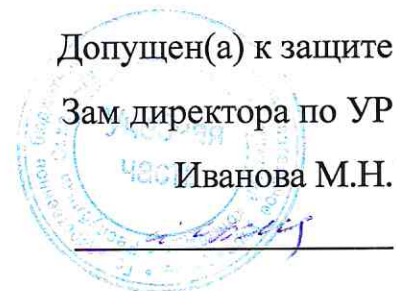


МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)  
ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



ШЕСТАКОВА АРИНА ГРИГОРЬЕВНА

**ОСОБЕННОСТИ УХОДА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЗА  
НЕДОНОШЕННЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ**

Выпускная квалификационная работа  
по специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

Студентка отделения «Сестринское дело» Шестакова А.Г.

Группы СД 38

Руководитель-преподаватель Чердонова В.А.

Якутск 2018

## СОДЕРЖАНИЕ:

Введение.....	3
Глава 1. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ.....	5
1.1. «Недоношенные дети», его цель и задача.....	5
1.2. Этапы и характеристика особенности ухода медицинской сестры за недоношенными детьми.....	9
Глава 2.ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА г.ЯКУТСКА.....	28
2.1.Анализ деятельности отделения ОРИТ новорожденных в Перинатальном центре.....	28
2.2. Оценка удовлетворенности пациентов деятельностью медицинской сестры.....	34
ВЫВОДЫ.....	39
ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ И ЛЕТЕРАТУРЫ.....	40
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	42

## ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения определяет недоношенных детей, как родившихся до 37 недель в силу различных обстоятельств.

Преждевременно родившийся младенец не готов к жизни вне матки, так его внутренние органы ещё недостаточно развиты.

Частота преждевременных родов переменна, но в большинстве развитых стран в последние десятилетия достаточно стабильна и составляет 5-10 % от числа родившихся детей, однако при этом увеличивается удельный вес «глубоко» и «экстремально» недоношенных детей.

Причины недонашивания можно разделить на три большие группы:

### 1. Социально-экономические и демографические

Отсутствие или недостаточность медицинской помощи; плохое питание беременной женщины; профессиональные вредности (работа на конвейере, наличие физических нагрузок, положение стоя большую часть рабочего дня); вредные привычки; нежелательная беременность и т. д.

### 2. Социально-биологические

Преждевременные роды чаще встречаются у первородящих женщин в возрасте до 18 и старше 30 лет, возраст отца старше 50 лет. Имеет значение акушерский анамнез: искусственное прерывание беременности (особенно криминальное или протекавшее с осложнениями); беременность, наступившая вскоре после родов (менее 2-3 лет).

### 3. Клинические.

Наличие у беременной хронических соматических, гинекологических, эндокринологических заболеваний; патология беременности: поздний гестоз; острые инфекционные заболевания, перенесенные во время беременности; оперативные вмешательства; физические травмы (особенно живота).

Острой проблемой при работе с недоношенными детьми остается вопрос выживаемости преждевременно рожденных детей, что напрямую зависит от гестационного возраста и массы тела при рождении, но нельзя забывать и про

эффективность своевременно оказанной квалифицированной медицинской помощи.

В настоящее время есть данные о выживании детей со сроком гестации 22-23 недели и массой 500 грамм после интенсивного лечения. Весомую часть при выживании преждевременно рожденных детей занимает квалифицированная организация ухода и наблюдения за недоношенными детьми, то есть правильная организация сестринского процесса.

В последнее время сестринский процесс рассматривается как равнозначный врачебному элементу лечебно-диагностической деятельности, что, безусловно, повышает качество медицинской помощи и прогрессивное снижение уровня смертности преждевременно рожденных детей.

*Актуальность* данной темы заключается в том, что в настоящее время проблема недоношенности является одной из важнейших в неонатологии и педиатрии в целом. Обеспечение качественного ухода, учета особенностей наблюдения недоношенных новорожденных, направленных на профилактику формирования хронической патологии, очень важна. Отработка навыков врачей по определению и правильной интерпретации сведений по динамике физического, психомоторного развития.

*Целью* дипломной работы является – изучение роли среднего медицинского персонала в организации ухода за недоношенными новорожденными детьми.

***Задачи:***

1. Изучить теоретические аспекты организации ухода за недоношенными новорожденными;
2. Изучить факторы риска рождения недоношенных детей с экстремально низкой массой тела;
3. Проанализировать роль медицинских сестер в организации ухода за недоношенными новорожденными, путем анкетирования среди родителей на примере в ОРИТ новорожденных в Перинатальном Центре.

## Глава 1. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ

### 1. Понятие «Недоношенные дети»

Недоношенные дети – это ребенок которая рождается до истечения 37 недель беременности, имеет массу тела менее 2500 г и рост менее 45 см. Антропометрические показатели вследствие их значительной индивидуальной variability могут быть отнесены к условным критериям недоношенности, так как многие доношенные дети рождаются с массой тела менее 2500 г, в то же время недоношенный ребенок может иметь массу более 2500 г.

#### *1. Степени недоношенности*

Условно выделяют 4 степени недоношенности по гестационному возрасту:

I - 35-37 недель беременности, м.т. 2000-2500 гр.

II - 32-34 недели беременности, м.т. 1500-2000 гр.

III - 29-31 неделя беременности, м.т. 1000-1500 гр.

IV - 22-28 недель беременности (глубоко недоношенные), м.т. менее 1000 гр.

#### *2. Основные внешние признаки недоношенности*

##### *Физикальные признаки:*

- толстый слой сыровидной смазки;
- недостаточная вогнутость ушной раковины и недоразвитие её хряща;
- гладкая кожа на подошвах с единичными складками в передних отделах;
- тонкая кожа и короткие ногти;
- зародышевый пушок;
- яички, пальпируются в паховом канале (у мальчиков);
- далеко отстоящие друг от друга большие половые губы и выступающий клитор (у девочек);
- мягкие кости черепа;
- низкое расположение пупка;
- преобладание мозгового черепа над лицевым;
- гипотония мышц, поза «лягушки» в покое;

·отсутствие сосков.

*Неврологические признаки:*

·слабый тонус мышц, выявляемый при пяточно-ушной пробе и с помощью симптома «шарфа»;

·увеличение объёма сгибания в лучезапястном, голеностопном и коленном суставах;

-слабо выражены рефлексы включая:

-сосательный;

-хватательный;

-поисковый;

-Моро;

-автоматической ходьбы.

*3. Анатомо-физиологические признаки недоношенных детей*

Морфология мозга недоношенного ребенка характеризуется сглаженностью борозд, слабой дифференцировкой серого и белого вещества, неполной миелинизацией нервных волокон и проводящих путей.

Незрелость коры обуславливает преобладание подкорковой деятельности: движения хаотичны, могут отмечаться вздрагивания, тремор рук, клонус стоп.

