**Инструкция для студентов**

**к практическому занятию №1**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ : 31.02.02 «Акушерскоедело»**

**ПМ .04** Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода

**МДК 04.02.** Сестринский уход за больным новорожденным

**Тема: «Проведение сестринского ухода за недоношенным ребенком в родзале и перинатальных центрах**

**Цель:**

**Учебная:** Знать причины, морфологические и функциональные признаки недоношенности, особенности первичного туалета недоношенного ребёнка, уметь проводить сестринский уход в родзале и в перинатальном центре за недоношенным ребёнком **Ход проведения занятия**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Что изучить, освоить, чем овладеть?** | **№ алгоритма**  **действий** |
| 1. | Знакомство с устройством и санитарно-эпид. режимом родильного дома. |  |
| 2. | Осмотр недоношенного ребенка, проведение сестринского обследования: |  |
| \_ | оценка состояния новорожденного ребенка, степени недоношенности |  |
| 3 | Организация ухода: проведение первичного туалета недоношенного ребёнка.; |  |
| \_ | кормление через зонд, из чашечки; |  |
| \_ | -применение грелки для согревания; | Алгоритм |
| \_ | - работа с кувезом, обработка кувеза; | Алгоритм |
| \_ | измерение температуры тела; | Алгоритм |
| \_ | уход за остатком пуповины, пупочной ранкой; | Алгоритм |
| \_ | проведение утреннего туалета, гигие-  нической ванны. | Алгоритм |
| 4 | Проведение вакцинации против вирусного гепатитаВ,туберкулеза | Алгоритм |
| 5 | Изучение правил выписки ребенка из стационара | Алгоритм |

**Вопросы для самоконтроля**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Определение недоношенного ребенка. Причины, степени недоношенности |
| 2. | Функциональные и морфологические признаки недоношенности |
| 3. | Особенности первичного туалетанедоношенных |
| 4. | Показания для транспортировки в Перинатальный центр |
| 5. | Особенности течения физиологи-ческих состояний у недоношенных |
| 6. | Особенности вакцинации.Правила выписки недоношенных детей из перинатального центра |

**Заполните таблицы**

**Карточка №1**

**Заполните таблицу: «Степени недоношенности».**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Степень недоношенности** | **По массе тела** | **По сроку гестации** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Карточка №2**

Заполните таблицу «Весовая категория недоношенных согласно классификации ВООЗ»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Весовая категория** | **Масса тела(г)** | **Принятые сокращения.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Решите задачу №1

Вы-акушерка ФАПа, на ФАП доставлена роженица в потужном периоде,с полным открытием шейки матки, через 5 минут родился ребёнок в срок гестации 34 недели, с весом 1600г Крик слабый - после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. При обследовании вы получили следующие данные:непропорциональное телосложение: относительно большая голова и туловище,короткие шея и ноги. Швы черепа и роднички открыты. Подкожно жировой слой слабо выражен. Кожные покровы багрово- синюшные Дыхание неравномерное по ритму и глубине, ЧДД составляет 60 в 1 мин.Периодически дает остановки дыхания до 10-15 секунд. Пульс лабильный.ЧСС160 в 1 минуту ребёнок быстро охлаждается.

**1.Перечислите особенности первичного туалета этого ребёнка.**

**2 Определите степень недоношенности.**

**3. Назовите функциональные и морфологические признаки недоношенности**

**4Организуйте уход за этим ребёнком в родзале и палате интенсивной терапии**

Изучите алгоритмы

***Организация медицинской помощи новорождённым детям с малой массой тела при рождении в родильном зале***

* При сроке гестации 34 – 35 недель при удовлетворительном состоянии ребёнка выложить на грудь или живот матери, осушить и одеть, накрыть одеялом. При сроке гестации 32 – 34 недели вопрос выкладывания ребёнка на живот и грудь решает врач в зависимости от состояния ребёнка
* По прекращению пульсации (но не ранее 1 минуты) пережать пуповину
* На 1 и 5 минутах оценить состояние ребёнка по шкале Апгар
* Во время преждевременных родов или родов с пренатально диагностированной задержкой внутриутробного развития плода обязательно должен присутствовать врач-неонатолог. В родзале недоношенного ребёнка осматривают (цвет кожи и слизистых , частота дыханий, ЧСС, двигательная активность) и измеряют температуру каждые 15 минут в течение 1-го часа, затем каждые 30 минут в течение 2-го часа, в течение первых суток жизни температуру недоношенному измеряют каждые 4 – 6 часов если ребёнок не удерживает тепло , то назначению врача неонатолога его помещают в кувез, задают параметры соответственно состоянию и в дальнейший первичный туалет проводят по стандарту ухода за доношенным

После проведения первичного туалета в родзале ребёнка переводят в послеродовое отделение на груди матери (контакте «кожа к коже») или в кувезе, или в кроватке с подогревом

Медицинская помощь недоношенным с гестационным возрастом менее 32 недель оказывается в соответствии с «Протоколом первичной реанимации новорождённых» в перинатальных центрах.

***Организация медицинской помощи новорожденным в перинатальном центре***

Законодательной базой развития перинатальных центров в России стал приказ «О создании перинатальных центров в на­шей стране» (Приказ МЗСССР№ 881 от 15.12.1988г.),вприло- жении к которому изложены структура и функции ПЦ.

Перинатальный центр (ПЦ) — это современное учреждение родовспоможения, оказывающее все виды квалифицированной, высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской стацио­нарной помощи в области акушерства, гинекологии, неонатоло- гии, а также осуществляющее амбулаторную, консультативно­диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщи­нам и детям раннего возраста.

Иными словами, ПЦ — это медицинское учреждение, в кото­ром сосредоточены вместе все этапы оказания медицинской по­мощи, начиная с планирования семьи до разрешения от бере­менности и до выхаживания новорожденного и дальнейшего наблюдения за малышом.

***Особенности ухода за новорождёнными с малой массой тела при рождении:***

1. ежедневный осмотр врачом-неонатологом;
2. взвешивание проводится ежедневно, в одно и то же время, при строгом соблюдении тепловой цепочки. Если прибавка в массе 20-30 г в сутки, взвешивают через день, затем раз в неделю;

3)уход за пупочным остатком и кожей проводится по стандарту, как за доношенным;

4)измерение температуры проводится 4 раза в сутки.

***Оценка рисков развития патологических состояний у маловесных новорождённых***

***1) Дыхательные расстройства***

Для выявления расстройств необходимо постоянное наблюдение как при контакте «кожа- к -коже» , так и в инкубаторе или под источником лучистого тепла

Оценка по шкале Довнеса или Сильвермана проводится не реже, чем каждые 3 часа. При получении нулевого результата (0 баллов) через 3 часа прекратить контроль по шкале , если есть дыхательные расстройства проводить терапию респираторного дистресс синдрома

***Шкала оценки тяжести дистресс синдрома ( по шкале Довнеса)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество баллов | Частота дыханий за минуту | Наличие цианоза | Втяжение грудной клетки | Экспираторный стон | Характер дыхания при аускультации |
| 0 | <60 | Отсутствуют при дыхании 21% О2 | Отсутствуют | Отсутствует | Хорошо выслушивается дыхание |
| 1 | 60 -80 | Отсутствуют при дыхании 40% О2 | Умеренные | Выслушивается при аускультации | Изменено или ослаблено |
| 2 | > 80 или апноэ | Отсутствуют, но возникает при дыхании >40% О2 | Значительные | Выслушивается на расстоянии | Резко ослабленное или не выслушивается |

***2)Профилактика и лечение гипотермии***:

- строгий контроль за температурой помещения, температура в

палате должна быть 24-260С, влажность 60%

- новорождённый с малой массой тела и недоношенный требуют

дополнительное тепло (оптимальная температура тела 36,8- 37,2° С).

