

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ДЕТЬМИ С РОДОВЫМИ
ТРАВМАМИ**

Дипломная работа

**студентки очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051582
Бессараб Екатерины Ивановны**

Научный руководитель
преподаватель Величкова С.М.

Рецензент
главная медицинская сестра ОГБУЗ
«Городская больница № 2 г. Белгорода»
Ковалева Н.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РОДОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ	
1.1. Понятие, классификация и этиология родовых травм	6
1.2. Клиническая характеристика основных патологий	7
1.3. Методы диагностики родовых травм новорожденных	10
1.4. Сестринская лечебно-реабилитационная помощь и уход за новорожденными с родовыми травмами, профилактика	14
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОГБУЗ «ДЕТСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»	
2.1. Анализ факторов, предрасполагающих к развитию у новорожденного родовых травм	17
2.2. Сестринская лечебно-диагностическая помощь ребенку с родовой травмой	24
ВЫВОДЫ	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	34
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	35
ПРИЛОЖЕНИЯ	37

ВВЕДЕНИЕ

Появление ребёнка на свет – сложный процесс, несущий в себе повышенный риск травматизма, как для матери, так и для плода. Природой предусмотрено большинство рисков, связанных с этим явлением: кости черепа младенца прочные, но эластичные, соединенные мягкими швами и родничками. Благодаря этим анатомическим особенностям, становится возможным небольшое сближение или расхождения костей, позволяющее крупной относительно тела головке плода прохождению по родовым путям во время родов. Но даже такой грамотно устроенной системе порой не под силу предотвратить появление родовых травм плода, таких как родовая опухоль или кефалогематома.

Несмотря на возможности современной медицины, понятие родовой травмы до настоящего времени остается весьма малоизученным. Объяснения этиологии родовой травмы зачастую слишком поверхностны.

В международной классификации болезней и причин смерти родовые травматические повреждения занимают большой удельный вес (рубрики P10 – P15). Именно поэтому лечение и профилактика родовых травм является актуальным вопросом современной педиатрии, о котором стоит не забывать не только медицинскому персоналу, но и молодым мамам. В связи с этим возникает необходимость более углубленного изучения данной проблемы.

Цель исследования – определение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в проведении лечебно-диагностической помощи новорожденным с родовыми травмами, профилактика данной патологии.

Для решения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ данных по проблеме распространенности родовых травм среди новорожденных.

2. Провести анализ профессиональной деятельности среднего медицинского персонала отделения патологии новорожденных ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» в проведении лечебно-диагностической помощи новорожденным с родовыми травмами.

3. Проанализировать случаи из практической медицинской практики, иллюстрирующих данную проблему.

Объектом нашего исследования являются пациенты отделения патологии новорожденных ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

Методы исследования:

1. научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
2. эмпирический метод – наблюдение;
3. организационный (сравнительный, комплексный) метод;
4. биографический метод (анализ анамнестических сведений);

Предмет изучения – профессиональная деятельность медицинской сестры в лечении и профилактике родовых травм у новорожденных.

Теоретическая значимость дипломной работы состоит в определении этиологических факторов родовых травм и профилактических мероприятий по их предупреждению.

Практическая значимость заключается в определении профессиональных и общих компетенций сестринского персонала в организации и проведении лечебно-диагностической помощи пациентам с родовыми травмами.

Объём и структура выпускной квалификационной работы обусловлены объектом, предметом, целью и задачами исследования. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, приложения.

Введение раскрывает актуальность, называет объект, предмет, определяет степень научной разработки темы, цель, задачи и методы исследования выпускной квалификационной работы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РОДОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

1.1. Понятие, классификация и этиология родовых травм

Родовая травма – это объёмное понятие, объединяющее возможные повреждения органов матери и плода, целостности их тканей во время родов. Как правило, все родовые травмы происходят при естественных, часто затяжных родах. Несмотря на высокий уровень медицинской помощи, оказываемой роженицам, это одна из наиболее часто встречающихся проблем педиатрии.

Классификация родовых травм новорожденных может быть представлена следующим образом:

1. Родовые повреждения центральной и периферической нервной системы, к которым относятся внутричерепные кровоизлияния.