Вследствие незрелости терморегуляционных механизмов недоношенные дети легко охлаждаются (сниженная теплопродукция и повышенная теплоотдача), у них нет адекватного повышения температуры тела на инфекционный процесс, и они легко перегреваются в инкубаторах.

Перегреванию способствует недоразвитие потовых желез.

Система органов дыхания у недоношенного ребенка так же, как и нервная система, характеризуется незрелостью (предрасполагающий фон для патологии).

Верхние дыхательные пути у недоношенных узкие;

Диафрагма расположена относительно высоко;

Грудная клетка податлива,

Ребра расположены перпендикулярно к груди (у глубоко недоношенных детей грудина западает).

Дыхание поверхностное, ослабленное, частота 40-54 в минуту, объем дыхания по сравнению с доношенными детьми снижен. Ритм дыхания нерегулярный, с периодическими апноэ.

Сердечно-сосудистая система недоношенного ребенка по сравнению с другими функциональными системами является относительно зрелой, так как закладывается на ранних стадиях онтогенеза.

Несмотря на это, пульс у недоношенных детей очень лабилен, слабого наполнения, частота 120-160 в минуту.

Артериальное давление у недоношенных детей по сравнению с доношенными более низкое: систолическое 50-80 мм рт. ст., диастолическое 20-30 мм рт. ст. Среднее давление 55-65 мм рт. ст.

Желудочно-кишечный тракт недоношенных детей характеризуется незрелостью всех отделов, малым объемом и более вертикальным положением желудка.

В связи с относительным недоразвитием мышц кардиальной его части недоношенные дети предрасположены к срыгиваниям.

Слизистая оболочка пищеварительного канала у недоношенных нежная, тонкая, легко ранимая, богато васкуляризована.

Отмечаются низкая протеолитическая активность желудочного сока, недостаточная выработка панкреатических и кишечных ферментов, а также желчных кислот. Все это затрудняет процессы переваривания и всасывания, способствует развитию метеоризма и дисбактериоза.

Особенности функционирования эндокринной системы недоношенного ребенка определяются степенью его зрелости и наличием эндокринных нарушений у матери, обусловивших преждевременные роды.

У недоношенных детей относительно снижены резервные возможности щитовидной железы, в связи с чем у них возможно развитие транзиторного гипотиреоза.

Половые железы у недоношенных детей менее активны, чем у доношенных, поэтому у них значительно реже проявляется так называемый половой криз в первые дни жизни.

Функциональные особенности почек. Моча слабо концентрированная (вследствие низкой концентрационной способности почек), частота мочеиспускания обычно превышает таковую у доношенных.

#### *4. Определение степени зрелости недоношенного ребенка*

На основании внешнего осмотра ребенка можно сделать заключение о степени недоношенности (гестационном возрасте) по совокупности морфологических критериев. (См. Приложение 1 стр.29)



## 2. Этапы и характеристика анализа ухода медицинской сестры за недоношенными детьми

В особенности ухода за недоношенным ребенком выделяют пять основных компонентов. На всех этапах сестринского процесса необходимыми условиями его осуществления являются:

- профессиональная компетентность медицинской сестры, навыки наблюдения, общения, анализа и интерпретации полученных данных;
- доверительная обстановка, достаточное время;
- конфиденциальность;
- участие матери новорожденного и, если необходимо, других лиц;
- участие других медицинских работников.

Этап - медицинское сестринское обследование: оценка ситуации и определение проблем пациента, которые наиболее эффективно решаются посредством сестринского ухода.

Задача медицинской сестры - обеспечить мотивированный индивидуализированный уход.

При этом медицинская сестра должна оценить следующие группы параметров:

- состояние основных функциональных систем организма недоношенного ребенка;
- эмоциональное состояние матери после преждевременных родов, интеллектуальный фон и диапазон адаптации к стрессам;
- сведения о здоровье отца и матери до беременности и особенности течения данной беременности с целью выявления антенатальных факторов риска;
- социологические и социальные данные;
- сведения об окружающей среде и профессиональных вредностях обоих родителей в плане положительного и отрицательного влияния («факторы риска»).

*Цель:*

- сформировать информационную базу данных о недоношенном новорожденном в момент поступления в отделение.
- определить существующие проблемы пациента, выделить приоритетные и потенциальные проблемы.
- определить, в каком уходе нуждается недоношенный ребенок.

*Основные действия:*

- сбор данных для медсестринской истории болезни;
- проведение физического обследования;
- сбор лабораторных данных;
- интерпретация данных;
- оценка значимости данных;
- формирование групп данных, формулирование проблем пациента.

*Этап - постановка целей:*

краткосрочных - направленных на восстановление и поддержание жизненно важных функций организма, позволяющих выжить и приспособиться недоношенному ребенку к внеутробной среде;

долгосрочных - направленных на проведение профилактических мероприятий относительно возможных осложнений и фоновых заболеваний, решение медико-психологических проблем возникающих при работе с недоношенным новорожденным и дальнейшую реабилитацию преждевременно рожденного ребенка. Этап - планирование сестринской помощи и ухода: это подробное перечисление специальных действий медицинской сестры, необходимых для достижения целей ухода.

Планирование сестринской помощи и ухода: это подробное перечисление специальных действий медицинской сестры, необходимых для достижения целей ухода.

*Цель:* скоординировать работу по представлению сестринского ухода в соответствии с согласованным планом, разделив его на виды:

- независимое сестринское вмешательство - выполняется непосредственно медсестрой без назначений врача.

- зависимое сестринское вмешательство - выполняются назначения врача в строгой последовательности с учётом рекомендаций и фиксируются данные о выполнении и реакции недоношенного ребенка на манипуляцию в индивидуальной карте больного.

- взаимозависимое сестринское вмешательство - выполняются рекомендации и назначения смежных специалистов, обследовавших недоношенного ребенка.

*Основные действия:*

- повторная оценка состояния пациента;
- пересмотр и изменения существующего медсестринского плана;
- выполнение поставленных задач. Этап - оценка сестринского ухода.

*Цель:* определить, эффективность ухода, осуществлявшегося медицинской сестрой и оценить в какой степени достигнуты поставленные цели.

*Основные действия:*

- анализ достижения целей ухода, степени успешности продвижения пациента к запланированным целям;
- выявление нерешенных проблем или неожиданных результатов, необходимости дополнительной помощи.

Рабочие алгоритмы сестринских манипуляций при уходе за недоношенным новорожденным:

1) Утренний туалет недоношенного ребёнка

*Оснащение:*

- кипяченая вода;
- стерильное растительное масло;
- стерильные ватные шарики и жгутики;
- лоток для стерильного материала;

- лоток для отработанного материала;
- чистый набор для пеленания;
- резиновые перчатки;
- дезинфицирующий раствор, ветошь;
- мешок для грязного белья.

*Обязательное условие:*

- туалет недоношенного новорожденного проводится в кувете или на столике с подогревом;
- при обработке носовых и слуховых ходов исключить использование твердых предметов.

