Оглавление

Введение. Характеристика лечебно-профилактического учреждения ГБУЗ РА Майкопской городской клинической больницы

Глава I. Основные качественные и количественные показатели деятельности ГБУЗ РА «МГКБ» 2014г.

Глава II. Характеристика отделения новорожденных

Глава III. Отчёт о деятельности аттестуемого за 2014 г.

Глава IV. Санитарно - эпидемический режим в отделении новорожденных.

Глава V. Работа по медицинской профилактике

Заключение

Предложения

Список использованной литературы

ВВЕДЕНИЕ

Одним из важных направлений в реформировании здравоохранения стала перинатальная медицина. Получили развитие новые типы учреждений - перинатальные центры.

Перинатальный центр - это клиника широкого профиля, в которой с использованием самых современных медицинских технологий проводятся консультации, лечение и реабилитация беременных и родивших женщин, а также новорожденных детей. Если еще 10-20 лет назад перинатальных центров в стране было единицы, то сейчас они создаются в каждом регионе Российской Федерации.

В перинатальном центре осуществляются ведение беременности и родов, диагностика и лечение всех видов бесплодия, проводятся различные исследования у детей и взрослых. Технологическая оснащенность перинатального центра позволяет выхаживать недоношенных и маловесных новорожденных.

Адыгейский Республиканский клинический перинатальный центр был создан в марте 2000 года, на базе Адыгейского Республиканского центра планирования.

Благодаря созданному перинатальному центру идет снижение заболеваемости, смертности матерей и детей в республике Адыгея, формирование системы перинатальной профилактики, организационно-методическое руководство акушерско - неонатологической и гинекологической службы ЛПУ республики. Создание базы специализации и повышения квалификации врачей и среднего мед.персонала.

АРКПЦ создан для охраны репродуктивного здоровья, совершенствования медицинской помощи женщинам. На центр возлагается решение ряда задач, связанных с оказанием специализированной помощи по вопросам планирования семьи, медико-генетической консультации, психологической помощи, лечении гинекологических заболеваний, обеспечение родовспоможения, охраны здоровья матерей, новорожденных и др. На базе перинатального центра проводится обучение мед. персонала по программе "Грудное вскармливание - Здоровый ребенок". Научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания, Министерство здравоохранения и социального развития РФ первым в РА представило АРКПЦ к почётному званию ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница доброжелательная к ребёнку» от 03.02.2006 г.

Характеристика лечебно-профилактического учреждения в целом и структурного подразделения отделения новорожденных

Здание родильного дома построено по типовому проекту в 1982 году. Имеет 4 этажа. Первые 3 занимает родильный дом.

ГБУЗ РА «МГКБ» рассчитан на 493 коек, имеет в своем составе поликлиническое отделение, пятнадцать стационарных отделений, клинико-диагностическую службу, вспомогательное подразделение. С 01.01.2015г. ГБУЗ РА «МГКБ» реорганизована путем присоединения в её состав «АРКПЦ».

Перинатальный центр круглосуточно оказывает экстренную и плановую специализированную помощь женскому населению г. Майкопа и Республики Адыгея и Краснодарского края.

С 2011 года на базе ГБУЗ РА «АРКПЦ» функционирует Центр поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (Центр кризисной беременности)

) Поликлиническое отделение( Центр Планирования Семьи) - Имеется дневной стационар на 12 коек.

Специализированные приемы осуществляют следующие специалисты:

* Детский гинеколог;
* Гинеколог - эндокринолог;

- Гинеколог - репродуктолог;

- Специалист по невынашиванию;

* Генетик;

- Перинатолог;

- Контрацептолог;

* Врач шеечной патологии;
* Сексопатолог;
* Андролог;

-Психолог;

* Кабинет функциональной диагностики;
* Кардиолог,
* Эндокринолог.

2) Стационарные отделения:

· Акушерское отделение патологии беременных №1 - 50 коек;

· Акушерское отделение патологии беременных №2 - 40 коек;

· Акушерское родильное отделение-50

· Сверхсметные реанимационные -22;

· Отделение новорожденных-50

· Отделение гинекологии - 45 коек.

· Отделение общей хирургии - 50

· Отделение гнойной хирургии - 38 коек (гнойных 35 и ожоговых 3)

· Кардиологическое отделение - 40 коек. (В том числе ПРИТ-6 коек)

· Терапевтическое отделение - 35 коек. (5 коек сестринского ухода)

· Пульмонологическое отделение -30 коек

· Неврологическое отделение - 60 коек

· Приемное отделение

· Стационар дневного пребывания - 30\35 коек

· Отделение анестезиологии и реанимации - 6\12 коек.

3) Диагностические и вспомогательные службы:

· Клиническая лаборатория;

· Молекулярно- генетический скрининг;

· Цитохимическая лаборатория.