2. Натальная спинальная травма. По мнению многих ученых данный вид родовых травм возникает чаще внутричерепной. К родовой травме спинного мозга относят кровоизлияния в спинной мозг и его оболочки, в эпидуральную клетчатку при надрыве или повышенной проницаемости сосудов, частичный или полный разрыв спинного мозга.

3. Родовые повреждения опорно-двигательной системы, т.е. переломы ключицы, плечевой и бедренной кости.

4. Родовые повреждения мягких тканей в виде небольших ссадин, повреждений и кровоизлияний в грудино-ключично-сосцевидную мышцу и кефалогематомы (кровоизлияния под надкостницу).

5. Родовая травма органов брюшной полости, при которых наиболее часто повреждается печень, надпочечники и селезенка.

К родовым травмам располагают следующие факторы:

- неправильное предлежание плода;

- затянувшиеся роды, слабая родовая деятельность;
- кислородное голодание плода в родах;
- преждевременные роды;
- крупные размеры плода;
- узкий таз у роженицы;
- переносная беременность.

Стоит отметить, что у первородящих женщин и их детей родовые травмы являются более частой проблемой, чем у тех, для кого роды уже не первые.

Если на протяжении длительного времени плод упирается той или иной частью тела в твердые тазовые кости матери, то в его тканях образуются отеки вследствие задержки в них крови и лимфы. Также довольно часто уже в родовом процессе происходят разрывы хрупких сосудов плода, причиной которых становится всё то же сдавливание, кислородное голодание и перепад атмосферного давления между утробой матери и внешним миром.

1.2. Клиническая характеристика основных патологий

Наиболее часто встречающимися родовыми травмами являются родовая опухоль и кефалогематома.

Родовая опухоль – физиологическое состояние (явление, которое не выходит за пределы нормы и не нуждается в специальном лечении), возникающее при естественных родах в результате механического воздействия родовых путей на ткани головки плода.

Самый частый случай, когда родовая опухоль располагается у новорожденного на голове: на затылке, темени, лице (обычно на лбу), но при других видах предлежания плода она может быть локализована на ягодицах, промежности, бедрах или голени. Отек не имеет очерченных границ, на ощупь он мягкий, однако, упругий при пальпации. Цвет кожных покровов в месте

опухоли может изменяться на желтый, красноватый, бордовый или даже синюшный, в зависимости от силы кровоизлияния.

Сама по себе родовая опухоль неопасна, но за ней могут скрываться более серьезные повреждения. В частности, нередко опухоль сочетается с кефалогематомой.

Кефалогематома – родовая травма, возникающая при естественных родах в результате трения головки о родовые пути. Акушерские пособия (наложение щипцов, использование вакуум-экстрактора и другие) увеличивают вероятность возникновения кефалогематомы. Не исключено влияние повышенной кровоточивости вследствие дефицита витамина К и хрупкости стенки сосудов ребенка. Случаи появления кефалогематомы у новорожденных составляют 1-2% при всех родах.

При кефалогематоме происходит отслойка надкостницы какой-либо кости черепа (чаще в области теменной кости, но может встречаться на затылочной или височной костях). При этом образуется полость между надкостницей и самой костью, полость эта заполняется кровью. Припухлость проявляется через несколько часов, т.к. накопление крови под надкостницей происходит довольно медленно. При крике у ребенка повышается давление в кефалогематоме, от чего она может пульсировать. Зачастую кефалогематома представляет собой односторонний процесс, т.е. за пределы одной кости патология не выходит.

Небольшие кефалогематомы рассасываются в течение 2-3 недель (до 1 месяца). Если травма самостоятельно не проходит более длительное время, происходит её обызвествление и окостенение. При этом они покрываются костной капсулой, вследствие чего может образоваться дефект подлежащей кости. Если кефалогематома не рассасывается через 7-10 дней, врачом проводится её пунктирование у основания иглами Дюфо.

Кефалогематомы в отличие от родовой опухоли возникают существенно реже. Как правило, они меньше по размеру и обычно выявляются не в самом

родовом процессе, а спустя небольшой промежуток времени, постепенно нарастая. Они располагаются в очерченных границах правой или левой половины головы новорожденного, для них характерно медленное рассасывание.