*Подготовка к процедуре:*

- вымыть и осушить руки;
- подготовить необходимое оснащение;
- обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором;
- вымыть и осушить руки, надеть перчатки;
- постелить на пеленальный столик пеленку;
- раздеть ребенка (при необходимости подмыть) и положить на пеленальный столик;
- сбросить одежду в мешок для грязного белья.

*Выполнение процедуры:*

- умыть ребенка промокательными движениями ватным тампоном, смоченным кипяченой водой;
- обработать глаза ребенка от наружного угла глаза к внутреннему ватным тампоном, смоченным кипяченой водой (для каждого глаза использовать отдельный тампон);
- отработанные тампоны поместить в лоток для отработанного материала;
- аналогично обработке просушить глаза сухим ватным тампонами;
- отработанные тампоны поместить в лоток для отработанного материала;

- вращательными движениями прочистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в стерильном растительном масле (для каждого носового хода использовать отдельный жгутик);
- отработанные жгутики поместить в лоток для отработанного материала;
- вращательными движениями прочистить слуховые проходы тугими ватными жгутиками, смоченными в стерильном растительном масле (для каждого носового хода использовать отдельные жгутики);
- отработанные жгутики поместить в лоток для отработанного материала;
- открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую оболочку полости рта;
- обработать естественные складки кожи ватным тампоном, смоченным в стерильном растительном масле.
- обработать в строгой последовательности:
  - заушные;
  - шейные;
  - подмышечные;
  - локтевые;
  - лучезапястные;
  - подколенные;
  - голеностопные;
  - паховые и ягодичные.
- сбросить отработанный материал в лоток.

*Завершение процедуры:*

- одеть ребенка и уложить в кроватку;
- убрать пеленку с пеленального столика и поместить ее в мешок для грязного белья;
- протереть рабочую поверхность пеленального стола дезраствором;
- снять перчатки, вымыть и осушить руки.

2) Кормление ребёнка через зонд

*Оснащение:*

- резиновые перчатки;
- медицинская шапочка, маска;
- отмеренное необходимое количество молока на одно кормление, подогретое до температуры 37-38°C;
- стерильный желудочный катетер;
- зажим;
- стерильный шприц 20 мл;
- лоток для оснащения;
- электроотсос или резиновая груша.

*Обязательные условия:* размер желудочного катетера зависит от массы тела ребенка:

- масса менее 1000г. - № 4 носовой или № 6 ротовой;
- масса 1000 - 2500г. - № 6 носовой и ротовой;
- масса более 2500г. - № 6 или № 10 ротовой.

Недоношенному новорожденному ребенку до и после кормления необходимо провести кислородотерапию с целью профилактики приступов апноэ.

*Подготовка к процедуре:*

- подготовить необходимое оснащение;
- надеть медицинскую шапочку, маску;
- вымыть и осушить руки, надеть перчатки;
- уложить ребенка на бок с приподнятым головным концом, зафиксировать такое положение с помощью валика.

*Выполнение процедуры:*

- измерить глубину введения катетера от мочки уха до кончика носа и от кончика носа до конца мечевидного отростка. Сделать метку;
- присоединить к зонду шприц и проверить его проходимость, пропустив через него воздух (следить, чтобы свободный конец катетера был постоянно зафиксирован рукой);

- удалить поршень из шприца;
- поместить шприц в левую руку и пропустить присоединенный катетер между указательным и средним пальцами левой руки, расположив его слепым концом вверх;
- заполнить шприц на 1/3 объема грудным молоком;
- взять слепой конец зонда в правую руку и, осторожно опуская его вниз, заполнить молоком (до появления первой капли молока из отверстия в области слепого конца зонда);
- вернуть зонд в левую руку в исходное положение. Во время заполнения зонда молоком следить, чтобы слепой конец зонда постоянно был поднят вверх;
- зажать катетер зажимом на расстоянии 5-8 см со стороны шприца;
- кольцо зажима поместить на большой палец левой руки;
- правой рукой взять зонд на расстоянии 7-8 см от слепого конца;
- смочить его в молоке;
- вставить зонд через нос по нижнему носовому ходу или рот по средней линии языка до отметки (при введении зонда не прилагать усилий и следить, нет ли одышки, цианоза и т.п.);
- добавить в шприц молоко;
- приподняв шприц, снять зажим с катетера и медленно (регулируя высоту расположения шприца) ввести молоко в желудок младенца;
- при достижении молоком устья шприца, вновь наложить зажим на катетер;
- зажать катетер большим и указательным пальцами правой руки на расстоянии 2-3 см от ротовой полости и быстрым движением извлечь его через салфетку.

*Завершение процедуры:*

- положить ребенка на правый бок с приподнятым головным концом;
- снять перчатки, вымыть и осушить руки;
- использованные инструменты поместить в дезраствор.

### 3) Смена зонда для кормления

*Оснащение:*

- лоток для использованного зонда;
- стерильное вазелиновое масло;
- раствор фурацилина 1: 5000;
- стерильные перчатки;
- стерильная вата;
- лейкопластырь;
- стерильные салфетки;
- дезраствор;
- облепиховое масло.

*Подготовка к процедуре:*

- вымыть и осушить руки;
- перепеленать ребенка в сухие пеленки;
- еще раз вымыть руки осушить и надеть стерильные перчатки.

*Выполнение процедуры:*

- удалить фиксирующие полоски лейкопластыря;
- стерильным ватным шариком, смоченным фурацилином протереть кожу лица. Если есть мацерация - взять новый стерильный шарик. Пропитать облепиховым маслом и смазать данный участок кожи лица;
- зажимом пережать свободный конец зонда и осторожно быстрыми движениями удалить зонд из желудка;
- поместить зонд в дезраствор (5% хлорамин);
- ввести зонд в желудок через другую половину носа. Извлечение зонда проводят спустя некоторое время после кормления.

*Завершение процедуры:*

- снять перчатки и поместить в дезраствор;
- вымыть и осушить руки.

4) Измерение ЧДД и характера дыхания

*Оснащение:*

- часы;



- ручка;
- температурный лист.

*Обязательные условия:* считать строго за 1 минуту в состоянии покоя.

*Подготовка к процедуре:*

- вымыть и осушить руки;
- удобно уложить ребенка, чтобы видеть его грудь и живот.

*Выполнение процедуры:*

- осуществить визуальное наблюдение за движениями грудной клетки и передней брюшной стенки;
- определить тип дыхания и подсчитать дыхательные движения строго за 1 минуту;
- если визуальный подсчет дыхательных движений невозможен, то положить руку на грудную клетку или живот ребенка в зависимости от возраста и подсчитать частоту дыхательных движений строго за 1 минуту.

*Завершение процедуры:*

- записать результаты исследования в температурный лист;
- вымыть и осушить руки.

