

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ ПРИ УХОДЕ
ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31. 02. 02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Ходак Ангелины Андреевны**

Научный руководитель:
преподаватель Кравцова Т.В.

Рецензент: заведующая
организационно – методическим
отделом ОГБУЗ «Белгородский
онкологический диспансер»
Н.А. Лактионова

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО.....	6
1.1. Недоношенность и ее причины	6
1.2. Анатомо – физиологические и нервно – психические особенности недоношенных детей.....	9
1.3. Особенности течения периода новорожденности у недоношенных.....	12
1.4. Особенности ухода и организации выхаживания недоношенных детей.....	13
1.5. Основные направления профессиональной деятельности акушерки в реабилитации матери и недоношенного ребенка.....	18
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МОЛОДЫХ МАТЕРЕЙ ОСОБЕННОСТЯМ УХОДА ЗА НЕДОНОШЕННЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ.....	23
2.1. Характеристика базы исследования.....	23
2.2. Исследование на предмет информированности матерей города Белгорода об уходе за недоношенными новорожденными.....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным Всемирной организации здоровья (ВОЗ) ежегодно во всем мире около 15 миллионов малышей рождаются недоношенными. Каждые десятые роды в мире происходят преждевременно [5]. В процентном соотношении в развивающихся странах их больше чем в развитых. Российская статистика в этом случае находится на уровне развитых стран. В нашей стране количество преждевременных родов ежегодно возрастает.

По данным, опубликованных на сайте медицинского информационно – аналитического центра за период 2018 г. в городе Белгород родилось 5034 малыша, из которых 455 новорожденных оказались недоношенными. В 2017 г. родилось в г. Белгороде 4567 младенцев, из них 453 малыша имели недоношенность различной степени. 2016 г. – 4468 родилось детей, 374 младенца недоношенные [10].

Недоношенные дети на сегодняшний день составляют наиболее острую проблему в педиатрии и неонатологии. Основное значение в данном вопросе, составляет один важный и наиболее значимый аспект – процент выживаемости недоношенных детей, родившихся ранее 40 недель гестационного срока. Главная задача в решении этого вопроса состоит в том, чтобы таким детям вовремя была оказана квалифицированная медицинская помощь.

При грамотном и квалифицированном медицинском уходе недоношенных детей с массой тела чуть больше 500 г. удаётся спасти на 22 – 25 неделе беременности. Наибольший прогресс в решении указанной проблемы достигли следующие страны: Япония, Канада, США, Австралия. В этих странах на сегодняшний день проводится особо тщательное интенсивное лечение таких детей. В высокоразвитых экономически странах отмечается максимальное количество спасённых жизней недоношенным детям, благодаря хорошо оснащённым отделениям интенсивной терапии для новорожденных, наличие высококвалифицированных медицинских работников, правильном уходе за недоношенным новорожденным.

Правильно организованный сестринский уход за недоношенными детьми играет огромную роль в сохранении жизни детей.

Но следует отметить такой факт, что сохранение жизнеспособности таких младенцев зависит не только от своевременно проведенных лечебных мероприятий, но и от дальнейших действий родителей малыша, поэтому профилактика недоношенности должна стать неотъемлемой честью работы медицинского персонала с женщинами репродуктивного возраста. Прежде всего она должна содержать основные моменты, направленные на обучение молодой матери навыкам и особенностям выхаживания недоношенного новорожденного.

Основная цель исследования – оптимизировать профессиональную деятельность акушерки по обучению молодых матерей особенностям ухода за недоношенными новорожденными.

Для достижения указанной цели были определены следующие задачи:

- провести теоретический анализ данных по указанной теме;
- провести анкетирование среди молодых матерей родильного отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» на предмет информированности о правильном уходе за недоношенным ребенком;
- выработать практические рекомендации для молодых матерей по уходу за недоношенными новорожденными;
- предложить способ информирования женщин, планирующих беременность о профилактике недонашивания беременности путём создания и распространения буклетов в женских консультациях.

Методы исследования:

- научно – теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный) метод;
- социологический – анкетирование;
- статистический – статическая обработка информации;
- разработка, создание и распространение буклетов.

Предмет исследования – деятельность акушерки по уходу за недоношенными новорожденными в условиях современного ЛПУ.

Объект исследования: родильницы перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» (40 человек).

Практическая значимость работы – состоит в выработке практических рекомендаций, используемых в жизни молодых матерей при уходе за недоношенными новорожденными.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО

1.1. Недоношенность и ее причины

Недоношенный ребёнок — ребёнок, родившийся при сроке менее 37 полных недель, то есть до 260 дня беременности. Недоношенные дети имеют массу тела менее 2500 г. и рост менее 45 см. Антропометрические показатели вследствие их значительной индивидуальной вариабельности 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. В зависимости от показателей гестационного возраста и массы тела недоношенного ребенка выделяют 4 степени недоношенности [11].

Грань между выкидышем и недоношенным новорожденным достаточно маленькая и при 22 полных неделях (154 полных дня) гестации определяется по массе: 499 г. — выкидыш, 500 г. — недоношенный новорожденный. Среди преждевременно родившихся детей наблюдается самая высокая заболеваемость и смертность. На их долю приходится от 50 до 75% младенческой смертности, а в некоторых развивающихся странах — практически 100%.

Среди основных причин недонашивания беременности выделяют следующие:

1. социально — экономические. Это, прежде всего, профессиональные вредности (работа на вредном производстве, с компьютерами, с солями тяжелых металлов, химреактивами и т.д.); уровень образования родителей (чем ниже уровень образования матери и отца, тем выше вероятность недонашивания); отношение женщины к беременности: в случаях

нежеланной беременности, особенно у женщин, не состоящих в браке, преждевременное рождение ребенка наблюдается в 2 раза чаще; курение как матери, так и отца. Типичные осложнения беременности у курящих – предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты и разрыв плодного пузыря, способствуют невынашиванию. Интенсивное курение отца снижает вероятность зачатия и является фактором риска рождения ребенка с низкой массой тела; употребление алкоголя и/или наркотиков приводит к высокой частоте рождения недоношенного ребенка.

2. социально – биологические. Это возраст матери (первородящие женщины моложе 17 лет и старше 30 лет) и отца (моложе 17 лет); субклиническая инфекция и бактериальное носительство; предшествующие аборт; «дефицитное» питание беременной женщины.

3. клинические: экстрагенитальные заболевания матери (особенно при обострении или декомпенсации их во время беременности); антифосфолипидный синдром у матери (в 30—40% случаев привычного невынашивания беременности); хронические заболевания мочеполовой системы у матери; оперативные вмешательства во время беременности; психологические и физические травмы и другие патологические состояния; гестоз продолжительностью более 4 недель.

4. экстракорпоральное оплодотворение. Многоплодная беременность [17].

Факторы, способствующие задержке роста плода и преждевременным родам условно можно разделить на 3 группы:

1. социально – экономические: отсутствие или недостаточность медицинской помощи до и во время беременности; уровень образования (менее 9 классов) – влияют на уровень и образ жизни, особенности личности, материальное благополучие; низкий уровень жизни и, соответственно, материальной обеспеченности, и как следствие, неудовлетворительные жилищно – бытовые условия, неполноценное питание будущей матери; профессиональные вредности (физически тяжёлый, продолжительный,

однообразный, в положении стоя труд беременной женщины); внебрачные роды (особенно при нежеланной беременности); неблагоприятная экологическая обстановка.

2. социально – биологические: юный или пожилой возраст беременной (менее 18 лет) и первые роды старше 30 лет); возраст отца моложе 18 лет и старше 50 лет (на территории Европы); вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания) как будущей матери, так и отца; низкий рост, инфантильное телосложение беременной.

3. клинические: инфантилизм половых органов, особенно в сочетании с гормональными расстройствами (недостаточность желтого тела, гипофункция яичников, истмико – цервикальная недостаточность) – до 17% всех преждевременных родов; предшествующие аборт и выкидыши – ведут к неполноценной секреции эндометрия, коллагенизации стромы, истмико – цервикальной недостаточности, повышению сократительной способности матки, развитию в ней воспалительных процессов (эндометрита, синехий); психические и физические травмы беременной (испуг, потрясения, падение и ушиб, подъем тяжестей, оперативные вмешательства во время беременности – особенно, лапаротомия); воспалительные заболевания матери острого и хронического характера, острые инфекционные заболевания (роды на высоте лихорадки, а также в ближайшие 1 – 2 недели после выздоровления); экстрагенитальная патология, особенно с признаками декомпенсации или обострения во время беременности: ревматические болезни сердца, артериальная гипертензия, пиелонефрит, анемия, эндокринные заболевания (гипотиреоз, тиреотоксикоз, сахарный диабет, гиперфункция коры надпочечников и др.) и др. вызывают нарушение маточно – плацентарного кровотока, дегенеративные изменения в плаценте; генитальная патология [4];

1.2. Анатомио – физиологические и нервно – психические особенности недоношенных детей

Анатомические особенности недоношенных обнаруживаются, прежде всего в наружных признаках незрелости, которые отличают недоношенного малыша, от малыша, который родился в срок. К ним можно отнести следующие показатели:

- цвет кожных покровов. «Глянцевый» и тонкий слой кожи, темно – красного цвета, словно просвечивающаяся в некоторых местах;
- на лице, спине, разгибательных поверхностях конечностей имеется обильный первородный пушок – лануго;
- подкожно – жировой слой кожи очень тонкий, вследствие чего кожа морщинистая, отмечается склонность к отеку подкожно – жировой клетчатки;
- длина тела от 25 см. до 46 см.;
- непропорциональное телосложение (голова относительно больше длины тела; большой вертикальный размер головки колеблется от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{3}$ размеров тела, мозговая череп преобладает над лицевой, шея и нижние конечности короче, чем у доношенных младенцев);
- низкий рост волос на лбу;
- череп более круглый, кости его податливые – не сращение черепных швов, малый и боковые роднички обычно открыты;
- ушные раковины мягкие, плотно прилежат к черепу;
- ногти чаще не доходят до кончиков пальцев, ногтевые пластинки мягкие;
- низко расположенное место отхождения пуповины, ниже средней точки тела;
- недоразвитие половых органов: у девочек половая щель зияет, т. е. малые половые губы не прикрыты большими половыми губами (вследствие недоразвития больших половых губ и относительной гипертрофии клитора),

у мальчиков яички не опущены в мошонку (у крайне незрелых детей мошонка вообще недоразвита). [7]

Физиологические особенности организма недоношенного ребенка (функциональные признаки незрелости) могут быть обнаружены со стороны деятельности ряда систем, в частности:

1. со стороны нервной и мышечной систем: синдром угнетения: мышечная гипотония, вялость, сонливость, замедленная реакция на раздражители, слабый тихий крик или писк; преобладание подкорковой активности (из – за незрелости коры головного мозга): движения хаотичны, могут отмечаться вздрагивания, тремор рук, клонус стоп; несовершенство терморегуляции (сниженная теплопродукция и повышенная теплоотдача: дети легко охлаждаются и перегреваются, у них нет адекватного повышения температуры на инфекционный процесс); слабая выраженность, быстрое угасание или отсутствие физиологических рефлексов периода новорожденности; слабая интенсивность сосания.

