

- Учебное пособие

для медицинских училищ и колледжей

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Регистрационный номер рецензии 334 от 17 июня 2015 года
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



1.1. ПРОВЕДЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ НОВОРОЖДЕННОГО

Здоровый новорожденный — ребенок, родившийся от практически здоровой матери без осложнений беременности и родов с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов (см. гл. 6), массой тела 2,5–4,4 кг (средней — 3300–3700 г), с массо-ростовым коэффициентом 60–80, с нормально протекающим периодом адаптации, максимальным уменьшением первоначальной массы тела не более 6–8%, находящийся на естественном вскармливании. Среди новорожденных различают следующие клинические группы (табл. 1.1).

Патронаж (от фр. *patronage* — покровительство) в медицине — проведение медицинскими работниками на дому первичной сестринской оценки, а также профилактических, оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий. *Приказы № 60, 151, 307 Минздрава РФ* определяют порядок диспансерного наблюдения новорожденных детей. Наблюдение за состоянием здоровья ребенка начинают задолго до его рождения, когда участковая медицинская сестра осуществляет дородовый патронаж (табл. 1.2).

После выписки из родильного дома выполняют первый патронаж новорожденного, далее — динамический (табл. 1.3).

Таблица 1.1. Клинические группы новорожденных

Группа новорожденных	Характеристика
Доношенные	Морфологически и функционально соответствуют гестационному возрасту, могут быть зрелыми и незрелыми
Недоношенные	Дети, родившиеся при сроке гестации* между 22 и 38 нед, с массой тела менее 2500 г, ростом менее 45 см: • дети с низкой массой тела — 1500–2500 г; • дети с очень низкой массой тела — 1001–1500 г; • дети с экстремально низкой массой тела — менее 1000 г
Незрелые	По степени зрелости не соответствуют гестационному возрасту
Переношенные	Дети, родившиеся при сроке беременности более 42 нед, с признаками переношенности
С задержкой внутриутробного развития	Массо-ростовой коэффициент** менее 60

* Период вынашивания плода в матке.

** Масса тела, деленная на рост (при рождении).

Таблица 1.2. Дородовой патронаж беременной женщины

Патронаж	Срок беременности	Задачи	Рекомендации
1-й	Не позже 12–14-й недели	Определить общее состояние, условия труда и быта, моральный климат в семье, наследственность, вредные привычки у членов семьи	Соблюдение режима дня, питания. При необходимости — обращение к юристу за помощью
2-й	30–32 нед	Уточнить анамнез, перенесенные заболевания, прием медикаментов, течение беременности, соблюдение советов медицинской сестры, готовность приданого новорожденного, места для него, подготовка молочных желез беременной к лактации. Уточнение адреса проживания	Расположение детской кроватки, содержание аптечки новорожденного. Приглашение в школу молодых родителей

Таблица 1.3. Патронаж новорожденного

Патронаж	Срок	Цель, содержание работы	Рекомендации
Первичный	В первые сутки после передачи сведений из родильного дома, включая субботу	Совместно с педиатром оценивают общее состояние ребенка. Медицинская сестра обрабатывает кожу и пупочное кольцо, обучает мать технике пеленания и использования подгузников, уходу за кожей, глазами, носом, подготовке и правилам купания	Правила прикладывания к груди. Ежедневная влажная уборка помещения, проветривание, соблюдение температурного режима. Порядок хранения и ухода за бельем, правила сохранения лактации, питания и режим кормящей матери, уход за новорожденным, первое купание и прогулка и т.д.
Динамический	Один раз в неделю в течение первого месяца жизни	Контроль за санитарно-гигиеническими условиями новорожденного, вскармливанием, заживлением пупочной ранки, купанием, прогулками	Режим дня, вскармливание, питание и режим кормящей матери, уход за новорожденным, купание, прогулки и т.д.

После рождения условия жизни ребенка радикально меняются, он попадает в новую окружающую среду, где значительно ниже температура, влажность, возникает масса зрительных, тактильных, звуковых, вестибулярных и других раздражителей. Состояния и реакции, отражающие процесс приспособления (адаптации) к внеутробной жизни, — пограничные (переходные, или адаптивные), или транзиторные, состояния новорожденных. Окончание периода новорожденности связано с исчезновением пограничных состояний. Продолжительность этого периода — от рождения до 4–5 нед жизни ребенка.

Синдром родившегося ребенка. Ребенок в первые секунды жизни неподвижен, не реагирует на болевые, звуковые, световые раздражители, отсутствуют рефлексы и мышечный тонус. В течение следующих 5–10 с возникает глубокий вдох, крик, формируются флексорная поза, спонтанная двигательная активность (рис. 1.1). Зрачки расширены, несмотря на яркий свет.



а



б



в



г

Рис. 1.1. Транзиторные состояния новорожденных: а — синдром родившегося ребенка и транзитное кровообращение; б — простая эритема; в — токсическая эритема; г — простая эритема в сочетании с физиологической желтухой



Импринтинг (от англ. *imprint* «оставлять след, запечатлевать, печатать») — запечатление в памяти новорожденного отличительных черт воздействующих на него жизненно важных объектов.

Очень важен как можно более ранний контакт между матерью и ребенком после родов, оптимально — кожа к коже, глаза в глаза, прикладывание к груди и телу в первые 10–20 мин жизни.

Транзиторная гипервентиляция. Легочная вентиляция в течение первых 2–3 сут в 1,5–2 раза больше, чем в последующие дни. Первый

вдох происходит по типу «гасп» (глубокий вдох и затрудненный выдох) у 4–8% новорожденных, он способствует расправлению легких и эвакуации жидкости из альвеол.

Транзиторное кровообращение. Начало легочного дыхания способствует закрытию фетальных коммуникаций. Артериальный проток закрывается через 10–15 мин после рождения. Овальное окно закрывается после рождения. Функциональное закрытие артериального (боталлова) протока происходит чаще к 8-й неделе, анатомическая его облитерация — через несколько месяцев. Пупочные артерии сокращаются через 15 с, а через 45 с они уже функционально закрыты. Венозный (аранциев) проток анатомически закрывается через 3 нед, функционально — через 2–3 сут. В связи с этим у ребенка наблюдают цианоз конечностей, акроцианоз (см. рис. 1.1, а).

Транзиторные изменения кожи представлены в табл. 1.4.

Таблица 1.4. Транзиторные изменения кожи

Изменения кожи	Определение	Срок исчезновения
Простая эритема	Реактивная краснота кожи (см. рис. 1.1, б) в первые часы имеет слегка цианотичный оттенок, на вторые сутки становится более яркой	К концу 1-й недели жизни
Физиологическое шелушение	Крупнопластинчатое шелушение кожи	Постепенное уменьшение к 2-й неделе жизни
Родовая опухоль	Отек подлежащей части головы, чаще затылочной области	В течение 1–2 сут жизни
Токсическая эритема	У 20–30% новорожденных на 2–5-й день жизни эритематозные, плотноватые пятна с папулами или пузырьками (см. рис. 1.1, в)	Через 2–3 сут после появления сыпи
Физиологическая желтуха	У 60–70% новорожденных на 3–6-й день (см. рис. 1.1, г). Общее состояние не страдает. Минимальная концентрация билирубина — 26–34 мкмоль/л, максимальная — 130–170 мкмоль/л	7–14-й день жизни

Транзиторная потеря первоначальной массы тела. Максимальную убыль массы тела обычно наблюдают на 3–4-й день жизни. При