

Осуществление сестринского ухода за детьми.



**Всегда нужно помнить, что
правильный уход важнее самого
лечения.**



Сестринский процесс - это метод последовательного систематического осуществления медицинской сестрой профессионального ухода.

В сестринском процессе выделяют пять основных компонентов или этапов.

На всех этапах сестринского процесса необходимыми условиями его осуществления являются:

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

Сестринский уход при гемолитической болезни новорожденных.

Гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН) –это заболевание, обусловленное гемолизом эритроцитов, вследствие иммунологического конфликта крови матери и плода. Частота гемолитической болезни составляет 1 случай на 300 новорожденных детей.



Этиология:

Причиной развития ГБН является несовместимость крови матери и плода по эритроцитарным антигенам, резус-фактору (92% всех случаев), групповым антигенам (по системе АВО – 8%).

Факторы риска развития заболевания:

- Гемотрансфузии, проводимые ранее девочке – будущей матери.
- Искусственные прерывания беременностей, предшествующих настоящей.
- Резус-отрицательная кровь у матери и резус-положительная – у отца.
- Повторные беременности у женщин с резус-отрицательным фактором крови

Группа крови матери 0(II) с группой крови ребенка А(III) резус Р

Механизм патологического процесса:

При рождении первого ребенка происходит сенсibilизация матери, вследствие проникновения резус-положительных эритроцитов плода в кровеносное русло резус-отрицательной матери, где образуются антирезусные антитела. При повторной беременности резус-положительным плодом (в 1-2% случаев уже при первой беременности) антирезусные антитела проникают в кровь плода и вызывают гемолиз эритроцитов, что приводит к анемии и накоплению в крови свободного (непрямого) билирубина. Скорость разрушения эритроцитов часто превышает способность печени обезвреживать токсичный непрямо́й билирубин (вследствие недостатка фермента – глюкуронилтрансферазы – который переводит токсичный билирубин в нетоксичный). Поэтому, попадая в кровеносное русло, непрямо́й билирубин вызывает развитие желтухи. Кроме того, непрямо́й билирубин способен накапливаться в органах, богатых липидами (мозг, печень, надпочечники). Являясь нейротоксичным ядом и достигнув критического уровня в головном мозге, он может привести к развитию «ядерной» желтухи (билирубиновой энцефалопатии). При групповой несовместимости крови матери и плода материнские иммунные антитела класса Ig G могут вызвать гемолиз эритроцитов ребенка уже при первой ABO-конфликтной беременности.

Клиническая картина.

- Различают три основных клинических формы ГБН:
 - 1. Анемическая форма (легкая) ~10% случаев.
 -
 - 2. Желтушная форма (средней тяжести) ~ 88% случаев.
 -
 - 3. Отечная форма (тяжелая) ~ 2 % случаев.

Клинические проявления анемической формы ГБН:

- Ребенок рождается в срок со средними весоростовыми показателями, общее состояние нарушено мало или не нарушено.
- К 7-10 дню жизни выявляется бледность кожных покровов, которая в первые дни после рождения маскируется физиологической эритемой и желтухой.
- Печень и селезенка слегка увеличены в размерах, плотные на ощупь.
- Гемоглобин снижен незначительно (до 140 г/л), билирубин – слегка повышен (~ 60 мкмоль/л).

Исход благоприятный.

Клинические проявления желтушной формы ГБН:

- Желтуха быстро нарастает сразу после рождения ребенка (иногда он рождается с желтушной окраской кожи, при этом желтый цвет имеют околоплодные воды и первородная смазка), постепенно кожные покровы приобретают темную, почти бронзовую окраску
- Моча интенсивно темного цвета, цвет стула не изменен.
- Ребенок вялый, плохо сосет грудь, срыгивает.
- Снижены физиологические рефлексы и мышечный тонус.
- Печень и селезенка увеличены в размерах, плотные.
- Гемоглобин снижается до значительных цифр (ниже 14. г/л)
- Билирубин в пуповинной крови на 3-4 сутки более 85 мкмоль/л
- Уровень непрямого билирубина достигает критических цифр (307-341 мкмоль/л).

По мере нарастания билирубиновой интоксикации развивается грозное осложнение ГБН – поражение ЦНС («ядерная» желтуха):

- Состояние резко ухудшается, нарастает вялость, сонливость.
- Лицо маскообразное, глаза открыты, появляется нистагм, симптом «заходящего солнца», напряжение большого родничка.
- Повышается мышечный тонус, голова запрокинута назад (ригидность затылочных мышц), руки сжаты в кулачки.
- Пронзительный «мозговой» крик.
- Могут появиться тремор, судороги.

При своевременном лечении этой формы заболевания прогноз благоприятный, при появлении симптомов «ядерной» желтухи – ребенок может погибнуть в течение 36 часов или у него развивается тяжелая

Клинические проявления отечной формы ГБН:

- • Состояние ребенка при рождении крайне тяжелое, сразу после рождения развивается расстройство дыхания, сердечной деятельности, геморрагический синдром.
- • Отмечается наличие жидкости во всех полостях (анасарка), выраженный отек тканей (наружных половых органов, нижних конечностей, лица, живота и т.д.).
- • Восковая бледность кожных покровов, иногда с незначительным лимонным оттенком.
- • Резко снижен мышечный тонус, угнетены рефлексy.
- • Резко увеличены печень и селезенка.
- • Ярко выражена анемия.

Прогноз при этой форме заболевания неблагоприятный. Часто плод погибает до рождения или ребенок рождается в крайне тяжелом состоянии и погибает через несколько часов.