2. со стороны дыхательной системы: большая лабильность частоты и глубины дыхания со склонностью к тахипноэ (36 – 72 в минуту, в среднем – 48 – 52), поверхностный его характер; частые респираторные паузы (апноэ) различной продолжительности (5 – 12 сек.); гаспы (судорожные дыхательные движения с затрудненным вдохом); во время сна или покоя могут наблюдаться: дыхание типа Биота (правильные чередования периодов апноэ с периодами дыхательных движений одинаковой глубины) (Приложение 2), дыхание типа Чейн – Стокса (периодическое дыхание с паузами и постепенным увеличением, а затем снижением амплитуды дыхательных движений) (Приложение 2); первичные ателектазы; цианотичность.

3. со стороны сердечно – сосудистой системы: более низкое АД в первые дни жизни (75/20 мм. рт. ст. с повышением в последующие дни до 85/40 мм. рт. ст.); лабильность частоты сердечных сокращений со склонностью к тахикардии (до 200 в минуту, в среднем – 140 – 160 уд./мин.);

феномен эмбриокардии (ритм сердца, характеризующийся одинаковыми по продолжительности паузами между I и II тоном и между II и I тоном); приглушенность сердечных тонов, в первые дни жизни возможны шумы вследствие часто встречающегося функционирования эмбриональных шунтов (боталлов проток, овальное окно); сосудистая дистония – преобладание активности симпатического отдела вегетативной нервной системы – любые раздражения вызывают учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления; симптом Арлекина (или симптом Финкельштейна): в положении ребенка на боку наблюдается неравномерная окраска кожи: нижняя половина розового цвета, верхняя – белая, что обусловлено незрелостью гипоталамуса, который осуществляет контроль над состоянием тонуса капилляров кожи.

4. со стороны пищеварительной системы: сниженная толерантность к пище: низкая протеолитическая активность ферментов желудочного сока, недостаточная выработка панкреатических и кишечных ферментов, желчных кислот; повышенная проницаемость кишечной стенки; предрасположенность к метеоризму и дисбактериозу; недоразвитие кардиального отдела желудка (зияние кардии – склонность к срыгиваниям).

5. со стороны мочевыделительной системы: низкая фильтрационная и осмотическая функция почек.

6. со стороны эндокринной системы: снижение резервных возможностей щитовидной железы – склонность к транзиторному гипотиреозу.

7. со стороны обмена веществ и гомеостаза: склонность к: гипопроотеинемии, гипогликемии, гипокальциемии, гипербилирубинемии, метаболическому ацидозу.

8. со стороны иммунной системы: низкий уровень гуморального иммунитета и неспецифических факторов защиты.

Стоит отметить, что в нервно – психическом развитии к 1,5 годам догоняют доношенных, при условии, что они здоровы. В 20% случаев с массой 1500 г. и < – поражается ЦНС (ДЦП, эпилепсия, гидроцефалия) [6].

1.3. Особенности течения периода новорожденности у недоношенных

Период ранней адаптации у недоношенных новорожденных будет отличаться от данного периода у доношенных новорожденных и составит 8–14 дней, период новорожденности будет продолжаться более 28 дней (до 1,5 – 3 месяцев). Например, если ребенок родился в сроке гестации 32 недели, то в 1 месяц жизни его гестационный возраст составит $32 + 4 = 36$ недель. Физиологическая убыль массы тела продолжится гораздо дольше – 4 – 7 дней и составит до 10 – 14%, восстановление ее произойдет только ко 2 – 3 неделе жизни. У 90 – 95% преждевременно родившихся детей будет наблюдаться неонатальная желтуха недоношенных, более выраженная и длительная, чем у доношенных (может удерживаться до 3–4 недель). Гормональный криз и токсическая эритема встречаются реже, чем у доношенных младенцев. Повышение мышечного тонуса в сгибателях у них обычно появляется в 1 – 2 месяца жизни. [11] У здоровых недоношенных с массой до 1500 г. способность к сосанию появляется в течение 1 – 2 недель жизни, с массой от 1500 г. до 1000 г. – на 2 – 3 неделе жизни, менее 1000 г. – к месяцу жизни. Темпы развития недоношенных детей очень высоки. Большинство недоношенных детей по весоростовым показателям догоняют своих сверстников к 1 – 1,5 годам. Дети с очень низкой массой тела при рождении (менее 1500 г. – глубоко недоношенные) обычно отстают в физическом и нервно – психическом развитии до 2–3 лет. В 20% среди глубоко недоношенных детей имеют место органические поражения ЦНС (ДЦП, поражения слуха, зрения и прочее). В 5 – 7 лет и 11 – 14 лет могут отмечаться нарушения гармоничности развития (задержка роста) [9].

1.4. Особенности ухода и организации выхаживания недоношенных детей

Выхаживание и лечение недоношенного ребенка начинается непосредственно в родильном зале. При преждевременных родах температура воздуха в родильной палате должна составлять не менее 28°C к моменту рождения ребенка. Принципы первичного туалета недоношенного новорожденного аналогичны таковым у детей, родившихся в срок. Всем недоношенным детям после рождения внутримышечно вводят витамин К. При родах прием этих новорожденных производят в стерильные подогретые пеленки, они должны быть бережно обсушены и помещены на столик лучистого тепла для реанимации. Газовая смесь, используемая для реанимации таких детей, должна быть согрета и увлажнена. Многие из этих детей требуют немедленной интубации. Для многих детей с экстремально низкой массой тела необходима постановка пупочного артериального катетера, тогда мониторинг не потребует болезненных процедур по забору проб крови. В этой группе детей важен мониторинг артериального давления крови при измерении его прямым методом. Диапазон среднего артериального давления крови у детей с ЭНМТ широк и первоначально может быть достаточно низким (24 – 25 мм.рт.ст.). Этим детям необходима начальная поддержка артериального давления низкими дозами допамина (2 – 5 мкг./кг./мин.). Важным является мониторинг концентрации глюкозы. После проведения первичного туалета недоношенный ребенок должен быть в кратчайший срок переведен в отделение интенсивной терапии или патологии новорожденных родильного дома, персонал которого необходимо заранее информировать о поступлении ребенка и дать четкие распоряжения о подготовке необходимой аппаратуры для выхаживания. При уходе за недоношенным ребенком крайне важно организовать тепловой режим на

всех этапах пребывания новорожденного (принцип «тепловой цепочки»). Перевод ребенка производится на том же реанимационном столике (при более стабильном состоянии перевод возможен в транспортном кувете). После этого должно быть налажено постоянное наблюдение, так как их состояние может быстро изменяться. Выхаживание маловесных и недоношенных детей в стабильном состоянии осуществляется по методу «Кенгуру» путем непосредственного контакта «кожа к коже» матери и ребенка. Метод обеспечивает адекватную терморегуляцию, облегчает грудное вскармливание и позволяет постоянно наблюдать за состоянием ребенка. Тело матери при этом (по подобию сумчатых животных) находится в тесном контакте с телом новорожденного, пребывающего в вертикальном положении, и обеспечивает максимальную защиту. Дети при этом хорошо спят, активны во время бодрствования, меньше плачут, быстрее набирают вес, их раньше выписывают из стационара. Преимуществами выхаживания по методу «Кенгуру» являются следующие особенности:

- 1) поддерживается постоянный физиологический микроклимат (лучше, чем в инкубаторе);
- 2) постоянная соматосенсорная стимуляция, полученная ребенком от матери, снижает частоту апноэ;
- 3) под частым воздействием стимуляции, исходящей от груди матери, улучшаются сосательный и глотательный рефлексы у новорожденного ребенка;
- 4) стимулируется процесс лактации у матери;
- 5) улучшается психомоторное и эмоциональное развитие ребенка.

Критерии использования данного метода: роды при сроке беременности свыше 30 недель; вес при рождении более 1100 г.; хорошее общее состояние здоровья; частичная возможность сосать.

Инкубаторы (куветы «закрытого типа») в первые дни жизни используют при выхаживании большинства недоношенных детей, родившихся с массой 2000 г. и менее. В первые дни жизни недоношенного

ребенка влажность в инкубаторе составляет 90 – 95%, с 3 – 4 дня она снижается до 70% и к 2 – 3 неделе постепенно доводится до 50 – 60%. Температура воздуха в инкубаторе зависит от массы тела и возраста ребенка: при массе более 2 кг. эта температура составляет 31 – 33°C; 1,5 – 2 кг. – 32 – 34°C; 1 – 1,5 кг. – 32 – 35°C; менее 1 кг. – 35 – 37°C. Уровень оксигенации подбирается индивидуально, поддерживается минимальная концентрация кислорода, при которой исчезают клинические признаки гипоксемии. Концентрация кислорода более 40% увеличивает риск поражения легких и зрения (бронхолегочной дисплазии и ретинопатии). Длительность пребывания здорового недоношенного ребенка в закрытом кувезе в случае массы при рождении 1200 – 1500 г. обычно ограничивается 2 – 4 днями. В случае меньшей массы длительность пребывания в кувезе может составлять от 7 – 8 дней до нескольких недель, чем длительнее пребывание ребенка в кувезе, тем больше вероятность его инфицирования. Каждые 3 дня кувез меняется и тщательно обрабатывается с последующим кварцеванием и проветриванием. При обработке кувеза используется моющий раствор с перекисью водорода, запрещается использование дезинфекционных средств (хлорамина, гипохлорида). Когда недоношенный ребенок начинает лучше удерживать тепло и самостоятельную оксигенацию, его помещают в обогреваемую кроватку. Дополнительный обогрев ребенка прекращают, когда он поддерживает нормальную температуру тела при температуре в палате 24 – 25°C.

Отделения или больницы, предназначенные для II этапа выхаживания недоношенных детей, планируют из расчета 40 – 45 коек на 1000 преждевременных родов в год. Осмотр недоношенного ребенка проводят сразу же после поступления непосредственно в отделение, что позволяет избежать его охлаждения и провести при необходимости неотложные лечебные мероприятия. Заполнение палат проводят циклично в течение 1 – 3 суток. Принципы поддержания санитарно – противоэпидемического режима в отделениях II этапа выхаживания такой же, как для отделений

новорожденных родильных домов. Палаты должны быть полностью боксированы, рассчитаны на 2 – 4 недоношенных. Сестринский пост обычно располагается вне палаты, в месте, удобном для наблюдения за всеми детьми (4 – 6 недоношенных, в зависимости от состояния, массы тела и метода вскармливания). Отделение должно иметь свободные чистые палаты для изоляции заболевших детей. Оптимальными для предотвращения внутрибольничной инфекции можно считать отделения, спланированные по «зеркальному» типу, т.е. имеющие полный двойной набор помещений, половина из которых находится на проветривании. Смену помещений проводят с периодичностью 2 – 4 недели под систематическим контролем их бактериологического контроля. Оптимальным можно считать совместное пребывание в одной палате с матерью, так как данный метод выхаживания снижает заболеваемость инфекциями и способствует психомоторному развитию.

Выписка здоровых детей из отделения II этапа выхаживания недоношенных возможна при достижении ребенком массы 1700 г. без вакцинации против туберкулеза.

Выхаживание и необходимое лечение недоношенного ребенка в специализированном отделении II этапа выхаживания новорожденных строится индивидуально и является продолжением мероприятий, начатых в отделении патологии новорожденных родильного дома. Первые 2 – 3 суток после перевода ребенок адаптируется к новым условиям, что может выражаться изменением поведения (необходимо исключить появление неврологической симптоматики, спровоцированной транспортировкой), отсутствием прибавок или снижением массы тела, появлением срыгиваний, апноэ. Ребенок требует особого отношения – кормление грудным молоком, иногда с уменьшением объема питания и изменением метода вскармливания, помещение в кувез, дополнительная оксигенация.