Для сохранения тепла используются метод «кенгуру», инкубаторы

(кувезы),  лапты-обогреватели, кроватки-грелки и матрацы-грелки.

Использование грелок не разрешается;

При использовании обогревающих аппаратов дети должны быть одеты в распашонку, шапочку, тапочки, ползунки;

- в первые дни и недели жизни глубоко недоношенные дети или

недоношенные в тяжёлом состоянии выхаживаются в кувезах по

стандарту:

- в них поддерживается температура от 36° до 32° С,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Масса тела новорождённого | 350С | 340С | 330С | 320С |
| <1500 | 0 – 10 суток | 11 – 21 сут | 3 – 5 сут | После 5 недель при развитии любого заболевания |
| 1500 - 2000 |  | 0 – 10 сут | 10 суток – 4 недели | После 4 недель при развитии любого заболевания |
| 2000 - 2500 |  | 0 – 10 сут | 11 суток – 3 недели | После 3 недель при развитии любого заболевания |

- влажность воздуха в первые сутки составляет до 90%, затем – 60-

55%,

- концентрация увлажнённого кислорода около 30%, оптимальным

температурным режимом является режим, при котором удаётся

поддерживать температуру тела в пределах 36,5-37° С);

- исключить перегревание и переохлаждение ребёнка.

***При развитии умеренной гипотермии необходимо***:

- перемерить температуру помещения (должна быть не ниже 230С)

и согреть его,

- обеспечить контакт «кожа к коже»,

- проверить уровень глюкозы, начать коррекцию его (норма

глюкозы крови 2,6 – 5,5 ммоль/л). Уровень глюкозы

контролируется глюкотестом, а при уровне ≤ 2,6 ммоль/л

необходимо лабораторное исследование,

- продолжить кормление грудью

*При развитии тяжёлой гипотермии* (температура 350С и ниже):

- продолжить согревание ребёнка;

- прекратить кормление грудью и начать введение 10% раствора

глюкозы;

- дача кислорода (уровень оксигенации подбирается индивидуально:

целесообразно обеспечивать минимальную избыточную концентрацию

кислорода, при которой исчезают признаки гипоксемии (цианоз

кожных покровов и слизистых оболочек, низкая двигательная

активность, редкое дыхание с длительным апноэ, брадикардия)

Концентрацию кислорода более 38% в кувезе создавать не

рекомендуется из-за возможности поражения лёгких, сетчатки глаз

и ЦНС);

- строго контролировать длительность подачи кислорода

3) *Контроль уровня глюкозы* проводят не ранее, чем через 4 часа после родов и через 30 минут после кормления. Контроль проводят через 4 – 6 часов

При уровне 2,2ммоль/л и менее внутривенно струйно вводится 10% глюкоза 2 мл/кг (200 мг/кг) струйно в периферическую вену в течение 5 – 10 минут. Затем 6 – 8 мг/кг *Контроль уровня глюкозы проводить каждые 30 минут*

4) *Апноэ у новорождённых с малой массой тела при рождении*

- Редкие и кратковременные спонтанные периоды апноэ( длительность не более 20 сек и не более 2 эпизодов за сутки) без брадикардии и цианоза, которые связаны с кормлением не считаются патологическими и не требуют лечения

- При возникновении более 2-х эпизодов апноэ за сутки или длительность более 20 секунд, или апноэ с цианозом и брадикардией необходимо перевести ребёнка в палату интенсивной терапии и начать лечение

**Помощь при апноэ:**

**-Провести тактильную** стимуляцию вдоль спины на протяжении 10 секунд. -- -Если ребёнок не задышал проводить ИВЛ с помощьюмешка и маски

-Измерить температуру и при гипотермии немедленно начать коррекцию

-Проверить уровень глюкозы – при гипогликемии начать коррекцию

-Периодически менять положение ребёнка и тщательно наблюдать за ним

-Научить мать наблюдать за ребёнком и проводить тактильную стимуляцию

***Уход за новорождённым с малой массой тела при рождении после операции кесарево сечение***

1) температура в операционной 28°С;

2) до операции акушерка готовит набор, в который входит 3 стерильные

пелёнки, стерильная шапочка, носочки, ползунки, распашонка, одеяло,

кладёт его на пеленальный столик под лучистое тепло;

3) после извлечения ребёнка акушерка высушивает его тёплой пелёнкой

и укладывает на пеленальный стол;

4) неонатолог осматривает ребёнка, оценивает его состояние по шкале

Апгар на 1-й и 5-ой минуте;

5) акушерка измеряет температуру каждые 15 минут, не поздне 1 часа проводит профилактику офтальмобленореи;

6) прикладывание к груди проводят по разрешению врача, если ребёнок сможет её сосать

***Для решения проблемы эффективного***

***грудного вскармливания акушерка должна чётко ориентироваться в принципах вскармливания маловесных детей***

Чрезвычайно важным в выхаживании маловесных детей является организация правильного питания, что включает выбор метода кормления и количества пищи. Метод кормления выбирают в зависимости от выраженности сосательного и глотательного рефлексов. Ребёнка кормят грудью, если выражены сосательный и глотательный рефлексы. Если сосательный рефлекс отсутствует, то кормят из чашки. Если отсутствуют и сосательный и глотательный рефлексы, то кормят через назогастральный или орогастральный зонд. Кроме того, при выборе метода вскармливания необходимо учитывать состояние ребёнка

|  |  |
| --- | --- |
| ***Внутриутробный срок гестации*** | ***Способ ентерального питания*** |
| До 30 недель | Через зонд |
| 30 – 33 недели | Через зонд или чашечку |
| 34 – 35 недель | Кормление грудью или из чашечки |
| >36 недель | кормление грудью |

Для того, чтобы обеспечить ребёнка с малой массой тела при рождении необходимыми калориями необходимо :

- рассчитанный объём дать за 8 – 12 приёмов;

- кормить ребёнка и днём и ночью;

- если ребёнок не проявляет активности к кормлению каждые 2 -3 часа, то

его необходимо разбудить и накормить

***Приблизительный объём желудка в зависимости от массы тела***

|  |  |
| --- | --- |
| Масса тела, г | Объём желудка, мл |
| 900 | 18 |
| 1000 | 20 |
| 1250 | 25 |
| 1500 | 30 |
| 1750 | 35 |
| 2000 | 40 |
| 2500 | 50 |

***Основные принципы грудного вскармливания новорождённых с малой массой при рождении не отличаются от грудного вскармливания доношенных***

Грудное вскармливание надо начинать как можно раньше. Не рекомендуется использовать растворы глюкозы, физраствор для первого кормления

