

**ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО РУБІЖНОЇ АТЕСТАЦІЇ**  
з дисципліни

**«МЕДСЕСТРИНСТВО В ПЕДІАТРІЇ»**

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Дати визначення поняття «недоношена дитина»
2. Причини недоношеності
3. Ступені недоношеності
4. Принцип вигодовування недоношеної дитини
5. Перелічити які щеплення проводять новонародженій дитині в пологовому стаціонарі
6. Які масові скринінгові обстеження проводять новонародженим дітям в умовах пологового стаціонару
7. Правила виписки з пологового стаціонару
8. Поняття «патронаж новонародженої дитини» та правила його проведення.

**ЛЕКЦІЯ № 2**

**Анатомо-фізіологічні особливості недоношеної (передчасно народженої) новонародженої дитини.**

Викладач: доцент, к.мед.н. Самойленко Ірина Григорівна

**Недоношеною новонародженою** дитиною вважається діти, які народилися до 37 тижня гестації, мають масу тіла менше 2500 г, зріст менше 45 см.

Нижня маса тіла у недоношених 1000 г, зросту 35 см

Питома вага передчасних пологів в Україні становить біля 5%.

Водночас 1012% новонароджених в Україні мають масу тіла при народженні менш ніж 2500 г.

Слід відзначити, що захворюваність дітей цієї категорії перевищує в 3 рази захворюваність новонароджених з масою тіла при народженні більше 2500 грамів, тому що саме новонароджені з малою масою тіла при народженні мають підвищений ризик порушення адаптації та розвитку патологічних станів, що зумовлює необхідність контролю та відповідної корекції щодо:

- дотримання нормальної температури тіла;
- становлення та стабілізації дихання і кровообігу;
- забезпечення оптимального вигодовування;

- метаболічних розладів;
- інфекцій;
- попередження патологічних наслідків жовтяниці.

### **Ступені недоношеності**

Ступінь

I    II    III    IV

### **Гестаційний вік, (тижні)**

37-35    34-32    31-29    Менше 29

### **Маса тіла, (г)**

500-2001    2000-1501    1500-1001    Менше 1000

### **Причини недоношеності (передчасних пологів)**

1. Хронічні запальні процеси матки та яєчників.
2. Неправильне положення матки.
3. Багатоплідна вагітність.
4. Тяжкі гострі та хронічні інфекційні захворювання жінки в період вагітності.
5. Психічні та фізичні травми під час вагітності.
6. Резус-конфлікт.
7. Неповноцінне харчування жінки під час вагітності, дефіцит в їжі вітамінів С, Є, А.
8. Токсикози вагітності.
9. Поєднання вище указаних причин.
10. Особливу групу складають звичні сімейні аборти і передчасні пологи, в основі яких лежать різні, не завжди розпізнані причини.

Фоном, що сприяє до недоношування вагітності, є вік матері (до 18 років).

Високий показник недоношуваності серед низькорослих і худорлявих жінок.

### **Зовнішні ознаки недоношеної дитини**

1. Антропометричні показники: низька маса від 1000 г до 2500 г, малий зріст від 35 см до 45 см.
2. Характерна диспропорція окремих частин тіла відносно великі порівняно зі зростом голова і тулуб, коротша шия й ноги, низьке розміщення пупка.

