

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

Тема: «Организация сестринского процесса при уходе за недоношенными детьми»
тема

по специальности 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

Дисциплина/МДК Сестринский уход за больными детьми различного возраста / Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

Выполнил:

Бурятникова К.И.,
фамилия, инициалы, дата

К.И.

подпись

Руководитель:

Мельников Н. С.
фамилия, инициалы

Н.С.

подпись

Работа оценена:

5/04.11
(оценка, дата)

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. СТЕПЕНИ И ПРИЗНАКИ НЕДОНОШЕННОСТИ	4
1.1 СТЕПЕНИ НЕДОНОШЕННОСТИ	4
1.2 ОСНОВНЫЕ ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ НЕДОНОШЕННОСТИ	4
1.3 АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	4
2. ЭТАПЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ И РОЛЬ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НИХ	6
2.1 ЭТАПЫ И КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА.....	6
3. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	8
4. ВСКАРМЛИВАНИЕ	9
5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	10
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	11

ВВЕДЕНИЕ

Недоношенные дети — дети, родившиеся в сроки между 28-й и 38-й неделями внутриутробного развития, с весом (массой) менее 2500 г, ростом менее 45 см.

В зависимости от веса тела ребенка при рождении принято различать четыре степени недоношенности:

1-я степень — вес тела 2001—2500 г;

2-я степень — вес 1501—2000 г;

3-я степень — вес 1001 —1500 г;

4-я степень — вес ниже 1000 г.

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.

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 мире каждый год около 15 миллионов детей рождаются на свет преждевременно. В среднем это 1 ребенок из 10 появляется на свет недоношенным. В России ежегодно более 110 тысяч детей рождаются раньше срока, это около 5,7% от числа всех новорожденных за год.

1. СТЕПЕНИ И ПРИЗНАКИ НЕДОНОШЕННОСТИ

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 variability 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.

1.1 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).

1.2 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 (сосательный, хватательный, поисковый, Моро, автоматической ходьбы).

1.3 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 обуславливает 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.

2. Система органов дыхания у недоношенного ребенка так же, как и нервная система, характеризуется незрелостью (предрасполагающий фон для патологии). Особенности: верхние дыхательные пути у недоношенных узкие, диафрагма расположена относительно высоко, грудная клетка податлива, ребра расположены перпендикулярно к груди (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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

2. ЭТАПЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ И РОЛЬ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В НИХ

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

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.

2.1 ЭТАПЫ И КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Первый этап осуществляется в родильном доме в течение 5-7 дней для более зрелых, 8- 10 дней для глубоко недоношенных. У детей, родившихся с гестационным возрастом более 28 недель, также как и у доношенных новорожденных, выполняется стандартный объем мероприятий по профилактике: осушаются кожных покровов, ребенка обертывают в теплые стерильные пеленки, но так как у них значительно выше риск развития гипотермических состояний стандартные мероприятия должны выполняться с особой тщательностью.

Так в обязанности медицинской сестры на данном этапе входит поддержание: теплового и бактериологического режима; сенсорная стимуляция в виде прикосновений, поглаживания и беседы с ребенком; терапия сурфактантом (рекомендации изложены в методическом письме Минздравсоцразвития России от 21.04.2010 г. № 15-4/10/2 3204); охранительного режима (ограничение световых, звуковых, болевых раздражителей); взвешивание 1 раз в 3 дня, предупреждая переохлаждение ребенка и обеспечивая смену инкубатора; придание комфортного физиологического положения.

Ребенок, родившийся с массой тела менее 1500 г, может быть выписан домой под наблюдение участкового врача педиатра при следующих условиях: масса тела от 1800-2000 г.; скорректированный возраст более 34 недель; успешное энтеральное питание(усвоение полного объема); способность удерживать постоянную температуру тела в открытой кроватке; положительная динамика массы тела (не менее 20 г/день); стабильное функционирование кровообращения; отсутствие апноэ в течение недели до выписки; готовность семьи к уходу за ребенком; возможность амбулаторного наблюдения и консультирования ребенка в специализированном учреждении в отделении катамнеза.

На втором этапе в создании и поддержании оптимальных условий выхаживания младенца уже помещают в кувез. И как ранее было сказано, в обязанности медицинских сестер входит: наблюдение за положением тела, дабы

избежать застойных явлений и деформаций; поддержание теплового режима; охранительный режим (ограничение световых, звуковых, болевых раздражителей); сенсорная стимуляция в виде прикосновений, поглаживания и беседы с ним; регулярное проведение дезинфекции кувеза; создание специальных —гнездышек; контроль дыхания при ИВЛ; мониторинг массы тела; контакт и участие родителей в выхаживании; энтеральное и парэнтеральное питание детей с ЭНМТ и ОНМТ; поддержание баланса жидкости и электролитов.

Особенности работы в отделении второго этапа выхаживания заключаются в том, что имеется свой приемный покой, цикличность заполнения, расчет площади 6 м² на одну койку, нагрузка на сестринский пост 4-6 человек.

Критерии выписки ребенка на поликлинический участок со 2-го этапа: ребенок может удерживать температуру тела в открытой кровати в течение не менее 1-2 суток (24-48 часов); может кормиться самостоятельно из бутылочки или груди матери и не требует дополнительного парентерального введения питательных растворов; положительная динамика веса (достижение веса 2000 г и более).

Третий этап выхаживания. Главная роль медицинской сестры отделения катамнеза - осуществление работы по профилактике инвалидизации, формирования здорового ребенка и оказание медицинской помощи детям с различной патологией на дому с целью выполнения рекомендаций врача.

