

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ

БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ.

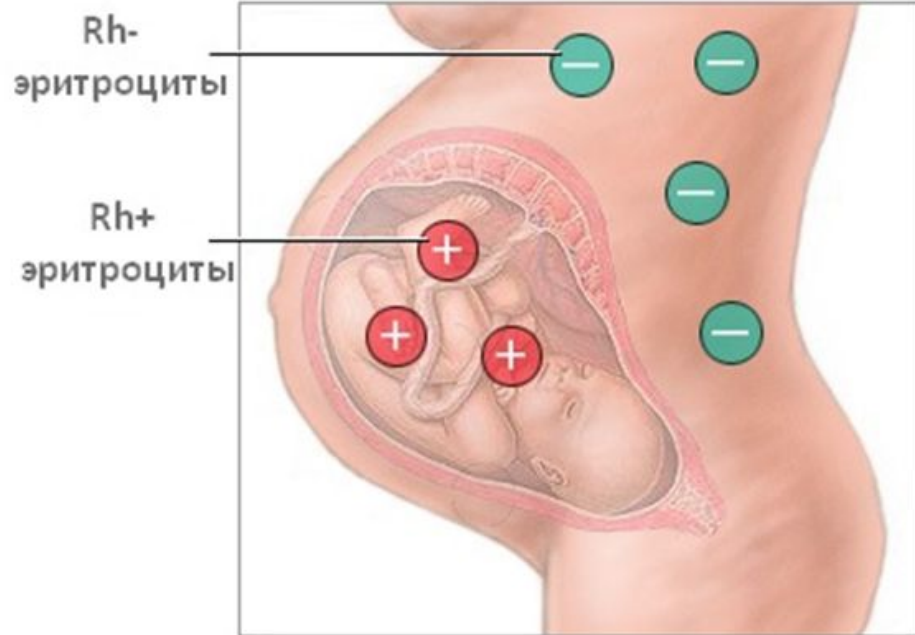
Выполнила Дьяченко Галина
Павловна

Гемолитическая болезнь новорожденного

- Гемолитическая болезнь новорожденных — это одно из самых тяжелых детских заболеваний, которое сопровождается массивным распадом эритроцитов (красных клеток крови) плода и новорожденного.

Гемолитическая болезнь новорожденного

- Заболевание, обусловленное иммунологическим конфликтом крови матери и плода по эритроцитарным АГ, Rh-фактору, групповым АГ и т.д.
- Гемолиз эритроцитов плода под воздействием анти-D-АТ, развитие анемии, гипербилирубинемии.
- Осложнение: ядерная желтуха массивным



Формы ГБН

- **Анемическая:** на 7-10 с.ж. бледность кожи. Нь 140г/л, увеличение печени, селезенки, билирубин пуповины менее 60 мкмоль/л
- **Желтушная:** быстрое нарастание желтухи, окраска мочи, увеличение печени, селезенки, снижение Нь, билирубин пуповины более 85мкмоль/л, непрямой билирубин до 340 мкмоль/л
- **Отечная:** состояние тяжелое, расстройство дыхания, отеки вплоть до анасарки, выраженная бледность кожи, угнетены рефлексy, резко увеличены печень и селезенка

Анемическая форма

- Это наиболее благоприятная форма по течению. Клинические симптомы появляются в первые дни жизни ребенка. Постепенно прогрессирует анемия, бледность кожи и слизистых, увеличение печени и селезенки в размерах. Общее состояние страдает незначительно .

Анемическая форма



Желтушная форма

- Наиболее часто встречаемая форма. Основными ее симптомами являются: желтуха (желтое окрашивание тканей организма вследствие избыточного накопления в крови билирубина (желчного пигмента) и продуктов его обмена); анемия (снижение гемоглобина (красящее вещество крови, переносящее кислород) и красных кровяных клеток в единице объема крови); гепатоспленомегалия (увеличение печени и селезенки в размерах).

Желтушная форма



Желтуха развивается в первые 24 часа после рождения ребенка, реже — на вторые сутки, имеет прогрессирующее течение. Кожа такого больного имеет желтый цвет с апельсиновым оттенком. Видимые слизистые оболочки и склеры желтеют. Чем раньше появляется желтуха, тем тяжелее протекает болезнь. По мере увеличения уровня билирубина в крови дети становятся вялыми, сонливыми; у них снижаются рефлексы и мышечный тонус. На 3-4 сутки уровень непрямого билирубина (желчного пигмента, образовавшегося в результате распада гемоглобина и не успевшего пройти через печень) достигает критического значения (более 300 мкмоль /л).