· Отдел иммуноферментного анализа;

· Отдел ПЦР исследований

· Отделение функциональной диагностики;

· Физиотерапевтическое отделение;

4) Вспомогательные службы

· Аптека.

· АХЧ

· ЦСО

· ОМО

· Прачечная

· Пищеблок.

ГБУЗ РА «МГКБ» является базой для Майкопского медицинского колледжа с 1993г. Базой для подготовки студентов медицинского факультета МГТУ, а также базой для врачей интернов и усовершенствования на рабочем месте врачей и среднего медицинского персонала Республики Адыгея.

Статистические данные по новорожденным.

В АРКПЦ за 2014 год родилось 3548 малышей, это больше, чем в 2013г. на 7.3%.

В 2014 году показатель младенческой смертности вырос по сравнению с 2013 годом до 2%.

Всего в роддоме родилось живыми:

· 2012г.- 3614 новорожденных;

· 2013г.-3508 новорожденных;

· 2014 г.-3290 новорожденных.



Диаграмма № 1

При проведении анализа, выявлено, что количество новорожденных, прошедших через ОН в 2013 году уменьшилось, так как проводился ремонт в родильном отделении с переводом в гинекологическое отделение и сокращением коек.

Динамика показателей младенческой смертности по РА, РФ за 2012-2014 годы



Диаграмма №2

По данной диаграмме видно, что младенческая смертность в 2014 г. выше по республике Адыгея, по сравнению с 2012 г. и 2013 г. В 2011-2013 гг. младенческая смертность по р. Адыгея ниже по отношению младенческой смертности по Российской Федерации в целом.

ГЛАВА I. основные качественные и количественные показатели деятельности отделения новорожденных ЗА 2014 ГОД.

На данный момент качественные и количественные показатели деятельности работы роддома улучшились. Это связанно с применением нового оборудования, открытия новой диагностической лаборатории (ПЦР), применением скринингов для обследования новорожденных, а так же повышение качества работы медицинского персонала.

Распределение родившихся детей по массе.

Таблица № 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 500-749 | 750-999 | 1000-1499 | 1500-1999 | 2000-2499 | 2500-2999 | 3000-3499 | 3500-3999 | 4000 и более |
| 2012 г. | 1 | 9 | 30 | 66 | 133 | 557 | 1358 | 1000 | 354 |
| 2013г. | 2 | 8 | 23 | 33 | 130 | 554 | 1167 | 1098 | 305 |
| 2014 г. | 4 | 8 | 32 | 54 | 122 | 550 | 1799 | 628 | 351 |

По таблице видно, что число детей с экстремально низкой массой тела увеличился. Число детей с низкой массой тела (до 2500,0) в 2014г. уменьшилось с 6,8% до 5,9%. Уменьшился процент детей с массой более 4000,0 с 10% до 9,3%.

ГЛАВА II. ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Отделение новорожденных располагается на 3 этажах роддома и развернуто на 50 коек. В отделении в общем количестве работает 16 медсестер из них с первой категорией 8 медсестер и одна медсестра со второй категорией.

Список 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Должность | Категория |
| 1. | Пискунова Е.Ю. | Палатная м\с | Вторая 12.05.2011 |
| 2. | Мочанова И.Н. | Проц. м\с | Первая 19.11.2014 |
| 3. | Зекох Л.А | Палатная м\с | Первая 13.03.2012 |
| 4. | Коростелева Т.В | Ст.м\с | Первая 13.03.2012 |
| 5. | Корсун Н.А | Палатная м\с | Вторая 12.11.2008 № 774 |
| 6. | Козинцева О.А | Палатная м\с | Первая 13.03.2013 |
| 7. | Шевченко И.В | Палатная м\с | Первая 28.05.2014 |
| 8. | Хухарева А.К | Палатная м\с | Первая 28.05.2014 |

Наш коллектив является высококвалифицированным составом специалистов, которые искренне заинтересованы в улучшении качества оказания медицинской помощи, развитии современных методотов выхаживания новорожденных и постоянно совершенствуем свою работу. Сотрудники отделения стремятся в своей деятельности соответствовать требованиям программы ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку». Медработники ОН, имеют большой практический опыт и владеют практически всеми современными методами оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи новорожденным.

В отделении имеются 2 детские комнаты (одна на третьем этаже и вторая на первом), молочная комната и процедурный кабинет.

Новорожденные дети находятся с матерью с первых минут рождения. Первые два часа после родов, ребенок и мать находятся в индивидуальном родзале, после чего, вместе переводятся в палату. Дети после кесарево сечения, первые сутки находятся в детской комнате.

В детской комнате имеется пеленальный стол, нагревательная лампа «лучистое тепло», лампа для проведения фототерапии, электронные весы «Саша», электроотсос для отсасывания слизи у новорожденных, при работе с которым применяем только одноразовые катетеры, тумбочки для хранения дез.средств. Отделение обеспечено централизованной подводкой кислорода. Так же имеются тумбочка для стерильного белья, бачок для использованных пеленок.