Типичными клиническими проявлениями внутричерепных кровоизлияний являются вегетативно-висцеральные, псевдобульбарные и двигательные расстройства, нарушения терморегуляции и метаболизма, судороги.

Клиническая картина родовых травм внутренних органов обусловлена нарушением функции поврежденного органа и постгеморрагической анемией.

Активное развитие патологии во время родов, причиной которого может стать слабая родовая деятельность или же, напротив, ускоренные роды, часто приводит к перинатальному поражению центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных – одному из самых частых диагнозов. В таких случаях родителей часто охватывает паника. Но, как правило, такой диагноз является дежурным, то есть невропатолог может поставить его даже в том случае, если нарушен всего один рефлекс. После родов детей в обязательном порядке осматривает неонатолог, проводя оценку степени гипоксии. Именно он может заподозрить перинатальное поражение по изменениям в состоянии новорожденного. Процесс родов очень травматичен для малыша, так как при прохождении через родовые пути практически невозможно избежать травм. Поэтому в наше время такую запись делают в карточках более 90 % детей.

Повреждения скелета за исключением перелома ключицы при нормальных родах встречаются редко.

Наиболее частым видом родовых травм является перелом ключицы. Данный вид переломов локализуется в средней трети ключицы. Перелом ключицы встречается у 11,7 новорожденных на 1000.

Следующим видом родовых травм является повреждение спинного мозга. Клинические симптомы зависят от уровня и степени повреждения вследствие

кровоизлияния, отека, сдавления, дистрофических процессов. Травмы верхнешейного отдела вызывают бульбарные расстройства: поперхивание при глотании, снижение глоточного и нёбного рефлексов, дыхательную аритмию и нарушение сердечной деятельности. При повреждении мозга на уровне V шейного и I грудного позвонков (C₅ – Th₁) возникают вялые параличи рук, может развиваться спастический синдром в нижних конечностях. Травмы грудного отдела сопровождаются нарушением функции тазовых органов (недержание мочи, кала), возможен вялый паралич нижних конечностей.

Механическое воздействие на плод при неправильном ведении родов может привести к родовой травме внутренних органов. Данный вид встречается редко. Однако нарушение деятельности внутренних органов часто отмечают также при родовой травме центральной и периферической нервной системы. Оно проявляется расстройством их функции при анатомической целостности. При этом чаще повреждаются печень, селезенка и надпочечники в результате кровоизлияния в эти органы. В течение первых двух суток явной клинической картины кровоизлияния во внутренние органы не отмечают («светлый» промежуток). На 3-5-е сутки в связи с кровотечением может наступить резкое ухудшение состояния ребенка. Причиной тому является разрыв гематомы, нарастание кровоизлияния и истощение механизмов компенсации гемодинамики в ответ на кровопотерю.

1.3. Методы диагностики родовой травмы новорожденных

На современном этапе возможности функциональной диагностики достигли того уровня, когда медицина может своевременно выявлять и четко дифференцировать самые различные заболевания. Родовые травмы не являются в данном случае исключением. Рассмотрим самые широко используемые методы.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) – метод исследования функциональной активности головного мозга с регистрацией электрических потенциалов. Данный вид исследования направлен на оценивание состояния активности мозга, этапам созревания его биоэлектрической активности у детей первых лет жизни. Электроэнцефалография позволяет определить патологические изменения биоэлектрической активности при различных заболеваниях центральной нервной системы, в том числе и при родовых травмах.

Электроэнцефалография в состоянии сна является наиболее точным методом оценки функционального состояния мозга детей в младенческом возрасте, так как дети грудного и раннего детского возраста большую часть времени проводят во сне.

Картина электроэнцефалографического исследования у новорожденных детей при внутричерепных родовых кровоизлияниях не специфична. Все процессы, которые сопровождаются гипоксией, могут быть охарактеризованы, как внутричерепные гемorragии с появлением медленных волн. На основании данного обследования сложно провести дифференциальную диагностику внутричерепных родовых кровоизлияний.

Следующий метод диагностики – эхоэнцефалография. Этот метод относится к методу ультразвуковой диагностики. В основе него лежат характеристики свойств ультразвука, которые отклоняются на границе раздела сред с различной плотностью.

Данный вид исследования широко используется в медицинских учреждениях, в том числе и детских, для выявления смещения срединных структур мозга человека, при подозрении на интракраниальное кровоизлияние и расширение соответствующих отделов ликворных путей головного мозга.

