|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 04.052020 | *8:00-17:05***Тема 2 «Сестринский уход за недоношенными детьми»Занятие 1**Вы работаете в палате интенсивной терапии недоношенных, где находятся на лечении 2 ребенка, из которых:**5.** Ребенок родился на сроке гестации 30 недель с массой 1250, возраст 14 суток, пупочная ранка под корочкой Диагноз: новорожденный с ОНМТ. Получает режим кувеза, грудное молоко и фортификатор через зонд с помощью инфузомата.**6.** Ребенок родился на сроке гестации 34 недели неделя с массой 1870, возраст 7 суток, пуповина под скобкой. Диагноз: Диабетическая фетопатия. Персистирующая гипогликемия. Получает режим кувеза, сцеженное материнское молоко 7 раз в сутки через зонд порционно по 30 мл.* Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком

ОТВЕТ:**5.** 1. После стабилизации состояния транспортировка новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ из родильного зала в отделение интенсивной терапии проводится в пластиковой пленке, в транспортном инкубаторе под контролем пульсоксиметрии. 2. Транспортировка новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ осуществляется не менее чем 2 медицинскими работниками. 3. На этапе транспортировки из родильного зала следует держать пакет, в который помещен ребенок с ЭНМТ, максимально закрытым. Уход на новорожденными с ОНМТ и ЭНМТ на посту интенсивной терапии. • Установка влажности и температурного режима в инкубаторе • Снижение уровня сенсорной стимуляции до минимума в помещении. • Светоизолирующая накидка на инкубатор, «гнездо», • Термометрия(кожная)• Взвешивание предпочтительно в инкубаторе • Контроль АД и газов крови в первые 30 мин после поступления. • Общеклинические анализы с лейкоцитарной формулой • Кровь на сахар, СРБ • Рентгенограмма органов грудной клетки и нейросонография гол.мозга после стабилизации состояния • Начать эмпирическую АБТ -пенициллинового ряда и аминогликозиды в возрастной дозе в первые сутки жизни. • Введение вит К детям с массой 1000гр, в дозе 0,5мг (в/м или в/в если есть доступ)  • Начинать энтеральное питание желательно с первых 24 часов жизни, при стабильном состоянии. Помнить!!! Возникновение апноэ у недоношенных новорожденных в конце первой недели жизни (или позднее) может свидетельствовать о манифестации госпитальной инфекции, что требует проведения дополнительного обследования.Исследования, рекомендуемые новорождённым с ОНМТ и ЭНМТ для выявления перинатальной патологии ЦНС и органов чувств

|  |  |
| --- | --- |
| **Показания** | **Рекомендуемые исследования** |
| Все новорождённые с ОНМТ и ЭНМТ | Эхограмма головного мозга на 1–3-й день,повторно на 7–10-й день |
| Субэпендимальное кровоизлияние в желудочки головного мозга | НСГ 1 раз в неделю |
| Кровоизлияние в желудочки головного мозга без вентрикуломегалии | НСГ каждые 3–7 дней до стабилизации состояния |
| Перивентрикулярная лейкомаляция | НСГ на 30-е сутки жизни, повторно на 36-й неделепостконцептуального возраста или перед выпиской. Если данные эхограммы противоречивы, следует провести МРТ |
| Скрининг ретинопатии новорожденных | Первичный офтальмологический осмотр в 4–6 неджизни (31–32 нед постконцептуального возраста),далее – согласно рекомендациям офтальмолога |
| Аудиологический скрининг | Перед выпиской из стационара (не ранее 34-й неделипостконцептуального возраста) |