3. Тім'ячка (переднє, заднє, нерідко соскоподібне і клиноподібне) відкриті, черепні шви розходяться. Кістки черепа м'які, податливі, насунуті одна на одну.
4. Еластичність шкіри знижена. Шкіра тонка, зморщена, яскраво або темночервоного кольору, іноді глянцева, блискуча: на лобі, щоках, плечах, спині, стегнах вкрита пушком (лануго). Оскільки шкіра тонка, видно сітку підшкірних вен, а крізь червну стінку можна побачити рух кишок.
5. Сироподібна змазка вкриває не тільки ділянку фізіологічних складок, а й усю поверхню тулуба.
6. Вушні раковини м'які, щільно прилягають до черепа (погано розвинені хрящі вушних раковин).
7. Нігті на пальцях кінцівок недорозвинені, не виходять за край нігтьового ложа.
8. Погано розвинена підшкірножирова основа.
9. Фізіологічна жовтяниця і еритема шкіри виражені сильніше і тривають довше (1014 днів і довше).
10. Молочні залози розвинені дуже погано, тому фізіологічного нагрубання їх майже ніколи не буває.
11. У хлопчиків яєчка часто не опущені в мошонку, у дівчаток недорозвинені великі статеві губи, у зв'язку з чим статева щілина зіє.
12. Передчасно народжена дитина зазвичай сонлива, млява, крик слабкий, писклявий.
13. Рухи хаотичні, м'язовий тонус знижений, фізіологічні рефлекси ослаблені.
14. У глибоко недоношених дітей можуть бути відсутні ковтальний смоктальний рефлекси.

#### Основні проблеми недошеної дитини

Слід знати основні проблеми недоношеї новонародженої дитини при народженні з метою попередження і своєчасної діагностики розладів адаптації та патологічних станів під час здійснення догляду за нею.

**Основні розлади адаптації та патологічні стани** у дітей з малою масою тіла при народженні:

1. Респіраторний дистрессиндром.
2. Гіпоглікемія.
3. Гіпотермія.
4. Проблеми з вигодовуванням.

5. Гіпербілірубінемія.

6. Інфекції.

7. Апноє.

8. Гіпокальціємія.

9. Анемія.

### **Умовні періоди розвитку недоношеної дитини після народження:**

Iй період: перехідний триває від народження дитини до 7 доби життя.

Пй період: стабілізації триває з 7 доби життя до моменту виписки дитини з пологового стаціонару.

Шй період: нормалізації триває з моменту виписки з пологового будинку (лікарні) до 1 року життя або більше.

Завданням цього періоду є досягнення показників росту та розвитку доношеної дитини.

### **Особливості дихання у недоношених дітей**

У зв'язку з тим, що ЦНС у недоношених в значній мірі недорозвинена, це у великій мірі впливає на дихання. Воно поверхневе, глибина і ритм дихання часто коливається.

У недоношених дітей часто виникають зупинки дихання (напади ціанозу і асфіксія). Це пояснюється незрілістю дихального центру. Особливо небезпечні зупинки дихання під час годування дитини.

Для профілактики зупинки дихання до і після годування дітям необхідно 23 хвилини дати подихати киснем.

При підвищенні температури навколишнього середовища у недоношених рефлекторно частішає дихання. Це пояснюється нестійкістю дихального центру. Таке явище у недоношених може спостерігатися до 45 місяців життя.

Поверхневе дихання сприяє тому, що у недоношених дітей часто у легенях виникають ателектази, що у свою чергу сприяє розвитку у них пневмонії.

Практично відсутня опірність організму у недоношених, легко виникаючі ателектази в легенях сприяють схильності недоношених до виникнення у них пневмоній.

### **Особливості терморегуляції у недоношених дітей**

У зв'язку зі значною незрілістю ЦНС терморегуляція у недоношених практично відсутня. Організм недоношеної дитини не може самостійно підтримувати стабільну температуру. Тому всі недоношені діти дуже схильні до перегрівання і переохолодження.

Цим пояснюється те, що недоношені діти вимагають особливого температурного режиму палат, використання додаткових методів обігрівання та кувезів.

Причому, існує тісний зв'язок між ступенем недоношеності і здатністю організму до підтримки нормальної температури тіла.

Закономірність тут така: чим більша ступінь недоношеності, тим менша здатність організму до підтримування нормальної температури тіла. Якщо у недоношеної дитини виявляється підвищена температура тіла, у першу чергу необхідно перевірити, чи не перегрілася дитина.