## 5) Измерение ЧСС

*Оснащение:*

- часы;
- ручка;
- температурный лист.

*Подготовка к процедуре:*

- вымыть и осушить руки;
- удобно уложить ребенка, при этом кисть и предплечье не должны быть «на весу».

*Выполнение процедуры:*

- слегка прижать 2, 3, 4-м пальцами лучевую артерию (1-й палец находится со стороны тыла кисти) и почувствовать пульсацию артерии;

- взять часы и подсчитать пульс строго за 1 минуту;
- прижать артерию немного сильнее к лучевой кости и определить напряжение пульса.

*Завершение процедуры:*

- записать результаты исследования в температурный лист;
- вымыть и осушить руки.

б) Измерение артериального давления

*Оснащение:*

- тонометр;
- фонендоскоп;
- ручка;
- температурный лист.

*Подготовка к процедуре:*

- правильно уложить руку ребенка - в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы должны быть расслаблены;
- на обнаженное плечо на 2 - 3 см. выше локтевого сгиба наложить манжетку для недоношенного ребенка, выше манжетки ничего не должно сдавливать плечо;
- закрепить манжетку так, чтобы между ней и плечом проходил один палец;
- соединить манометр с манжеткой, проверить, находится ли стрелка на нулевой отметке шкалы.

*Выполнение процедуры:*

- нащупать пульсацию артерии в области локтевой ямки и установить на это место фонендоскоп;
- закрывать вентиль на груше и накачать в манжетку воздух, фиксируя момент, когда в сосуде исчезнет звук пульсации крови, после этого сделать еще 2-3 нагнетательных движений;
- открыть вентиль и медленно, со скоростью не более 2 мм.рт.ст/сек., выпустить воздух из манжетки;

- запоминает показания манометра в момент исчезновения звуковых ударов, соответствующих величине систолического давления;
- продолжать снижать давление в манжетке;
- запомнить показания манометра в момент исчезновения звуковых ударов, соответствующих диастолическому давлению.

*Завершение процедуры:*

- снять манжетку с руки ребенка;
- спустить полностью воздух из манжетки;
- уложить тонометр в футляр;
- зафиксировать результаты измерений в температурном листе.

7) Измерение температуры тела и запись результата

*Оснащение:*

- медицинский термометр;
- часы;
- марлевые салфетки - 2 шт;
- лоток с дезраствором;
- температурный лист, ручка.

*Подготовка к процедуре:*

- подготовить необходимое оснащение;
- вымыть и осушить руки;
- достать термометр из футляра, встряхнуть его и добиться, чтобы столбик ртути опустился ниже отметки 35°C;
- осмотреть подмышечную область.

*Выполнение процедуры:*

- протереть насухо салфеткой область, используемую для термометрии;
- поместить ртутный резервуар термометра в подмышечную область так, чтобы он полностью охватывался кожной складкой и не соприкасался с бельем;
- фиксировать руку ребенка (плечо прижать к грудной клетке);
- засечь время через 10 минут извлечь термометр и определить его показания.

### *Завершение процедуры.*

- сообщить маме результат термометрии;
- зафиксировать температуру в температурном листе;
- термометр встряхнуть так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар;
- полностью погрузить термометр в лоток с дезраствором (длительность дезинфекции зависит от используемого дезраствора);
- вытащить термометр, промыть под проточной водой и вытереть насухо салфеткой;
- поместить термометр в футляр.

### 8) Контроль диуреза

#### *Оснащение:*

- индивидуальный лист наблюдения;
- мочеприемник.

#### *Подготовка к процедуре:*

- подготовить необходимое оборудование;
- вымыть и осушить руки;
- надеть стерильные перчатки.

#### *Выполнение манипуляции:*

- при катетеризации мочевого пузыря каждую порцию мочи оценить по цвету, прозрачности, определить объём;
- по назначению врача, направить порцию мочи на лабораторное исследование;
- медсестра определяет количество выделенной мочи за сутки, за дневное время, за ночное время;
- медсестра определяет водный баланс (количество введенной жидкости и выведенной мочи за сутки).

#### *Завершение процедуры:*

- снять перчатки и поместить их в дезраствор;
- вымыть и осушить руки;
- все данные занести в индивидуальный лист наблюдения.

## 9) Контроль за деятельностью кишечника

### *Оснащение:*

- шпатель;
- журнал для регистрации характера стула;
- история болезни.

### *Подготовка к процедуре:*

- подготовить необходимое оснащение;
- вымыть руки и осушить;

### *Выполнение процедуры:*

- осмотреть слизистую ротовой полости с помощью шпателя.
- распеленать новорожденного.
- осмотреть испражнения.
- оценить характеристики стула: кратность; консистенцию; цвет; запах; наличие патологических примесей (слизи, крови, зелени, белых комочков);
- осмотреть живот;
- перепеленать ребенка, выполнив необходимые гигиенические мероприятия.

### *Завершение процедуры:*

- снять перчатки, поместить в дезраствор;
- вымыть руки, осушить полотенцем;
- сделать отметку о характере стула в специальном журнале и температурном листке ребенка.

## 10) Измерение массы тела

### *Оснащение:*

- чашечные весы;
- резиновые перчатки;
- емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь;
- бумага, ручка.

### *Подготовка к процедуре:*

- установить весы на ровной устойчивой поверхности;

- подготовить необходимое оснащение;
- проверить, закрыт ли затвор весов;
- обработать чашу весов дезраствором с помощью ветоши в одном направлении от широкой части чаши к узкой;
- вымывать и осушить руки, надеть перчатки;
- постелить на чашу весов сложенную в несколько раз пеленку (следить, чтобы она не закрывала шкалу и не мешала движению штанги весов);
- установить гири на нулевые деления;
- открыть затвор;
- уравновесить весы с помощью вращения противовеса (уровень коромысла должен совпадать с контрольным пунктом);
- закрыть затвор.

*Выполнение процедуры:*

- уложить ребенка на весы головой к широкой части;
- открыть затвор;
- передвинуть «килограммовую» гирю, расположенную на нижней части весов, до момента падения штанги вниз, затем сместить гирю на одно деление влево;
- плавно передвигать гирю, определяющую граммы и расположенную на верхней штанге, до положения установления равновесия;
- закрыть затвор и снять ребенка с весов.

*Завершение процедуры:*

- записать показатели массы тела ребенка (фиксируются цифры слева от гирь);
- убрать пеленку с весов;
- протереть рабочую поверхность весов дезраствором;
- снять перчатки, вымыть и осушить руки.

11) Оксигенотерапия недоношенного новорожденного

*Оснащение:*

- источник кислорода;
- аппарат Боброва;

- увлажнитель кислорода;
- стерильный носоглоточный катетер;
- стерильные пинцеты и шпатель;
- стерильный материал (марлевые салфетки);
- лоток для оснащения и для отработанного материала;
- лейкопластырь, ножницы, часы;
- перчатки.