Недоношенные дети с массой тела 1700 г. и менее нуждаются в обогреве, их помещают в кувез открытого типа (кровать – грелка).

Дополнительное согревание таких детей обычно прекращается к концу 2 – 3 – й недели жизни. Дети с ЭНМТ нередко находятся в открытых кувезах до 1,5 – 2 – х месяцев жизни. Инкубаторы (кувезы закрытого типа) на втором этапе выхаживания используют для больных недоношенных. Температура воздуха в отделении для недоношенных соответствует такой же, как в отделении патологии новорожденных родильного дома. В палате, где находятся недоношенные с массой выше 2500 г., температура воздуха 23 – 24°С. Антропометрию недоношенных малышей осуществляют в день поступления (измеряются окружность головы, груди, рост, масса), а затем повторяют ежемесячно. Взвешивают детей ежедневно. Окружность головы измеряют один раз в неделю. Выкладывание недоношенных детей на живот начинают как можно раньше. Манипуляцию проводят на жесткой поверхности (матрасик) без подушки, так как у некоторых недоношенных детей даже в месячном возрасте может отсутствовать защитный рефлекс поворота головы в положении на животе. Массаж передней брюшной стенки проводится ежедневно, начиная с месячного возраста, при достижении ребенком массы 1700 – 1800 г. Недоношенным, страдающим метеоризмом, показан периодический массаж живота даже при массе тела 900 – 1000 г. Прогулки с недоношенными детьми проводятся на прогулочных верандах или на улице в теплый весенне – осенний период и летом. Их начинают с 3 – 4 – недельного возраста при достижении массы тела 1700 – 1800 г. Прогулки с детьми, родившимися на 28 – 29 – й неделе гестации и ранее, можно начинать при массе тела 1500 – 1600 г. В случае затяжных бронхолегочных заболеваний и тяжелой анемии недоношенных показаны прогулки и в зимний период на прогулочной веранде при температуре воздуха не ниже +5°С.

Здоровый недоношенный ребенок, способный поддерживать нормальную температуру тела без дополнительного обогрева, может быть выписан домой. Условиями для выписки являются: регулярная и достаточная прибавка массы тела, мать правильно прикладывает ребенка к груди и знает

принципы успешного грудного вскармливания, владеет навыками по уходу за пупочным остатком и кожей; осведомлена об опасных симптомах у новорожденного. Чаще всего выписка недоношенного ребенка домой из родильного дома производится не ранее 8 – 10 суток жизни, при достижении ребенком массы 1700 г. О выписке ребенка сообщают в детскую поликлинику для проведения срочного патронажа.

1.5. Основные направления профессиональной деятельности акушерки в реабилитации матери и недоношенного ребенка

В родильном доме роженицы и медицинский персонал находятся в сложной нервной ситуации. Особенно если речь идет о возможных преждевременных родах. Преждевременные роды – это большая психологическая травма для матери. Часто молодые родители переживают сильный стресс на фоне эмоционального кризиса и разочарования, связанные с рождением недоношенного ребенка. Внешние отличия рожденного ребенка от того, которого ожидали родители, неспособность выносить и родить здорового малыша нередко приводят к развитию депрессии у матери в послеродовом периоде. Родители испытывают большую, иногда неуправляемую тревогу, чувства уныния, безнадежности, а нередко и ощущение вины. Беспокойство молодых родителей связанные с тем, что и в дальнейшей жизни их недоношенный ребенок будет существенно отличаться по внешним и внутренним признакам от сверстников, которые были рождены в срок, может смениться раздражением, направленным против малыша. Этот короткий период жизни может в значительной мере изменить отношение матери к младенцу. Недоношенные дети составляют значительную часть детей, испытывающих равнодушное и чаще негативное обращение со стороны родителей. Это может быть связано с продолжительным периодом отдельно пребывания матери и новорожденного ребенка, которое ранее активно практиковалось, и было

характерным для отделения патологии новорожденных. Дородовый период, роды и начальный этап послеродового периода, которые характеризуются высоким эмоциональным напряжением, обязывают медицинский персонал бережно относиться к женщине и ее новорожденному малышу. Акушеркам и другому медицинскому персоналу по правилам медицинской этики и деонтологии, необходимо направлять все свои усилия на развитие чувства любви к ребенку со стороны матери и других членов семьи.

В современной неонатологии актуальным является обеспечение непрерывного контакта матери и малыша с момента его рождения. В настоящем психологи рассматривают диаду «мать – ребенок» как единую и замкнутую систему. В связи с этим палаты в больницах нацелены на совместное пребывание матери и младенца. Для того, чтобы обеспечить необходимый контакт матери и ее недоношенному малышу, все чаще применяется метод «кенгуру». С помощью данного метода молодая мать легче переживает послеродовую депрессию и страхи, связанные с рождением недоношенного малыша. Мать чувствует, что помогает своему ребенку и тем самым осознает свою необходимость.

Особо тщательную заботу и острое внимание требуют другие категории женщин: «пожилые», подростки и женщины, которые намереваются отказаться от своего малыша. «Пожилые» мамы ведут себя по типу «встревоженной наседки», то есть они всего боятся; матери – подростки – это девушки, которые чаще всего больше озабочены собственной судьбой, нежели ребенком; женщины, намеревающиеся отказаться от ребенка, нередко держатся воинственно – настороженно, как бы заранее отрицая возможность переубедить их. Психологическая атмосфера вокруг матерей любого контингента должна быть предметом постоянного ненавязчивого, но в тоже время пристального внимания медицинского персонала отделения. Задача медицинской сестры предоставить матери возможность побыть дольше с ребенком и сформировать у нее только позитивное отношение к малышу, а так же выработать, так называемый, материнский инстинкт.

Наиболее частые ошибки медицинского персонала по отношению к родителям – это спешка, важный разговор "в дверях", бесчувственный, стереотипный подход к матери и ребенку, отсутствия внимания к ее просьбам. Акушерка обязана контролировать свои высказывания в адрес матери. В беседах нельзя быть излишне эмоциональным, то есть выражать горькое удивление, страх, сострадание, бурную радость, внушать ложный оптимизм [4].

Важным условием работы акушерки в послеродовом отделении является обучение матерей правилам ухода, как за недоношенным новорожденным, так и за детьми, рожденными в срок. Общение с матерями является неотъемлемой частью работы акушерки. Необходимо четко, в доступной форме и доброжелательно разъяснить основные обязанности матери по уходу за ребенком и соблюдению режима отделения. Акушерка в объеме своих компетенций должна давать матери ответы на ее вопросы. Главная психологическая цель этих бесед – снижение стрессового напряжения у матери и формирования отношения доверия к персоналу отделения. Рекомендации в проводимых беседах должны быть реальны и легко выполнимы на практике. Медицинский персонал проводит обучение молодых матерей по уходу за новорожденным, учитывая сроки усвоения матерями полученных знаний и навыков по уходу за ребенком. Во внимание также берется возраст матери и наличие старших детей в семье. Первородящие женщины активно интересуются получением новых знаний и навыков, касающихся ухода за новорожденным ребенком, но приобретение первого опыта дается им труднее. В работе с ними необходимо исходить из того, что они только формируют опыт общения с ребенком. Акушерка обучает установлению взаимоотношения между мамой и ребенком. Показывает на практике, что общение лучше устанавливается с помощью тактильной чувствительности, зрительного и слухового контакта. Когда ребенок бодрствует, к нему следует, периодически наклоняться, спокойно медленно с ним разговаривать, аккуратно касаясь своей рукой частей его

тела, а именно, лица. Первые тактильные контакты наиболее важны для новорожденного малыша. Касаясь младенца, мать выражает свою любовь, передает ребенку энергию для сохранения жизни. Важно, чтобы к таким контактам мать подходила без негативных эмоций, усталости, тревоги. Задачей медицинской сестры является научить маму устанавливать активные отношения с ребенком, научиться смотреть на недоношенность ребенка как на временное состояние. Недоношенный ребенок нуждается в тщательном уходе, любви нежности и тепле. Медицинская сестра проводит обучение мамочек: как правильно держать ребенка после кормления, проведение гигиенических процедур: туалет глаз, носа, ушных раковин, подмыванию ребенка, уходу за кожей. Дает рекомендации по подбору гигиенических средств ухода (крема, присыпки), необходимой одежды для ребенка. Осуществляет обучение мам простейшим медицинским манипуляциям: измерение температуры тела, профилактике опрелостей, общему массажу тела, закапывание капель в глаза и нос; пеленанию; профилактике простудных заболеваний. [16]

Беседы по вскармливанию недоношенного ребенка. Главным фактором выздоровления ребенка является его питание, поэтому большое внимание медицинская сестра уделяет работе с мамами по вскармливанию детей. При регулярных беседах с мамами разъясняется преимущество грудного вскармливания; правила кормления грудью, сцеживания. Большое внимание уделяется в беседах организации правильной диеты кормящих матерей, вопросам профилактики гипогалактии. Грудное вскармливание приводит к улучшению состояния здоровья недоношенного ребенка, снижает риск возникновения различных заболеваний. Во время пребывания в больнице мама не должна забывать сцеживать молоко, которое можно использовать для кормления таких детей. При невозможности кормления грудью проводятся беседы о переводе ребенка на искусственное вскармливание. Мать знакомят с особенностями такого вскармливания, даются рекомендации по подбору молочных смесей, бутылочек с сосками. При

грудном вскармливании не ограничивается кратность кормления, кормление происходит по требованию ребенка, а при искусственном вскармливании детей выполняется строго через три часа. Полноценное естественно вскармливание по каким – либо причинам доступно не всегда поэтому применяются методы искусственного вскармливания новорожденных. Используются различные лечебные смеси для энтерального питания. Для того чтобы решить в какие сроки начинать энтеральное питание недоношенного ребенка, принимаются во внимание следующие основные показатели: гестационный возраст; общий соматический и неврологический статус; гемодинамические показатели; отсутствие расстройств со стороны желудочно – кишечного тракта (вздутие живота, желудочное кровотечение, заброс желчи в желудочное содержимое и др.). После выписки из стационара уход за новорожденным ребенком будет осуществлять мама [12].

Посредством представленной информации можно сделать вывод о том, что рождение недоношенного ребенка в семье – это стресс для родителей. Для достижения вышеописанных целей акушерке необходимо тщательно обучать и контролировать молодых матерей мероприятиям по уходу и вскармливанию таких малышей.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МОЛОДЫХ МАТЕРЕЙ ОСОБЕННОСТЯМ УХОДА ЗА НЕДОНОШЕННЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ

2.1. Характеристика базы исследования

Основное исследование проводилось на базе Перинатального центра (корпус №1), который находится по адресу: г. Белгород, ул. Некрасова, 8/9. Перинатальный центр расположен в живописном районе города, его окружает красивый искусственный ландшафт из многолетних травянистых, кустарниковых растений. Здание центра новой постройки, имеет улучшенную планировку палат. В каждой палате находятся одновременно и мать и дитя. Палаты рассчитаны на 1 – 4 человек с возможностью совместного пребывания матери и ребенка. Каждая палата имеет свой отдельный санузел, душевую. Персонал центра внимательный, дружелюбный. Сюда поступают женщины из всех районов Белгородской области. Посещение родильниц возможно в определенное время. На входе в медицинский центр расположена служба безопасности. Перинатальный центр отличается чистотой, вниманием и дружелюбностью со стороны медицинского персонала.