При проведении грудного вскармливания необходимо правильно приложить к груди:

- подбородок прикасается груди,

- рот ребёнка широко открыт,

- нижняя губа вывернута наружу,

- ребёнок больше захватывает нижнюю часть ареолы

Если ребёнок кашляет или срыгивает во время кормления, рекомендуется кормить его вертикальном положении6 мать поддерживает грудную железу и подбородок ребёнка рукой, задняя стенка шеи и горло ребёнка должны быть выше соска

Для эффективного грудного вскармливания новорождённых с малой массой тела необходимо как можно раньше начать выхаживание по методу «мать – кенгуру»

Вскармливание из чашки

Если невозможно кормление грудью, то надо кормить из чашки

***Практические рекомендации кормления из чашки:***

1. Налить в чашку рассчитанное количество молока
2. Положить ребёнка на колени в полувертикальное положение
3. Поднести чашку к губам ребёнка и наклонить его так, чтобы молоко коснулось его губ, ребёнок начнёт лакать его
4. Не вливать молоко врот: поднести так, чтобы молоко только касалось губ
5. Не прекращать кормления самим, надо дождаться когда ребёнок закроет глаза и перестанет лакать самостоятельно
6. Оценить количество съеденного молока и рассчитать его количество на следующее кормление

***Кормление ребёнка через зонд***

***Используется два метода кормления через зонд:***

1. оральногастральный
2. назогастральный

***Практические аспекты кормления через зонд***

1. Введение зонда – это стерильная процедура
2. Необходимо приготовить:

- зонд;

- стерильные шприцы 2 мл и 5 мл для аспирации содержимого желудка;

- лейкопластырь;

- ножницы;

- стерильный физиологический раствор;

- чашку с грудным молоком

3) Обработать руки и одеть стерильные перчатки

4) Измерить длину зонда:

- оральногастрального: от угла рта до мочки уха и мечевидного отростка;

- назогастрального: от кончика носа до мочки уха и мечевидного отростка

5) Смочить зонд стерильной водой или физраствором

6) Умеренно согнуть шею и ввести зонд через нос или рот

7) Если не удаётся ввести зонд через нос, надо ввести его через рот, но не прилагая при этом усилий для проталкивания зонда

8) Зафиксировать зонд лейкопластырем

9)Проверить место нахождения зонда. Для этого шприцом ввести в зонд 1 – 2 мл воздуха и стетоскопом выслушать над желудком движение воздуха через зонд. Если шум не прослушивается зонд вытянуть и ввести снова

10 при соблюдении всех правил зонд может находиться в желудке до 3-х суток.

***Методика кормления через зонд***

1. Взять стерильный шприц и вытащить из него поршень
2. 2) Присоединить шприц к зонду и налить в него рассчитанное количество молока
3. Помочь матери правильно положить ребёнка: рот ребёнка должен быть на уровне соска и открыт
4. Шприц с молоком держать на 5 – 10 см над ребёнком
5. Кормить ребёнка 10 – 15 минут
6. Во время кормления молоко должно свободно стекать из шприца
7. Регулировать скорость стекания молоко поднятием или отусканием шприца
8. Не вводить молоко под давлением
9. Следить за состоянием ребёнка (цвет кожи, частотой и характером дыхания

10)При кормлении через зонд возможно прикладывание ребёнка к груди

11)Как только ребёнок начнёт «подсасывать» зонд необходимо перейти на кормление из чашечки или грудью.

Физиологические потребности в жидкости у детей с массой тела менее 1500г приблизительно 80 мл/кг в первый день жизни и увеличивается на 10-

Режим кормления – свободный, по требованию, но интервал между кормлениями не более 3-х часов

У глубоко недоношенных, учитывая незрелость их пищеварительного тракта, применяется парентеральное питание. Оно проводится введением внутривенно растворов глюкозы и кристаллических аминокислот с электролитами, минералами и витаминами, а также жировых эмульсий.

Парентеральное питание проводят в отделении интенсивной терапии новорождённых, поскольку требуются высококвалифицированные специалисты и там может быть проведено дополнительное клиническое и лабораторное обследование

Мониторинг адекватности вскармливания проводится путём измерения роста, окружности головы каждые 3 дня или неделю

Для эффективного выполнения проесиональных задач по уходу за маловесными детьми для решения проблемывысокий риск развития гипотермии акушерка должна владеть **методом «мать – кенгуру»** Уход по методу «мать – кенгуру – нетрадиционный метод ухода детей с малой массой при рождении, который используют для обеспечения контакта «кожа - к - коже». Использование этого метода способствует формированию тесной психоэмоциональной связи между ребёнком и матерью, увеличению частоты и длительности кормления грудью

Критерии готовности матери использовать метод «мать-кенгуру»

* желание матери и семьи использовать этот метод;
* физическая и психоэмоциональная готовность к использованию этого метода;
* наличие соответствующей одежды для матери и ребёнка;
* соблюдение санитарно-гигиенических требований;
* идеальным считается индивидуальное обучение матери непосредственно в палате;
* если мать по каким -то причинам не может выхаживать ребёнка, то это может выполнять отец или кто-либо из членов семьи

Метод можно использовать сразу после рождения на животе матери или любого другого члена семьи, в родзале через 30-60 минут после рождения, после стабилизации состояния в инкубаторе

Действия медработников для использования метода «мать – кенгуру»

***Поддержка и обучение матери:***

1. информировать мать об особенностях поведения и развития детей с малой массой тела при рождении
2. способствовать развитию позитивных психоэмоциональных отношениях в паре мать – дитя
3. давать матери возможность оставить ребёнка на короткий промежуток времени;
4. обеспечить возможность другим членам семьи принимать участие в выхаживании ребёнка
5. информировать и обучить мать о возможных угрожающих состояниях у ребёнка;
6. демонстрировать успехи женщин , которые выхаживали детей этим способом
7. обучить мать ухаживать за ребёнком дома, используя метод «мать-кенгуру»

***Уход за детьми во время проведения метода «мать-кенгуру»***

1) Помогать измерить температуру тела не менее 4-х раз за сутки, а после стабилизации температуры 2 раза в сутки

2) Помогать следить за состоянием ребёнка во время проведения метода «мать-кенгуру» для своевременного выявления угрожающих состояний:

- нерегулярное и неадекватное дыхание;

- эпизоды апноэ;

- снижение активности ребёнка, угнетение;

- снижение аппетита;

- возникновение судорог или возбуждения;

- диарея;

- частые срыгивания

3) Помогать прикладывать ребёнка к груди или кормлении другими альтернативными методами

4) реагировать на любую информацию от матери о состоянии ребёнка

5) Наблюдать за ребёнком во время отсутствия матери.