Начало введения энтерального питания: в случае стабильного состояния, в первые 24 часа жизни, в остальных ситуациях начало вскармливания можно отложить, но желательно не позднее 72 часов от момента рождения. Начальный объем: для ЭНМТ не более 0,5 – 1,0 мл, ОНМТ – 1,5 – 2,0 мл. Кратность введения (суточная) – 8 (реже до 12) раз за сутки. Трофическое питание: Трофическое питание направлено на созревание кишечника, а не на ребенка в целом; Цель – предотвращение атрофии слизистой и развитие моторики кишечника, а также повышение ферментативной активности. Его основная функция - стимуляция созревания кишечника. Может быть использовано параллельно с парентеральным. Способствует: Быстрому достижению полного энтерального питания; Развитию нормальной микрофлоры; Выработке инсулина и усвоению глюкозы Полный объем энтерального питания, которого желательно достигнуть к 3 неделе жизни – 140-160 мл/кг/сутки. Объем минимального трофического питания – 10–20мл/кг/сутки. Длительность проведения трофического питания – 5-7 дней, суточный объем увеличения энтерального кормления не должен превышать 10-20мл/кг/сутки.**Энтеральное питание противопоказано и его следует прекратить:** 1. При наличии врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта: − Все виды врожденной кишечной непроходимости (высокая и низкая формы) − Пороки развития других органов и систем: врожденная диафрагмальная грыжа; пороки передней брюшной стенки (гастрошизис, омфалоцеле) 2. При появлении симптомов кишечной непроходимости, признаках НЭК (см. КП НЭК) − Синдром рвоты и срыгивания с примесью желчи и/или застойным характером (наличие кишечного содержимого). − Эвакуация из желудка перед кормлением 2-3 мл зеленого содержимого по типу «болотной тины» − Увеличение остаточного объема в желудке через 3 часа после кормления (более 50% от введенного объема) − Вздутие живота, нарастающее в динамике − Болезненность живота при пальпации − Отсутствие перистальтики − Отек, гиперемия и усиление венозного рисунка передней брюшной стенки − Ухудшение клинического статуса, проявляющееся нарастанием полиорганной недостаточности: тахикардия или брадикардия, апноэ. − Примесь крови в стуле или желудочном отделяемом (необходимо помнить, что у 65% новорожденных, получающих кормление через желудочный зонд анализ на скрытую кровь может быть положительным). Наличие пупочного катетера не является противопоказанием к энтеральному кормлению!Тактика при нарушении адаптации определяется выраженностью симптомов 1. Остаточный объем: • Без примеси желчи – если объем отделяемого через 3 часа после кормления не превышает 50% от объема разового кормления и не имеет тенденцию к увеличению и самочувствие ребенка не страдает, кормление может быть продолжено под динамическим наблюдением и контролем других симптомов нарушения толерантности к энтеральному кормлению. • Если остаточный объем превышает 50% от объема разового кормления и имеется тенденция к увеличению, кормление можно продолжить под динамическим наблюдением, однако разовый энтеральный объем питания необходимо уменьшить в 2 раза. • Примесь желчи (особенно застойной по типу «болотной тины») более 2-3 мл за одно кормление – является серьезным признаком! Энтеральное кормление следует временно прекратить! Необходимо решить вопрос о выполнении следующих диагностических мероприятий: 1. Рентгенография органов брюшной полости + общий анализ крови + количество тромбоцитов. 2. Вздутие живота, появление контурированных кишечных петель, нарастающие в динамике – прекратить энтеральное кормление, выполнить рентгенографию органов брюшной полости + общий анализ крови + тромбоциты. 3. Отсутствие перистальтики, задержка отхождения стула, болезненность живота при пальпации – прекратить энтеральное кормление, выполнить рентгенографию органов брюшной полости + общий анализ крови + тромбоциты. 4. Кровь в стуле – прекратить энтеральное кормление + рентгенографию органов брюшной полости + общий анализ крови + тромбоциты. 5. Жидкий стул, апноэ, гипергликемия – приостановить энтеральное кормление, выполнить лабораторный скрининг для исключения инфекционного процесса (общий анализ крови + тромбоциты + СРБ + копрограмма + оценить результаты бактериологического мониторинга).**6.**  **Диабетическая фетопатия** – заболевание неонатального периода, развивающееся у новорожденных, матери которых страдают сахарным диабетом или гестационным диабетом, и характеризующееся полисистемным поражением, метаболическими и эндокринными дисфункциями.**Жалобы и анамнез:**• инсулинозависимый диабет (СД I типа) у матери во время беременности, как правило, протекает с осложнениями – периоды гипергликемии и кетоацидоза сменяются периодами гипогликемии, прогрессируют сосудистые поражения;•  у 1/3-1/2 женщин с СД беременность протекает с гестозом и другими осложнениями;• у беременных с сосудистыми осложнениями, как правило, развивается маточно-плацентарная недостаточность, и плод соответственно развивается в условиях хронической гипоксии.