Перинатальный центр является ведущим медицинским центром по оказанию помощи матери и младенцу. Всем пациентам, находящимся на лечении в перинатальном центре оказывается качественная и высококвалифицированная медицинская помощь в соответствии со СанПиН. Деятельность всех медицинских работников Перинатального центра регламентируется нормативно – правовыми актами и федеральными законами.

Функционирует данное медицинское учреждение на 485 коек, из которых: 110 коек предназначены для беременных и рожениц, 110 коечных мест отводится для новорожденных, 150 коек для пациентов отделения патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60

коек для гинекологических больных. Перинатальный центр предполагает оказание плановой и экстренной медицинской помощи женскому населению г. Белгорода, женщинам, поступающим из областей и районов Белгородской области. Здесь врачами – перинатологами осуществляются консультации беременных женщин, направленных из ЛПУ области для определения тяжести сопутствующей патологии и возможности вынашивания беременности. Резервом для улучшения качества медицинской помощи является внедрение высокотехнологичной медицинской помощи, направленной на коррекцию экстрагенитальной патологии и восстановление репродуктивной функции организма, дальнейшее внедрение понятия «прегравидарная подготовка» вступающих в брак и планирующих рождение ребенка.

В центре работают высокоспециализированные кадры, прошедшие подготовку и переподготовку в лучших ВУЗах страны. Своевременно все работники данного Перинатального центра проходят аккредитацию и повышают качество своих знаний.

Основными задачами деятельности Перинатального центра на сегодняшний день являются:

- оказание консультативно – диагностической, лечебной и реабилитационной помощи преимущественно наиболее тяжелому контингенту женщин, находящихся на различном сроке беременности рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно – диагностических технологий;

- осуществление взаимодействия между учреждениями охраны материнства и детства, а при необходимости и другими организациями здравоохранения; оперативное слежение за состоянием женщин, находящихся на различном сроке беременности, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает

своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений;

- проведение клинико – экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией;

- организация и обеспечение в структурных отделениях Центра противоэпидемический режима и качества лечебно – диагностического процесса на основе стандартизированных видов медицинской помощи;

- оказание анестезиолого – реанимационной помощи, организация выездной формы помощи женщинам и детям;

- апробация и внедрение в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

- осуществление профилактики отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.).

- обеспечение системы реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико – психологическую и социально – правовую помощь женщинам и детям раннего возраста;

- проведение организационно – методической работы по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка [17].

В ходе своего первоначального этапа исследования мы провели анализ отзывов молодых матерей, которые родили ребенка в данном медицинском центре. Подавляющее большинство указанных отзывов размещено в интернете и содержит слова благодарности медицинскому персоналу за

профессионализм, внимание и поддержку в достаточно непростой период в жизни женщины.

2.2. Исследование на предмет информированности матерей города Белгорода об уходе за недоношенными новорожденными

В дальнейшем нами было проведено небольшое исследование с целью выяснения уровня осведомленности молодых матерей о правилах ухода и вскармливания недоношенных детей.

В самом начале мы провели небольшой анализ статистической информации о недоношенных новорожденных, которые находились на момент исследования в перинатальном центре. Данная информация нам была предоставлена старшей акушеркой отделения патологии новорожденных. Из беседы с ней мы узнали, что таковых оказалось 12 младенцев. Все они имели I, II, III или IV степень недоношенности. Степень недоношенности новорожденных распределилась следующим образом (Рис.1):

- I степень – 41% (5 детей);
- II степень – 25% (3 ребенка);
- III степень – 17% (2 ребенка);
- IV степень – 17% (2 ребенка)

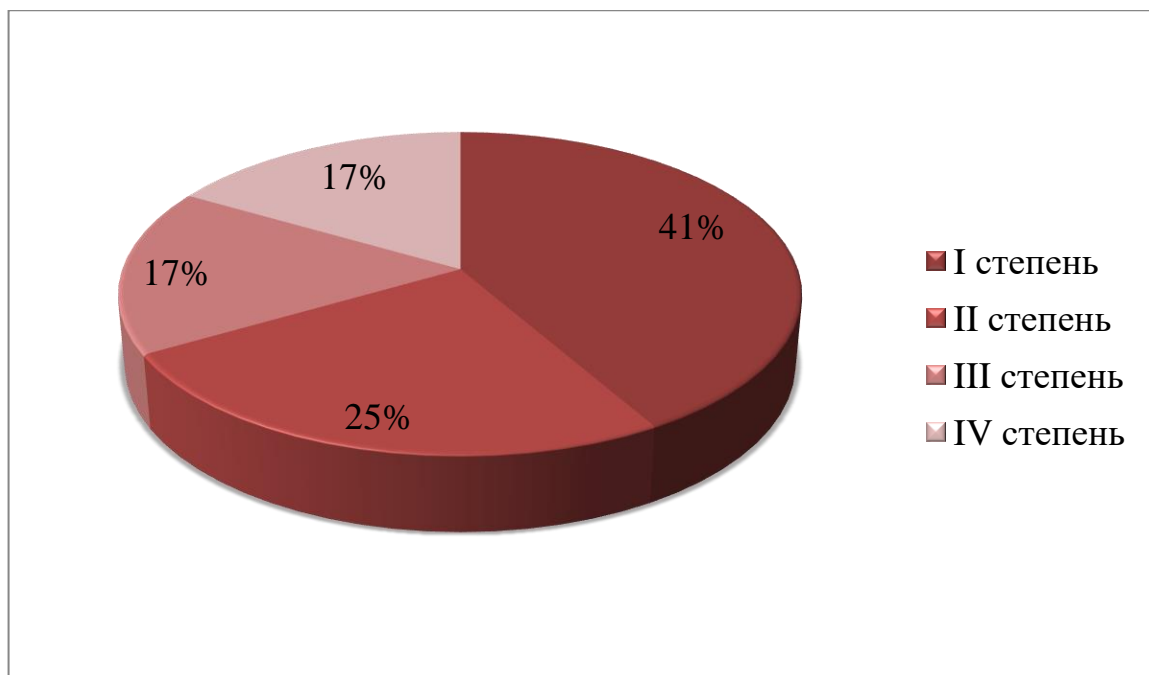


Рис. 1 Степени недоношенности новорожденных

Таким образом, мы видим, что большая часть недоношенных новорожденных имеет I степень недоношенности.

Репродуктивный возраст современной женщины значительно увеличился по сравнению с прошлыми десятилетиями. В литературных источниках приведены статистические данные, свидетельствующие о том, что в современном обществе далеко не редкость рождение ребенка после 40-45 лет и старше. Возраст женщины является одним из факторов риска рождения недоношенного ребенка. В ходе дальнейшей беседы мы узнали, что женщины, рожавшие в перинатальном центре в возрасте 26 лет и старше, оказались на 1 месте, среди матерей недоношенных младенцев. На 2 месте оказались женщины в возрасте от 21 до 25 лет, в общем количестве это составило 11 человек. Юные родильницы заняли 3 место. Это говорит о том, что возраст родильницы играет ключевую роль в вынашивании ребенка.

Для дальнейшего исследования нами была разработана небольшая анкета, состоящая из 8 вопросов (Приложение 3). Мы попросили молодых родильниц ответить на небольшую анкету письменно. Анкета проводилась анонимно. Всего нами было проанализировано 40 анкет, заполненных

молодыми матерями, находившихся на тот момент в перинатальном центре г. Белгорода.

Возраст респондентов распределился следующим образом:

- от 17 до 20 лет – 15%,
- от 21 года до 25 лет – 32%,
- от 26 года до 30 лет – 56%,
- от 31 года до 35 лет – 9%,
- от 36 лет и старше – 3% (Рис.2).

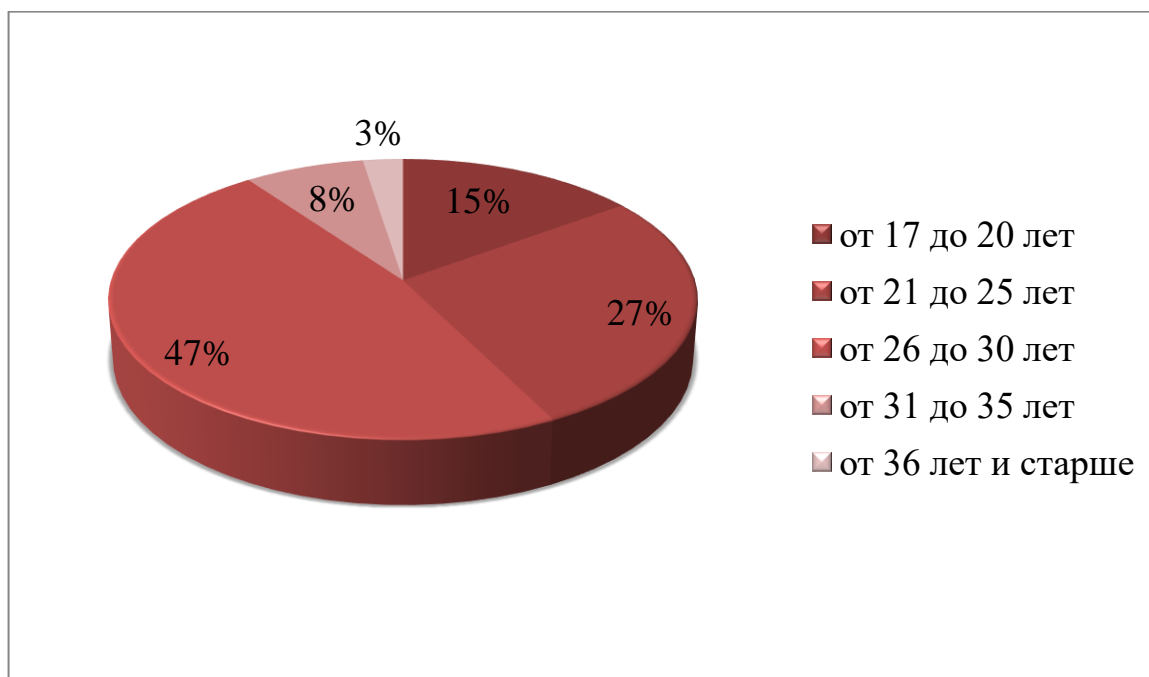


Рис. 2 Возраст респондентов

В начале опроса мы выяснили количество предшествующих беременностей у каждого респондента. Анализ данных анкетирования показал, что количество беременностей на одну родильницу, в среднем, составляет 3.

Количество беременностей у одной родильницы на момент опроса (Рис.3):

- 1 беременность – 9%
- 2 беременности – 11%
- 3 беременности – 15%
- 4 беременности – 4%

– 5 беременностей и более – 1%.

Изучив предоставленную информацию, мы сделали вывод о том, что на 1 месте оказались родильницы, имеющие в акушерском анамнезе 3 беременности, их насчиталось 15 человек. 2 и 3 место разделили женщины, имеющие 1 – 2 беременности, что соответствует суммарно 20 человекам. На последнем месте оказались женщины, имеющие более 3 беременностей в анамнезе, их суммарное число оказалось в пределах 5.