Особливості перебігу інфекційних захворювань у недоношених Незрілість ЦНС і практично відсутня опірність організму недоношеної дитини призводить до того, що інфекційні захворювання у них протікають без підвищення температури, симптоми хвороби виражені слабо, а деякі зовсім відсутні.

Усе це дуже затрудняє своєчасну постановку діагнозу хвороби і, відповідно, своєчасне призначення адекватного лікування, що затрудняє лікування і часто хвороба закінчується летально.

Недоношені діти тяжко переносять любі захворювання, вони схильні до розвитку рахіту, анемії, гіпотрофії, гострих респіраторних захворювань, пневмоній, сепсису.

### **Подальший розвиток недоношених дітей**

При правильному догляді, вихованні і вигодовуванні більшість недоношених дітей протягом перших 2х років життя за фізичним розвитком доганяють своїх доношених ровесників.

Починають ходити у віці 12-15 місяців, говорити окремі слова в 11-14 місяців.

Часті і протяжні захворювання затримують фізичний і психічний розвиток таких дітей.

**Усім недоношеним дітям з моменту народження необхідно забезпечити:**

1. Догляд з дотриманням вимог асептики.
2. Відповідний температурний режим, який би виключав перегрівання і переохолодження дитини.
3. Вигодовування грудним молоком.
4. Попередження інфікування.

Персонал, який обслуговує недоношених дітей, повинен мати спеціальну підготовку. Необхідні умови для недоношеної дитини створюють у кувезі.

При його відсутності у ліжкугрілці, з електричним підігрівом або зігрівати за допомогою грілок.

Температура повітря у палаті для доношених дітей повинна бути 22-24°C.

При таких умовах температура тіла недоношеного тримається у межах 36-37°C.

Гігієнічні ванни доношеним дітям проводять з водою температурою 37 С, а недоношеним проводять з водою температурою 38-39°C, температура у кімнаті не нижча за 24- 25°C.

Прогулянки на свіжому повітрі починають проводити з 2х місячного віку по 5-10 хвилин і поступово збільшують до 1,5 годин 2 рази на день.

### **Вигодовування новонародженої дитини:**

З метою відновлення природного вигодовування, а також переконання матерів та медичних працівників у його важливості для нормального розвитку дітей ВООЗ та ЮНІСЕФ сформулювали наступні десять принципів успішного грудного вигодовування, які необхідно втілювати у життя:

1. Мати чітко сформульовану програму з основними положеннями вимог щодо практики грудного вигодовування немовлят та регулярно доводити її до відома всього медичного персоналу.
2. Надати медичному персоналу, який має відношення до матері та новонароджених, необхідні навички для введення цієї програми в життя.
3. Інформувати всіх вагітних жінок про перевагу грудного вигодовування.
4. Допомогати матерям годувати свою дитину протягом перших 30 хв. після пологів. Саме це запускає гормональний механізм утворення молока, запобігає розвитку гіпогалактії.
5. Навчати та показувати матерям, як треба годувати дитину, а також як зберегти лактацію, якщо мати і дитина будуть відокремлені один від одного.
6. Не давати без медичних показань жодної іншої їжі або напоїв, окрім грудного молока.
7. Ввести в практику цілодобове сумісне перебування матері і дитини в одній палаті. Це дасть змогу підтримати психоемоційний контакт матері і дитини, годувати грудьми за потребою.
8. Заохочувати годування грудьми на вимогу немовляти, а не за розкладом.
9. Не давати новонародженим, які знаходяться на грудному годуванні, ніяких заспокійливих засобів та пристроїв, які імітують материнські груди.
10. Сприяти організації груп підтримки грудного вигодовування і направляти до них матерів після виписування з пологового будинку.

Перше прикладання до грудей новонародженої дитини при відсутності протипоказань слід проводити в пологовій залі, в першу годину після її народження;

Вільний режим годування груддю, - це годування на вимогу новонародженого, включаючи нічне годування.

