-3 см от ротовой полости и быстрым движением извлечь его через салфетку.

*Завершение процедуры:*

· положить ребенка на правый бок с приподнятым головным концом;

· снять перчатки, вымыть и осушить руки;

· использованные инструменты поместить в дезраствор.

#### 3) Смена зонда для кормления

*Оснащение:*

· лоток для использованного зонда;

· стерильное вазелиновое масло;

· раствор фурацилина 1: 5000;

· стерильные перчатки;

· стерильная вата;

· лейкопластырь;

· стерильные салфетки;

· дезраствор;

· облепиховое масло.

*Подготовка к процедуре:*

вымыть и осушить руки;

перепеленать ребенка в сухие пеленки;

еще раз вымыть руки осушить и надеть стерильные перчатки.

*Выполнение процедуры:*

· удалить фиксирующие полоски лейкопластыря;

· стерильным ватным шариком, смоченным фурацилином протереть кожу лица. Если есть мацерация - взять новый стерильный шарик. Пропитать облепиховым маслом и смазать данный участок кожи лица;

· зажимом пережать свободный конец зонда и осторожно быстрыми движениями удалить зонд из желудка;

· поместить зонд в дезраствор (5% хлорамин);

· ввести зонд в желудок через другую половину носа. Извлечение зонда проводят спустя некоторое время после кормления.

*Завершение процедуры:*

· снять перчатки и поместить в дезраствор;

· вымыть и осушить руки.

#### 4) Измерение ЧДД и характера дыхания

*Оснащение:*

· часы;

· ручка;

· температурный лист.

*Обязательные условия:* считать строго за 1 минуту в состоянии покоя.

*Подготовка к процедуре:*

· вымыть и осушить руки;

· удобно уложить ребенка, чтобы видеть его грудь и живот.

*Выполнение процедуры:*

· осуществить визуальное наблюдение за движениями грудной клетки и передней брюшной стенки;

· определить тип дыхания и подсчитать дыхательные движения строго за 1 минуту;

· если визуальный подсчет дыхательных движений невозможен, то положить руку на грудную клетку или живот ребенка в зависимости от возраста и подсчитать частоту дыхательных движений строго за 1 минуту.

*Завершение процедуры:*

· записать результаты исследования в температурный лист;

· вымыть и осушить руки.

#### 5) Измерение ЧСС

*Оснащение:*

· часы;

· ручка;

· температурный лист.

*Подготовка к процедуре:*

· вымыть и осушить руки;

· удобно уложить ребенка, при этом кисть и предплечье не должны быть «на весу».

*Выполнение процедуры:*

· слегка прижать 2, 3, 4-м пальцами лучевую артерию (1-й палец находится со стороны тыла кисти) и почувствовать пульсацию артерии;

· взять часы и подсчитать пульс строго за 1 минуту;

· прижать артерию немного сильнее к лучевой кости и определить напряжение пульса.

*Завершение процедуры:*

· записать результаты исследования в температурный лист;

· вымыть и осушить руки.

#### 6) Измерение артериального давления

*Оснащение:*

· тонометр;

· фонендоскоп;

· ручка;

· температурный лист.

*Подготовка к процедуре:*

· правильно уложить руку ребенка - в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы должны быть расслаблены;

· на обнаженное плечо на 2 - 3 см. выше локтевого сгиба наложить манжетку для недоношенного ребенка, выше манжетки ничего не должно сдавливать плечо;

· закрепить манжетку так, чтобы между ней и плечом проходил один палец;

· соединить манометр с манжеткой, проверить, находится ли стрелка на нулевой отметке шкалы.

*Выполнение процедуры:*

· нащупать пульсацию артерии в области локтевой ямки и установить на это место фонендоскоп;

· закрыть вентиль на груше и накачать в манжетку воздух, фиксируя момент, когда в сосуде исчезнет звук пульсации крови, после этого сделать еще 2-3 нагнетательных движений;

· открыть вентиль и медленно, со скоростью не более 2 мм.рт.ст/сек., выпустить воздух из манжетки;

· запоминает показания манометра в момент исчезновения звуковых ударов, соответствующих величине систолического давления;

· продолжать снижать давление в манжетке;

· запомнить показания манометра в момент исчезновения звуковых ударов, соответствующих диастолическому давлению.

*Завершение процедуры:*

· снять манжетку с руки ребенка;

· спустить полностью воздух из манжетки;

· уложить тонометр в футляр;

· зафиксировать результаты измерений в температурном листе.