Методы диагностики:

- 1. Антенатальный период:
 - • Определение титра резус-антител в крови беременной женщины в динамике.
 - • Исследование околоплодных вод на билирубин
 - • УЗИ

- 2. Постнатальный период:
 - • Определение резус-фактора и группы крови ребенка
 - • Определение гемоглобина в периферической и пуповинной крови
 - • Иммунологическая реакция
 - • Определение непрямого билирубина в периферической и пуповинной крови, его почасовое нарастание.

Прогноз.

- Даже легкие формы ГБН, возникшие вследствие иммунологического конфликта, в дальнейшем могут быть причинами развития у ребенка аномалии конституции, повышенной аллергической настроенности организма, нарушений со стороны ЦНС, гепатобилиарной системы и т.д.
- В настоящее время летальность новорожденных от ГБН снизилась до 2,5%.
- Физические и психомоторное развитие большинства детей, перенесших желтушную форму, соответствует возрасту, лишь у 5% детей оно ниже среднего, а у 8% - отмечаются патологические изменения со стороны ЦНС. В тоже время индекс здоровья детей раннего возраста остается низким, они часто имеют фоновые заболевания, патологические реакции на профилактические прививки, хронические заболевания гепатобилиарной системы и психо-вегетативные расстройства.

Основные принципы лечения ГБН:

- 1. Неотложные мероприятия в родильном зале при развитии тяжелой степени ГБН:
 - Быстрая первичная обработка новорожденного и перевязка пуповины с температурной защитой.
 - Интубация трахеи и проведение ИВЛ (по показаниям).
 - Катетеризация пупочной вены и снижение давления в ней путем взятия крови из вены (медленно около 10 мл/кг массы тела).
 - Экстренная трансфузия О-резус-отрицательной крови или эритроцитарной массы.
 - при выраженном гидротораксе или асците – медленная пункция.
 - Коррекция ацидоза, дигитализация путем внутривенного введения дигоксина, фуросемида и т.д.
 - Заменное переливание крови.
 - Непрерывная фототерапия.

Профилактика.

- • Каждая девочка потенциально должна рассматриваться как будущая мать, поэтому чтобы избежать предшествующей сенсибилизации, играющей большую роль в возникновении ГБН, рекомендуется проводить гемотрансфузии только по жизненным показаниям.
- • Необходимо постоянно проводить разъяснительную работу с женщинами о вреде аборта (особенно при первой беременности).
- • Родильницам, имеющим резус-отрицательную принадлежность крови, в первый день после родов или аборта следует вводить антирезус-иммуноглобулин.
- • Беременным женщинам с высоким титром резус-антител на 16-32 неделе необходимо 2-3-кратно провести плазмоферез.
- • Родоразрешение беременных женщин с высоким титром резус-антител необходимо проводить на 38-39 неделе беременности (путем кесарева сечения).

Сестринские вмешательства:

- 1. Помочь родителям восполнить дефицит знаний о причинах развития заболевания, особенностях течения и лечения, возможном прогнозе.
- 2. Поддерживать родителей на всех стадиях развития заболевания.
- 3. Обеспечить ребенку комфортные условия в палате (по возможности, в стерильном боксе), создать возвышенное положение в кроватке, бережно выполнять все манипуляции, как можно меньше тревожить его, обращаться с большой осторожностью.
- 4. Поддерживать оптимальный температурный режим в палате, соблюдать асептику и антисептику при уходе (профилактика внутрибольничной инфекции).
- 5. Взаимодействовать в бригаде, помогать врачу при проведении процедуры заменного переливания крови.
- 6. Осуществлять мониторинг ребенка и медицинское документирование сестринского процесса: контроль состояния, характер дыхания, ЧДД, ЧСС, АД, изменение окраски кожных покровов, наличие высыпаний, судорог, срыгивания, рвоты, изменение цвета мочи, характер стула.
- 7. Регулярно проводить забор материала для лабораторных скрининг программ с целью контроля показателей (уровня гемоглобина, непрямого билирубина).
- 8. Учитывать объем и состав получаемой жидкости (питание, инфузионная терапия).
- 9. Проводить по назначению врача фототерапию. Своевременно выявлять осложнения фототерапии (повышение T_0 тела, диарея, аллергическая сыпь, синдром «бронзового» ребенка) и сообщать врачу.

- 10. Обеспечить ребенка полноценным питанием в соответствии с его состоянием, желтухой, уровнем билирубина в крови. Ритм кормлений и паузы между ними должны чередоваться со временем проведения фототерапии.
- 11. Обучить родителей особенностям ухода за ребенком в домашних условиях. Уделить внимание рациональному и сбалансированному питанию кормящей матери, убедить ее, как можно дольше сохранить грудное вскармливание. Проконсультировать по вопросам рационального вскармливания ребенка и подбору продуктов, богатых железом, белком, витаминами, микроэлементами (в первом полугодии – тертое яблоко, овощное пюре, яичный желток, овсяная и гречневая каши, во втором полугодии – мясное суфле, пюре из печени, свекла, кабачки, зеленый горошек, капуста, гранатовый и лимонный соки). Ограничить в рационе кормящей матери и ребенка облигатные аллергены для профилактики пищевой аллергии, диатезов и анемии.
- 12. Научить родителей удовлетворять физические, эмоциональные, психологические потребности ребенка. Помочь им правильно оценивать возможности ребенка, контролировать уровень интеллектуального развития, подбирать игрушки по возрасту, поощрять игровую деятельность.
- 13. Рекомендовать регулярно проводить курсы массажа, лечебной физкультуры, закаливающие процедуры, ежедневно проводить гигиенические или лечебные ванны (чередовать).
- 14. Рекомендовать родителям регулярное динамическое наблюдение за ребенком врачом-педиатром, невропатологом, психоневрологом и другими специалистами по показаниям, т.к. реабилитация после перенесенной ГБН должна быть длительной.