**Физикальное обследование:**• макросомия ‒ рождение ребенка с массой тела более 4000 г при доношенной беременности или > 90 перцентиля по таблицам внутриматочного роста плода;• по внешнему виду новорожденные с ДФ напоминают больных с синдромом Кушинга: при длинном ожиревшем туловище, конечности кажутся короткими и тонкими, а на фоне широкой грудной клетки голова ‒ маленькой; лицо лунообразное, с выступающими полными щеками, кожные покровы ярко-красного цвета или багрового оттенка, периферический (кистей и стоп) и периоральный цианоз, обильный волосяной покров на голове, а также темный пушок на плечах, ушных раковинах, иногда на спине, нередко имеются отеки на спине, реже на конечностях;•  синдром каудальной дискинезии (отсутствие или гипоплазия крестца и копчика, а иногда и поясничных позвонков, недоразвитие бедренных костей), пороки развития мозга, обратное расположение органов, удвоение мочеточников, аплазия почек, ВПС (транспозиция магистральных сосудов), аненцефалия. **Основные проблемы у новорожденных, родившихся у матерей с сахарным диабетом:**– асфиксия, родовая травма, респираторный дистресс синдром, кардиомегалия, кардиопатия, полицитемия стойкая гипогликемия, гипокалиеимия, гипомагниемия, гипербилирубинемия;– тромбогеморрагический синдром из-за: полицитемии, способствующей развитию гипервязкости крови и сладж-синдрома, особенно в условиях гипоксии; это обусловливает нарушение микроциркуляции, повышающей риск гипоксически-ишемических поражений ЦНС, способствует развитию язвенно-некротического энтероколита и дыхательных нарушений, тромбоза сосудов почек, тромбоза печёночных вен.**Лабораторные исследования**:**В клиническом анализе крови** – полицитемия;**Биохимический анализ крови:**• уровень глюкозы снижается менее 2,2 ммоль/л;NB! Определение уровень глюкозы в крови через 30-60 минут после рождения и в течение первых 3-х суток – через каждые 3-4 часа, далее до 6 дня 1 раз в день перед кормлением.• при затянувшейся желтухе – непрямая гипербилирубинемия;• возможны гипокальциемия (снижение уровня кальция в сыворотке крови менее 2,0 ммоль/л у доношенных и 1,75 ммоль/л ─ у недоношенных новорожденных или снижение уровня ионизированного кальция в сыворотке крови менее 0,75-0,87 ммоль/л у доношенных и менее 0,62-0,75 ммоль/л ─ у недоношенных новорожденных);• гипомагниемия **(**снижение уровня магния в сыворотке крови менее 0,66 ммоль/л**);**• КОС крови: декомпенсированный метаболический ацидоз.**Инструментальные исследования**:• ЭХО-КГ и ЭКГ – при подозрении на кардиопатию и ВПС;• Рентгенограмма легких при развитии дыхательных нарушений, сердца (других частей тела по необходимости).**Показания для консультации специалистов**: при диагностике пороков развития сердца, почек, патологии ЦНС и др., новорожденного обследуют кардиолог, невролог, нефролог для обсуждения тактики ведения. При необходимости привлекают эндокринолога.**Показания для плановой госпитализации:** беременные с сахарным или гестационным диабетом госпитализируются на роды в родовспомогательный стационар 3-го уровня.**Показания для экстренной госпитализации:** смотрите протокол по ведению беременности у женщин с сахарным или гестационным диабетом.**Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента**– В случае обращения беременной женщины, страдающей сахарным диабетом или гестационным диабетом в родовспомогательную организацию 1-го или 2-го уровней, вызвать транспортную бригаду и перевести ее с плодом in uteri в родовспомогательную организацию 3-го уровня.– Ребенок, родившийся у беременной с указанной патологией, в случае реализации проблем (см. п.2.3) из родильного зала переводится ОРИТН, либо в ОПН (палата интенсивной терапии) в зависимости от тяжести состояния. **Немедикаментозное лечение**:• обеспечить теплый родильный зал (температура воздуха ≥25**0**С);• принять ребенка в теплые сухие пеленки, положить на живот матери, обсушить, оценить его состояние;• в случае рождения ребенка в асфиксии – отделить от матери, поместить под источник лучистого тепла, провести реанимационные мероприятия (см. клинический протокол «Асфиксия при рождении»);•  если при рождении ребенок не нуждается в реанимационных мероприятиях, его следует положить на живот матери, обеспечить контакт кожа к коже и раннее начало грудного вскармливания;• если уровень глюкозы через 30-60 минут после рождения более 2,2 ммоль/л,  ребенку обеспечивают грудное вскармливание через каждые 2 часа без ночного перерыва;•  если ребенок не берет грудь, или по каким-либо причинам  не может быть приложен к груди, его кормят сцеженным материнским грудным молоком любым альтернативным методом (с помощью чашки, ложки, шприца, зонда) через каждые 2 часа без ночного перерыва;•  при тяжелом состоянии ребенка ‒ проводится парентеральное питание.**Перечень основных лекарственных средств** (имеющих 100% вероятность применения):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Лекарственная группа** | **Лекарственные средства** | **Показания** |  |
|   | 10% раствор декстрозы | Уровень гликемии у доношенного ≥1,5-1,9 ммоль/л и  унедоношенного ≥1,5-2,5 ммоль/л |