#### 7) Измерение температуры тела и запись результата

*Оснащение:*

· медицинский термометр;

· часы;

· марлевые салфетки - 2 шт;

· лоток с дезраствором;

· температурный лист, ручка.

*Подготовка к процедуре:*

· подготовить необходимое оснащение;

· вымыть и осушить руки;

· достать термометр из футляра, встряхнуть его и добиться, чтобы столбик ртути опустился ниже отметки 35°С;

· осмотреть подмышечную область.

*Выполнение процедуры:*

· протереть насухо салфеткой область, используемую для термометрии;

· поместить ртутный резервуар термометра в подмышечную область так, чтобы он полностью охватывался кожной складкой и не соприкасался с бельем;

· фиксировать руку ребенка (плечо прижать к грудной клетке);

· засечь время через 10 минут извлечь термометр и определить его показания.

*Завершение процедуры.*

· сообщить маме результат термометрии;

· зафиксировать температуру в температурном листе;

· термометр встряхнуть так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар;

· полностью погрузить термометр в лоток с дезраствором (длительность дезинфекции зависит от используемого дезраствора);

· вытащить термометр, промыть под проточной водой и вытереть насухо салфеткой;

· поместить термометр в футляр.

#### 8) Контроль диуреза

*Оснащение:*

· индивидуальный лист наблюдения;

· мочеприемник.

*Подготовка к процедуре:*

· подготовить необходимое оборудование;

· вымыть и осушить руки;

· надеть стерильные перчатки.

*Выполнение манипуляции:*

· при катетеризации мочевого пузыря каждую порцию мочи оценить по цвету, прозрачности, определить объём;

· по назначению врача, направить порцию мочи на лабораторное исследование;

· медсестра определяет количество выделенной мочи за сутки, за дневное время, за ночное время;

· медсестра определяет водный баланс (количество введенной жидкости и выведенной мочи за сутки).

*Завершение процедуры:*

· снять перчатки и поместить их в дезраствор;

· вымыть и осушить руки;

· все данные занести в индивидуальный лист наблюдения.

#### 9) Контроль за деятельностью кишечника

*Оснащение:*

· шпатель;

· журнал для регистрации характера стула;

· история болезни.

*Подготовка к процедуре:*

· подготовить необходимое оснащение;

· вымыть руки и осушить;

· надеть стерильные перчатки.

*Выполнение процедуры:*

· осмотреть слизистую ротовой полости с помощью шпателя.

· распеленать новорожденного.

· осмотреть испражнения.

· оценить характеристики стула: кратность; консистенцию; цвет; запах; наличие патологических примесей (слизи, крови, зелени, белых комочков);

o осмотреть живот;

· перепеленать ребенка, выполнив необходимые гигиенические мероприятия.

*Завершение процедуры:*

· снять перчатки, поместить в дезраствор;

· вымыть руки, осушить полотенцем;

· сделать отметку о характере стула в специальном журнале и температурном листке ребенка.

#### 10) Измерение массы тела

*Оснащение:*

· чашечные весы;

· резиновые перчатки;

· емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь;

· бумага, ручка.

*Подготовка к процедуре:*

· установить весы на ровной устойчивой поверхности;

· подготовить необходимое оснащение;

· проверить, закрыт ли затвор весов;

· обработать чашу весов дезраствором с помощью ветоши в одном направлении от широкой части чаши к узкой;

· вымыть и осушить руки, надеть перчатки;

· постелить на чашу весов сложенную в несколько раз пеленку (следить, чтобы она не закрывала шкалу и не мешала движению штанги весов);

· установить гири на нулевые деления;

· открыть затвор;

· уравновесить весы с помощью вращения противовеса (уровень коромысла должен совпадать с контрольным пунктом);

· закрыть затвор.

*Выполнение процедуры:*

· уложить ребенка на весы головой к широкой части;

· открыть затвор;

· передвинуть «килограммовую» гирю, расположенную на нижней части весов, до момента падения штанги вниз, затем сместить гирю на одно деление влево;

· плавно передвигать гирю, определяющую граммы и расположенную на верхней штанге, до положения установления равновесия;

· закрыть затвор и снять ребенка с весов.

*Завершение процедуры:*

· записать показатели массы тела ребенка (фиксируются цифры слева от гирь);

· убрать пеленку с весов;

· протереть рабочую поверхность весов дезраствором;

· снять перчатки, вымыть и осушить руки.