*Подготовка к процедуре:*

- вымыть и осушить руки;
- приготовить к работе аппарат Боброва;
- обработать дезраствором пеленальный матрац;
- вымыть и осушить руки;
- постелить пеленку;
- придать ребенку возвышенное положение, уложив его так, чтобы голова и верхняя часть туловища находилась на приподнятом изголовье матраца;
- надеть перчатки;
- проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости очистить носовые ходы.

*Выполнение процедуры:*

- измерить глубину введения катетера (расстояние от козелка уха до крыла носа);
- взять катетер как писчее перо правой рукой на расстоянии 3-5 см от вводимого конца и смазать вазелиновым маслом методом полива;
- ввести катетер по нижнему носовому ходу до метки (при введении катетер держать перпендикулярно к поверхности лица);
- проконтролировать положение катетера с помощью шпателя;
- закрепить наружную часть катетера на щеке пациента полосками пластыря;
- подсоединить наружную часть катетера через резиновую трубку (длиной не более 60 см) к короткой трубке увлажнителя, расположенной над жидкостью;

- отрегулировать скорость подачи кислорода (контролируется ротатометром или быстротой прохождения пузырьков газа через увлажнитель);
- засечь время подачи кислорода (скорость, длительность, и кратность подачи кислорода в течение суток определяет врач);
- после истечения назначенного времени оксигенотерапии отключить подачу кислорода.

*Завершение процедуры:*

- удалить катетер через салфетку;
- ввести в носовой ход 2-3 капли раствора с сосудосуживающим, дезинфицирующим действием (капли, содержащие адреналин и фурацилин);
- использованные инструменты и перчатки погрузить в дезраствор;
- вымыть и осушить руки;
- сделать запись о проведенной процедуре.

12) Санация носоглотки при помощи электроотсоса

*Оснащение:*

- электроотсос;
- мягкий резиновый стерильный катетер;
- стерильная вата;
- стерильное вазелиновое масло;
- лоток;
- стерильные перчатки;
- дезраствор.

*Подготовка к процедуре:*

- проверить всасывающую способность электроотсоса;
- вымыть, осушить руки и надеть стерильные перчатки;
- стерильный резиновый катетер соединить с электроотсосом;
- смазать кончик катетера стерильным вазелиновым маслом.

*Выполнение процедуры:*

- встать лицом к ребенку, раскрыть ему рот, слегка надавливая на подбородок;



- взять в правую руку катетер и осторожно ввести в полость рта;
- включить электроотсос и осторожными движениями аспирировать содержимое, постепенно продвигая в ротоглотку.

*Завершение процедуры:*

- выключить электроотсос, удалить катетер из ротоглотки;
- осушить салфеткой кожу вокруг рта ребенка;
- отсоединить катетер от электроотсоса и поместить его в дезраствор.

### 13) Применение грелок для согревания недоношенного ребенка

*Оснащение:*

- резиновые грелки - 3 шт;
- вода 60-70°C;
- пеленки - 3 шт;
- одеяло или теплая пеленка.

*Подготовка к процедуре:*

- подготовить необходимое оснащение;
- заполнить грелку горячей водой 60-70°C 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.

*Выполнение процедуры:*

- уложить грелки на расстоянии примерно 10 см от ребенка, завернутого в пеленки;
- накрыть ребенка одеялом (температура воздуха под одеялом должна быть 28-30°C);
- смену воды в грелках проводить по мере ее остывания, обязательно поочередно.

*Завершение процедуры:*

- вылить из грелок воду;

- обработать их наружную поверхность дезинфицирующим раствором;
- вымыть и просушить руки.

#### 14) Подготовка кувеза к использованию

##### *Оснащение:*

- кувез;
- дезраствор;
- стерильная ветошь;
- дистиллированная вода;
- бактерицидная лампа.

##### *Подготовка к процедуре:*

- отключить кувез от сети;
- слить воду из нагревателя.

##### *Выполнение процедуры:*

- смочить стерильную ветошь в дезрастворе, отжать;
- дважды протереть внутренние поверхности камеры кувеза, полку и матрасик;
- дважды протереть ручки аппарата;
- крышку кувеза закрыть на 1 час;
- открыть камеру и дважды протереть стерильной ветошью, обильно смоченной дистиллированной водой;
- все обработанные поверхности вытереть насухо стерильной сухой ветошью;
- бактерицидную лампу расположить на расстоянии 0,5-1 м от кувеза, и направить пучок света на открытую камеру;
- проветривание и облучение длится 30 мин;
- крышку кувеза закрыть;
- заполнить стерильной водой нагреватель.

##### *Завершение процедуры:*

- плавным вращением регулятора температуры и влажности подобрать необходимый микроклимат;
- включить аппарат и выдержать в течение 2-5 часов;

- поместить ребенка в кувез.

15) Создание правильного положения ребенка при судорожном синдроме

- вымыть и осушить руки;
- уложить ребенка на спину;
- под голову подложить мягкую, сложенную в несколько раз, пеленку;
- убрать все твердые предметы вокруг ребенка;
- головку повернуть в сторону;
- освободить ребенка от стесняющей одежды (завязки, пуговицы на распашонках, тугое пеленание);
- при необходимости провести освобождение полости рта и дыхательных путей от слизи при помощи резинового баллона или электроотсоса.

16) Оказания неотложной помощи в случае аспирации верхних дыхательных путей молоком

- немедленно прекратить кормление;
- отсосать содержимое из верхних дыхательных путей при помощи электроотсоса;
- придать ребенку положение с приподнятым изголовьем;
- обеспечить подачу кислорода;
- поставить в известность врача.

## Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА г. ЯКУТСКА

### 2.1. Анализ деятельности отделения ОРИТ новорожденных в Перинатальном центре.

Перинатальный центр – это высокотехнологичная своевременная многопрофильная клиника, в которой установлено современное медицинское оборудование. Работает с 16 марта 2018 года. В общем стационар на 130 коек, поликлинические подразделения на 150 посещений в смену, отделение патологии беременности, акушерское физиологическое отделение, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, отделения реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных и др. В составе перинатального центра имеются новые подразделения, это дистанционный акушерский консультативный центр и реанимационно-консультативный центр для новорожденных, а так же отделение катамнеза и восстановительного лечения недоношенных новорожденных.

Для нужд перинатального центра было закуплено 1789 единиц медицинского оборудования и инвентаря. Это неонатальная техника, инкубаторы интенсивной терапии, аппараты искусственной вентиляции лёгких, фототерапевтические облучатели и другое. Например, аппараты ингаляционной анестезии производства Уральского оптико-механического завода, которые позволяют управлять газообменом и проводить дыхательную анестезию всеми современными видами жидкостных и газообразных анестетиков. Они используются для выхаживания недоношенных детей с массой тела от 500 граммов.

