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**

«Особенности организации сестринского процесса при выхаживании глубоко недоношенных детей»

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 |  |  |  | Суворова Д.А |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

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

(оценка, подпись преподавателя)

**г. Красноярск 2020 г.**

Оглавление

[Введение 3](#_Toc45028962)

[Причины недонашивания разнообразны и многочисленны. 5](#_Toc45028963)

[Классификация недоношенности 6](#_Toc45028964)

[Симптомы и признаки недоношенного ребенка 6](#_Toc45028965)

[Диспансеризация недоношенных детей 7](#_Toc45028966)

[Лечение 7](#_Toc45028967)

[Сестринский уход 8](#_Toc45028968)

[Сестринские вмешательства: 9](#_Toc45028969)

[Общие закономерности течения заболеваний у недоношенных детей 12](#_Toc45028970)

[Медицинские методы профилактики невынашивания и задержки внутриутробного развития плода включают: 13](#_Toc45028971)

[Заключение 14](#_Toc45028972)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 15](#_Toc45028973)

# **Введение**

**Система оказания медицинской помощи недоношенным включает три этапа: роддом, отделение патологии новорожденных и амбулаторнополиклиническое звено. Стоимость выхаживания одного недоношенного ребенка доходит до 1,5 миллиона рублей. Сюда включены такие затраты как: реанимационные мероприятия в родильном зале и в дальнейшем в палате интенсивной терапии, обеспечение теплового режима с помощью кувеза, применение сурфактанта, профилактика БЛД, инвазивная или неинвазивная респираторная поддержка, гемодинамическая поддержка, профилактика тяжелых ВЖК, раннего неонатального сепсиса, НЭК и др.3**

**В 2012 году Российская Федерацияперешла на критерии ВОЗ по регистрации недоношенных, поэтому остро возникла необходимость обеспечения роддомов, перинатальных центровсовременными лекарственными препаратами и высокотехнологическим медицинским оборудованием для проведения реанимационных мероприятий и ухода за недоношенными новорожденными, а также для детей, родившихся с различными патологическими состояниями.**

**Смертность и заболеваемость глубоко недоношенных детей с ОНМТ на прямую зависит от результатов лечения определенных медицинских учреждений, характера медицинского обслуживания в различных перинатальных центрах (количество поступивших детей с ЭНМТ, частота медицинских вмешательств: использование высокочастотной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), послеродовых стероидов) и выхаживания в зависимости от характеристик новорожденных (частота функционирующего артериального протока, персистирующей легочной гипертензии, желудочно-кишечных проблем, надпочечниковой недостаточности и т. д.). Все эти мероприятия проводятся в основном в условиях стационара, однако не менее важен для дальнейшего развития ребенка этап катамнеза – наблюдение и контроль его развития после**

**выписки из ОПН. Важнейшая роль в профилактике, коррекции и оказании**

**реабилитационной помощи, решении морально-этических проблем отводится врачу педиатру и медицинским сестрам на всех трех этапах выхаживания недоношенных. Значимость сестринской работы заключается также в создании**

**благоприятной среды не только недоношенным детям, но и их родителям.**

**Актуальность:** 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.

Актуальной в настоящее время является разработка индивидуальных программ реабилитации и абилитации, медицинские и психологопедагогические мероприятия и оценка их эффективности, консультативная помощь семьям по вопросам развития и восстановительного лечения.

**Цели:** изучить роль медицинской сестры в процессе выхаживания глубоко недоношенных детей. разработать и внедрить мероприятия, направленные насовершенствование сестринской помощи недоношенным детям

**Задачи:** изучить роль медицинской сестры в процессе выхаживания глубоко недоношенных детей;

изучить особенности организации и современные подходы к сестринской деятельности по выхаживанию недоношенных детей по данным

литературных источников;

Узнать о лечении, диспансеризации, причинах и профилактике.

**Недоношенные дети** – Недоношенным является ребенок, родившийся от преждевременных родов до окончания нормального срока беременности. В соответствии с критериями ВОЗ, официально принятым в РФ в 2012 г., ребенок считается жизнеспособным, достигнув гестационного возраста более 22 недель, веса тела при рождении 500 г и длины 25 см. Из факторов риска невынашивания можно выделить экстрагенитальные патологии матери –38,3%, а также преэклампсию и другие осложнения беременности – 37,8%.

# Причины недонашивания разнообразны и многочисленны.

До недавнего времени специалисты придерживались классификации причин

недонашивания, предложенной С.М. Беккером в 1975 г., которая включает 8

позиций:

1. Заболевания матери, инфекционной этиологии.

2. Осложнения беременности.

3. Повреждения матки, связанные с травматическим воздействием при предыдущих абортах, операции кесарево сечения, удаление фаллопиевой трубы, незашитые разрывы шейки матки и т.д.

4. Изосерологическая несовместимость по группе крови и резус фактору матери и плода.

5. Аномалии развития репродуктивного тракта.

6. Нейроэндокринная патология.

7. Неинфекционные заболевания матери, чаще всего это гипертоническая болезнь, анемия, профессиональные вредности, фибромиома матки, гиповитаминозы, органические и функциональные болезни ЦНС и т.д.