При необходимости, для кормления новорожденных используют молочную смесь, которую ежедневно получают с городской молочной кухни МУЗ.

Имеется необходимая посуда, для приготовления смеси. Так же в молочной комнате располагается сухожаровой шкаф для стерилизации флаконов и электроплитка, для пастеризации смеси перед кормлением и кипячения воды. Дополнительное питание и питье проводится исключительно по назначению врача.

Палаты совместного пребывания заполняются строго циклично. Палаты оснащены настенными бактерицидными лампами (рецикуляторами). В отделении проводиться повторная обработка новорожденных, сверка юридически значимых данных и последующее динамическое наблюдение медицинской сестрой и врачом-неонатологом круглосуточно. Работа в родильном отделении и в детской палате проводится только одноразовыми шприцами, зондами, которые обеззараживаются согласно приказам МЗ РФ №770"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с гипотиреозом (при оказании специализированной помощи)" от 20 ноября 2006 г., ОСТ 42-21-2-85» Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».

Работа отделения осуществляется по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Это означает, что мама может в любое время суток кормить ребенка грудным молоком по требованию, а если слишком устала, доверить заботу о малыше опытному персоналу детского отделения. Как показал опыт, такой режим полностью устраивает наших пациенток. 80% новорожденных прикладываются к груди впервые 30 минут после рождения, в дальнейшем реализуется свободный режим кормления по требованию ребенка.

К сожалению, существуют противопоказания к прикладыванию к груди в родильном зале, как со стороны матери, так и со стороны ребенка:

· Оперативное родоразрешение;

· Экламсия, преэкламсия;

· Тяжелая экстрагенитальная патология;

· Обильное кровотечение;

· Острые инфекционные процессы;

· Асфиксия новорожденных, подозрение на внутричерепную травму;

· Глубокая недоношенность;

· Грубые врожденные пороки развития.

Данные противопоказания относительны, т.к. в этих случая молоко матери детям не противопоказано и возможно его введение ребенку в родильном зале, с помощью вспомогательных средств в сцеженном виде (шприц, ложечка, зонд). Обязательность этой процедуры позволила бы повысить процент детей, получивших грудное молоко в первые 30 минут после рождения.

Противопоказания к кормлению грудным молоком:

v Гепатит «С» у матери (относительно)

v ВИЧ - инфекция

Не практикуется тугое пеленание новорожденных. Осмотр неонатолога и все процедуры новорожденным осуществляются в палате, в присутствии матери. Здесь же врач-неонатолог знакомит родильниц с особенностями адаптационного периода новорожденных, медицинская сестра разъясняет основные моменты ухода за новорожденным.

Контакт «кожа к коже» осуществляется сразу после рождения малыша, что очень важно не только с иммунологической, но и психологической точки зрения, ведь голос и руки матери малыш ощущал всю беременность. Соблюдение тепловой цепочки начинается с первых минут рождения. Медицинские сестры отделения новорожденных, помогают матерям в послеродовом отделении начать грудное вскармливание, обучают мам правильному прикладыванию ребенка к груди, объясняют необходимость вскармливания по требованию. Помогают понять причины, по которым ребенок может плакать, проводят разъяснительную работу по наблюдению и уходу за пупком в родильном доме, и домашних условиях, уходу за новорожденным после выписки из родильного дома, уходу за молочными железами. В каждой палате и на посту отделения новорожденных имеется методический материал, с которым родившие женщины могут ознакомиться в любое время.

Практикуется ранняя выписка родильниц и новорожденных из родильного дома на3-4 сутки после обычных родов, на 6-7 сутки после кесарева сечения.

ГЛАВА III. Отчёт о деятельности аттестуемого

Я работаю в отделении новорожденных (ОН). Во время работы осуществляю наблюдение и уход за новорожденными, за проявлениями у них родовых травм или клинических заболеваний. В мои задачи входит своевременное распознание изменений в состоянии новорожденного, проведение неотложных сестринских вмешательств, а также определение необходимости в осмотре новорожденных врачам.

В зависимости от степени самостоятельности медицинской сестры при осуществлении клинического наблюдения выделяют зависимое и независимое сестринские клинические наблюдения

Совместно с лечащим врачом я провожу круглосуточное зависимое наблюдение за новорожденными, состояние которых заслуживает особого внимания. При изменении состояния новорожденного сразу ставлю в известность врача и в дальнейшем следую его указаниям.

В вечернее и ночное время, провожу независимое наблюдение за новорожденными в палатах совместного пребывания матери и ребенка. Такой вид наблюдения требует от меня широкой клинической подготовки и самостоятельности в принятии решений. Сестринское клиническое наблюдение можно дифференцировать по активности.

В зависимости от длительности клиническое наблюдение может дифференцироваться по времени.