Нейросонография (НСГ) позволяет визуализировать головной мозг, который дает возможность адекватно оценить состояние его тканей, образований передней, средней, задней черепных ямок и ликворных пространств через открытый большой родничок, швы, наружный слуховой

проход или глазницу. В случае подозрения на внутричерепное повреждение головного мозга у новорожденных данное исследование может применяться как скрининг-метод.

Данное исследование проводится с целью выявления родовых и ранних послеродовых повреждений головного мозга. При проведении НСГ появляется возможность оценить характер потенциальных осложнений, выявить атрофические изменения мозга новорожденного и изменения мозговой ткани и ликворных путей при гидроцефалии.

Допплерография – метод исследования, основанный на способности ультразвукового сигнала при прохождении через движущуюся среду изменять свою частоту и отражаться от данной среды. Это позволяет определить величину кровотока в интрацеребральных сосудах и экстрацеребральных сосудах. Методы, построенные на изучении тонуса и кровенаполнения сосудов, имеют недостаточную диагностическую ценность, так как во многом зависят от способа наложения датчиков, функционального состояния ребенка, а не мозгового кровотока. Допплерография более информативна при окклюзионных процессах, а при гипоксических поражениях мозга отражает фазовые изменения мозгового кровотока на процесс родов и гипоксию. Разграничить фазовые, адаптационные изменения кровотока в зависимости от возраста ребенка, характера и тяжести гипоксии от патологических изменений на данном этапе является трудноразрешимой задачей.

К наиболее простым методом диагностики относится видеомониторинг. Проанализировав видеозаписи, можно оценить этапы формирования спонтанной двигательной активности ребенка с момента рождения. Оценивается спонтанная двигательная активности ребенка, своевременность и характер смены типов двигательной активности. Сочетание проведения ЭЭГ – мониторинга в состоянии бодрствования и естественного сна со снятием других физиологических показателей жизнедеятельности ребенка (ЭНМГ, ЭОГ и пр.) и видеомониторинга позволяет более точно дифференцировать характер

пароксизмальных состояний различного происхождения у детей раннего возраста.

Магнитно-резонансная томография – метод исследования, позволяющий оценить не только нарушение макроструктуры исследуемого органа, но и состояние и дифференцировку ткани мозга, выявить очаги повышенной и пониженной плотности и признаки отека головного мозга.

Аксиальная компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (ЯМР) могут служить источником некорректного диагноза в случае абсолютизации полученных результатов. КТ не визуализирует негрубые поражения белого вещества, поэтому в спорных случаях методом выбора становится ЯМР), Кроме этого при попытке определить прогноз психомоторного развития ребенка на постановку диагноза влияют недостаточные знания морфологии головного мозга, технические ошибки (недостаточное количество срезов). Стоит отметить, что будучи высокоинформативными методами визуализации, эти методы не обладают абсолютной прогностической ценностью.

При этом целесообразно иметь в виду, что ликворное давление может быть нормальным, сниженным и повышенным (нормо-, гипо- и гипертензия), ликворные пути могут находиться в нормальном состоянии, сужены или расширены. Таким образом, возможны 9 (3x3) вариантов взаимоотношения ликворного давления и размеров ликворных путей.

Позитронно-эмиссионная томография позволяет определить интенсивность метаболизма в тканях и интенсивность мозгового кровотока на различных уровнях и в различных структурах центральной нервной системы.

В настоящее время ведущую роль в диагностике родовой травмы отводят ультрасонографии. Возможности данного метода диагностики у новорожденных значительно расширяются в связи с наличием большого родничка. Чрезродничковая ультрасонография эффективна в диагностике наиболее часто наблюдаемых видов внутричерепных поражений, а именно эпи-

и субдуральных гематом. Однако при ультрасонографии невозможна оценка состояния костей черепа, а также конвекситальной поверхности головного мозга. Эффективным методом диагностики повреждений костей черепа остается рентгенография.