#### 11) Оксигенотерапия недоношенного новорожденного

*Оснащение:*

· источник кислорода;

· аппарат Боброва;

· увлажнитель кислорода;

· стерильный носоглоточный катетер;

· стерильные пинцеты и шпатель;

· стерильный материал (марлевые салфетки);

· лоток для оснащения и для отработанного материала;

· лейкопластырь, ножницы, часы;

· перчатки.

*Подготовка к процедуре:*

· вымыть и осушить руки;

· приготовить к работе аппарат Боброва;

· обработать дезраствором пеленальный матрац;

· вымыть и осушить руки;

· постелить пеленку;

· придать ребенку возвышенное положение, уложив его так, чтобы голова и верхняя часть туловища находилась на приподнятом изголовье матраца;

· надеть перчатки;

· проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости очистить носовые ходы.

*Выполнение процедуры:*

· измерить глубину введения катетера (расстояние от козелка уха до крыла носа);

· взять катетер как писчее перо правой рукой на расстоянии 3-5 см от вводимого конца и смазать вазелиновым маслом методом полива;

· ввести катетер по нижнему носовому ходу до метки (при введении катетер держать перпендикулярно к поверхности лица);

· проконтролировать положение катетера с помощью шпателя;

· закрепить наружную часть катетера на щеке пациента полосками пластыря;

· подсоединить наружную часть катетера через резиновую трубку (длиной не более 60 см) к короткой трубке увлажнителя, расположенной над жидкостью;

· отрегулировать скорость подачи кислорода (контролируется ротатометром или быстротой прохождения пузырьков газа через увлажнитель);

· засечь время подачи кислорода (скорость, длительность, и кратность подачи кислорода в течение суток определяет врач);

· после истечения назначенного времени оксигенотерапии отключить подачу кислорода.

*Завершение процедуры:*

· удалить катетер через салфетку;

· ввести в носовой ход 2-3 капли раствора с сосудосуживающим, дезинфицирующим действием (капли, содержащие адреналин и фурацилин);

· использованные инструменты и перчатки погрузить в дезраствор;

· вымыть и осушить руки;

· сделать запись о проведенной процедуре.

#### 12) Санация носоглотки при помощи электроотсоса

*Оснащение:*

· электроотсос;

· мягкий резиновый стерильный катетер;

· стерильная вата;

· стерильное вазелиновое масло;

· лоток;

· стерильные перчатки;

· дезраствор.

*Подготовка к процедуре:*

· проверить всасывающую способность элекроотсоса;

· вымыть, осушить руки и надеть стерильные перчатки;

· стерильный резиновый катетер соединить с электроотсосом;

· смазать кончик катетера стерильным вазелиновым маслом.

*Выполнение процедуры:*

· встать лицом к ребенку, раскрыть ему рот, слегка надавливая на подбородок;

· взять в правую руку катетер и осторожно ввести в полость рта;

· включить электроотсос и осторожными движениями аспирировать содержимое, постепенно продвигая в ротоглотку.

*Завершение процедуры:*

· выключить электроотсос, удалить катетер из ротоглотки;

· осушить салфеткой кожу вокруг рта ребенка;

· отсоединить катетер от электоотсоса и поместить его в дезраствор.

#### 13) Применение грелок для согревания недоношенного ребенка

*Оснащение:*

· резиновые грелки - 3 шт;

· вода 60-70°С;

· пеленки - 3 шт;

· одеяло или теплая пеленка.

*Подготовка к процедуре:*

· подготовить необходимое оснащение;

· заполнить грелку горячей водой 60-70°С на 1/2 или 2/3 объема;

· вытеснить воздух из грелки, нажав на нее рукой, плотно закрыть пробкой;

· опрокинуть грелку горловиной вниз и убедиться в ее герметичности;

· аналогичным способом приготовить еще 2 грелки;

· обернуть каждую грелку пеленкой, сложенной в 4 слоя.

*Выполнение процедуры:*

· уложить грелки на расстоянии примерно 10 см от ребенка, завернутого в пеленки;

· накрыть ребенка одеялом (температура воздуха под одеялом должна быть 28-30°С);

· смену воды в грелках проводить по мере ее остывания, обязательно поочередно.

*Завершение процедуры:*

· вылить из грелок воду;

· обработать их наружную поверхность дезинфицирующим раствором;

· вымыть и просушить руки.