8. Хромосомные аномалии у развивающегося плода.

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

Недоношенные дети, рожденные на сроке 33-34 недели гестации и позже, характеризуются большей зрелостью. Их внешний облик отличается розовым цветом кожных покровов, отсутствием пушка на лице и туловище, более пропорциональным телосложением (меньшей головой, более высоким расположением пупка и пр.). У недоношенных детей I-II степени сформированы изгибы ушных раковин, выражена пигментация сосков и околососковых кружков. У девочек большие половые губы практически полностью прикрывают половую щель; у мальчиков яички расположены у входа в мошонку

# 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.

**Основные принципы выхаживания недоношенных детей сводятся к:**

1)) созданию комфортных условий ухода;

2) профилактике инфицирования;

3) естественному вскармливанию;

4) коррекции нарушенного гомеостаза.

5) Обеспечение комфортных условий (адекватная температура и влажность воздуха, достаточная оксигенация, покой, правильное вскармливание, регулярное питье, щадящие методы обследования и лечения) помогает новорожденному ребенку адаптироваться к новым условиям окружающей среды, способствует саморегуляции нарушенных обменных процессов и позволяет в ряде случаев избежать интенсивных методов лечения.

# 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.

# Общие закономерности течения заболеваний у недоношенных детей

1. Незаметное начало.

2. Подострое течение.

3. Преобладание общих симптомов.

4. Слабовыраженная воспалительная реакция.

5. Склонность к генерализации, токсикозу.

6. При любой патологии появление симптомов со стороны ЖКТ.

7. Легкое развитие эксикоза.

8. В первые дни жизни частое присоединение отечного синдрома.

9. Склонность к геморрагическому синдрому.

10.Склонность к гипербилирубинемии.

11 Слабая температурная реакция.

12.Легкая и быстрая анемизация.

13. Большая чувствительность к инфекциям.

14. Слабая воспалительная реакция со стороны периферической крови.

# Медицинские методы профилактики невынашивания и задержки внутриутробного развития плода включают:

- регулярный контроль за прибавкой массы тела беременной, особенно во втором — третьем триместрах;

лабораторное и повторное УЗИ обследование беременных, составляющих группу повышенного риска рождения ребенка с низкой массой тела;

- исследование биопрофиля плода;

- госпитализацию беременной с угрозой прерывания при сроках начиная с 22 недель в акушерские стационары (но не в гинекологические отделения);

определение альфа-фетопротеина, хорион-гонадотропина, свободного эстриола в сыворотке крови беременных во втором — третьем триместре;

- мониторинг сократительной активности матки и сердечной деятельности плода (кардиотокография);

-проведение терапии, направленной на снижение активности матки и ее тонуса при раннем выявлении признаков невынашивания;

- проведение «метаболической» терапии;

- применение седативных и спазмолитических средств;

- операцию наложения швов на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности.

Существенное значение для профилактики недоношенности, задержки роста и развития плода имеет полноценное питание беременной, обеспечение белково-калорийных потребностей: суточная калорийность питания должна увеличиваться в период беременности на 300 ккал и составлять 2300—2400 ккал в день. Потребность беременной в белках в первую половину беременности составляет 1,5 г/кг в день и увеличивается до 2 г/кг/день во 2-ю половин

# Заключение

Проблема недоношенных детей во всем мире актуальна из-за дня в день. Ведь среди них большой процент умственно отсталых, физически неполноценных, с недостаточным интеллектом, с эпилептическими припадками и т.д. Таким детям очень сложно находится среди своих сверстников и в обществе..Развитие технологий выхаживания детей с ЭНМТ является неотъемлемым и для детей других весовых категорий — позволяет в полном объѐме улучшить результаты выхаживания более зрелых и перспективных новорожденных. Исходя из полученных литературных источников мне удалось выяснить, что для лучших исходов в развитии и выхаживания недоношенного ребенка является семейно – ориентированный подход. Эффекты включения в практику неонатальных стационаров – это уменьшение продолжительности стационарного лечения, обеспечение преемственности в реабилитации и социализации детей с перинатальной патологией, снижению конфликтов, формирование уважительнодоверительных отношений между участниками процесса выхаживания (врач – медсестра – родители – пациент.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Дейли Бэби https://dailybaby.ru/magazine/articles/nedonoshennyi-novorozhdionnyi-rebionok-osobennosti-razvitiia-i-ukhoda

(дата обращения 04.07.20.)

1. heaclub.ru https://heaclub.ru/pochemu-deti-rozhdayutsya-nedonoshennymi-osobennosti-vskarmlivaniya-nedonoshennyh-detej ( дата обращения 04.07.20.)
2. Красота и медицина [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/premature-babies ( дата обращения 04.07.20.)](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/premature-babies%20(%20дата%20обращения%2004.07.20.))
3. Мама66.ru https://mama66.ru/razvitie-rebenka/nedonoshennyjj-novorozhdennyjj-rebenok-kak-vykhazhivat-toropyzhku (дата обращения 04.07.20 г.)