**Перечень дополнительных лекарственных средств** (менее 100% вероятности применения):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Лекарственная группа** | **Лекарственные средства** | **Показания** |   |
| Гормональные антагонисты инсулина | Глюкагон в дозе 0,1 мг/кг или 0,25-0,5 мл внутримышечно | Отсутствие эффекта от введения глюкозы в течение 6 часов. |
| Гидрокортизон 5-10 мг/кг/сут или преднизолон 2-3 мг/кг/сут до стабилизации состояния. | при отсутствии эффекта после введения глюкагона |   |

 **Хирургическое вмешательство:**•  при наличии тяжелого врожденного порока сердца или другой врожденной патологии, требующих хирургического вмешательства.  **Дальнейшее ведение:**•  при интеркуррентных заболеваниях необходимо определять сахар в крови и моче, 1 раз в год проводить стандартный тест на толерантность к глюкозе.NB! У детей с диабетической фетопатией, не имеющих врожденных пороков, к 2-3 месяцам происходит полное обратное развитие признаков фетопатии. Вероятность заболевания сахарным диабетом в дальнейшем невысокая, отмечается склонность детей к ожирению. Существует риск органического повреждения нервной системы в связи с гипогликемией. Минимальная мозговая дисфункция диагностируется в последующем у 1/3-1/4 детей, функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы — у 1/2. **Индикаторы эффективности лечения:**•  нормализация уровня глюкозы в крови на 6-7 сутки;•  отсутствие симптомов дыхательных нарушений, сердечной недостаточности, полицитемии, гипербилирубинемии. Составьте чек листы следующих манипуляций:* Мытье рук, надевание и снятие перчаток

Существует два уровня обработки рук медицинского персонала:1. **Гигиеническая обработка рук:**
	1. гигиеническое мытьё рук с мылом,
	2. гигиеническая обработка рук кожным антисептиком (без их предварительного мытья).
2. **Обработка рук хирургов.**

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РУК.***Цель:*удаление загрязнений и снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня (профилактика ИСМП).*Показания:** перед непосредственным контактом с пациентом;
* после контакта с неповрежденной кожей пациента;
* перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
* после контакта с биологическими средами организма, слизистыми оболочками, повязками;
* после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
* после лечения пациента с гнойными воспалительными процессами;
* после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

*Противопоказания:*индивидуальная непереносимость используемого мыла или кожного антисептика.*Условия эффективности:** коротко постриженные ногти;
* отсутствие лака на ногтях;
* отсутствие искусственных ногтей;
* отсутствие ювелирных украшений на руках (колец, перстней и т.д);
* обеспечение в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы).
1. ***Гигиеническое мытьё рук с мылом.***