***Практические аспекты использования метода «мать-кенгуру»***

Подготовка помещения и оборудования:

1. температура помещения не ниже 250С
2. подготовить инкубатор или кроватку с подогревом
3. Подготовить базовое оборудование для реанимации: мешок с маской
4. Подготовить кусок мягкой ткани или специальную «сумку» для поддержки ребёнка в позиции «кенгуру»

Подготовить ребёнка

1. одеть на ребёнка шапочку, носочки и памперс
2. дополнительно одеть на ребёнка распашонку, но не застёгивать её

Кенгуру-позиция

1. расположите ребёнка в вертикальном положении между грудными железами матери
2. головка, шея, туловище ребёнка должны быть выпрямлены
3. руки ребёнка должны находиться на грудных железах матери
4. ножки ребёнка расположены под грудью и слегка согнуты
5. головка ребёнка должна находиться под поборотком матери

6) зафиксировать ребёнка на груди матери тканью или сумкой

7) ткань должна прикрывать не всю головку ребёнка, а только до ушек

8) накройте ребёнка одеждой матери

9) необходимо поддерживать ребёнка при проведении метода «мать-кенгуру»

10) контакт «кожа – коже»

Действия во время перерыва в проведении метода «мать-кенгуру»

1)взять ребёнка одной рукой под шею, другой под спинку Необходимо поддерживать нижнюю челюсть для предупреждения сдавления дыхательных путей

2) быстро положить ребёнка на пеленальный стол с подогревом и быстро одеть ему шапочку, тёплую распашонку и ползунки

3) положить ребёнка в кювез или на кроватку с подогревом

Кормление ребёнка во время проведения метода «мать-кенгуру»

1. необходимо обеспечить исключительно грудное вскармливание или сцеженным молоком;

2) если ребёнок вскармливается через зонд, необходимо во время кормления приложить ребёнка к груди;

3) кормление грудью можно проводить можно в положении под мышкой, прикладывание ребёнка к груди с подведенным зондом, с помощью чашки или шприца

4) если увеличение массы тела недостаточное (менее 15 г/кг/сутки) вследствие недостаточного количества молока у матери, необходимо ввести докорм молочными смесями для недоношенных детей

При проведении метода «мать-кенгуру» рекомендовано:

1. если при проведении метода «мать-кенгуру» мать лежит, необходимо следить, чтобы угол наклона матраца был не менее 200С для предупреждения гастроэзофагального рефлюкса и аспирации у ребёнка;
2. не пеленать ребёнка;
3. не кормить ребёнка из чашки или соски;
4. не контактировать с больными

Применение метода «мать-кенгуру» дома

Метод можно применять дома при условии наличия поддержки подготовленного медицинского персонала.

***Профилактические мероприятия***

1) *Профилактика геморрагической болезни* проводится витамином К в первые сутки после рождения одноразово, внутримышечно, в дозе 1,0 мг или перорально 2мг в первые и седьмые сутки жизни ребёнка

2)*Профилактику рахита* проводят со второй недели при установившемся энтеральном питании витамином Д в дозе 400-800 МЕ. При вскармливании смесями в дозе 800 МЕ

3)*Профилактику анемии* начинают с 3-й недели установившего энтерального питания и до конца года, в дозе 2-4 мг/кг элементарного железа вовнутрь еженедельно При необходимости параллельно может быть назначена фолиевая кислота 50 мкг/сутки ежедневно.

***Критерии выписки из роддома:***

1. Масса тела более 2000 г
2. Общее состояние удовлетворительное
3. Ребёнок удерживает нормальную температуру в течение 3-х суток
4. Ребёнок прибавляет в массе не менее 20 г/кг на протяжении 3-х дней до выписки
5. Сделаны прививки и скрининговое обследование
6. Пупочный остаток или пупочная ранка сухие, чистые, без признаков воспаления
7. Мать обучена уходу за ребёнком
8. Мать и члены семьи проинформированы об угрожающих состояниях, которые могут возникнуть у ребёнка:

- плохо сосёт грудь;

-вялый или возбуждён;

-возникли судороги;

-нарушено дыхание;

-гипо или гипертермия;

-отёк, гиперемия, гнойные выделения из пупочной ранки;

-у ребёнка рвота или диарея

9) Мать предупреждена о мероприятиях по профилактике синдрома

внезапной смерти (рекомендован сон на спине, не курить в

помещении, где находится ребёнок, не накрывать лицо ребёнка во

время сна;

10) Рекомендовано продолжить профилактику рахита, анемии,

гипотрофии.

**Алгоритм согревания недоношенного**

**Выхаживание недоношенных детей методом «Мать - кенгуру».**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подготовительный этап** | **Основной этап** | **Заключительный этап** |
| **Цель:** Обеспечить формирование тесной психоэмоциональной связи между матерью и ребенком. Повысить частоту и длительность грудного выкармливания.  Снизить риск назокомиальних| инфекций. Способствовать|содействовать| участию семьи в выхаживании детей с малой массой тела. Обеспечить альтернативный подход к|до| сохранению|сохранности| и поддержке температуры тела ребенка.  **Преимущества:** Улучшение поведения ребенка: дольше периоды покоя, меньше плачет, более длинные периоды глубокого сна. Уменьшение|сбавка| частоты и тяжести эпизодов апноэ. Сокращение сроков|термина| пребывания детей в больнице. Матери чувствуют большую компетентность, уверенность и ответственность при кенгуру-уходе за ребенком.  **Показание:** Скорректированный возраст|век| ребенка больше|более| 32 недель; масса тела ребенка больше|более| 1000 граммов;  относительная соматическая стабильность; наличие энтерального питания и установленной толерантности к|до| еде; способность реагировать на внешние|наружные| раздражения и стимуляцию; желаемое|желанное| отсутствие постоянного внутривенного введения|ввода| жидкости. | | |
| Подготовка  ребенка:  Оденьте на ребенка шапочку, носки и памперс; дополнительно оденьте на ребенка сорочку|рубашку|, но не застегивайте ее, потому что должен состояться контакт «кожа к коже|». | **Кенгуру-позиция:**  Расположите ребенка в вертикальной позиции между грудью матери;   1. головка, шея, туловище ребенка должны быть выпрямлены|спрямлять|; 2. руки ребенка должны находиться на груди у матери; 3. ножки ребенка располагаются под грудью матери и полусогнуты: такая позиция похожа на позицию „лягушонок”; 4. головка ребенка должна находиться под подбородком матери; 5. зафиксируйте ребенка к|до| туловищу матери тканью или „сумкой", ткань должна прикрывать не всю голову ребенка, а только ее часть до|до| уха; 6. накройте ребенка одеждой матери ; 7. необходимо поддерживать ребенка во время проведения метода „мать-кенгуру”. | Контакт „кожа к коже|” желательно поддерживать в течение|на протяжении| 24 часов в  сутки с перерывами (когда, например, нужно поменять|изменить| памперс, принять душ матери, тогда отец|родитель|, может другой член семьи взять ребенка в контакт „кожа к коже|”). |