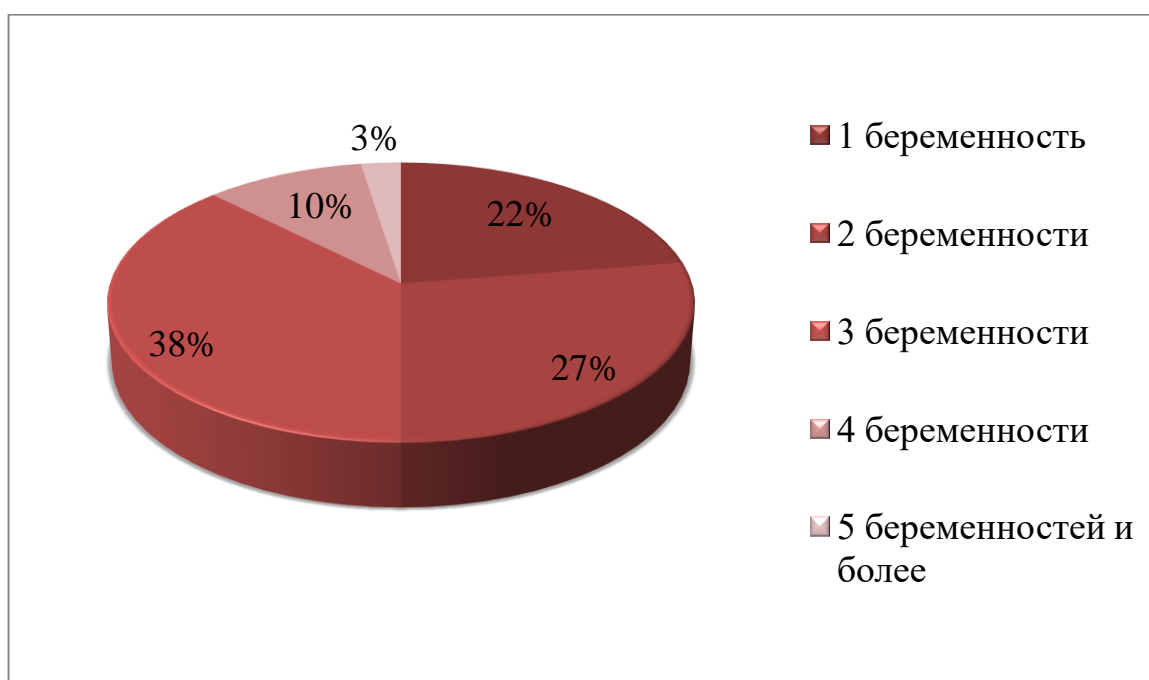


Рис. 3 Количество беременностей

После выписки уход за новорожденным полностью ложится на плечи матери. Поэтому теоретические знания об особенностях ухода за младенцев являются очень важной составляющей в жизни молодой матери. В своем дальнейшем исследовании мы решили узнать, владеют ли молодые матери информацией о правильном проведении гигиенических процедур у недоношенных новорожденных. Ответы распределились следующим образом: утвердительно ответили 14%, отрицательный ответ у 10%, затруднились ответить 10%. Кроме того, 35% опрошенных родильниц ответили, что имеют поверхностные знания о данной информации (Рис.4). Таким образом, мы видим, что для большинства наших респондентов будет

весьма необходима информация об особенностях ухода за недоношенным новорожденным, так как в большем количестве молодые матери недостаточно обучены правилам проведения гигиенических процедур у недоношенных новорожденных.

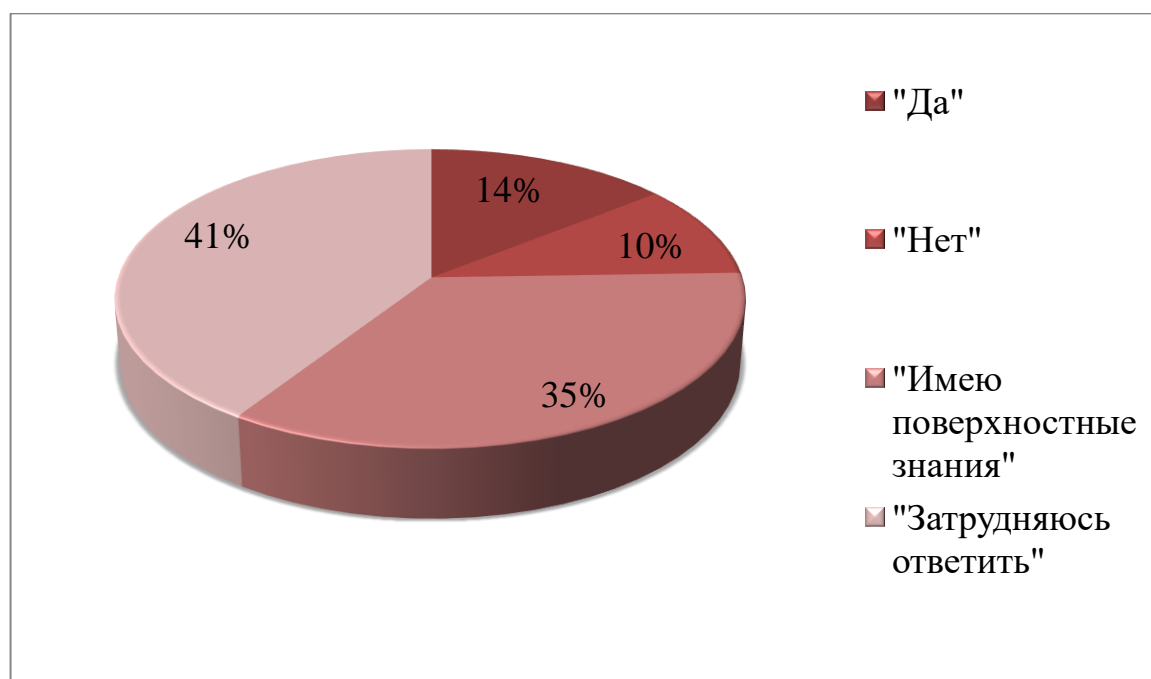


Рис. 4 Владаете ли Вы информацией о правильном проведении гигиенических процедур у недоношенных новорожденных?

На вопрос «Владаете ли Вы информацией об особенностях питания недоношенных новорожденных?» наши респонденты ответили следующим образом (Рис.5). Положительный ответ дали лишь 9%, отрицательный ответ выбрали более половины респондентов – 57%, затруднились ответить на данный вопрос 6%, также нами была выявлена группа респондентов, указавших в анкете, что они имеют поверхностные знания в этой области (28% опрошенных). Основываясь на полученные данные можно сделать общий вывод, что дополнительная информация об особенностях кормления недоношенных новорожденных является необходимой для молодой матери.

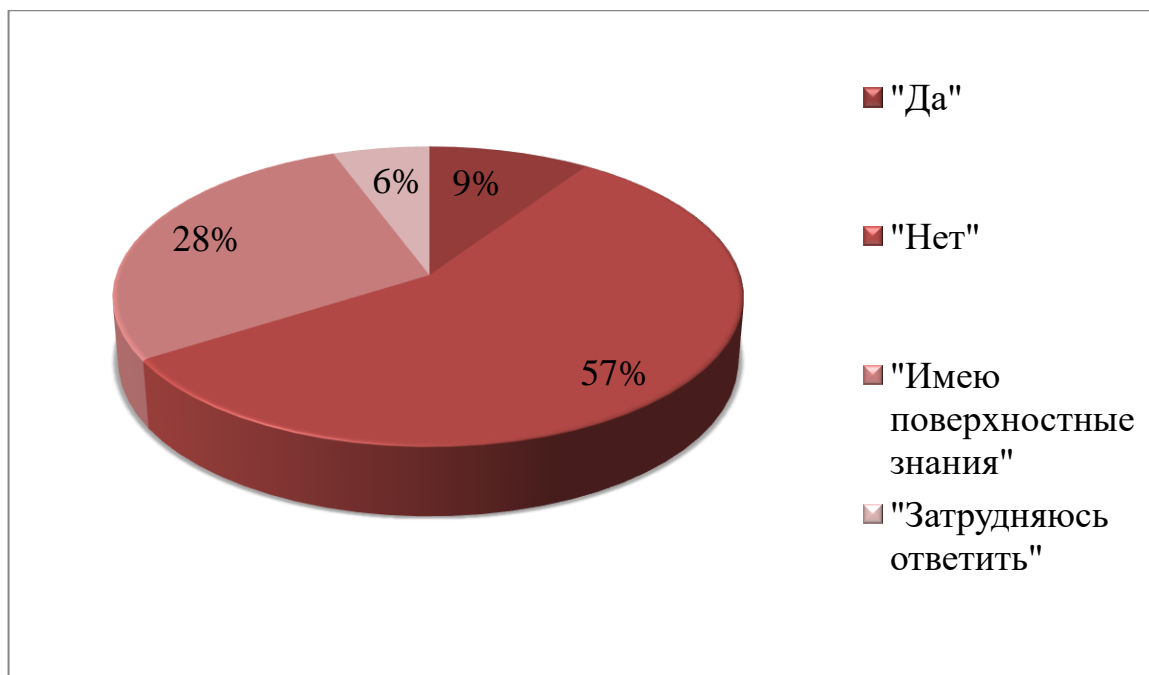


Рис.5 Владеете ли Вы информацией об особенностях питания недоношенных новорожденных?

Новорожденный ребенок нуждается в теснейшем контакте с матерью. Это не только уход и кормление. Это также ежедневное внимание, общение с матерью. А недоношенный ребенок нуждается в общении особенно. Поэтому мы решили узнать у наших респондентов, владеют ли они информацией об особенностях общения с недоношенным новорожденным. При помощи анкетирования были получены следующие данные. Что информацией об особенностях общения с недоношенным новорожденным хорошо владеют 7% опрошенных респондентов, 60% дали отрицательный ответ, 4% затруднились ответить на данный вопрос и 29% имеют поверхностные знания в этой области (Рис.6).

Можно сделать вывод о том, что большинство молодых матерей недоношенных младенцев не достаточно осведомлены об особенностях общения со своими недоношенными малышами. Данную информацию будущая мама получает при посещении Школы будущих матерей, которые организуются при женских консультациях, перинатальных центрах. Можно предположить, что большинство женщин интересуются в большей степени особенностями кормления, проведения гигиенических процедур,

особенностями организации прогулок. А информация об особенностях общения с недоношенным новорожденным доводится до сведения будущей матери в недостаточном объеме.