Для решения ряда задач медицинская сестра выполняет большой комплекс мероприятий: совместно с врачом-педиатром участковым принимает недоношенных детей с момента выписки из стационара до трех лет; обеспечивает систематичность наблюдения педиатром, окулистом, неврологом; контролирует, насколько правильно родители выполняют врачебные назначения; планирование проведения вакцинации недоношенным детям; своевременно организует плановые медицинские осмотры детей, находящихся на диспансерном учете; выполнение лечебных процедур на дому по назначению врача; помогает врачу при проведении медицинских осмотров детей (осуществляет антропометрию, оформляет необходимые справки, рецепты, направления на исследования и т.д.); консультирует родителей по подбору лечебного питания, медикаментозной терапии и профилактики заболеваний (ЛФК, массаж, Войта-терапия, физиотерапия, тонкий пальцевый тренинг); расчет суточного, разового объема пищи, составление меню разного возраста на грудном вскармливании. Составление меню ребенку на смешанном и искусственном вскармливании.

3. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Для обеспечения лечебно-охранительного режима при уходе и выхаживании недоношенных детей должны соблюдаться следующих правил: в палатах отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных не должно быть слишком яркого света, при выполнении манипуляций нужно воспользоваться локально направленным светом; очень важно соблюдать режим тишины; в палате отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, недопустимо громко разговаривать, включать музыку; медперсонал должен вовремя реагировать на звуковые сигналы мониторов; оборудование, создающие громкий шум, такие как компрессоры, должны быть установлены за границами отделения; для прикрепления датчиков, игл-бабочек, катетеров, эндотрахеальных трубок желателен использовать не травматичный лейкопластырь, специальные пленочные фиксаторы; при использовании обычного пластыря перед снятием смочить его водой или маслом; для ежедневного ухода за кожей желателен использовать детское растительное или эфирное масла или вазелиновое, которое оказывает дезинфицирующее, смягчающее и увлажняющее действие; у глубоко недоношенных детей уход за кожей необходимо проводить без использования спиртовых растворов, водного раствора перманганата калия т.к. при обработке ран, пуповинного остатка могут появиться ожоги, развиваться болевой синдром; периодически поворачивать ребенка, избегать длительного вынужденного положения на одном положении, использовать сгибательное положение, которое наиболее физиологично.

Ощущение комфорта и безопасности для недоношенного ребенка можно обеспечить выхаживанием в «гнезде».

4. ВСКАРМЛИВАНИЕ

Недоношенные дети, особенно в первые недели жизни, должны получать материнское грудное молоко или сцеженное донорское грудное молоко. Естественное вскармливание обеспечивает максимальный успех в выхаживании этих детей. Женское молоко способствует преобладанию в кишечнике грудных детей бифидобактерий (см.), препятствующих росту гнилостной флоры кишечника, и содержит вещества, способствующие становлению у новорожденного физиологического иммунитета.

Для недоношенных детей, родившихся сравнительно в удовлетворительном состоянии с весом тела выше 2000 г, первое кормление целесообразно назначать через 8-12 час. после рождения. При весе тела ребенка до 2000 г при условии нахождения его в кувезе, где поддерживается необходимая температура и влажность, его не прикладывают к груди в течение всего времени пребывания в родильном доме (5-7 дней), а вскармливают при помощи зонда или соски (в зависимости от состояния ребенка и наличия сосательного рефлекса), первое кормление назначают также через 8-12 часов после рождения.

При выборе метода кормления руководствуются в основном степенью зрелости недоношенного ребенка, его общим состоянием, активностью сосания, глотания и показателями веса тела. При слабом сосательном и отсутствии глотательного рефлекса вскармливание производят при помощи тонкого полиэтиленового зонда.

Как правило, детей с весом тела менее 1300 грамм в течение первых 1,5-2 недель жизни кормят через зонд, так как при этом они меньше утомляются. Когда состояние ребенка улучшается и сосательные движения делаются активнее, часть кормлений через зонд постепенно заменяют кормлением из соски. Таким комбинированным методом обычно вскармливают детей с весом тела 1300-1500г в первые 2-3 недели жизни. В дальнейшем постепенно кормление через зонд исключают и переходят на кормление из соски.

Таблица 1- Суточную потребность молока в возрасте до 10 дней можно рассчитать калорийным методом на 1 кг массы тела

Возраст	При массе 900-2000 г	При массе более 2000 г
3 день	30 ккал	60 ккал
6 день	70-80 ккал	110 ккал
9 день	100-110 ккал	130 ккал

5. 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.

В заключении мы можем прийти к выводу, что основные проблемы новорожденных детей являются:

1. Нарушение потребности в еде вследствие отсутствия сосательного и глотательного рефлексов;
2. Нарушение терморегуляции;
3. Высокий риск развития инфекционных заболеваний из-за плохой сопротивляемости организма недоношенного;
4. Срыгивание, метеоризм, неустойчивый стул из-за низкой ферментативной активности;
5. Дефицит знаний у родственников ребенка об особенностях ухода и питания недоношенного.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1) Сестринский уход за недоношенными детьми [Электронный ресурс]. – Режим доступа:
https://knowledge.allbest.ru/medicine/2c0a65635b2bd69b4c53a89421206d26_0.html

2) Благотворительный фонд помощи недоношенным детям «Право на чудо» [Электронный ресурс]. – Режим доступа:
<https://pravonachudo.ru/?yclid=2799367611582285618>

3) Недоношенные дети – причины, симптомы, диагностика и лечение [Электронный ресурс]. – Режим доступа:
<https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/premature-babies>

4) НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ – Большая Медицинская Энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа:
https://бмэ.орг/index.php/НЕДОНОШЕННЫЕ_ДЕТИ

5) Недоношенные дети, родившиеся на сроке беременности от 28 до 37 недель [Электронный ресурс]. – Режим доступа:
https://www.nmclinika.ru/content/nedonoshennyi_rebenok.html