Провожу постоянное наблюдение за новорожденными в течение, первых часов в индивидуальном родзале и в последующие сутки при совместном пребывании в палате с матерью. Если мама справляется с уходом за ребенком, его кормлением, то мое наблюдение может быть периодическим - каждые 2-3 часа.

В отделении новорожденных вид клинического наблюдения бывает периодического, эпизодического характера. Наша деятельность по осуществлению клинического наблюдения за новорожденными отражается в листе сестринского наблюдения.

Во время выполнения своих функциональных обязанностей при уходе за новорожденными, я осуществляла различные манипуляции согласно алгоритмам и технологиям выполнения простых медицинских услуг (МЗ РФ Приказ №299 от 31.06.2000г.).

Мероприятия по сан. эпид. режиму в отделении

Перед каждым видом манипуляции я провожу обработку рук на гигиеническом уровне согласно алгоритму.

Правильная и своевременная обработка рук является залогом безопасности медицинского персонала и пациентов.

Обработка рук делится на три уровня:. Социальный (бытовой) уровень (механическая обработка рук.)-является простым способом мытья рук.. Гигиенический уровень (обработка рук с применением кожных антисептиков). Хирургический уровень (особая последовательность манипуляций при обработке рук с последующим одеванием стерильных перчаток

Гигиенический уровень обработки рук:

Цель гигиенической обработки - уничтожение микрофлоры кожи при помощи антисептиков (дезинфекция).

Подобная обработка рук проводится:

а) перед одеванием перчаток и после их снятия;

б) перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом или при проведении обходов в палатах (когда нет возможности мыть руки после осмотра каждого больного);

в) перед и после выполнения инвазивных процедур, малых хирургических манипуляций, ухода за раной или катетером;

г) после контакта с биологическими жидкостями (например, аварийные ситуации с кровью).

Необходимое оснащение:

. Жидкое дозированное рН-нейтральное мыло

. Салфетки размером 15х15 см одноразовые, чистые.

. Кожный антисептик. Целесообразно использовать спиртосодержащие кожные антисептики (70% раствор этилового спирта; 0,5% раствор хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте, АХД-2000 специаль, Бетасептина и др.)

Правила обработки рук:

Гигиеническая обработка рук состоит из двух этапов: механической очистки рук и дезинфекции рук кожным антисептиком.

После окончания этапа механической очистки (двукратное намыливание и ополаскивание) антисептик наносится на кисти рук в количестве не менее 3 мл и тщательно втирается в кожу до полного высыхания (вытирать руки не следует). Если руки не были загрязнены (например, отсутствовал контакт с пациентом), то первый этап пропускается и можно сразу наносить антисептик. Каждое движение повторяется не менее 5 раз. Обработка рук осуществляется в течение 30 секунд - 1 минуты.

Европейский стандарт обработки рук.

Последовательность движений:



. Тереть одну ладонь о другую ладонь возвратно-поступательными движениями.



. Правой ладонью растирать тыльную поверхность левой кисти, поменять руки.



. Соединить пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой, тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз.



. Соединить пальцы в «замок», тыльной стороной согнутых пальцев растирать ладонь другой руки.



. Охватить основание большого пальца левой кисти между большим и указательным пальцами правой кисти, вращательное трение. Повторить на запястье. Поменять руки.



. Круговым движением тереть ладонь левой кисти кончиками пальцев правой руки, поменять руки.

После обработки новорожденных все используемые инструменты подлежат дезинфекции и стерилизации. Мы используем дезинфектанты совмещенные с предстерилизационной очисткой (бетадез), что сокращает мое время на обработку инструментов.

Весь использованный материал и инструменты. Замачиваются в 1,5%р-ре бетадеза в течение 30 мин. для дезинфекции ( согласно инструкции).

Дезинфекция - это уничтожение в окружающей человека среде возбудителей инфекционных заболеваний.

Различают профилактическую и очаговую дезинфекцию. Профилактическая осуществляется с целью предупреждения ВБИ. Очаговая делится на : очаговую текущую (проводиться многократно в очаге больного) и очаговую заключительную (проводится однократно с целью полного освобождения очага от инфекционного начала). В нашем отделении используются такие дезсредства, как бетадез, амиксидин и ротамицид.Эти дезсредства включают в себя и дезинфекцию и предстерилизационную очистку.

В отделении для контроля качества предстерилизационной обработки используют азопирамовую пробу, так как дез.ср-во совмещает дезинфекцию и предстерилизационную обработку, а данная проба выявляет кровь, моющие и дезинфицирующее ср-ва.

Стерилизация инструментов.

Стерилизация - метод, обеспечивающий гибель в стерилизуемом материале вегетативных и споровых форм патогенных и непатогенных микроорганизмов.