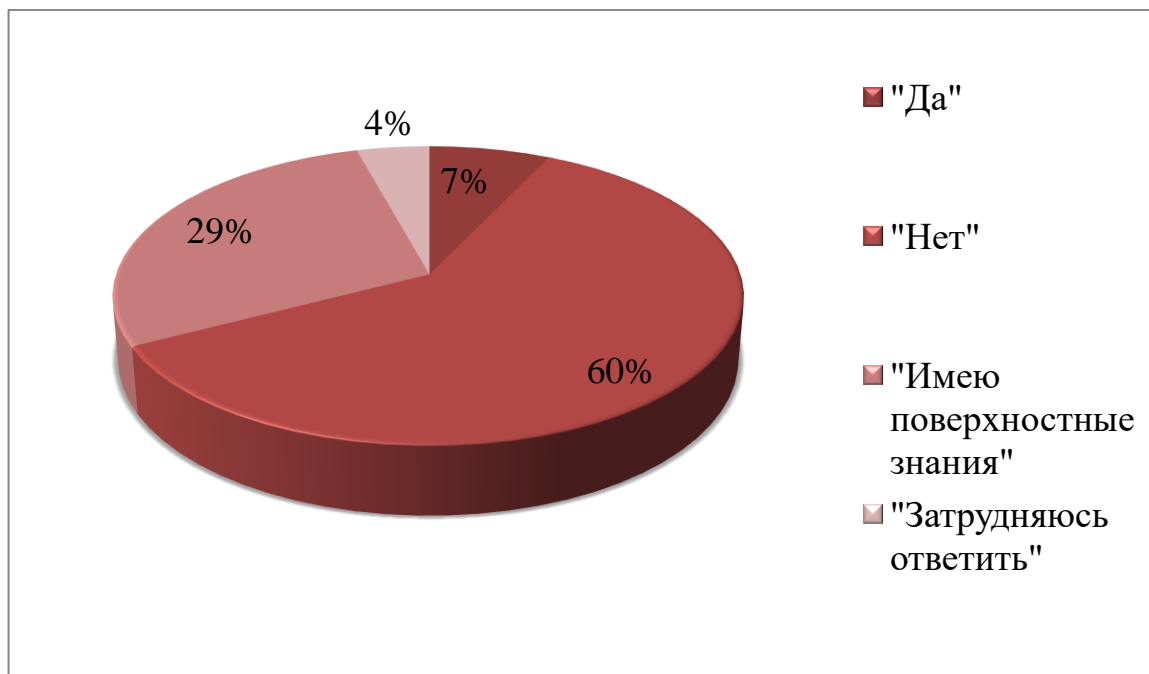


Рис. 6 Владаете ли Вы информацией об особенностях общения с недоношенным новорожденным?

После того как мы выяснили, что большинство молодых матерей имеют достаточно поверхностную информацию об основных вопросах, касающихся ухода, питания, общения с недоношенными новорожденными, мы решили узнать нуждаются ли молодые матери в дополнительном информировании по данным вопросам. Оказалось, что подавляющее большинство респондентов хотели бы получать дополнительную информацию такого рода. Положительный ответ дали 92% отвечающих респондентов. Но мы также видим определенную группу молодых матерей, которые сочли данную информацию не интересной. Также для 3% респондентов наш вопрос оказался непонятным и вызвал затруднение (Рис.8). Мы наглядно видим, что информация по организации особенностей ухода за недоношенным новорожденным является весьма актуальной для подавляющего большинства молодых матерей.

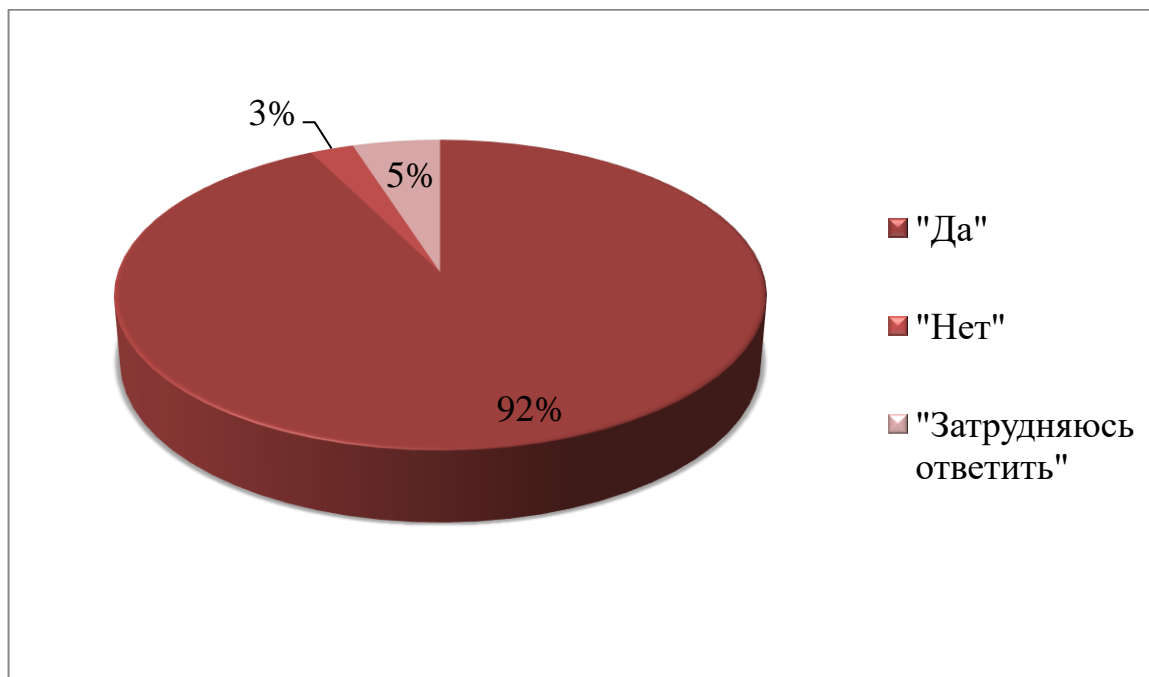


Рис. 7 Интересна ли для Вас данная информация?

В конце исследования мы решили узнать у наших респондентов, какие источники информации для себя они выберут для поиска дополнительной информации.

Результаты дальнейшего опроса показали, что 33% опрошенных рожениц будут искать необходимую информацию в интернете, 32% спросят у врача. Спросят у знакомых 22% опрошенных женщин и 10% попробуют справиться сами (Рис.8). Мы видим, что для большинства молодых матерей источником информации на сегодняшний день является сеть Интернет. Также достаточно значительная часть опрошенных респондентов, в качестве источника информации указала медицинского работника. Данная информация вполне может быть объяснима современным образом жизни молодежи, частым использованием интернет ресурсов для получения нужной информации. Но необходимо ориентировать молодую мать, что далеко не всегда информация из интернет – источников может быть правильной и достоверной. Кроме того, информация из сети интернет часто может быть попросту непонятной для молодой матери.

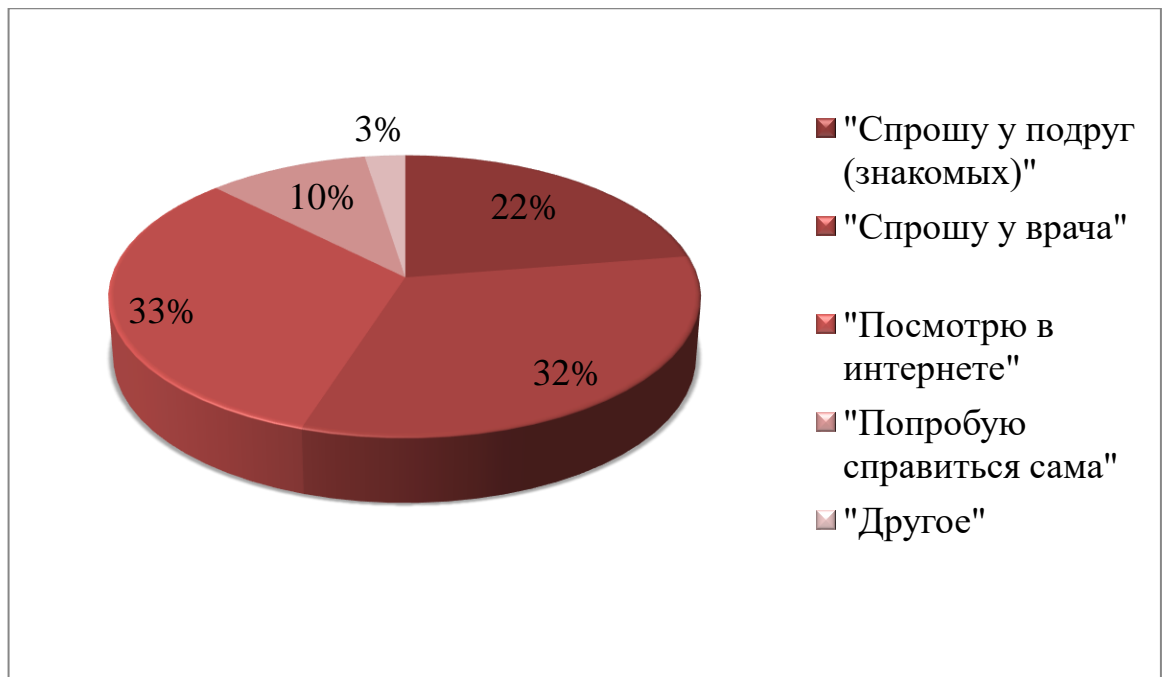


Рис. 8 Какие источники Вы будете использовать для получения информации по данной теме?

Также мы попросили наших респондентов, в своём исследовании, указать каким образом они хотели получить информацию об особенностях ухода за недоношенным новорожденным. Из всех участников нашего опроса 57% опрошенных респондентов хотели бы получать информацию об особенностях ухода и вскармливания недоношенных новорожденных из рекомендаций врача или акушерки, 25% указали ответ «при выписке из перинатального центра». 10% респондентов предпочли бы иметь возможность узнавать данную информацию в «Школах матерей» и 8% родильниц хотели бы, чтобы данные вопросы рассматривали на специализированных занятиях в отделениях новорожденных (Рис.9). Мы в очередной раз видим, что информация, полученная от медицинского работника, является для большинства женщин наиболее достоверной вне зависимости от количества предшествующих родов и возраста матери.

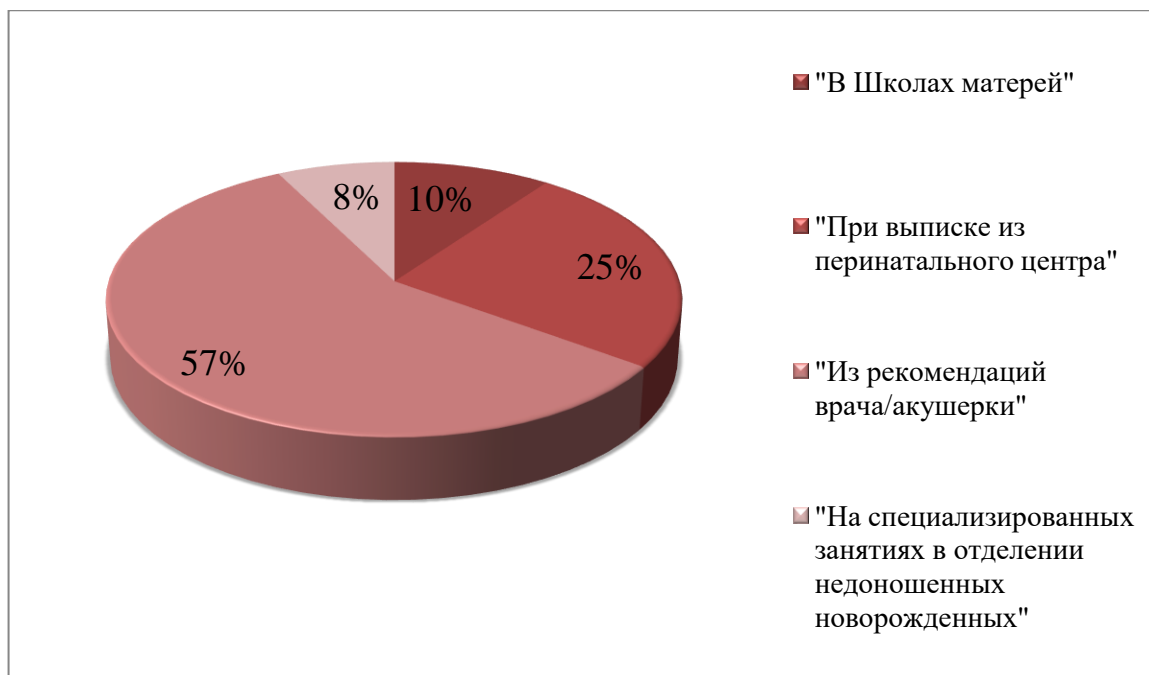


Рис. 9 Каким образом хотели бы Вы получить информацию об особенностях ухода за недоношенным новорожденным?