Лицензию на осуществление медицинской деятельности перинатальный центр получил 21 февраля текущего года. С начала марта начала работу женская консультация, через неделю были открыты двери стационарные отделения, а 12 марта в центре родился первый малыш.

В отделении катамнеза и восстановительного лечения наблюдаются за развитием и здоровьем самых маленьких новорожденных. В специальных инкубаторах могут выхаживать даже пятимесячных младенцев весом 500 граммов, дети имеющие экстремально низкую массу тела.

Инкубатор при необходимости превращается в операционный стол. В современном инкубаторе, который почти полностью воссоздает атмосферу в женской матке, у крохи есть шансы не только выжить, но и стать полноценным членом общества. Благодаря этим инкубаторам существенно снижается уровень инвалидизации выхоженных младенцев. Э

В отделении ОРИТ новорожденных 18 коек. Родители могут приходить и помогать медицинскому персоналу ухаживать за малышами. Или наоборот, медицинская сестра учит мамочек ухаживать за малышами. Там же мамочки сцеживают молоко, чтобы накормить своих детишек. Папы могут через специальные окошки смотреть на своих детей и сделать утренний туалет.

Распределение родившихся и умерших в ГАУ РС(Я) РБ №1 – НИЦМ по массе тела при рождении за 2016-2017-2018 гг.  
(по Ф.32 – Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам)

Таблица 1

Наименование показателей	№ стр.	Всего (сумма граф 4-12)	в том числе массой тела при рождении в граммах								Из общего числа родившихся - недоношенные		
			2016г.								Всего	Из них – в срок до 28 недель беременности	
			500-749	750-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-3499	3500-3999			4000 и более
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
Родилось живыми	1	2361	17	29	61	19	166	337	689	630	323	560	49
из них умерло - всего	2	8	2	1	1		2	1	1			7	4
из них умерло в первые 168 часов	3	8	2	1	1		2	1	1			7	4
из них в первые 0-24 часа	4												
родилось мертвыми	5	43	10	9	9	7		2	2			40	21
из них смерть наступила до начала родовой деятельности	6	43	10	9	9	7		2	2			40	21

Таблица 2

		2017г.										Из общего числа родившихся – недоношенные	
Наименование показателей	№ стр.	Всего (сумма граф 4-12)	в том числе массой тела при рождении в граммах								Всего	Из них – в срок до 28 недель беременности	
			500- 749	750- 999	1000- 1499	1500 - 1999	2000 - 2499	2500- 2999	3000- 3499	3500- 3999			4000 и более
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Родилось живыми	1	2235	12	37	62	105	168	338	631	607	275	536	45
из них умерло – всего	2	3		1				1	1			2	1
из них умерло в первые 168 часов	3	3		1				1	1			2	1
из них в первые 0-24 часа	4												
родилось мертвыми	5	37	5	5	11	4	3	5	2	2		26	12
из них смерть наступила до начала родовой деятельности	6	36	5	5	11	4	3	4	2	2		26	12

Таблица 3

2018г.														
Наименование показателей	№ стр.	Всего (сумма граф 4-15)	в том числе массой тела при рождении в граммах										Из общего числа родившихся - недоношенные	
			500-749	750-999	700-799	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000-3499	3500-3999	4000 и более	Всего	Из них – в срок до 28 недель беременности
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	15		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	16	17
Распределение родившихся и умерших по массе тела при рождении с 22 недель родилось живыми	1	734	1	2	6	18	25	39	118	242	196	85	154	13
из них умерло - всего	2	3				1		1		1			2	
из них умерло в первые 168 часов	3	3				1		1		1			2	
из них в первые 0-24 часа родилось мертвыми	4													
из них смерть наступила до начала родовой деятельности	5	10	1		1	3	1	1	1	1	1	1	7	5
	6	10	1		1	3	1	1	1	1	1	1	7	



## Статистическое сравнение родившихся и умерших за 2016-2017-2018 ггг.

2016 год. Всего за 2016 год родились живыми 2361 детей, родились мертвыми 43 ребенка. После рождения умерло всего 16 детей.

Из общего числа родившихся – недоношенные 560 детей. Родились мертвыми 40. После рождения умерло 14 детей. Из них – в срок до 28 недель беременности родилось 49 детей (это дети с массой тела менее 1000 грамм) – экстремально низкое масса тела. Родились мертвыми 21.

2017 год. Всего за 2017 год родились живыми 2235 детей, родились мертвыми 37 ребенка. После рождения умерло всего 6 детей.

Из общего числа родившихся – недоношенные 536 детей. Родились мертвыми 26. После рождения умерло 4 ребенка. Из них – в срок до 28 недель беременности родилось 45 детей. . Родились мертвыми 12.

2018 год. Всего за 2018 год, т.е. по апрель месяц родились живыми 734 ребенка, родились мертвыми 10 детей. После рождения умерло всего 6 детей.

Из общего числа родившихся – недоношенные 154 детей. Родились мертвыми 7. После рождения умерло 4 ребенка. Из них – в срок до 28 недель беременности родилось 13 детей. Родились мертвыми 5.

Число недоношенных детей за 2016-2017-2018 ггг.

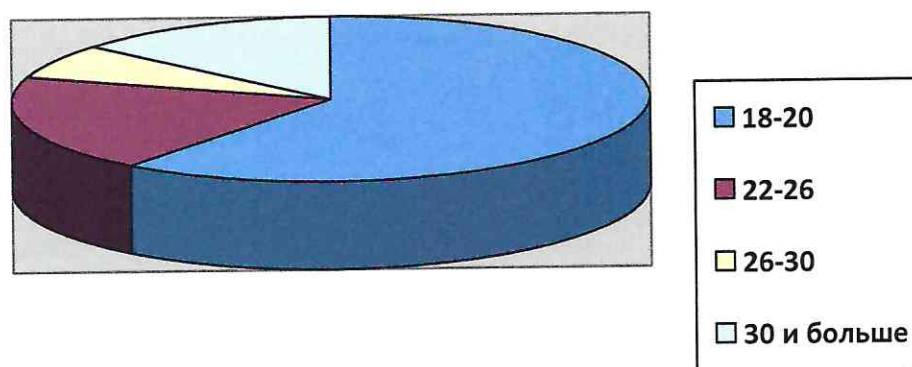


## 2.2. Оценка удовлетворенности пациентов деятельностью медицинской сестры

Для проведения анализа мнений родителей об удовлетворенности деятельности проведенных мероприятий отделения Перинатального центра было проведено анкетирование.

Данные анкеты состоят из 9 вопросов. Респонденты в процессе анкетирования могли выбирать один из предложенных вариантов ответа. Часть вопросов были составлены в виде анамнеза для полноты картины физического и психологического здоровья ребенка в момент рождения. Остальная часть включает в себя вопросы о дальнейших потребностях родителей в уходе за недоношенным ребенком. С помощью анкетирования были получены следующие показатели.