Слід пам'ятати: годування дитини на її вимогу є найкращий стимул лактації. Здорова новонароджена дитина, при достатній лактації матері, потребує наступного годування через 2,5 – 3 год, тобто семи – або восьмиразового годування на добу.

Тривалість ссання грудей – 15 – 20 хв, рідше 30 хв.

Годувати матері слід з обох грудей.

Якщо новонароджена дитина наїлася, але в грудній залозі ще залишилося молоко, то мати повинна зцідити його обережно до останньої краплини.

Слід пам'ятати: скільки виділиться молока з грудної залози, стільки його до неї прибуде.

Контролем достатньої лактації у матері, крім спокійної поведінки дитини, є збільшення маси на 30 – 40 г за добу, а тому дитину слід зважувати не менше 1 разу на добу.

Найбільша відповідальність за правильне вигодовування грудних дітей лежить на медичному персоналі акушерського стаціонару.

Після виписки матері і дитини з пологового будинку в дитячу поліклініку передається довідка про практичні навички, які набула матір по вигодовуванню своєї дитини, а також про стан її лактації.

Науково обґрунтованою є рекомендація про перше прикладання здорової новонародженої дитини до грудей здорової породіллі ще у пологовій залі після пологів.

Перше прикладання повинно здійснюватись після профілактики гонобленореї та обробки пуповини з накладанням стерильної пов'язки або затискача.

Раннє прикладання дитини до груді є великим стимулом хорошої лактації у жінки.

### **Вигодовування недоношених**

Вигодовування недоношених пов'язано з багатьма труднощами:

1. Низька толерантність ШКТ до їжі при великій потребі в основних її компонентах.
2. Слабкість дитини.
3. Відсутність або погана вираженість смоктального і ковтального рефлексів.
4. Легке виникнення асфіксії під час годування дитини.

Вибір способу годування недоношених

Термін гестації Спосіб годування

До 30 тижнів Через зонд

30-33 тижнів Через зонд або з чашечки

34-35 тижнів Годування грудьми або з чашечки

> 36 тижнів Годування грудьми

Годують недоношених від 78 до 10-12 разів на добу. Чим більша ступінь недоношеності, тим дитину годують частіше.

У перший день життя недоношеному потрібно на одне годування 5-10 мл молока; на другий день 10-15 мл; на третій день 15-20 мл.

Щеплення новонародженої дитини

Щеплення здійснюють за згодою матері. Щеплення дитини, яка народилася з масою тіла 2000 г і більше, проводять у звичайні терміни відповідно до хронологічного віку стандартними дозами вакцин з урахуванням клінічного стану дитини.

Усі дані про щеплення (дата, доза, серія, термін придатності вакцин, прізвище медичного працівника, який проводив вакцинацію) вносять у картку розвитку дитини (форма 112/у), випуску і картку профілактичних щеплень (форма 063/у). У медичних документах зазначають характер і час виникнення загальних та місцевих реакцій, якщо вони були.

Перед виписуванням з пологового стаціонару матір інформують про необхідність подальшої імунізації дитини згідно з діючим календарем щеплень в Україні.

Щеплення здійснюють відповідно до інструкції з введення вакцини спеціально підготованим медичним персоналом лікувально-профілактичних закладів.

Щеплення новонароджених проводять безпосередньо в палаті після огляду дитини педіатромнеонатологом з письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в історії розвитку новонародженого.

Щеплення проти гепатиту В

Дітям, народженим від матерів з невизначеним або позитивним HBsAg статусом, незалежно від їхньої маси тіла і стану, щеплення проводять протягом 12 годин після народження. За наявності специфічного імуноглобуліну проти гепатиту В рекомендовано його одночасне введення з вакциною в іншу ділянку тіла.

Новонародженим, які народилися з масою тіла менше 2000 г від матерів із негативним HBsAg статусом, вакцинацію проводять після досягнення маси тіла 2000 г або через 1 міс після народження.