Методы:

· термические (паровой, воздушный, глассперленовый);

· химические (газовый, растворы химических соединений);

· радиационный;

· плазменный и озоновый (группа хим. средств)

В нашем отделении стерилизацию инструментов проводят в сухожаровом шкафу при температуре 180 градусов в течение 60 мин. Проверяют качество стерилизации, используя термоиндикаторы, которые раскладывают на каждой сетке в сухожаровом шкафу методом «конверта» (4 индикатора по углам и один в середину). А так же используется автоклавирование (стерилизация насыщенным паром под давлением) при температуре 132 С и 2 атмосферы в течение 20 мин.

Все результаты стерилизации фиксируются в журнале учета стерилизации.

Надлежащая стерилизация в автоклаве возможна при строгом соблюдении правил подготовки биксов и их загрузки соответствующими изделиями, для чего следует:

А. Проверить бикс на целостность.

Б. обработать внутреннюю поверхность бикса 70% спиртом, его дно выстилают простыню с таким расчетом, чтобы затем ее концами накрыть содержимое бикса;

В. заложить в бикс, согласно виду укладки, наборы резиновых изделий, перевязочного материала, белья;

Г. после загрузки бикса разместить в нем 3 индикатора: снизу, в середине и сверху;

Д. на крышке бикса заполнить бирку, на которой отметить: вид материала;

Е. крышку бикса герметично закрыть. Если необходимо, сдвинуть металлическую ленту-пояс и тем самым открыть окна на его стенках, которые после завершения стерилизации необходимо закрывать;

Ж. после стерилизации на бирке бикса в автоклаве ставят дату и подпись медицинской сестры, проводящей автоклавирование, а так же время стерилизации и режим автоклава.

Виды укладок:

. универсальная. В бикс помещают различный материал (вату, салфетки, тампоны и др.), предназначенный для небольшой по объему операции (аппендэктомия, грыжесечение и др.);

2. целенаправленная. В бикс закладывают только тот материал и белье, которые потребуются для выполнения какой-либо конкретной операции, например, резекции легкого;

. видовая. В бикс укладывают какой-то один вид перевязочного материала или белья, например салфетки.

Стерилизация, воздушным методом( сухим горячим воздухом). Надежная стерилизация инструментов возможна при правильной и рациональной укладке изделий в сухожаровом шкафу, для чего следует:

все изделия разложить в один ряд на металлической сетке (на сетку стерилизатора положить 5 индикаторов: 4 - по углам сетки и 1 - в центре (непрямой метод контроля). После стерилизации все индикаторы приклеивает в журнал учета и контроля за стерилизацией в отделении.

Стерилизация, химическим методом(растворами-стерилянтами). Осуществляется в стерильных условиях. Помещение для стерилизации должно быть оснащено вытяжным шкафом, бактерицидным облучателем. Медсестра работает в стерильной спецодежде, перчатках, респираторе.

В стерильную емкость со стерилизантом погружаются изделия медицинского назначения, прошедшие дезобработку и ПСО, плотно закрывают крышку. В журнале отмечается время начала стерилизации. По окончании стерилизации мед. изделия извлекаются из раствора стерильными пинцетами или корцангами, перекладываются в другую стерильную емкость со стерильной водой, промываются, просушиваются и выкладываются в бикс со стерильной пеленкой. Время окончания стерилизации также заносится в журнал стерилизации.

Контроль стерильности инструментов - прямой. Стерильность материалов, изделий, сроки сохранения:

закрытые биксы - 3суток; при открытом биксе любого образца стерильность материалов, изделий сохраняется до 6 часов;

Для новорожденных детей в нашем отделении используют стерильные пеленки. После стирки в прачечной, пеленки доставляют в автоклав, где они стерилизуются в течение 20 мин. При температуре 132С и 2 атм. После стерилизации пеленки транспортируются в отделение в чистых мешках. Непосредственно в отделении их достают из мешков, верхнюю пеленку снимают с каждой пачки и раздают пеленки по палатам 2 раза в сутки.

Методы контроля эффективности стерилизации:

В комплексе мероприятий по стерилизации изделий медицинского назначения важное значение имеет организация и проведение контроля за ее эффективностью.

Контроль эффективности работы стерилизационного оборудования осуществляется физическими, химическими и биологическим (бактериологическим) методами. Биологический метод - осуществляется на основании производственного контроля.