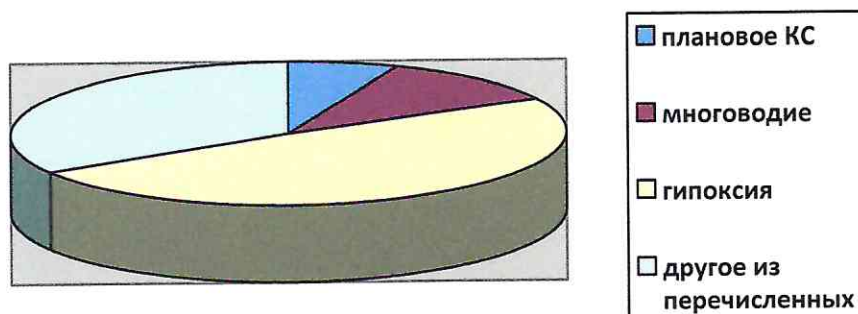
*По возрасту:*



По диаграмме видно что 76% это женщины с 18-20 лет, 20% это с 22-26 лет, 4% это от 30 и больше лет женщины. Таким образом, анализируем что большинство недоношенных детей рождаются у 18-20 лет, по физическим данным недонашивают детей до срока. Большинство женщин

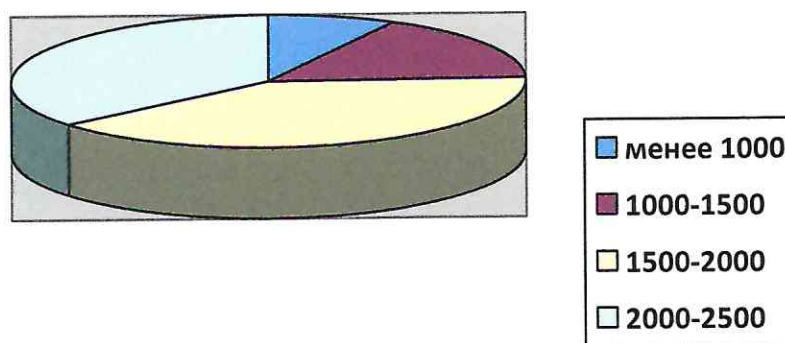
рожают через кесарево сечение. При поступлении в стационар женщины поступают с какой-либо патологией, или же экстренным путем.

*Диагноз при поступлении:*



Отсюда мы видим, 75% это гипоксия, гипоксия – это пониженное содержание кислорода в организме или отдельных органах и тканях. Возникает при недостатке кислорода во вдыхаемом воздухе, крови (гипоксемия) или тканях (при нарушениях тканевого дыхания). 20% это другие патологии. 3% это многоводие.

*Распределение детей по весу на момент рождения:*



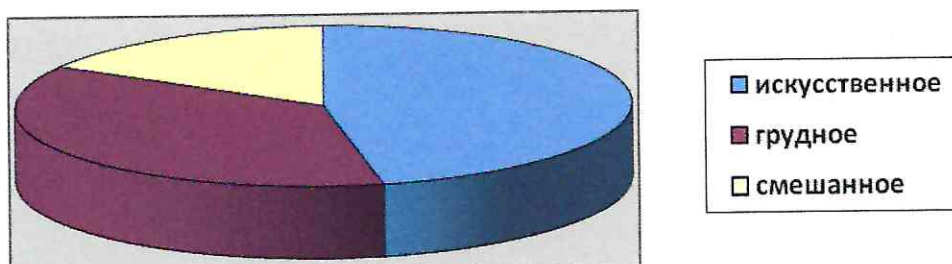
Из данных показателей видно, что 36% составляют дети с весом от 1500-2000 г., 27% детей с весом более 2000 г., 22% детей с весом от 1000- 1499 и 15% детей менее 1000 г.

При анализе деятельности отделения катамнеза наблюдаются дети, родившиеся на различных *сроках гестации*.

22-28 нед.	29-31 нед.	32-34 нед.	25-37 нед.
15%	22%	36%	27%

Неонатальный период недоношенных детей чреват напряжением процессов адаптации, усиливаются обменные и энергетические процессы, но из-за незрелости функциональных систем, дети чувствительны к качеству питания. В идеале золотым стандартом питания является грудное вскармливание, что позволяет снизить риск инфекций, язвенно-некротического колита, что наиболее хорошо способствует нервно- психическому развитию. Одновременно по оптимальному вскармливанию детей, рожденные с ЭНМТ (экстремальное низкое масса тела) при отсутствии прибавок массы тела необходимо вводить обогатители грудного молока, а при отсутствии грудного молока перевести на специальные смеси для недоношенных детей.

### *Тип вскармливания недоношенных детей:*



По результатам исследования выяснилось, что 41% недоношенных находилась на искусственном вскармливании, в основном это дети с ЭНМТ и ОНМТ (очень низкая масса тела). 30% детей были на грудном вскармливании. Кроме того, как уже ранее говорилось из-за отсутствия прибавки массы тела, 25% мам прибегают к смешанному вскармливанию. Так же были заданы вопросы о проблемах вскармливания и прикорма. У большинства матерей 63,3%, возникли проблемы, связанные со вскармливанием, а у 36,6% матерей проблем не возникло. Это говорит о том, что необходимо вести дополнительные лекции, беседы, выдавать брошюры о грамотной тактике вскармливания недоношенных детей. Так же необходимо усилить поддержку грудного вскармливания на всех этапах выхаживания недоношенных, обеспечить преемственность в работе неонатологов стационарного звена и педиатрической амбулаторно- поликлинической службы.

Грудное вскармливание является неотъемлемой частью правильного развития, но в практике возникают случаи, что необходимо либо переводить ребенка полностью на смесь, либо постепенно вводить, дополняя к грудному

вскармливанию. При выборе специализированных смесей необходимо ориентироваться на нормы для недоношенных детей:

1. по количеству макро - микронутриентов;
2. энергетической ценности;
3. наличие кальция и фосфора;
4. повышенное содержание белка;
5. повышенное содержание белка;
6. быстро усваиваемые углеводы;
7. наличие витаминов, минералов, микроэлементов;
8. содержание нуклеотидов, способствующие созреванию слизистой оболочки кишечника;
9. в состав должны входить пробиотики для формирования нормальной микрофлоры кишечника;
10. наличие полиненасыщенных жирных кислот для развития ЦНС.

Какое необходимое питание для недоношенных детей выбирает лечащий врач, который учитывает все особенности и проблемы конкретного ребенка на данном этапе развития.

На вопрос *какую информацию вы бы хотели получить от медицинского персонала*, родители ответили следующим образом: 28% родителей ответило, что нуждаются в информировании об особенностях питания. 21,6% - об особенностях психического развития, 20% матерей занимается вопросом об особенностях физического развития и о потребностях и массаже. 9,9% матерей интересует вопрос об уходе за ребенком.