#### 14) Подготовка кувеза к использованию

*Оснащение:*

· кувез;

· дезраствор;

· стерильная ветошь;

· дистиллированная вода;

· бактерицидная лампа.

*Подготовка к процедуре:*

· отключить кувез от сети;

· слить воду из нагревателя.

*Выполнение процедуры:*

· смочить стерильную ветошь в дезрастворе, отжать;

· дважды протереть внутренние поверхности камеры кувеза, полку и матрасик;

· дважды протереть ручки аппарата;

· крышку кувеза закрыть на 1 час;

· открыть камеру и дважды протереть стерильной ветошью, обильно смоченной дистиллированной водой;

· все обработанные поверхности вытереть насухо стерильной сухой ветошью;

· бактерицидную лампу расположить на расстоянии 0,5-1 м от кувеза, и направить пучок света на открытую камеру;

· проветривание и облучение длится 30 мин;

· крышку кувеза закрыть;

· заполнить стерильной водой нагреватель.

*Завершение процедуры:*

· плавным вращением регулятора температуры и влажности подобрать необходимый микроклимат;

· включить аппарат и выдержать в течение 2-5 часов;

· поместить ребенка в кувез.

#### 15) Создание правильного положения ребенка при судорожном синдроме

· вымыть и осушить руки;

· уложить ребенка на спину;

· под голову подложить мягкую, сложенную в несколько раз, пеленку;

· убрать все твердые предметы вокруг ребенка;

· головку повернуть в сторону;

· освободить ребенка от стесняющей одежды (завязки, пуговицы на распашонках, тугое пеленание);

· при необходимости провести освобождение полости рта и дыхательных путей от слизи при помощи резинового баллона или электроотсоса.

#### 16) Оказания неотложной помощи в случае аспирации верхних дыхательных путей молоком

· немедленно прекратить кормление;

· отсосать содержимое из верхних дыхательных путей при помощи электроотсоса;

· придать ребенку положение с приподнятым изголовьем;

· обеспечить подачу кислорода;

· поставить в известность врача.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив источники литературы по заданной теме, приходим к выводу, что здоровье новорожденного ребенка зависит от высокого профессионализма медицинского персонала и аппаратуры, которая дает возможность следить за состоянием и поддерживать оптимальный режим жизнедеятельности плода и новорожденного, что определяет саму возможность сохранения жизни ребенка.

Большую роль по профилактике недоношенных детей отводится медицинским работникам среднего звена, медицинским сестрам.

Основным условием успешного выхаживания недоношенных детей является создание отделений трех этапов.

Самым результативным является II этап, когда на 7-10 день жизни детей с массой тела до 2000 г переводят из родильного дома в отделение патологии новорожденных детского стационара. Перевод недоношенных новорожденных с I этапа (родильный дом) на II осуществляют после предварительной договоренности на заранее подготовленное место. Транспортировку детей проводят в специально оборудованных машинах, которые оснащены переносными инкубаторами, кислородом, что способствует максимально приближенному к внутриутробному состоянию доношенного ребенка. При отсутствии специальных машин для перевозки недоношенных детей применяют обыкновенные машины скорой помощи, что провоцирует осложнения в выхаживании и развитии недоношенного ребенка. На третьем, не менее важном этапе, диспансерное наблюдение за недоношенными детьми в условиях поликлиники предполагает: контроль над их физическим и нервно-психическим развитием. Ребенок наблюдается педиатром и узкими специалистами по специальному плану, который составляет участковый врач.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Педиатрия. Под ред. Н.П. Шабалова. СПб.: Изд-во СпецЛит. 2002 г.

2. Детские болезни. Под ред. Л.А. Исаевой. М.: Медицина. 1987 г.

. Справочник неонатолога. Под ред. В.А. Таболина, Н.П. Шабалова. Л.: Медицина. 1984 г.

. Шабалов Н.П. Неонатология. Т.1 : СПб.: Изд-во СпецЛит. 1997 г.

. Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кащеева Г.И. Педиатрия. Минск, Высшая школа. 2003 г.

. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Детские болезни. М.: Медицина. 1997 г.

. Тульчинская В., Соколова Н., Шеховцева Н. Сестринское дело в педиатрии. Ростов-на-Дону, Феникс. 2003 г.

. Соколова Н., Тульчинская В. Сестринское дело в педиатрии: Практикум. Ростов-на-Дону, Феникс. 2003 г.