Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА**

«Недоношенные дети»

34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

междисциплинарный курс

Сестринский уход за больными детьми различного возраста

дисциплина

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Рузавин В.М. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

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

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2020г

**Недоношенные дети** – это дети, родившиеся ранее срока родов, функционально незрелые, с массой ниже 2500 г и длиной тела менее 45 см. Клинические признаки недоношенности включают непропорциональное телосложение, открытые швы черепа и малый родничок, невыраженность подкожно-жирового слоя, гиперемию кожных покровов, недоразвитие половых органов, слабость или отсутствие рефлексов, слабый крик, интенсивную и длительную желтуху и др. Выхаживание недоношенных детей подразумевает организацию специального ухода - температурного режима, влажности, уровня оксигенации, вскармливания, при необходимости – проведение интенсивной терапии.

**Все причины, приводящие к рождению недоношенных детей можно объединить в несколько групп**

* К первой группе относятся социально-биологические факторы, включающие слишком юный или пожилой возраст родителей (моложе 18 и старше 40 лет), вредные привычки беременной, недостаточное питание и неудовлетворительные бытовые условия, профессиональные вредности, неблагоприятный психоэмоциональный фон и др. Риск преждевременного родоразрешения и рождения недоношенных детей выше у женщин, не планировавших беременность и пренебрегающих медицинским сопровождением беременности.
* Вторую группу причин составляет отягощенный акушерско-гинекологической анамнез и патологическое течение настоящей беременности у будущей мамы. Здесь наибольшее значение имеют аборты в анамнезе, многоплодие, гестозы, гемолитическая болезнь плода, преждевременная отслойка плаценты.Причиной рождения недоношенных детей могут служить непродолжительные (менее 2-х лет) интервалы между родами. Нередко недоношенные дети рождаются у женщин, прибегающих к экстракорпоральному оплодотворению, однако это связано не с самим фактом использования ВРТ, а скорее – с «женским» фактором, препятствующим оплодотворению естественным путем. Неблагоприятно на вынашивании беременности сказываются гинекологические заболевания и пороки развития гениталий: цервицит, эндометрит, оофорит, фиброма, эндометриоз, двурогая седловидная матка, гипоплазия матки и др.
* К третьей группе причин, нарушающих нормальное созревание плода и обуславливающих повышенную вероятность рождения недоношенных детей, относятся различные экстрагенитальные заболевания матери: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, пороки сердца, пиелонефрит, ревматизм и др. Часто преждевременные роды провоцируются острыми инфекционными заболеваниями, перенесенными женщиной на поздних сроках гестации.

Наконец, рождение недоношенных детей может быть связано с патологией и аномальным развитием самого плода: хромосомными и генетическими болезнями, внутриутробными инфекциями, тяжелыми пороками развития.

## Классификация недоношенности

С учетом обозначенных критериев (срока гестации, массы и длины тела) выделяют 4 степени недоношенности:

**I степень недоношенности** – родоразрешение происходит на сроке 36-37 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет 2500-2001 г, длина – 45-41 см.

**II степень недоношенности** - родоразрешение происходит на сроке 32-35 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет 2001-2500 г, длина – 40-36 см.

**III степень недоношенности** - родоразрешение происходит на сроке 31-28 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет 1500-1001 г, длина – 35-30 см.

**IV степень недоношенности** - родоразрешение происходит ранее 28 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет менее 1000 г, длина – менее 30 см. В отношении таких детей используется термин «недоношенные с экстремально низкой массой тела».

**Симптомы и признаки недоношенного ребенка**

Выражают маленькое количество подкожного жира, небольшое количество волос или маленький хрящ наружного уха, маленький рост. Спонтанная активность и тонус снижаются, и конечности не поддерживаются в согнутом положении. У мальчиков мошонка может иметь несколько складок, а яички быть неопушенными. У девочек большие половые губы еще недостаточно покрывают малые половые губы.