**Профилактика гипотермии у недоношенных детей**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подготовительный этап** | **Основной этап** | **Заключительный этап** |
|  | 1) Обязательным условием для предупреждения гипотермии у новорожденных с малой массой тела при рождении есть постоянный контроль за температурой в помещении.  2) в первое время жизни нормальной температурой тела ребенка есть 36,5-37,5°С|. В последующие дни оптимальной является температура тела в пределах 36,8-37,2°С|. Следует избегать развития у ребенка как гипотермии, так и гипертермии;  3) новорожденный с малой массой тела при рождении нуждается в дополнительном тепле и более тщательном контроле температуры тела;  4) мероприятия сохранения|сохранности| тепла включают использование|употребление| теплых комнат, метода „кенгуру”, инкубаторов, ламп-обогревателей, кроватей-грелок и матрасов-грелок. Целесообразно использовать уход за методом „мамы-кенгуру”.  5) инкубаторы следует использовать только для больных новорожденных или для новорожденных с очень низкой массой тела;  6) при использовании|употреблении| обогревательных аппаратов (инкубаторы, столы с подогревом, кроватки|постель| с подогревом и лампы лучевого тепла) нужно помнить, что новорожденные при этом должны быть одеты в распашонку|, шапочку, носки и ползунки иметь стабильное клиническое состояние|стан|;  7) при выхаживании новорожденных в инкубаторах необходимо контролировать температуру тела ребенка по меньшей мере каждые 4-6 часов и регулировать температуру внутри аппаратов в пределах 30-37°С|;  8) контроль температуры тела ребенка проводится по меньшей мере 4 раза на сутки, в случаях нестабильной температуры чаще;  9) новорожденным с массой тела ≤ 1000 граммов следует проводить контроль температуры тела каждые 3 часа. | Результаты термометрии записываются к|до| карте развития новорожденного. |

## Правила обработки инкубатора.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подготовительный этап** | **Основной этап** | **Заключительный этап** |
| 1.Перед использованием|употреблением| инкубатор необходимо вымыть и обработать 4% раствором перекиси водорода.  2. В последующем его дезинфицируют каждые 2 дня: | 1) ребенка переводят|перекладывают| в другой кувез|;  2) стерильной тканью, смоченной дезинфицирующим раствором, дважды протирают кувез| и закрывают его на час;  3) после этого кувез| два раза протирают стерильной тканью, хорошо смоченной в воде;  4) поверхность кувеза| вытирают досуха;  5) облучают камеру кувеза| бактерицидной лампой 30-60 мин|.;  6) кувез закрывают, включают аппарат, выдерживают 2-5 час., после чего он пригоден к использованию |  |

## 

**Иммунопрофилактика новорожденных**

В акушерском стационаре на основании добровольного ин­формированного согласия родителей на проведение профилак­тических прививок новорожденным, оформленного в соответ­ствии с Приказом Минздравсоцразвития России № 125н, осуществляется первая вакцинация против гепа­тита В и вакцинация против туберкулеза.

Данные о проведенной вакцинации вносятся в карту разви­тия новорожденного и в выписной эпикриз.

**Неонатальный скрининг**

Важным элементом работы отделения новорожденных явля­ется проведение неонатального скрининга — массового обследо­вания новорожденных с целью выявления наиболее распростра­ненных тяжелых врожденных и наследственных заболеваний.

Скрининг новорожденных позволяет обеспечить раннее выяв­ление, своевременное лечение и предупреждение развития тя­желых проявлений ряда заболеваний, ведущих к инвалидизации ребенка, — это фенилкетонурия (ФКУ), муковисцидоз, врож­денный гипотиреоз (ВГ), адреногенитальный синдром (АТС), галактоземия (приказ Министерства здравоохранения и соци­ального развития № 185 от 22.03.2006 г. «О массовом обследова­нии новорожденных детей на наследственные заболевания»).

Сроки и условия проведения обследования. В родильном доме у каждого новорожденного берется несколько капель крови на спе­циальный тест-бланк, который направляется в специализиро­ванную лабораторию для проведения исследования. Во избежа­ние загрязнения тест-бланки упаковываются так, чтобы они не соприкасались с пятнами крови, герметично, в чистый конверт и в специальной упаковке с соблюдением температурного режи­ма (+2...+8 °С), они доставляются для проведения исследова­ний в медико-генетическую консультацию (центр) не реже од­ного раза в З дня.

У доношенных детей кровь для исследования берут на 4-й день жизни, у недоношенных — на 7-й день жизни. Для иссле­дования берут периферическую кровь — из пяточки (возможно, из мочки уха). Взятие крови производят утром натощак (2—3 часа после очередного кормления). Если в первые дни жизни до взятия крови ребенок не получал энтеральное питание, или получал его менее чем за 2 дня до взятия крови, то у этого ребенка скрининг проводится повторно не ранее чем через 2 дня после начала кормления. Если в первые дни жизни до взятия крови ре­бенку проводилось переливание крови или плазмы, то скрининг проводится повторно через 10—14 дней после переливания. В об­менной карте малыша ставится отметка о проведенном тесте.

В случае обнаружения в крови маркера заболевания родители с новорожденным ребенком приглашаются в медико-генетическую консультацию для проведения дополнительного обследо­вания. При подтверждении диагноза назначается лечение. В даль­нейшем ведется динамическое наблюдение за ребенком.

С 2008 года в рамках реализации приоритетного националь­ного проекта «Здоровье» проводится аудиологический скрининг новорожденных, который позволяет своевременно выявлять на­рушения слуха у ребенка и проводить последующую реабилита­цию тугоухости (Приказ Минздравмедпрома РФ от 29.03.96 № 108 «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1 -го года жизни»). Новорожденные дети уже могут раз­личать некоторые характеристики звука, такие как частота и ин­тенсивность, поэтому первое исследование слуховой функции проводится практически во всех роддомах с помощью специаль­ного прибора. Нарушения слуха являются довольно распростра­ненной врожденной патологией новорожденных. По данным Второй международной конференции по скринингу новорож­денных, диагностике и раннему вмешательству 2002 г., наруше­ния слуха наблюдаются у 3 из 1000 новорожденных.

Среди проблем перинатальной и неонатальной медицины в последние годы особое внимание обращается на проблему сни­жения зрения у новорожденных детей. Отмечается неуклонный рост числа новорожденных с заболеваниями глаз в структуре нео­натальной патологии.

Основными причинами повреждения зрения и слуха явля­ются отягощенная наследственность, нарушения внутриутроб­ного развития под воздействием вредных средовых факторов, а также гипоксия и травма головного мозга в процессе родов. Использование новых и объективных диагностических техноло­гий (офтальмоскопия, аудиологический скрининг) позволяют выявить такие дефекты, как ретинальные кровоизлияния, отек сетчатки и зрительного нерва, а также врожденную и раннюю тугоухость.

Аудиологи считают, что если ребенок с нарушением слуха получает адекватное звукоусиление в возрасте до шести меся­цев, то его психофизическое и речевое развитие не будет отли­чаться от развития сверстников без патологии.

Данные о проведенных неонатальном и аудиологическом скринингах вносятся в карту развития новорожденного и в вы­писной эпикриз.