В ходе дальнейшего исследования мы решили узнать посещали ли наши респонденты занятия в Школах молодых матерей при женских консультациях. Ответы на данный вопрос распределились следующим образом: 90% женщин указали, что не посещали занятия, 10% ответили на данный вопрос утвердительно (Рис.10). Таким образом, можно сделать вывод, что проблема низкой осведомленности молодых матерей об основных правилах ухода за недоношенным новорожденным может объясняться тем, что женщины просто не имели дополнительной возможности получить консультацию специалиста по данному вопросу.

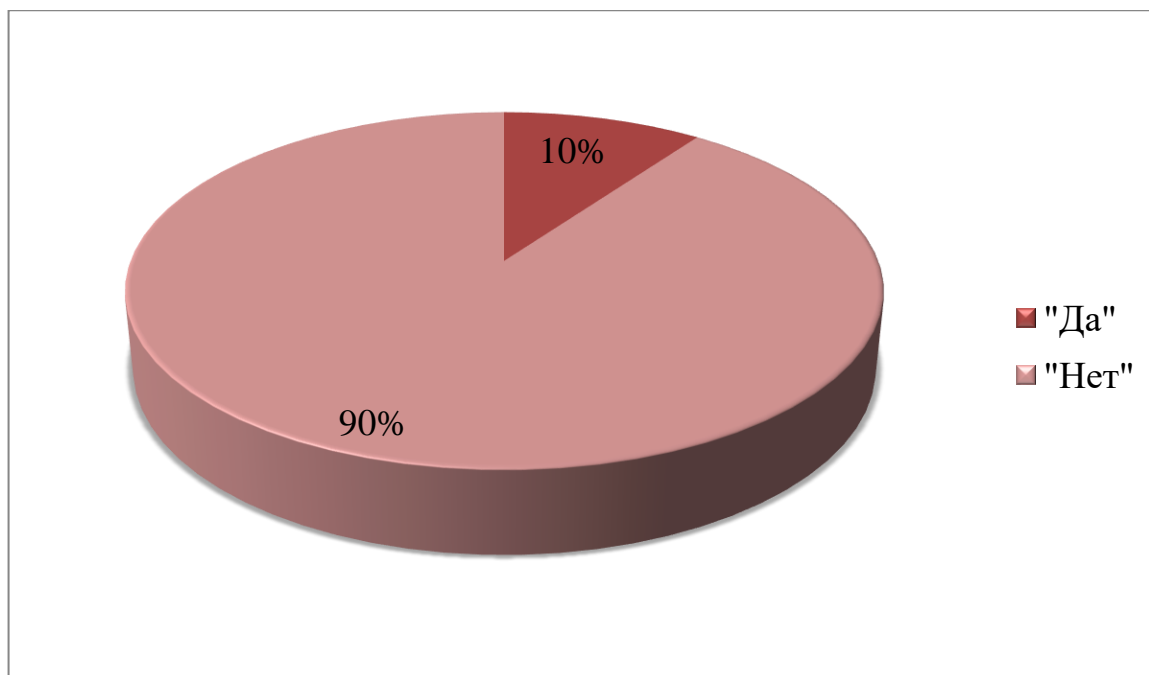


Рис. 10 Посещали ли Вы в период беременности Школу молодой матери при женской консультации?

Завершающим вопросом нашего исследования был вопрос о том, на каком сроке беременная женщина стала на учет к врачу-специалисту. В литературе неоднократно подчеркивается огромная значимость ранней постановки на учет для сохранения здоровья матери и малыша. Оптимальным считается срок до 12 недель беременности. Чем раньше беременная женщина будет находиться под пристальным вниманием наблюдающего врача, тем больше шансов выявить различные патологии у плода, снизить риск преждевременных родов. Огромное значение в пропаганде ранней постановки на учет беременных женщин играет участковая акушерка женской консультации, которая во время диспансеризации, индивидуальных посещений врача должна разъяснять всем женщинам репродуктивного возраста необходимость ранней постановки на учет. В нашем исследовании мы решили выяснить, насколько данная информация знакома нашим респондентам, и в каком периоде они стали на учет к врачу-гинекологу. После обработки полученных результатов мы получили следующие данные: 45% женщин указали в анкете, что на учет к врачу они стали в срок до 12 недель; 36% указали срок до 22 недель и 19%

опрошенных отметили, что время постановки на учет составило более 22 недель (Рис.11). Мы видим, что в целом наши респонденты придерживаются пожеланий медицинских работников, но тем не менее определяется группа риска среди женщин, которые не следуют данному правилу и становятся на учет к врачу гораздо позже. Можно предположить, что это создает дополнительные риски рождения недоношенного ребенка.

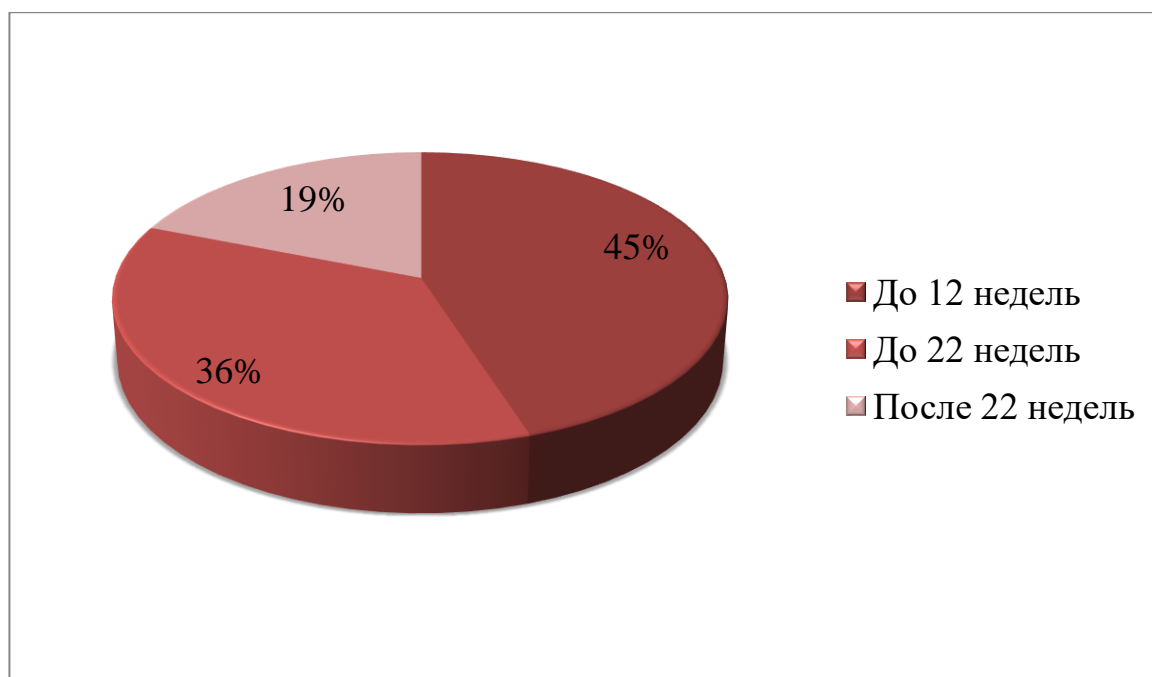


Рис. 11 На каком сроке Вы стали на учет к врачу?

Таким образом, обобщая результаты проведенного исследования, можно сделать вывод, что подавляющее большинство молодых матерей нуждается в дополнительной информации об особенностях организации питания, гигиены, ухода и общения с новорожденным. Конечно, можно утверждать, что беременная женщина становится на учет к врачу на более поздних сроках и не посещает занятия в Школе будущей матери. Также большинство женщин не считают проблему недоношенности новорожденных важной и мало интересоваться этой проблемой. Поэтому изначально для предупреждения факторов риска рождения недоношенных детей необходима более раннее консультирование врачом-гинекологом. Женщина должна понимать, что более поздняя постановка на учет к врачу

влечет за собой негативные последствия, которые можно легко избежать на ранних сроках беременности.

Считаем, что данная проблема должна освещаться медицинским работником с самых ранних сроков беременности и доводиться до сведения будущей матери в любой удобной и доступной форме. Данную информацию может доводить до сведения беременной женщины врач-гинеколог, участковая медицинская сестра, акушерка женской консультации. Кроме того, основные факторы риска рождения недоношенного новорожденного, правила ухода, гигиены, кормления, общения с недоношенным новорожденным можно изложить в виде памятки или буклета и разместить в коридоре женской консультации, возле кабинета врача. Также данную памятку можно дать будущей матери во время планового медицинского осмотра.

Большая часть молодых матерей, которые принимали участие в опросе, выбрали источником данной информации интернет ресурсы, врача или акушерку. С целью оптимизации профессиональной деятельности акушерки нами была разработана памятка – буклет (Приложение 4), в которой в доступной форме описаны основные аспекты ухода и вскармливания недоношенных новорожденных.

Для повышения доверия к информации разработанной брошюры нами были добавлены ссылки на электронные сайты, содержащие научно – популярные статьи, касающиеся вопросов недоношенности новорожденных.

Созданную памятку также можно разместить в электронном виде на официальном сайте поликлиники, женской консультации или перинатального центра в разделе «Информация для пациента», что повысит мотивацию не только к проведению профилактических мероприятий при беременности, но и заинтересует женщин репродуктивного возраста с целью максимального устранения факторов риска, которые способствуют рождению недоношенного ребенка. Также данная памятка позволит женщине дополнительно узнать информацию об основных вопросах ухода и

вскармливания недоношенных малышей. Основываясь на результаты исследования, мы видим, что такие острые вопросы могут беспокоить молодых родителей и подавляющее число респондентов оказались заинтересованы в дальнейшем получении информации.

Считаем, что акушерка, при планировании и разработки сценариев проведения занятий в Школе будущих матерей, может использовать данную информацию регулярно. Информация по особенностям ухода за недоношенными новорожденными может быть разбита на несколько частей. Например, «Особенности питания недоношенных новорожденных», «Особенности гигиены недоношенных новорожденных», «Особенности общения с недоношенными новорожденными» и так далее. Акушерка может данный вопрос осветить на одном из регулярных занятий в Школе молодой матери.