*Оснащение:*раковина, оснащенная краном с локтевым (бесконтактным) вентилем; жидкое мыло; дозатор для жидкого мыла (локтевой или другой бесконтактный); бумажные полотенца (или индивидуальное матерчатое полотенце); держатель для бумажного полотенца; педальное ведро с пакетом для отходов класса А.Алгоритм манипуляции:

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **1. Подготовка к процедуре** |
| 1.1. Проверить условия необходимые для эффективного мытья рук. | Эффективность проведения манипуляции. |
| 1.2. Приготовить всё необходимое. |
| 1.3. Встать перед раковиной, стараясь не касаться её поверхности руками и одеждой. | Профилактика контаминации рук и одежды. |
| 1.4. Включить воду и отрегулировать температуру воды до комфортного значения (35-40 оС). | Оптимальная температура для деконтаминации рук и профилактика дерматитов. |
| **2. Выполнение процедуры**  |
| 2.1. Намочить кисти рук водой. | Эффективность проведения манипуляции. |
| 2.2. Нанести мыло на ладонь при помощи локтевого дозатора (или любого другого). | Профилактика контаминации рук. |
| 2.3. Тереть ладонью о ладонь. | Обеспечение равномерной деконтаминации кистей рук. |
| 2.4. Правой ладонью тереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот. |
| 2.5. Обработать межпальцевые промежутки: тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами. |
| 2.6. Соединить пальцы в замок, тереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки. |
| 2.7. Тереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук. |
| 2.8. Тереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки. |
| 2.9. Смыть мыло проточной водой.Примечание: доза жидкого мыла и время обработки согласно инструкции к применению. | Эффективность проведения манипуляции. |
| **3. Окончание процедуры** |
| 3.1. Выключить воду локтевым краном. |  |
| 3.2. Вытереть насухо руки бумажным полотенцем (индивидуальным матерчатым). | Эффективность проведения манипуляции, профилактика контактных дерматитов. |
| 3.3. Выбросить бумажное полотенце в педальное ведро с пакетом для отходов класса А, не касаясь его. | Надлежащее обращение с медицинскими отходами класса А. Профилактика реконтаминации рук. |
| **Примечание:** если раковина не имеет бесконтактный кран, сначала вытирают руки, затем закрывают вентиль, пользуясь использованным для вытирания рук медсестры бумажным полотенцем. |  |

«Использование перчаток (надевание стерильных перчаток, снятие использованных перчаток)»*Цель:*профилактика ИСМП; защита от агрессивных химических веществ.*Показания к применению перчаток:** когда возможен контакт с кровью или другими биологическими средами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами;
* когда возможен контакт со слизистыми оболочками;
* когда возможен контакт с поврежденной кожей;
* при работе со средствами дезинфекции, ПСО, стерилянтами, цитостатиками, гормональными кремами и др.;
* при работе с медицинскими отходами.

*Противопоказания к применению перчаток:*нет (при аллергии на латекс или пудру использовать не опудренные перчатки из синтетических материалов).Правила использования перчаток.1. Материал, из которого изготовлены перчатки, должен соответствовать выполняемым манипуляциям.
2. Необходимо использовать перчатки соответствующего размера.
3. Стерильные перчатки надевают только тогда, когда требуется асептика при выполнении манипуляций.
4. Перед надеванием нестерильных перчаток руки обрабатываются гигиеническим уровнем.
5. Перед надеванием стерильных перчаток руки обрабатываются гигиеническим или хирургическим способом в зависимости от вида выполняемой манипуляции.
6. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук;
7. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя или более пациентами при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка к чистому.
8. Перчатки, снятые в процессе манипуляции не используются повторно.
9. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой) смоченной раствором дезинфицирующего средства (антисептика) убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор дезинфицирующего средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.
10. При надевании нестерильных перчаток нужно прикасаться только к верхнему краю манжеты.

**НАДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНЫХ ПЕРЧАТОК.***Оснащение:*промышленная упаковка стерильных перчаток, манипуляционный стол.Алгоритм манипуляции:

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **1. Подготовка к процедуре** |
| 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем (по окончании обработки руки должны быть сухими). | Профилактика ИСМП. Эффективность проведения манипуляции. |
| 1.2. Взять упаковку с перчатками, проверить целостность упаковки и срок годности (стерильности). |
| 1.3. Вскрыть и развернуть упаковку с перчатками на манипуляционном столе. | Эффективность проведения манипуляции. |
| **2. Выполнение процедуры**  |
| 2.1. Взять перчатку для правой руки за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались наружной (рабочей) поверхности перчаток. | Предотвращение контаминации.Предотвращение контаминации. |
| 2.2. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку. |
| 2.3. Разомкнуть пальцы правой руки и натянуть перчатку на пальцы не нарушая её отворота. |
| 2.4. Завести под отворот левой руки 2-й, 3-й, 4-й, пальцы правой руки, уже одетой в перчатку, так чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-го пальца на левой перчатке. |
| 2.5. Держать левую перчатку 2-м, 3-м и 4-м пальцами правой руки вертикально. |
| 2.6. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести её в перчатку. |
| **3. Окончание процедуры** |
| 3.1. Расправить отворот в начале на левой перчатке, натянув её на рукав; затем на правой, с помощью 2-го и 3-го пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки. | Предотвращение контаминации. |
| **Примечание:** если медсестра левша, то манипуляцию она начинает с надевания перчатки на левую руку - правой рукой. |  |

**Надевание стерильных перчаток.**Снятие использованных перчаток.*Показания к снятию перчаток:** повреждение перчаток;
* завершение контакта с кровью и другими биологическими жидкостями или поврежденной кожей или слизистыми оболочками;
* завершение работы со средствами дезинфекции, ПСО, стерилянтами, цитостатиками, гормональными кремами и др.;
* завершение работы с медицинскими отходами;
* если необходимо провести гигиену рук.

*Оснащение:*емкость с дезраствором, пакет для медицинских отходов класса Б, ёмкость медицинских отходов класса Б.Алгоритм манипуляции:

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **1. Подготовка к процедуре** |
| 1.1. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой) смоченной раствором дезинфицирующего средства в концентрации соответствующей вирусным гепатитам или антисептиком, убрать видимые загрязнения. Eсли перчатки не загрязнены, медсестра сразу приступает к их снятию. | Профилактика ИСМП. |
| **2. Выполнение процедуры**  |
| 2.1. Пальцами правой руки в перчатке сделать отворот на левой перчатке, касаясь её только с наружной стороны. | Предотвращение контаминации рук медперсонала.Профилактика ИСМП. |
| 2.2. Пальцами левой руки сделать аналогичный отворот на правой перчатке. |
| 2.3. Снять перчатку с левой руки держа за отворот. |
| 2.4. Вывернуть её наизнанку. |
| 2.5. Держать снятую перчатку в правой руке. |
| 2.6. Левой рукой взять перчатку на правой руке за отворот. |
| 2.7. Снять перчатку с правой руки выворачивая её наизнанку. |  |
| **3. Окончание процедуры** |
| 3.1.Поместить перчатки в ёмкость с дезраствором или в пакет для медицинских отходов класса Б заправленный в ёмкость для отходов аналогичного класса в соответствии с принятыми в медицинской организации нормативами. | Надлежащее обращение с медицинскими отходами класса Б. |