Согласно «Методическому указанию по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения» я выполняю следующие действия:

Ш контролирую запас дез.средств,стерилянтов;

Ш соблюдаю технологии дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации;

Ш своевременно меняю рабочие растворы дез.редств;

Ш контролирую наличие четких надписей на контейнерах с указанием названия дез. Средства, его концентрации, назначения и даты приготовления;

Ш слежу за наличием инструкций на каждый дез.препарат;

Ш контролирую процессы комплектации и вскрытия биксов;

Ш веду журнал контроля индикаторов после автоклавирования биксов и укладок;

Ш провожу контроль предстерилизационной очистки путем постановки азопирамовых проб на наличие остатков белковых загрязнений, с отметкой в журнале учета качества предстерилизационной обработки

За отчетный период мной были проведены следующие манипуляции:

Таблица№2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Профилактика и лечение физиологической (неонатальной) желтухи с применением лампы фототерапии | 290 |
| 2 | Забор крови из вены на билирубин | 65 |
| 3 | В/в инъекции | 40 |
| 4 | Определение группы крови у новорожденного | 23 |
| 5 | В/м инъекции | 50 |
| 6 | Повязка Дезо | 16 |
| 7 | Дача увлажненного O2 в род зале | 20 |
| 8 | Промывание желудка новорожденного | 16 |
| 9 | Кормление новорожденного через зонд (алг.см.ниже) | 10 |
| 10 | Очистительная клизма у новорожденных | 29 |
| 11 | Первичная и вторичная обработка новорожденного (алг. см. ниже) | 412 |
| 12 | Ежедневный туалет новорожденного (алг.см.ниже) | 2950 |
| 13 | Обработка пупочной ранки (алг.см.ниже) | 2950 |
| 14 | Санация носовых ходов с применением лекарственных средств | 58 |
| 15 | Взвешивание новорожденных | 2950 |
| 16 | Термометрия | 2950 |
| 17 | Введение лекарственных средств per os | 290 |
| 18 | Кормление новорожденных | 840 |
| 19 | Контрольное кормление новорожденных | 127 |
| 20 | Сбор мочи у новорожденного (алг.см. ниже) | 15 |

Так как я работаю на посту, то основной функцией является проведение ежедневного туалета новорожденного по показаниям врача-неонатолога. В мои обязанности входит обучить мамочек правильному уходу за новорожденным ребенком.

Так же во время своей работы, я провожу, совместно с женщинами, контрольное кормление ребенка по назначению врача.

Контрольные кормления проводятся для определения количества молока, высасываемого ребёнком из груди за одно кормление:

) Объясняю цель и ход манипуляции матери.

) Готовлю необходимое оснащение: Набор для пеленания с памперсом; чашечные весы.

) Мою и осушиваю руки, надеваю перчатки

) Надеваю на ребенка памперс и пеленаю его

) Помогаю подготовиться матери к кормлению грудью

) Обработаю дез.р-ром весы и готовилю их к работе.

) Взвешиваю ребенка и фиксирую полученную массу.

) Передаю ребенка матери для кормления грудью в течение 20 мин.

) Повторно взвешиваю ребенка (не меняя пеленок) и фиксирую результат

) Определяю разницу полученных данных

) Передаю ребенка маме или кладу в кроватку

) Протираю весы дез. р-ром

) Снимаю перчатки, мою и осушиваю руки

) Рассчитываю необходимое количество молока для ребенка на одно кормление

) Оцениваю соответствие фактически высосанного ребенком долженствующему количеству.

Выполняя свои обязанности, я соблюдаю алгоритмы и стандарты манипуляций, использую технологии выполнения простых мед.услуг, что ведет к повышению качества оказания медицинских услуг.

ГЛАВА IV. Внедрение новых технологий в области организации МГКБ отделения новорожденных

новорожденный отделение неонатальный скрининг

Наука и медицина во всем мире не стоит на месте. Благодаря развитию лечебно-диагностических технологий появляется все больше возможности диагностировать врожденные заболевания в первые месяцы после рождения ребенка. Одни из таких диагностических процедур является неонатальный аудиологический скрининг и обследование новорожденных на наследственные заболевания.

неонатальный аудиологический скрининг

Несмотря на существенные достижения перинатальной медицины, количество инвалидов с детства не уменьшается, а имеет определенную тенденцию к росту. Так, в России общее количество таких детей достигает почти 1 млн. Ежегодно рождается около 50 000 новорожденных, входящих в последующем в когорту инвалидов с детства.

При анализе причин поздней диагностики различных заболеваний, приводящих к инвалидности, становится очевидным, что традиционный набор тестов, используемых в неонатологии для оценки состояния органов и систем новорожденного, несовершенен и не способствует предупреждению хронизации патологического процесса и инвалидности.

Сегодня, в связи с широким внедрением в практику Президентской программы "Дети России" (Целевая программа "Дети-инвалиды"), и внедрением единой системы раннего выявления нарушений слуха у новорожденных в родильных стационарах и детских поликлиниках (в рамках реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" и приказа Минздравмедпрома России № 108 от 23.03.96 г. "О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни") все чаще возникает необходимость более детального и углубленного обследования ребенка, который во время обследования в родильном стационаре или детской поликлинике "показал" отрицательный результат теста на слух, т.е. "не прошел" первичный этап теста отоакустической эмиссии.

Показания и противопоказания к применению метода:

Показания: выявление детей с врожденными и ранними нарушениями слуха среди всей популяции новорожденных.

Противопоказаний нет.