Дітям із тяжким станом, які народилися від матерів із негативним HBsAg статусом і масою тіла 2000 г і більше, імунізацію проводять після поліпшення стану дитини перед виписуванням зі стаціонару. Якщо дитина не була щеплена після народження, вакцинацію здійснюють протягом 1 міс без попереднього дослідження крові на вміст HBsAg.



## Щеплення проти туберкульозу

Щеплення проти туберкульозу проводять усім дітям із масою тіла більше 2000 г одразу після народження на 35 добу життя за винятком таких ситуацій: дитина хвора імунізацію здійснюють після одужання, проте обов'язково до виписування з лікарні; мати хвора на активний туберкульоз легень, а тривалість лікування до пологів становила менш як 2 міс або в неї діагностовано туберкульоз після народження дитини ( у цьому разі обов'язкова консультація фтізіатра).

Якщо в дитини маса тіла одразу після народження менш як 2000 г, щеплення проти туберкульозу здійснюють після досягнення маси тіла 2000 г, однак обов'язково до виписування з лікарні.

## Скринінгові обстеження новонароджених дітей

Щоб своєчасно діагностувати деякі небезпечні природжені захворювання, які можуть перебігати без клінічних симптомів після народження, у пологових стаціонарах і спеціалізованих відділеннях для новонароджених за згодою матері здійснюють скринінгові обстеження немовляти перших днів життя.

Щонайменше після 24 год годування дитини з малою масою тіла грудним молоком або молочною сумішшю, але обов'язково до її виписування з лікарні, беруть кров для обстеження на фенілкетонурию, а після 2го дня життя, до виписування зі стаціонару, але не пізніше 4го дня життя беруть кров для обстеження на вроджений гіпотіреоз.

## *Критерії виписування новонародженої дитини з пологового стаціонару*

1. Маса тіла більше 2000 г.
2. Загальний стан дитини задовільний і характеризується такими ознаками:самостійне дихання адекватне, з частотою 30-60 за хвилину;  
відсутність втягнень податливих ділянок грудної клітки;  
відсутність апное щонайменше протягом 7 діб до дня виписування;  
відсутність ціанозу шкіри і слизових оболонок.
3. Дитина самостійно підтримувала стабільну нормальну температуру тіла щонайменше протягом 3х діб перед випискою.
4. Дитина засвоює належну добову кількість їжі і стабільно збільшує масу тіла (щонайменше 20 г/добу протягом 3 діб перед днем виписки).
5. Виконано всі профілактичні процедури.
6. Залишок пупкового канатика чи пупкова ранка сухі й чисті, без ознак запалення.
7. Мати або члени сім'ї навчені достатнім навичкам догляду за дитиною.

8. Мати або члени сім'ї поінформовані про загрозливі стани дитини, у разі виникнення яких потрібно негайно звертатися по медичну допомогу:

- відмова від грудей;
- різка млявість або збудження;
- судоми;
- розлади дихання: часте (більше 60 за хвилину), утруднене, стогін або зупинка дихання;
- гіпотермія (температура тіла нижча 36,5°C) або гіпертермія (температура тіла вища 37,5°C);
- набряк, гіперемія або нагноєння пупкової ранки;
- блювання або діарея.

9. Мати знає заходи профілактики синдрому раптової смерті дитини (сон на спині; не курити в приміщенні, де перебуває дитина; не накривати лице дитини під час сну).

10. Після виписування рекомендовано:

розпочати або продовжити профілактичне введення вітаміну Д;

розпочати або продовжити профілактичне введення препаратів заліза дітям, народженим із масою тіла меншою 1800 г і терміном гестації менше 32 тижнів.

ОСНОВНА ЛІТЕРАТУРА: “Дитячі хвороби” , С.К.Ткаченко

ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА: “ Медсестринство в педатрії. Догляд за дітьми з інфекційними хворобами”, В.С.Ткаченко