## Алгоритм применения грелок для согревания недоношенного новорожденного

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подготовительный этап** | **Основной этап** | **Заключительный этап** |
| Цель: согревание недоношенных | | |
| Оснащение:-Резиновые грелки 3 шт.Вода 60 – 700С.Пеленки (3 шт.).Одеяло или теплая пеленка.Подготовка к процедуре.Подготовить необходимое оснащение.-Заполнить грелку горячей водой 60 – 700С на 1/2 или 2/3 объема.-Вытеснить воздух из грелки, нажав на нее рукой, плотно закрыть пробкой.-Опрокинуть грелку горловиной вниз и убедиться в ее герметичности.-Аналогичным способом приготовить еще 2 грелки.-Обернуть каждую грелку пеленкой, сложенной в 4 слоя. | Уложить грелки на расстоянии примерно 10 см. от ребенка, завернутого в пеленки:-.одну на уровне стоп;-две другие – вдоль туловища с обеих сторон.-Накрыть ребенка одеялом (температура воздуха под одеялом должна быть 28 – 30°С). -Между запеленованным ребёнком и одеялом поместить водяной термометр.  -Следить за показаниями термометра.  -Если Т на вод.на термометре свыше 30 °- ребёнок перегревается, в этом случае убираем грелки с боков, оставляем у ножек -Смену воды в грелках проводить по мере ее остывания, обязательно поочередно. | -Вылить из грелок воду.-Обработать их наружную поверхность дезинфицирующим раствором.- Вымыть и просушить руки. |

### Кормление недоношенного ребёнка из чашки. Расчет суточного количества молока

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подготовительный этап** | **Основной этап** | **Общие сведения**  **Заключительный этап** |
| Цель: Обеспечение ребенку рационального выкармливания. | | |
| Место выполнения: роддом, в домашних условиях  • Рассчитайте норму приема еды в течение суток - а не на каждое кормление.  Вымой руки,  приготовь сцеженное грудное молоко или смесь.  &dcy;&ocy;&kcy;&ocy;&rcy;&mcy; &ucy; &gcy;&rcy;&ucy;&dcy;&icy; - &icy;&lcy;&lcy;&yucy;&scy;&tcy;&rcy;&acy;&tscy;&icy;&yacy;http://baby-ko.com.ua/uploads/images/products/full/item_13602_2_3612522.jpg | • Наденьте на ребенка впитывающий нагрудник или подоткните тканевую пеленку под подбородок ребенка, или спеленайте ребенка  • Поддерживайте ребенка на вашем колене в вертикальном положении или полулежа.  • Держите маленькую чашку с молоком у губ ребенка.  Слегка прикоснитесь чашкой к губам так, чтобы молоко коснулось губ ребенка. Чашка слегка лежит на нижней губе ребенка, а края чашки касаются наружной стороны верхней губы ребенка.  • Ребенок настораживается и открывает свои рот и глаза.  − Низковесный ребенок берет молоко в рот, помогая языком.  − Доношенный ребенок или старше сосет молоко, проливая при этом часть молока.  • ***НЕ ЛЕЙТЕ*** молоко в рот ребенка. Держите чашку у его губ и дайте ему возможность самому пить.  ***Помните!***  - Как только ребенок наестся, он закрывает рот и больше не пьет.  -Если ребенок не выпил положенную норму, он выпьет ее в следующий раз или вам необходимо кормить его чащ**е.**  **-**Если ребенок съел очень мало, в следующее кормление предложите больше положенной нормы или начните кормить раньше, особенно если ребенок голоден  -В том случае, если суточная норма приема молока меньше положенной нормы, дайте не достающее количество через назогастральный зонд. | **Расчёт необходимое количество молока**:  ***Дети с весом 2,5*** кг и более: 150 мл молока на килограмм веса в день. Разделить общее количество молока на 8 кормлений и давать каждые 3 часа.  ***Дети с весом менее 2,5 кг***: Начинать с 60 мл/кг веса. Увеличивать общий объем молока на 20 мл на кг веса каждый день до тех пор, пока ребенок не начнет получать по 200 мл на кг веса в день.  -Разделить общий объем молока на 8 -12 кормлений, -кормить каждые 2- 3 часа. -Продолжать кормить до тех пор, пока вес ребенка не достигнет 1800г или более и пока он не перейдет полностью на грудное вскармливание.  ***Заключительный этап***  Проверить суточный объем принятого ребенком моло-  ка. (Частота индивид-уальных кормлений может меняться.)  Занести кол-во выпитого молока в лист учёта..  Чашку обработать по стан-  дарту |

**Кормление недоношенного через зонд**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подготовительный этап** | **Основной этап** | **Заключительный этап** |
|  |  |  |
| Материальное обеспечение:  Зонд для ребенка: с весом|вагой| < 2000,0 граммов № 5-F|, с весом|вагой| > 2000,0 граммов - №8-F; стерильные шприцы 2 мл и 5 мл для аспирации содержимого|содержания| желудка; сантиметровую ленту; лейкопластырь; ножницы; стерильный раствор NaCl| 0,9%; чашку с грудным молоком.  Обработайте руки и наденьте стерильные перчатки; замеряйте длину зонда:  - орогастрального|: от угла рта к|до| мочке уха и мечевидного| отростка  - назогастрального: от кончика носа к|до| мочке уха и мечевидного| отростка  1. Смочите кончик зонда стерильной водой для инъекций или стерильным раствором NaCl| 0,9%;  2. Умеренно согните шею ребенка и медленно|медлительно| введите зонд на отмеренную длину через|из-за| рот или ноздрю;  3. В случае, если зонд не проходит легко через ноздрю, вытяните его и попробуйте ввести в другую ноздрю;  4. В случае неудачи|невезенья| введите зонд через|из-за| рот. Никогда не прикладывайте усилия для проталкивания зонда для предотвращения травмы;  5. Зафиксируйте зонд с помощью|посредством| лейкопластыря. | 1)Возьмите стерильный шприц и вытяните из|с| него поршень;  2) Присоедините шприц к|до| зонду и налейте у него рассчитанное количество сцеженного грудного молока;  3) Помогите матери правильно положить ребенка: рот ребенка должен быть на уровне соска и открытый;  4) Шприц с молоком держите на расстоянии 5-10 сантиметров над ребенком;  5) Продолжайте кормление в течение|на протяжении| не менее|меньше| 10-15 минут;  6) Во время кормления молоко должно медленно|медлительно| стекать из|с| шприца;  7) Регулируйте скорость стекания молока во время кормления, постепенно изменяя|меняет| расстояние между шприцем и ребенком (поднимая и опуская его);  8) Не используйте введения|ввода| молока под давлением!;  9) При кормлении через|из-за| зонд тщательным образом наблюдайте по состоянию ребенка: цветом кожи и слизевых оболочек, частотой и характером дыхания;  10) Во время кормления через|из-за| зонд возможное приложение ребенка к|до| груди в зависимости от ее клинического состояния|стана|;  11) Как только ребенок начнет „подсасывать” зонд, необходимо как можно скорее перейти на кормление ребенка из чашки или грудью. | Всё,что соприкасалось с ребёнком подлежит обеззараживанию по стандарту.  Сделать отметку о выполнении  **PS:**  Во время кормлени через зонд можно прикладывать ребёнка к груди |

**Основные звенья тепловой цепочки.**

• Важнейшее условие сохранения тепловой цепочки есть обеспечение температуры в родзале, в операционной не ниже 25 С.

• Отсутствие сквозняков, все необходимое для согревания ребенка пеленки, шапочки, носочки, ползунки, рукавички, распашонки необходимо подготовить и подогреть заранее. Тщательное обсушивание ребенка.