Алгоритм аудиологического обследования новорожденных.

Обследовать новорожденного на предмет снижения слуха начинают со 2-3 дня после рождения в родовспомогательном учреждении или на 2-м этапе выхаживания.

Методика обычно занимает 5-15 минут. Для регистрации ЗВОАЭ используют вводимый в наружный слуховой проход зонд, в корпусе которого размещены миниатюрные телефон и микрофон. Стимулами служат широкополосные акустические щелчки с частотой повторения 20-50 с. Отводимый микрофоном ответный сигнал усиливается и направляется в компьютер через аналого-цифровой преобразователь. При скрининге новорожденных пользуются стимуляцией широкополосными акустическими щелчками, имеющими плоскую спектральную характеристику в диапазоне от 500 Гц до 5-6 Кгц, что обеспечивает достаточный охват зоны речевых частот.

Необходимым условием качественного теста являются: 1) Сон или спокойное состояние ребенка; 2) Правильная установка датчика и выбор ушного вкладыша; 3) Свободное носовое дыхание. 4) Чистый наружный слуховой проход. 5) Отсутствие воспалительного процесса в среднем ухе.

Согласно приказу N 157-ФЗ от 17 сентября 1998 г. "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" в нашем отделении проводится плановая вакцинация новорожденных детей. Вакцинация проводиться по Национальному календарю профилактических прививок от2006 г..

обследования новорожденных на наследственные заболевания.

Здоровье женщин, матерей и детей является объективным показателем здоровья населения и индикатором оценки социальных и экологических проблем.

марта 2006 года Минздравом РФ был издан приказ №185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания», далее в целях проведения массового обследования новорожденных детей в РА в г. Майкопе был издан приказ №581 от 24 ноября 2006 года «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний». В соответствии с этими приказами организован неонатальный скрининг на наследственные заболевания (адреногенитальный синдром, галактоземию, врожденный гипотериоз, муковисцидоз, фенилкетонурию) в целях их раннего выявления, своевременного лечения, профилактики инвалидности и развития тяжелых клинических последствий, а также снижения детской летальности от наследственных заболеваний.

Показатель проведения неонатального скрининга - 100%.

ГЛАВА V. РАБОТА ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Санитарно просветительная работа в отделении:

В отделении проводиться большая работа в плане профессиональной подготовки сотрудников.

Ежегодно с медперсоналом отделения новорожденных проводятся занятия на темы, для повышения улучшения качества работы.

Государственная программа развития сестринского дела в РФ разработана в соответствии с приказом МЗ РФ от 31.12.1997г., №390 «О мерах по улучшению сестринского дела в РФ» и нацеливает нас на то, что необходимо много внимания уделять последипломному образованию медсестер. Два раза в год, на рабочем месте проводиться аттестация медсестер главной акушеркой и эпидемиологом АРКПЦ. Для подготовки к занятиям в отделении имеется литература: методические пособия, приказы, согласно которым мы осуществляем свою работу.

Так же сотрудники нашего отделения проводят профилактические беседы с родившими женщинами.

За прошедший период мной были проведены беседы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Беседа с матерью о преимуществах грудного вскармливания, о диете и гигиене кормящей матери. | 1160 |
| 2 | Обучение матери правильному прикладываю ребенка к груди и уходу за ним. | 1160 |

В нашем отделении имеются информационный материал и стенды о кормлении грудью. Женщины в любое, удобное для них время могут пополнить свои знания новой и полезной информацией.

Политика родильного дома АРКПЦ по грудному вскармливанию.

Грудное вскармливание - основа здоровья и правильного развития ребёнка. Оно имеет огромное значение и для здоровья матери. Грудное молоко самой природой предназначено для ребёнка, являясь единственным, надежным, универсальным источником пищи, одновременно защищая его от различных заболеваний.

Цель политики - дать каждому ребёнку наилучшее начало жизни путём создания в роддоме условий, в которых грудное вскармливание будет нормой.

Шаг 1.Иметь зафиксированную в письменном виде политику по грудному вскармливанию и регулярно доводить её до сведения всего медицинского персонала.

Шаг 2. Обучать весь медицинский персонал навыкам, необходимым для осуществления этой политики.

Шаг З. Информировать всех беременных женщин о преимуществах грудного вскармливания.

Шаг 4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

Шаг 5. Показывать матерям как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей.

Шаг 6. Не давать новорожденным никакой иной нищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

Шаг 7. Практиковать круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка рядом в одной палате.

Шаг 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

Шаг 9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких сосок, пустышек или других средств, имитирующих материнскую грудь.

Шаг 10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти групп после выписки из родильного дома.

Санитарно-эпидемический режим отделения новорожденных.

Соблюдение санитарно-эпидемического режима - это организация и проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на профилактику и борьбу с внутрибольничными инфекциями, вызываемыми различными патогенными и условно патогенными микроорганизмами.