* Кормление новорожденных через зонд

Цель:- обеспечить новорожденного ребенка необходимым количеством пищи, когда естественное питание через рот невозможно.Оснащение: - резиновые перчатки, маска, косынка;- отмеренное количество молока (стерильной молочной смеси) на одно кормление, подогретое до температуры 37-38°;- стерильный желудочный зонд;- стерильный шприц 20мл;- лоток для оснащения;- электроотсос или резиновая груша.Обязательное условие: - размер желудочного зонда зависит от массы тела ребенка;- масса менее 1000г- №4 носовой или №6 ротовой;- масса 1000-2500г- №6 носовой и ротовой;- недоношенному новорожденному ребенку с дыхательной недостаточностью до и после кормления провести оксигенотерапию с целью профилактики приступов апноэ.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| **Подготовка к процедуре** |
| Объяснить маме (родственникам) цель и ходвыполнения процедуры. | Обеспечение права матери на информацию. |
| Подготовить необходимое оснащение | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Надеть косынку, маску, вымыть и осушить руки,надеть перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Уложить ребенка на бок с приподнятым головнымконцом, зафиксировать такое положение с помощью пеленки. | Предупреждение аспирации. |
| **Выполнение процедуры** |
| Измерить глубину введения зонда: от мочки уха,через переносицу до конца мечевидного отросткагрудины (не касаясь ребенка), сделать метку. | Обеспечение введения зонда в желудок. |
| Заполнить шприц молоком, присоединить зонд, взять свободный конец зонда стерильной перчаткой или пинцетом, приподнять его и заполнить зонд молоком (до появления первой капли молока из отверстия на конце зонда). | Вытеснение воздуха из катетерапредупреждает попадание воздуха в желудокмалыша. |
| Отсоединить шприц, закрыть зажим и смочитьслепой конец зонда в молоке. | Предупреждение соскальзывания, вытеканиямолока. Предупреждение травмы слизистой,так как влажный зонд легче ввести. |
| Ввести зонд со средней линии языка (по нижнемуносовому ходу) до метки, не прилагая усилий. Вовремя введения следить за состоянием ребенка (нетли кашля, цианоза, одышки).*Примечание*: можно ввести зонд в желудок ребенка без предварительного его заполнения. В этом случае после введения зонда в желудок ребенка, присоединить шприц и потянуть поршень на себя, заполнить его желудочным содержимым. | Исключение попадания зонда в дыхательныепути.Контроль нахождения катетера в желудке и предупреждение попадания воздуха в желудокмалыша. |
| Присоединить шприц, приподнять его и оченьмедленно ввести назначенный объем молока.*Примечание*: при необходимости повторногоиспользования зонда, фиксировать еголейкопластырем к коже щеки и ввести небольшоеколичество физиологического раствора. | Профилактика рвоты.Постоянный зондможно оставить в желудке до 2 суток, но во избежание свертывания молока, промыть. |
| **Завершение процедуры** |
| Положить ребенка в кроватку на бок с приподнятым головным концом |  |
| Снять перчатки, вымыть и осушить руки.Использованный инструментарий поместить в дезинфицирующий раствор. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

* Работа линеоматом

Adrenalin 5 mgSol. Natrii Chloridi 0,9% ad 20V=2 ml/hвес пациента 80 кг.Для определения текущей дозы адреналина необходима:Количество вещества в растворе разделить на объем раствора 5:20=0,25 (мг в-ва в 1 мл р-ра) Полученный результат умножить на скорость инфузии 0,25\*2=0,5 (мг в-ва поступит пациенту в час)Результат необходимо разделить на вес пациента и на 60 минут 0,5:80:60=0,0001(мг/кг/мин)Расчет дозы адреналина 0,0001\*1000=0,1(мкг/кг/мин)* Обработка кувез

Дезинфекцию кувезов проводят дезинфицирующими средствами,в инструкциях по применению которых есть рекомендации пообеззараживанию кувезов.Для дезинфекции кувезов не допускается применениехлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составеальдегиды, фенол и его производные.Дезинфекцию наружных поверхностей кувезов с целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезовпроводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями.Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезовпроводят перед поступлением ребенка.Обработку кувезов проводят после перевода новорожденногоили не реже 1 раза в 7 дней. Обработку кувезов следует проводить сучетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретноймодели.Перед обработкой кувеза его необходимо выключить,опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренныхинструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины,через которое в кувез поступает воздух.Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способомпротирания, различных приспособлений -погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, времядезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из нихнаиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрациирабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва,рекомендованными для изделий медицинского назначения.После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильнымисалфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильнойводой (100 - 150 мл). После каждого смывания необходимо поверхностивытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать втечение времени, рекомендованного для конкретного используемогосредства. Закончив обработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат.Перед тем как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливаютстерильной дистиллированной водой.ТЕСТ**Сестринское дело в неонатолонгии**1. Причина гипотермии у недоношенных новорожденных