• Контакт кожа к коже. Предупреждает потерю тепла и способствует колонизации организма ребенка микрофлорой матери. На груди матери накрыть ребенка чистой подогретой пеленкой и общим с матерью одеялом.

• Грудное вскармливание как можно раньше.

• Купание и взвешивание новорожденного отложить сразу после рождения.

• Кровь, меконий частично удаляют при обсушивании после родов.

• Остатки родовой смазки не удаляют с кожи ребенка.

• Взвешивание и антропометрия проводится после контакта кожа к коже.

• Совместное пребывание матери и ребенка, транспортировка в теплых условиях.

• При рождении ребенка путем Кесарева сечения новорожденный транспортируется в кувезе или в детской кроватке, накрытой теплым одеялом.

• Реанимация в теплых условиях. Повышение уровня подготовки и знаний по соблюдению тепловой цепочки . Члены семьи должны быть проинформированы о важности сохранения нормальной температуры тела и соблюдения температурной цепочки в домашних условия

**Профилактика СВСД**

***Поза во сне***

Специалисты утверждают, что дети должны спать только на спине. Раньше допускался сон на боку, но современные исследования показали, что в этом положении риск СВДС возрастает.

***Соска-пустышка для защиты от СВДС***

Исследования показали, что сосание соски перед засыпанием уменьшает вероятность СВДС. Для объяснения этого факта выдвигаются различные предположения, но в любом случае специалисты рекомендуют давать детям соску перед дневным и ночным сном.Некоторые специалисты считают, что соски в дальнейшем вызывают стоматологические проблемы. Однако убедительных доказательств этих фактов не существует, по крайней мере, если речь идет о здоровье детей в возрасте до 5 лет.

*Как пользоваться соской-пустышкой*

1. Соску нужно предложить ребенку при укладывании в постель. Если, заснув, он ее выплюнет, не нужно снова вкладывать ее в рот малыша. Не следует заставлять ребенка сосать соску.

2. Рекомендуется мыть соски как можно чаще.

3. Не рекомендуется давать соску детям младше 1 месяца, которые находятся на грудном вскармливании ***Инструкции для няни***

Няню нужно попросить укладывать ребенка на спину перед сном и правильно давать ему соску. Человек, осуществляющий уход за ребенком, должен знать меры профилактики против СВДС. Около 20% случаев внезапной детской смерти случаются в тот момент, когда за ребенком присматривают не родители, а другие люди.

***Другие факторы риска***

В группе риска также находятся дети, матери которых курили во время беременности или не наблюдались в этот период у врача, а также мальчики, недоношенные и маловесные новорожденные. Статистические данные показывают, что СВДС чаще наблюдался у детей, которые спали на старых, уже использовавшихся ранее матрасах.

**Как предотвратить СВДС?**

1. Укладывайте ребенка спать на спину, а не на живот и не на бок.

2. Предлагайте ему соску.

3. Укладывайте ребенка на жесткий матрас, укрывая его простыней или тонким одеялом.

4. Уберите из колыбели мягкие вещи, которые могут закрыть рот или нос ребенка.

5. Не курите во время беременности и оберегайте ребенка от табачного дыма.

6. Избегайте перегрева, откажитесь от тугого пеленания. Поддерживайте комфортную температуру в комнате ребенка. На ощупь кожа ребенка не должна быть горячей.

7. Не полагайтесь на радио- или видео-няню. Эти устройства недостаточно эффективны для обеспечения безопасности ребенка.

8. Не кладите ребенка в свою постель – лучше поставьте детскую кроватку в своей комнате. Совместный ночной сон с ребенком может спровоцировать СВДС.

### Проведение гигиенической ванны

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подготовительный этап** | **Основной этап** | **Заключительный этап** |
| Показание: с целью гигиены и закаливания  Впервые новорожденного ребенка купают после выписывания из|с| роддома и делают это ежедневно до 6 месяцев, с 6 месяцев и до года через день лучше вечером, перед предпоследним кормлением. Детским мылом пользуются с 3-4 недели жизни 1 раз в неделю, мягкой мочалкой – после года.Т воды 36,5-37,5° у недоношенного р-ка на 1 градус выше.  Длительность купания для детей до одного года – 5-7 мин|., на втором году жизни – 8-10 мин |., для старших детей – 10-20 мин |. | | |
| Место выполнения: Домашние условия и лечебные заведения.  Подготовить: Ванночка (лучше эмалированная, ванночку| используют только для купания ребенка), водный термометр, эмалированная кружка или кувшин|крынка|, детское мыло, пеленка, простыня, чистая одежда, охлажденная и горячая кипяченая|переваренная| вода.  Вымой руки! Одень передник. Вымой ванночку с мылом, обработай дезинфектором, ополосни р-ом перманганата калия 1 : 10000, смой горячей водой. Положи на дно ванночки чистую пеленку. Налей в ванночку воды, измеряй температуру. (Температура воды 36-37°С). Для новорожденных детей используют только кипяченую воду! В первые месяцы жизни детей можно окунать в воду в пеленке. | 1. Раздень ребенка, приверни в тонкую пеленку, возьми на руки и осторожно опусти в воду.  2. Одной рукой поддерживай голову ребенка, а свободной рукой обмой волосяную часть головы, шею, туловище, конечности|концовка|. Лицо водой из|с| ванны не мой!  По мере остывания воды, подливай в ванну горячую воду по стенке  3. Перед тем, как вынуть ребенка из|с| ванны умой его чистой водой из|с| кувшина|крынки|, а затем|а потом| той же водой облей. Это предупреждает переохлаждение ребенка.  4. Заверни|закатайте| в простыню. Обсуши кожу осторожными промокающими| движениями, не растирая ее.  5. Одень или запеленай ребенка. | В условиях стационара после проведения гигиенической|гигиеничной| ванны обеззаразь передник|фартук|, ванночку| по стандарту.  Сделай|совершите| отметку о проведении гигиенической|гигиеничной| ванны в листке назначений. |

### 

РЕШИТЕ ТЕСТЫ

1. Самой частой причиной развития некротизирующего энтероколита у недоношенных детей является: А асфиксия в родах

В нарушение колонизирующей ризистентности кишечника

D бактериальная инфекция

С вирусная инфекция

Е все перечисленное не верно

2. Ребенку, который родился на 35-ой неделе беременности с массой тела 2000г, акушерка ФАПа начнет специфическую профилатику рахита с :

A 2 месячного возраста

В 1 месячного возраста

С 1,5 месячного возраста

D 2 недельного возраста

Е все верно

3. Гибель недоношенных детей в раннем неонатальном периоде наиболее часто вызывают:

А родовая травма

В асфиксия и пневмопатии

С инфекции

D врожденные пороки развития

E сепсис

4. Ретролентальная фиброплазия (поражение сетчатки глаз) недоношенных является следствием :

A охлаждение

В недостаточного питания

С чрезмерной кислоротерапии

Д гипоксии

Египогликемии

5. Признаками, характерными для недоношенного ребенка, является:

А масса 500-300

В масса 500-2800

С масса 1000-3500

Д пушковые волосы на спине

Е масса тела более 4кг

6. Для недоношенного характерно:

А диспропорциальное телосложение

В обильное пушковое оволосение

С слабое развитие ПЖК

Е все выше перечисленное

7. Ребенок родился в срок гестации 36 недель,диагностирована первая степень недоношенности. Выберите признак первой степени недоношенности

А масса тела 1800

В масса тела 2300

С длина тела 35см

Д лина тела 48см

Е масса тела 4000

8. Что является причиной спадения легких у недоношенных новорожденных:

A отсутствие введения викасола

В перегревание ребенка

С несвоевременное прикладывание к груди

Д дефицит сурфактанта

Е все перечисленное не верно

9. Ребенок родился на 36 неделе беременности с массой тела 2100г, здоровый. Вы должны провести специфическую профилактику рахита. С какого возраста это нужно начинать делать?