Отечная форма (или водянка плода)

- Встречается редко. Считается самой тяжелой формой среди других. Как правило, начинает развиваться еще внутриутробно. Часто возникают выкидыши на ранних сроках беременности. Иногда плод погибает на поздних сроках или рождается в очень тяжелом состоянии с распространенными отеками, тяжелой анемией (снижение гемоглобина и красных кровяных клеток в единице объема крови), кислородным голоданием, сердечной недостаточностью. Кожные покровы такого новорожденного бледные, воскового цвета. Лицо округлой формы. Тонус мышц резко снижен, рефлексы угнетены. Значительно увеличена печень и селезенка (гепатоспленомегалия). Живот большой, бочкообразный. Характерны распространенные отеки тканей, иногда с выпотом в брюшную полость, полости вокруг сердца (перикардальная) и легких (плевральная).

Отечная форма

Отек

Опухшая
печень



Тяжелое
вздутие
живота

Ядерная желтуха

- Вялость, сонливость
- С-м «заходящего солнца», нистагм, неподвижность глаз
- Мышечный гипертонус, вынужденная поза
- «Мозговой» крик
- Судороги, тремор



Диагностика.

- Необходима антенатальная (дородовая) диагностика возможного иммунного конфликта. Акушерско-гинекологический и соматический анамнез: наличие выкидышей, мертворожденных, умерших детей в первые сутки после рождения от желтухи, переливание крови без учета резус-фактора. Определение резуса и группы крови матери и отца. Если плод резус-положительный, а женщина резус-отрицательна, то она входит в группу риска. Также в группу риска входят женщины с I группой крови.

Диагностика

- Трасабдоминальный амниоцентез на 34 неделе беременности (прокол плодного пузыря через брюшную стенку для извлечения околоплодных вод с диагностической целью) в случае установления риска иммунного конфликта. Определяют оптическую плотность билирубина, антитела в околоплодной жидкости. УЗИ во время беременности. При развивающейся гемолитической болезни плода отмечается утолщение плаценты, ее ускоренный рост из-за отека, многоводие (избыточное накопление околоплодных вод), увеличение размеров живота плода из-за увеличенной печени и селезенки.

Лечение желтушной формы средней степени тяжести

- Фототерапия
- Витаминотерапия
- Гемосорбция
- В настоящее время в связи с опасностью передачи ВИЧ, гепатитов переливают не цельную кровь, а резус-отрицательную эритроцитарную массу (это эритроциты, остающиеся после удаления большей части плазмы из консервированной крови) со свежезамороженной плазмой (жидкий компонент крови).





kzdorovie.ru

Сестринский уход при ГБН

- Выявление проблем и нарушенных жизненных потребностей ребенка и родителей
- Расстройство дыхания, нарушение ССС, геморрагический синдром, отеки, нарушение терморегуляции, нарушение психомоторного развития, угроза жизни

Сестринский уход в помощь родителям

- Помочь родителям восполнить дефицит знаний о факторах риска развития заболевания, особенностях течения, возможном прогнозе.
- Создать комфортные условия для ребенка в палате интенсивной терапии (по возможности, перевести его в отдельный стерильный бокс), поддерживать оптимальный температурный режим, предупреждать его переохлаждение и перегревание, создать возвышенное головное положение в кровати, использовать теплое стерильное белье, соблюдать асептику и антисептику с целью профилактики внутрибольничной инфекции.

- Обращаться с ребенком с большой осторожностью, как можно меньше тревожить, все процедуры выполнять бережно, по возможности, не вынимая из кроватки.
- Проводить мониторинг состояния ребенка и медицинское документирование сестринского процесса: регистрировать характер дыхания, ЧСС, АД, ЧДД, цвет кожных покровов, отмечать наличие рефлексов, судорог, срыгивания, рвоты, анорексии, появление патологических рефлексов и неврологических симптомов.

- Осуществлять специализированный уход за ребенком, постоянно вести учет объема и состава получаемой жидкости, контролировать массу тела, измерять температуру тела каждые 2 часа, проводить смену положений ребенка для профилактики застойных явлений, туалет кожных покровов и видимых слизистых, проводить оксигенотерапию.
- Своевременно проводить санацию трахеобронхиального дерева для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей.

- Оценивать эффективность проводимой терапии, вносить изменения в план ухода при присоединении осложнений. Взаимодействовать в бригаде с лечащим врачом и другими специалистами.
- Проводить забор материала для лабораторных скрининг программ.
- Обеспечить ребенка адекватным его состоянию питанием и подобрать соответствующий способ кормления.
- Взаимодействовать в бригаде со специалистами, строго выполнять назначения врача.

- Убедить родителей в необходимости этапного, комплексного лечения, перевода ребенка в специализированное отделение и динамического наблюдения за ребенком врачом-педиатром, невропатологом, психоневрологом и другими специалистами по показаниям (после выписки его из стационара).
- Убедить родителей постоянно проводить ребенку курсы восстановительной терапии, контролировать уровень интеллектуального развития, правильно оценивать его способности и возможности. В период бодрствования стимулировать психическую и двигательную активность ребенка, поощрять игровую деятельность, в соответствии с возрастом и состоянием подбирать игры и игрушки.

Спасибо за внимание.