Учитывая широкое распространение информационных технологий и современные общественные тенденции, следует отметить, что традиционные формы информирования пациентов утрачивают свою актуальность. Например, создание памяток, брошюр о режиме дня, питания которые могли бы выдаваться на руки родителям при каждом посещении в отделение.

## ВЫВОДЫ

1. Изучив аспекты организации ухода за недоношенными новорожденными, можно прийти к выводу, о том, что здоровье новорожденного ребенка зависит от высокого профессионализма медицинского персонала и аппаратуры, которая дает возможность следить за состоянием и поддерживать оптимальный режим жизнедеятельности плода и новорожденного, что определяет саму возможность сохранения жизни ребенка.

2. Изучив факторы риска рождения недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, можно прийти к выводу, о том, что количество детей с экстремально низкой массой тела в общем числе выживших новорожденных уменьшается в геометрической прогрессии за последующие 3 года. Это связано с тем, что профессионализм медицинского персонала и улучшение методик ухода за недоношенными детьми, аппаратов для возможности восстановления и поддержания жизненно важных функций организма, позволяющих выжить и приспособиться недоношенному ребенку к внеутробной среде.

3. Проанализировав роль медицинских сестер в организации ухода за недоношенными новорожденными и побеседовав с медицинским персоналом отделения ОРИТ новорожденных, с мамами недоношенных детей, также путем анкетирования среди родителей, можно выяснить, что большинство медицинских сестер являются специалистами с большим стажем и высоким профессиональным уровнем, также исходя из проведенного анкетирования можно узнать, что: у большинства матерей возникли проблемы, связанные со вскармливанием, а у меньшего количества матерей проблем не возникло. Это говорит о том, что необходимо вести дополнительные лекции, беседы, выдавать брошюры о грамотной тактике вскармливания недоношенных детей. Так же необходимо усилить поддержку грудного вскармливания на всех этапах выхаживания недоношенных так как грудное вскармливание является неотъемлемой частью правильного развития.

## ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Педиатрия. Н.П. Шабалов. Изд-во СпецЛит/ 2013
2. Детские болезни. Л.А. Исаева. Справочник неонатолога. В.А. Таболина/2008г.
3. Неонатология. Н.П. Шабалов. Изд-во СпецЛит/2013г.
4. Сестринское дело в педиатрии. Тульчинская В., Соколова Н. Феникс/2010г.
5. Сестринское дело в педиатрии. Практикум. Тульчинская В., Соколова Н. Феникс/2011г.
6. Антонов А.Г. Ионов О.В., Крючко Д.С., Ленюшкина А.А., Рындин А.Ю. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении/ Методическое пособие/2009г.
7. Особенности оказания сестринской помощи детям [Электронный ресурс] К.И. Григорьев, Р.Р. Кильдиярова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436806.html>
8. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Яцык Г.В. и др. Вскармливание недоношенных детей / 2014г.
9. Шабалов Н.П. Недоношенные дети/ 2011г.
10. Медицинский портал [www.medportal.ru](http://www.medportal.ru). E-mail: [info@medportal.ru](mailto:info@medportal.ru)
11. Тимошенко В.Н. «Недоношенные новорожденные дети» Издательство «Феникс»/2010г
12. Бомбардинова Е.А, Яцык Г.В., Тресорукова О.В. Статья «Выхаживание и ранняя реабилитация детей»
13. Н.П. Шабалов «Неонатология» Издательство/2009г.
14. Пулин А.М. Цыбулькин Э.К. Статья «Актуальные задачи этапов интенсивной терапии недоношенных детей»/2008г.



15. Бомбардилова Е.А, Яцык Г.В., Тресорукова О.В. Статья «Выхаживание и ранняя реабилитация детей»/2011г.
16. Прокопцева Н.Л. Патологии недоношенных детей/2014г.
17. Яцык Г.В.-Руководство по неонатологии - Медицинское информационное агентство/2015г.
18. <http://www.bhealth.ru>
19. <http://refleader.ru/jgeujgotryfsmer.html>
20. <http://www.neonatology.narod.ru>

Оценка зрелости новорожденного в баллах в разном гестационном возрасте.

Гестац- онный возраст, недели	Масса тела, г	Длина тела, см	Окруж- ность головы, см	Окруж- ность груди, см	Соотноше- ние массы и длины тела
28	1124±183	35,9±1,8	22,6±1,9	23,9±1,9	31,2±3,9
29	1381±172	37,2±2,0	28,0±1,5	25,7±1,7	36,3±3,3
30	1531±177	38,9±1,7	28,9±1,2	26,4±1,4	39,4±3,7
31	1695±212	40,4±1,6	29,5±1,5	26,7±1,6	41,9±4,3
32	1827±267	41,3±1,9	30,2±1,6	27,9±1,9	44,1±5,3
33	2018±241	42,7±1,8	30,6±1,2	28,1±1,7	46,4±4,6
34	2235±263	43,6±1,7	31,3±1,3	28,9±1,7	49,9±4,9
35	2324±206	44,4±1,5	31,9±1,3	29,6±1,6	51,7±4,6
36	2572±235	45,3±1,7	32,3±1,4	30,1±1,9	53,6±4,9
37	2771±418	47,6±2,3	33,7±1,5	31,7±1,7	57,9±6,6
38	3145±441	49,6±2,0	34,7±1,2	33,1±1,6	63,6±6,9
39	3403±415	50,8±1,6	35,5±0,9	34,3±1,2	66,9±6,6
40	3546±457	51,5±2,1	35,7±1,3	35,0±1,7	66,8±1,5

АНКЕТА.

4. Укажите свой возраст:
  - а) 18-22
  - б) 22-26
  - в) 26-30
  - г) 30 и больше
5. Ваши роды:
  - а) ЕР
  - б) КС
6. С каким диагнозом поступили в стационар:
  - а) плановое КС
  - б) многоводие
  - в) гипоксия
  - г) другое из перечисленных
7. С каким весом родилась(ся) ваш ребенок:
  - а) менее 1000
  - б) 1000-1500
  - в) 1500-2000
  - г) 2000-2500
8. На какой неделе родилась(с) ваш ребенок:
  - а) 22-28 нед.
  - б) 29-31 нед.
  - в) 32-34 нед.
  - г) 35-37 нед.
9. Тип вскармливания:
  - а) искусственное
  - б) грудное
  - в) смешанное

10. Удовлетворены ли вы качеством сестринского ухода:

- а) да
- б) нет

11. За какое время улучшилось состояние вашего ребенка при уходе медицинской сестры:

- а) через 1 неделю
- б) через 2-3 недели

12. Какую информацию вы бы хотели получить от медицинского персонала:

- а) информировании об особенностях питания
- б) об особенностях психического развития
- в) об особенностях физического развития и о потребностях массаже
- г) об уходе за ребенком