Указанная информация может актуализироваться с учетом появившихся изменений, дополняться или изменяться. Считаем, что использование статистических данных, фотографий повысит интерес к данной проблеме. Занятия можно сопроводить красочной компьютерной презентацией с добавлением небольшого видеоролика. Данную памятку-буклет мы предложили дежурной акушерке перинатального центра. Считаем, что просветительская работа среди девушек должна начинаться с момента наступления половой зрелости. Будущая мать должна четко понимать теснейшую взаимосвязь между своим образом жизни и здоровьем будущего ребенка, должна осознавать важность и значение плановых медицинских осмотров, профилактики ряда заболеваний. Поэтому акушерки женских консультаций, ведущие учет всех женщин участка должны понимать важность и значимость просветительской работы и использовать для ее эффективности современные средства информированности населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Когда в доме появляется новорожденный, он приносит огромное счастье всем членам семьи. Но наряду с радостью вызывает дополнительные тревоги и заботы. Молодые родители, конечно, максимально стараются приложить все усилия, для чтобы их новорожденный малыш вырос здоровым, бодрым и полным сил. Конечно же, обеспечить нормальное развитие новорожденного можно только при тщательной организации правильного ухода за ним в первые годы жизни. Именно от действий родителей во многом будет зависеть состояние здоровья ребенка в будущем. Наиболее трудными для молодой матери и малыша являются первые недели его жизни. Особенно если новорожденный ребенок первый в молодой семье и у мамы нет предшествующего опыта по уходу за младенцем. В этот период они оба должны приспособиться к совершенно новым для них условиям жизни. Поэтому родителям необходимо обеспечить гигиену ребенка, чистоту предметов ухода и белья, режим питания и проветривание помещения, особенностям ухода за младенцем молодая мама обучается постепенно, еще в период беременности. Основным источником информации для современных женщин в большинстве случаев выступает сеть интернет, так как информация в интернете легкодоступна. Но необходимо помнить, что достоверность данной информации всегда нужно проверять, так как за достоверность указанных фактов ответственность никто не несет. Кроме того, ряд будущих мам не посещают школу матерей в период беременности в силу различных причин. Надо отметить тот факт, что, к сожалению, проблема недоношенности остается достаточно актуальной в современной медицине и требует пристального внимания со стороны всех сторон. Такой острый вопрос, как недоношенность в современной медицине активно изучается, и разрабатываются меры, которые помогут снизить тенденцию к рождению таких малышей. Регулярно публикуются новые исследования, освещающие данный вопрос. Учитывая заметное снижение количества

рожденных детей недоношенными, важность этого не может быть переоценена.

Исходя из анализа литературных источников, были выявлены основные факторы риска, способствующие повлиять на рождения малыша раньше срока, на которые должна быть направлена профилактика: низкое качество жизни будущих родителей, их возраст и привычки. Так же немаловажную роль играют уровень образования и патологии, предшествующие беременности. В наше время интернет, книги, журналы и прочие информационные издания могут дать исчерпывающий ответ по вопросу, обучение матери уходу за новорожденным. Многие женщины, когда едут в роддом, уже имеют определенный багаж знаний (особенно женщины, которые уже имеют детей), но есть и такие, которые очень мало информированы в данном направлении. Они могут знать теорию в совершенстве, это еще не гарантирует полного применения ее в повседневной жизни, на практике, так как могут возникнуть незапланированные трудности, роды могут пройти с осложнениями и мама будет определенный период восстанавливаться после, к тому же новорожденный малыш может вести себе не так, как это сказано в научной литературе. Не стоит надеяться на возникший материнский инстинкт, или на помощь близких, подруг. Лучше заранее знать все особенности и тонкости, которые смогут облегчить жизнь молодой матери и новорожденному ребёнку в первые дни после выписки из родильного дома. Установлено, что начинать профилактику никогда не поздно, но намного большего эффекта можно достичь, если начинать её ещё в момент планирования беременности, то есть до зачатия и продолжать придерживаться на протяжении всей жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

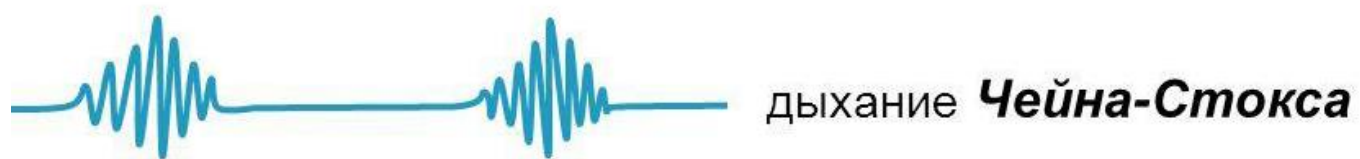
1. Белова А.П., Участковая медицинская сестра городской детской поликлиники. – М., Медицина, 1984.
2. Гребешкова И.И., Организация лечебно – профилактической помощи детям. – М., Медицина, 1987.
3. Ежова Н.В., Педиатрия: учебное пособие. – Минск, Высшая школа, 1997.
4. Рощина Э.В., Основы сестринского дела в педиатрии / Под ред. Андреевой Н.В.: учебник для медицинских училищ. – М., ВУНМЦ МЗ РФ, 1998.
5. Севостьянова Н.Г., Сестринское дело в педиатрии. ФГОУ ВУНМЦ, 2008
6. Тульчинская В.Д., Сестринское дело в педиатрии. Феникс, 2011.
7. Шабалов Н.П., Неонатология – М.: МЕДпресс – информ, 2006
8. ВОЗ, 15 миллионов детей рождаются слишком рано [Электронный ресурс] Fadéla Chaib – Режим доступа: http://www.whogis.com/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/ru
9. Запруднов А.М., Педиатрия с детскими инфекциями [Электронный ресурс] : учеб. для студентов учреждений сред. проф. образования/ Запруднов А. М., Григорьев К. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 560 с. – ISBN 978-5-9704-4186-2 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441862.html>
10. Запруднов А.М., Общий уход за детьми [Электронный ресурс]: учебное пособие / Запруднов А.М., Григорьев К.И. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 416 с. – ISBN 978-5-9704-2588-6 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425886.html>
11. Зелинская Д.И., Сестринский уход за новорожденным в амбулаторно – поликлинических условиях [Электронный ресурс] / Под ред. Д.И. Зелинской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 176 с. – ISBN 978-5-9704-1315-9 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970413159.html>

- 12.Иванова Н. В., Первичная медико – санитарная помощь детям (ранний возраст) [Электронный ресурс] / Н. В. Иванова [и др.] – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-4188-6 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441886.html>
- 13.МИАЦ Белгород, Статистические документы [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.miac.belzdrav.ru/statistics/generalDocuments/>
- 14.Недоношенные дети [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://medport.info/pediatriya/nedonoshennye-deti-2.html>
- 15.Недоношенные дети: частота и причины преждевременных родов. Анатомио – физиологические и нервно-психические особенности недоношенных детей [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/5243922/page:3/>
- 16.Неонатология, № 1 (19), 2018 [Электронный ресурс] / - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – ISBN 2308-2402-2018-01 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/2308-2402-2018-01.html>
- 17.Перинатальный центр [Электронный ресурс] – режим доступа: <http://belokb.belzdrav.ru/branch/perinatal-centre/>
- 18.Факторы риска, способствующие рождению недоношенного ребенка [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://revolution.allbest.ru/medicine/00525772_0.html

ПРИЛОЖЕНИЯ

Степень недоношенности новорожденных

Степень недоношенности	По гестации	По массе тела при рождении	
I	35 недель – неполных 37 недель (до 259 дня)	2500 – 2000 г.	Низкая масса тела
II	32 – 34 неделя	1999 – 1500 г.	
III	29 – 31 неделя	1499 – 1000 г.	Очень низкая масса тела
IV	22 – 28 недели	999 – 500 г.	Экстремально низкая масса тела



Анкета

Уважаемый респондент!

Пожалуйста, ответьте на несколько вопросов.

1. Ваш возраст

2. Укажите, какая по счету у Вас беременность?

3. Владете ли Вы информацией о правильном проведении гигиенических процедур у недоношенных новорожденных? Отметьте наиболее подходящий вариант ответа:

да, нет, имею поверхностные знания, затрудняюсь ответить.

4. Владете ли Вы информацией об особенностях питания недоношенных новорожденных? Отметьте наиболее подходящий вариант ответа:

да, нет, имею поверхностные знания, затрудняюсь ответить.

5. Владете ли Вы информацией об особенностях общения с недоношенным новорожденным? Отметьте наиболее подходящий вариант ответа:

да, нет, имею поверхностные знания, затрудняюсь ответить.

6. Интересна ли для Вас данная информация?

да, нет, затрудняюсь ответить.

7. Какие источники Вы будете использовать для получения информации по данной теме? Отметьте наиболее подходящий вариант ответа:

спрошу у подруг (знакомых); спрошу у врача (акушерки); найду в интернете; попробую справиться сама; другое.

8. Каким образом хотели ли бы Вы получить информацию об особенностях ухода за недоношенным новорожденным?

9. Посещали ли Вы в период беременности Школу молодой матери при женской консультации?

да, нет

10. На каком сроке Вы стали на учет к врачу?

Спасибо за сотрудничество!

Как назвать недоношенного младенца?

Недоношенный ребёнок – ребёнок, родившийся при сроке менее 37 полных недель, то есть до 260 дня беременности.

В медицине выделяют 4 степени недоношенности новорожденных младенцев:

Степень недоношенности	Гестационный возраст	Масса тела при рождении
1 степень	37 – 35 нед.	2500 – 2001 г.
2 степень	34 – 32 нед.	2000 – 1501 г.
3 степень	31 – 29 нед.	1500 – 1001 г.
4 степень	28 и менее нед.	1000 г. и менее

3-я степень у недоношенных детей будет считаться глубокой, а 4-ая степень экстремальная недоношенность. И в том, и другом случае является опасным для организма младенца.

Медицинский институт
Медицинский колледж НИУ БелГУ

*Приветствие, выполненное вручную из бумаги
книжки или календарчика.*



Студентка группы 03051527 Ходак
Ангелина Андреевна

После сытного ужина - расчесывание

- ✓ <https://mirmam.pro/deti/deti-do-goda/nedonoshennyye-deti>
- ✓ <https://mamab6.ru/razvitierebenka/nedonoshennyj-novorozhdennyj-rebenok-kak-vykhazhivat-toropyzhu>

- ✓ <https://empiremam.com/deti/novorozhdennyye/nedonoshennyje-novorozhdennyye.html>

- ✓ <https://www.tiensmed.ru/news/nedonoshennie-deti-ab1.htm>



Уход и питание новорожденного малыша

Температурный режим: в комнате до 25°C, под одеялом 30-32°C. Не менее 2 р. в сутки надо контролировать температуру тела.

Купать малыша с весом при рождении до 1500 г. можно через 2-3 недели, а если вес был больше – то через 10 дней. Первая ванна должна продолжаться всего 4-5 мин.

Кормить малыша следует медленно, с небольшими паузами для отдыха. Частота кормлений должна быть 8 – 10 раз в сутки, в том числе и в ночное время. Оптимальный перерыв между кормлениями – 2 часа.

В чем состоит суть вакцинации?

Важным преимуществом материнского молока является то, что оно **обеспечивает защиту** от инфекций.

В материнском молоке содержится множество **специализированных защитных факторов**, в том числе антител, которые предохраняют недоношенных детей от инфекции.

Грудное молоко является для недоношенных детей **главным источником питательных веществ**.

Молоко матери, родившей преждевременно, содержит гораздо больше белка.