Противоэпидемический режим в ГБУЗ РА «МГКБ» соблюдаются в соответствии приказами, санитарными правилами, нормами, утвержденными Министерствами здравоохранения Российской Федерации и Республики Адыгея.

Таблица№3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование документа | Министерство,дата |
| 1 | ФЗ №52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» | Москва, от 30.07.1999г. |
| 2 | Приказ №720 «Об улучшении медицинской помощи больным гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с ВБИ» | Москва.М3 СССР от 31.07.1978 |
| 3 | Методические указания по предстерилизационной очистке изделий медицинского назначения №28-6\13 | От 08.06.1982г. |
| 4 | Приказ №440 «О дополнительных мерах по совершенствованию медицинской помощи новорожденным детям» | Москва МЗ СССР от 20.04.1983г. |
| 5 | Отраслевой стандарт ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения» | Приказ МЗ СССР №770 от 10 июня 1985 г |
| 6 | Приказ №1204 «О лечебно-охранительном режиме в ЛПУ» | 16.11.1987г. |
| 7 | Приказ № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране» | Москва.М3 СССР от 12.07.1989г. |
| 8 | Приказ №170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечению ВИЧ-инфекции в РФ» | От 16.08.1994г. |
| 9 | Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.1117-02 «Профилактика кишечных инфекций» | От 01.07.2002г. |
| 10 | Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» | Приказ МЗ РФ № 58 от 18 мая 2010 г. |
| 11 | СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами. | 9 декабря 2010 г. N 163 |
| 12 | Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» | от 25.03.2011 |
| 13 | ФЗ №52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» | Москва, от 30.07.1999г. |
| 14 | СанПиН 3.1.3262-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах» | От 08.06.2015 |



Заключение

В организации МГКБ за 2014 г. количество новорожденных выше, чем за 2013 г., и чем за 2012 г. Созданы оптимальные условия для более щадящего и полноценного ухода, а также проведения полноценного мониторинга за состоянием новорожденных. Основными условиями успешного решения задачи по лечению и выхаживанию новорожденных являются:

внедрение новых методов диагностики неотложных состояний новорожденных.

повышение профессионального уровня врачебного и среднего мед. персонала.

улучшение материально - технической базы отделения. Необходимо доступное, своевременное и квалифицированное техническое обслуживание имеющейся аппаратуры.

усовершенствование методов лабораторной диагностики, организация доступной современной генетической, иммунологической диагностики.

От сестринского персонала требуется не только высокий профессионализм, но и умение соблюдать нормы этико-деонтологического общения с коллегами и родившими женщинами. Эффективность оказания медицинской помощи зависит от четкой и профессиональной сестринской деятельности, направленной на повышение качества оказания медицинской помощи, путем осуществления стандартизированных технологий сестринского ухода, профилактики, диагностики и лечения.

Возросла роль (активность) сестринского персонала в проведении санитарного просвещения населения по таким важнейшим направлениям, как формирование здорового образа жизни, профилактика различных заболеваний, отравлений и несчастных случаев, половое воспитание, планирование семьи и безопасное материнство. Качество сестринской помощи определяется внедрением новых организационных форм ухода за пациентами, использованием в деятельности технологий выполнения простых медицинских услуг и стандартов.

Предложения

. Установить сплитсистему в послеродовом отделении и отделении новорожденных, так как летом температура поднимается выше 35 градусов, при этом температура в помещении, где находится новорожденный, должна составлять 24-25 градусов. Высокая температура способствует перегреву новорожденных, развития потницы и усложняет заживление пупочного остатка.

2. Продолжить оснащение отделения современным технологическим оборудование.

. Организовать подписку на специализированную литературу для мед.сестер центра.

. Оборудовать все палаты совместного пребывания матери и ребенка электронными весами для новорожденных.

Список использованной литературы

1) И.М.Воронов, Г.М Фатеева «Естественное вскармливание детей. Его значение и поддержка». - Москва 2001 г

2) Журнал «Медсестра» №12 // 2009г.

3) Неонатология. Национальное руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

) Журнал «Неонатология» №10//2014 г.

) Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения.ВОЗ, 1998.

) Основы ухода за новорождённым и грудное вскармливание.Руководство Европейского Регионального Бюро ВсемирнойОрганизации Здравоохранения, 2002

) Статистический отчёт отделения новорожденных за 2014 год.

) Н.П.Шабалов «Неонатология» Учебник в 2 томах. - Москва, Медицина 2001г.

9) Методическое письмо "Первичная и Реанимационная помощь новорожденным", 2010 <http://neonatalspb.ru/d/158505/d/reanim\_novor2010.pdf>

) Базовая помощь новорождённому - международный опыт [Текст] / гл. ред. Н. Н. Володин, Г. Т. Сухих ; науч. ред. Е. Н. Байбарина, И. И. Рюмина . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008