## Диспансеризация недоношенных детей

После выписки дети, рожденные недоношенными, нуждаются в постоянном наблюдении педиатра в течение первого года жизни. Осмотры и антропометрия проводятся еженедельно в первый месяц, 1 раз в две недели – в первом полугодии, 1 раз в месяц - во втором полугодии. На первом месяце жизни недоношенные дети должны быть осмотрены детским хирургом, детским неврологом, детским травматологом-ортопедом, детским кардиологом, детским офтальмологом. В возрасте 1 года детям необходима консультация логопеда и детского психиатра.

С 2-недельного возраста недоношенные дети нуждаются в профилактике железодефицитно анемии и рахита. Профилактические прививки недоношенным детям выполняются по индивидуальному графику. На первом году жизни рекомендуются повторные курсы детского массажа, гимнастики, индивидуальных оздоровительных и закаливающих процедур.

**Лечение**

Лечение недоношенности предполагает терапию осложнений, возникающих в результате недоразвития органов. Все специфические заболевания лечат по мере необходимости. Например, недоношенным новорожденным могут назначать лечение, облегчающее проблемы с дыханием (такое, как искусственная вентиляция легких при заболевании легких и лечение сурфактантом), антибиотики при инфекциях, переливания крови при анемии и лазерная хирургия при заболевании глаз, или же им могут быть необходимы специальные визуализирующие исследования, такие, как эхокардиография при проблемах с сердцем.

Родителей поощряют приходить к своему ребенку и взаимодействовать с ним как можно больше. Телесный контакт (также называется методом ухода «кенгуру» — между новорожденным и матерью или отцом полезен для новорожденного.

Дома родители всех младенцев должны убрать мягкие материалы, в том числе одеяла, пледы, подушки и мягкие игрушки из колыбели младенца, так как эти предметы могут повышать риск синдрома внезапной смерти новорожденного (СВСН). Дома младенцев следует укладывать спать на спину, а не на живот, так как сон на животе также повышает риск СВСН.

**Сестринский уход**

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»).

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.

Сестринские вмешательства:

1. Дать рекомендации кормящей матери по режиму дня и питанию:
   * Кормящая женщина для сохранения лактации должна придерживаться правильного распорядка дня, который предполагает достаточный сон, пребывание на свежем воздухе, рациональное питание, психоэмоциональный комфорт в семье, умеренную физическую нагрузку.
   * Полноценное питание лактирующей женщины может быть обеспечено при ежедневном наборе продуктов: 150-200г мяса или рыбы, 50г сливочного масла, 20-30г сыра, одно яйцо, 0,5 л молока, 800г овощей и фруктов, 300-500г хлеба. Помимо этого в рацион необходимо включить кисломолочные продукты, соки, различные крупы, орехи. Исключить из рациона чеснок, лук, острые приправы (они ухудшают вкус молока), крепкий кофе, алкогольные напитки.
   * Количество употребляемой жидкости не должно превышать 2,5 литров в сутки (при этом 0,5-1 л – молоко и кисломолочные продукты).
2. Порекомендовать матери по возможности отказаться от приема лекарственных препаратов.
3. Дать рекомендации по вскармливанию недоношенного ребенка:

* При наличии грудного молока использовать режим свободного кормления, убедить мать в необходимости частого прикладывания ребенка к груди, т.к. это стимулирует лактацию и развивает сосательный рефлекс у младенца.
* Не следует ограничивать продолжительность кормления, она может колебаться в разное время суток.
* Ребенок нуждается в ночном кормлении до тех пор, пока не сможет высасывать нужный ему объем молока днем.
* После установления лактации и активного сосания, при положительной динамике нарастания массы тела, ребенка можно перевести на 6-ти разовый режим кормления.
* При недостатке грудного молока использовать режим смешанного вскармливания. Докорм проводят специализированными адаптированными смесями для недоношенных детей в течение первых 2-3 месяцев, затем переходят на вскармливание адаптированными смесями для детей первого полугодия, а после 6 месяцев – на смеси для детей второго полугодия. Необходимо разъяснить матери, что докорм вводится после кормления грудью, дается с помощью ложечки или из рожка, соска должна быть мягкой, имитировать форму грудного соска, иметь отверстие адекватное сосательным усилиям ребенка.
* При отсутствии грудного молока использовать режим искусственного вскармливания – 6-ти разовое вскармливание молочной смесью, рекомендованной врачом.
* При смешанном и искусственном вскармливании необходимо обучить родителей технологии приготовления и хранения смесей и правилам кормления. При хорошей индивидуальной переносимости целесообразно использование смесей одной фирмы-производителя, что снижает риск развития пищевой аллергии и повышает эффективность вскармливания.
* Соки и прикормы вводятся с 4-х месяцев. Все виды прикормов вводятся осторожно, методом тренировки, начиная с капель и доводя до нужного объема за 8-10 дней.
* Необходимо проводить контроль над усвоением пищи ребенком (срыгивания, вздутие живота, изменение характера стула).

Необходимо обучить родителей особенностям ухода за недоношенным ребенком:

* Температурный режим комнаты, где находится ребенок, вначале необходимо поддерживать в пределах 24-26оС, постепенно снижать до 22-20о С.
* Обучить родителей технике проведения гигиенической ванны (температура в помещении не ниже 25о С, температура воды 38-38,5оС, затем температуру воды постепенно снижают до 37-36оС, а со второго полугодия – до 34-32оС), Гигиенические ванны проводятся ежедневно, вначале их продолжительность 5-7 минут, постепенно она увеличивается.
* При раздраженной коже обучить родителей проведению лечебных ванн с настоями череды, шалфея, ромашки, зверобоя.
* Одежда недоношенного ребенка должна быть из мягких, тонких натуральных гигроскопических тканей, без грубых швов, рубцов, пуговиц. Одежда должна быть многослойной, а пеленание – свободным.
* Выкладывание на живот необходимо проводить с первого дня пребывания ребенка дома. Выкладывать рекомендуется на жесткую поверхность 3-4 раза в день перед кормлением.
* Тренирующие методы закаливания (снижение температуры воды, контрастное обливание после купания, воздушные ванны) начинают применять в зависимости от степени зрелости, индивидуальных особенностей и состояния здоровья ребенка. Воздушные ванны начинают проводить с 1,5-3-х месяцев по 1-3 минуты 3-4 раза в день, постепенно увеличивая время до 10-15 минут в сочетании с поглаживающим массажем. С 4-х месяцев можно вводить и другие элементы закаливания.
* Поглаживающий массаж начинают с 1-1,5 месяцев, с 2-3-х месяцев постепенно вводят другие приемы массажа – растирание, разминание, пассивные движения рук. Для улучшения психомоторного развития ежедневно проводят массаж и гимнастику кистей рук, а с 8-9 месяцев, для стимуляции развития речевых центров и координации мелких движений, ребенку предлагают игры с мелкими предметами. Необходимо обучить родителей выполнению всех приемов массажа и проведению игр.

Заключение

Прочитав много литературы, я пришла 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.Большая роль в  профилактике   отводится    медицинским сестрам.

**Профилактика**

Регулярный медицинский уход в период беременности в сочетании с идентификацией и лечением любых факторов риска или осложнений при беременности, а также раннее прекращение курения, могут быть наилучшим подходом для снижения риска недоношенности. Однако многих других условий, повышающих риск недоношенности, избежать невозможно. Во всех случаях женщины, которые считают, что у них могут начинаться преждевременные роды или произошел разрыв плодных оболочек, нужно немедленно связаться с акушером, чтобы организовать надлежащее обследование и лечение.

Использование вспомогательных репродуктивных технологий часто приводит к многоплодным беременностям (двойни, тройни и более). При этих видах беременности риск преждевременных родов и их осложнений значительно более высокий. Тем не менее, методика под называнием избирательный перенос одного эмбриона, которая представляет собой имплантацию одного эмбриона, снижает риск многоплодной беременности и может считаться подходящим вариантом для некоторых женщин.