**а) низкое содержание бурого жира**б) высокое содержание бурого жирав) увеличение теплопродукцииг) уменьшение теплоотдачи1. Смена кувеза и дезинфекция проводится:

а) каждый день **б) каждые 3 – 5 дней**в) раз в неделю г) раз в месяц1. Пушковые волосы на теле новорожденного — это

**а) лануго** б) стридорв) склередема г) тризм1. Признак функциональной зрелости недоношенного

а) слабый крикб) отсутствие исчерченности стоп**в) гипорефлексия**г) непропорциональное телосложение1. Срок гестации отсчитывается с:

**а) первого дня последнего менструального цикла**б) последнего дня последнего менструального циклав) середины последнего менструального цикла1. Критерий перевода недоношенного новорожденного с зондового кормления на кормление из бутылочки

**а) появление сосательного рефлекса**б) прибавка массы телав) увеличение комочков Бишаг) исчезновение физиологической диспепсии1. Первый этап реанимации при асфиксии новорожденного

а) искусственная вентиляция легкихб) закрытый массаж сердцав) коррекция метаболических расстройств**г) восстановление проходимости дыхательных путей**1. Второй этап реанимации при асфиксии новорожденного

а) восстановление проходимости дыхательных путей**б) восстановление внешнего дыхания**в) коррекция гемодинамических расстройствг) коррекция метаболических расстройств1. Основная причина родовой травмы ЦНС у детей

**а) гипоксия**б) гиперкапнияв) гипопротеинемияг) гипергликемия1. Непосредственно к возникновению родовой травмы у детей приводит

**а) несоответствие размеров головки плода и таза матери**б) хромосомное нарушениев) нарушение белкового обменаг) гипергликемия1. Кефалогематома — это кровоизлияние

а) в мягкие ткани головыб) над твердой мозговой оболочкойв) под твердой мозговой оболочкой**г) под надкостницу**1. К очаговым признакам поражения ЦНС у новорожденного относится

а) рефлекс Мороб) симптом Бабинскогов) симптом Кернига**г) симптом Грефе**1. Грозным осложнением синдрома срыгивания и рвоты является:

а) метеоризм б) перитонит**в) аспирация** г) аритмия 1. Наиболее частая причина гемолитической болезни новорожденных

а) гипоксияб) гиперкапнияв) внутриутробное инфицирование**г) резус-конфликт**1. При гемолитической болезни новорожденных токсическое действие на организм оказывает

а) фенилалонин **б) билирубин**в) глюкозаг) холестерин1. Специфическое осложнение ГБН

а) отит б) пневмонияв) сепсис**г) билирубиновая энцефалопатия**1. Симптомы гемолитической болезни новорожденных:

а) ахоличный стул б) появление желтухи на третий день**в) появление желтухи в первые сутки, билирубинемия**1. Генерализованная форма гнойно-септических заболеваний новорожденных

а) везикулопустулезб) парапроктит**в) сепсис**г) омфалит1. Наиболее частая причина сепсиса у новорожденных

а) потница**б) пузырчатка новорожденных**в) гемангиомаг) аллергический дерматит1. Воспаление пупочной ранки новорожденного

а) гемангиомаб) дерматитв) потница**г) омфалит**1. Обработка пустул у новорожденных проводится

**а) 1% бриллиантового зеленого**б) 4% перманганата калияв) 5% перекиси водородаг) 10% хлорида натрия1. Пупочную ранку новорожденного при появлении гнойного отделяемого обрабатывают раствором:

а) 0,9% хлорида натрия**б) 3% перекиси водорода**в) 0,5% хлораминаг) 5% йода1. Наиболее частые входные ворота при неонатальном сепсисе

а) носоглоткаб) конъюнктивав) пищеварительный тракт**г) пупочная ранка**1. Инфекционное заболевание кожи новорожденного

а) потница**б) пузырчатка**в) опрелостиг) эритема1. Для лечения и ухода при мокнущих опрелостях рекомендуют

а) обработка 2% раствором йода**б) примочки с 0,5-1% раствором резорцина**в) 2% раствором бриллиантового зеленогог) 5% раствор калий марганец О4 |  |  |