А 1 неделю

В 2 недели

С 1 месяц

D 1.5 месяца

Е 2 месяца

10. Вы работает на ФАПе и были вызваны к ребенку 28 дней жизни,который родился с весом 2200 в срок гестации 36 недель.Мать предъявляет жалобы на вялость, снижение аппетита, побледнение кожных покровов. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, тахикардия, нежный систолический шум на верхушке, незначительное увеличение печени. В срочном порядке сделан общий анализ крови: гемоглобин 100г /л, эритроциты ниже 3,8 х10л . Эти проблемы связаны:

А с гипогалактией у матери

В с ранней анемией недоношенных

С с перекормом

Д с несвоевременным введением прикорма и коррекции питания

Е все перечисленное верно

11. Вам необходимо определить степень дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка. С этой целью вы будете использовать шкалу:

А Глазго

В Сильвермана

С Апгар

Д Дементьевой

Е Всё перечисленное неверно

12. Старшая медсестра определяет влажность воздуха в палате недоношенных детей. Какой показатель является оптимальным?

А 55-60%

В 35-40%

С 80-85%

Д 75-80%

У 40-45%

13. Указать, какой ребенок считается недоношенным:

А который родился от беременности менее 38 недель

B который родился от беременности менее 37 недель

C который родился от беременности менее 39 недель

D который родился от беременности менее 40 недель

E который родился от беременности менее 41 недели

14. Ребенок родился преждевременно с весом 1700г, от первой осложненной беременности. Профилактику какого заболевания следует предусмотреть при составлении плана ухода за недоношенным ребенком?

А спазмофилии

В аллергического диатеза

С острых расстройств пищеварения

D гемолитической болезни

E анемии

15. Новорожденная девочка родилась от преждевременных родов при сроке гестации 36 недель, массой тела 1900г, ростом 44см. Объективно: кости черепа мягкие, уши плотно прилежат к голове. Кожа морщинистая, подкожно-жировая ткань выражена слабо. Пупочное кольцо смещено к лобку. Половая щель зияет. Оцените состояние ребенка:

А недоношенный 1 ст

В недоношенный 3ст

С ребенок доношенный

Д недоношенный 2ст

Е недоношенный 4ст

16. Какое расстояние должна отмерить медицинская сестра на зонде при кормлении недоношенного ребенка полиэтиленовым зондом через нос?

А расстояние от нижней челюсти до мечевидного отростка

В расстояние от нижней челюсти до пупка

С расстояние до мочки уха до пупка

D расстояние от переносицы до мечевидного отростка

Е расстояние от мочки уха через переносицу до мечевидного отростка

17. Медсестре необходимо накормить новорожденного ребенка. Мальчик родился раньше срока. С массой тела 2100г, длиной тела 42см. Крик слабый, кожа тонкая сморщенная, видно сетку подкожных вен. Яички в паховых каналах. Отсутствуют сосательный и глотательный рефлексы. Укажите наиболее правильный метод кормления ребенка.

А парентеральный метод

В через зонд

С из бутылочки

D из ложечки

Е прикладывание груди

18. Возможность возникновения, какой проблемы у недоношенного ребенка наиболее требует вашего постоянного контроля на протяжении дня?

А состояние пупочной ранки

В повышение температуры тела

D появление геморрагической сыпи на коже

Е остановка дыхания

19. Новорожденный с низкой массой тела – это младенец:

А родившийся с массой тела менее 3000г-4000

В родившийся с массой тела менее 2500г-1499

С родившийся с массой тела менее 2000г- 2500

D родившийся с массой тела менее 1500г 1000

T родившийся с массой тела менее 1000г

20. Новорожденный с экстремально низкой массой тела – это младенец:

А родившийся с массой тела менее 1700г

В родившийся с массой тела менее 1500г

D родившийся с массой тела менее 1250г

С родившийся с массой тела менее 1000г

Е родившийся с массой тела менее 750г

21.Признаками, характерными для недоношенного ребенка, являются:

А. масса 500-3000

В. масса 500-2800

С. масса 1000-3500

Д. пушковые волосы на спине

Е. масса тела более 4 кг

.

22. В группу риска по пнемопатии относятся дети:

А недоношенные от быстрых родах

В родившиеся путем кесарева сечения

С от матерей с большой кровопотерей в родах

D все перечисленное верно

23. Оценку синдрома дыхательного синдрома расстройства (СДР) у недоношенных детей проводят:

А по школе Апгар

В по школе Сильвермана

С по школе Апгар и Сильвермана вместе

D по шкале Глазго

24.Для недоношенного характерно:

А. диспропорциальное физическое развитие

В. обильное пушковое оволосение

С. слабое развитие ПЖК

Д. эпизоды апноэ

Е. все выше перечисленное

25. Наиболее характерный клинический признак пневмонии у недоношенных детей:

А локальные хрипы

В шум трения плевры

С укорочение легочного звука

D вторичные приступы асфиксии

26. Ребенок 14 дней жизни родился с массой тела 1000г. В течении недели ребёнку регулярно проводили забор крови для мониторинга КОС, электролитов крови, гликемии .

Какой вид анемии может развится у этого ребенка:

А.гипопластическая анемия.

В. апластическая анемия

С. хроническая постгеморрагическая анемия

Д. иатрогенная постгеморрагическая анемия

Е. всё перечисленное неверно

27. Самое частое осложение пневмонии у недоношенных детей:

А абсцедирование

В плеврит

С сердечная недостаточность

D менингит

28. По раннему развитию железодефицитной анемии угрожаемы недоношенные дети:

А перенесшие после рождения тяжелые инфекции

В с внутриутробной гипотрофией

С незрелые к гестационному сроку

D с общим отечным синдромом

29. Проведение фототерапии недоношенным детям может осложниться:

А появлением жидкого стула с примесью зелени

В синдромом сгущения желчи

С развитием гемолитической анемии

D присоединением инфекции

30.Ребенок родился глубоко недоношенным. После рождения у ребенка нарастают симптомы ДН, отек, мелкопузырчатые влажные хрипы над нижней долей правого легкого .на вторые сутки присоединились множественные кожные экстравазаты, кровавая пена из рта. На рентгенограмме органов грудной клетки - ателектаз нижней доли правого легкого. Гемоглобин крови -100 г/л, гематокрит - 0,45 г/л. Кокой диагноз наиболее вероятный ?

A.Отечно-геморрагический синдром

B.Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывание

C.Отек легких

D.Болезнь гиалиновых мембран

Е. пневмония