1.4. Сестринская лечебно-реабилитационная помощь и уход за новорожденными с родовыми травмами, профилактика

Конкретных правил по профилактике и предупреждению родовых травм новорожденных не существует, но есть ряд общих рекомендаций, при выполнении которых можно избежать данной проблемы:

1. Своевременное прохождение беременной женщиной ультразвукового исследования для выявления неправильного предлежания плода, и его исправления при помощи специальной гимнастики (Приложение № 2).

2. При наличии показаний по назначению врача госпитализация беременной в родильный дом во избежание осложнений родовой деятельности.

3. Соблюдение режима дня, режима питания, исключение стрессовых ситуаций на протяжении всего срока беременности, как предупреждение преждевременных родов.

Среднему медицинскому персоналу принадлежит немаловажная роль в реализации данных рекомендаций. Необходимо грамотно и деликатно информировать беременных о возможности данной патологии, разъяснить, как именно нужно себя вести в такой важный и, одновременно, сложный период, как для самой будущей мамы, так и для плода.

В том случае, если у новорожденного все же присутствует родовая травма, медицинская сестра на протяжении всего пребывания данного ребенка в стационаре должна осуществлять следующие действия:

1. Помощь родителям в восполнении дефицита знаний о родовой травме, её особенностях, возможном медицинском прогнозе.
2. Создание максимально комфортных условий для ребенка, поддержание оптимального температурного режима в палате, использование теплого стерильного белья, соблюдение асептики и антисептики с целью профилактики внутрибольничной инфекции.
3. Обращение с ребенком с большой осторожностью: его следует как можно меньше тревожить, все процедуры выполнять бережно.
4. Проведение регулярного мониторинга состояния ребенка, который заключается в регистрации характера дыхания, частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), частота дыхательных движений (ЧДД). Медицинской сестре следует отмечать наличие возбуждения или сонливости, судорог, срыгивания, рвоты, анорексии, обратить внимание на появление патологических рефлексов и неврологических симптомов.
5. Осуществление специализированного ухода за ребенком, постоянного учета объема и состава получаемой жидкости, контроль массы тела, измерение T° тела каждые 2 часа. Медицинская сестра должна проводить смену положений ребенка, туалет кожных покровов и видимых слизистых участков тела.
6. Своевременное оказание доврачебной помощи при возникновении первых признаков неотложных состояний (судороги, гипертермия и т.д.), выполнение назначений врача.
7. Оценка эффективности проводимой терапии, внесение изменений в план ухода при присоединении осложнений. Взаимодействие в бригаде с лечащим врачом и другими специалистами.
8. Обеспечение ребенка адекватным его состоянию питанием и подбор соответствующего способа кормления. Ребенка с родовой травмой необходимо кормить медленно, малыми порциями, делать частые перерывы, выбирать правильное положение при кормлении.

9. Рекомендация регулярного проведения гигиенических и лечебных ванн (чередовать хвойные, соленые, с настоем валерианы или пустырника).

10. Стимулирование психической и двигательной активности ребенка в период бодрствования, поощрение игровой деятельности. Стоит обратить внимание на соответствие с возрастом и состоянием игр и игрушек.

11. Беседа с родителями о необходимости динамического наблюдения за ребенком врачом-педиатром, невропатологом, психоневрологом и другими специалистами по показаниям.

Профилактика родовых травм у новорожденных предполагает оценку степени риска их возникновения еще на этапе ведения беременности, максимально бережное отношение к ребенку в процессе родов, отказ от необоснованного использования пособий по извлечению плода и оперативного родоразрешения.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОГБУЗ «ДЕТСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

2.1. Анализ факторов, предрасполагающих к развитию у новорожденного родовых травм

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница». Цель углубленного изучения заключается в проведении анализа факторов, предрасполагающих к развитию у новорожденного родовых травм, и изучения особенностей сестринского ухода за новорожденными с родовыми травмами.

Для решения поставленных задач было проведено анонимное анкетирование 20 респондентов. Анкета разделена на 3 блока вопросов: 1) «Данные о течение беременности и родах»; 2) «Образ жизни беременной»; 3) «Отношение к современной системе здравоохранения».

Возрастной диапазон опрошенных представлен следующим образом: 35% респондентов – женщины в возрасте от 21 до 25 лет, 20% – от 18 до 20 лет, 15% – младше 18 лет, 15% – от 26 до 30 лет и 15% – старше 30 лет соответственно (Рис. 1).

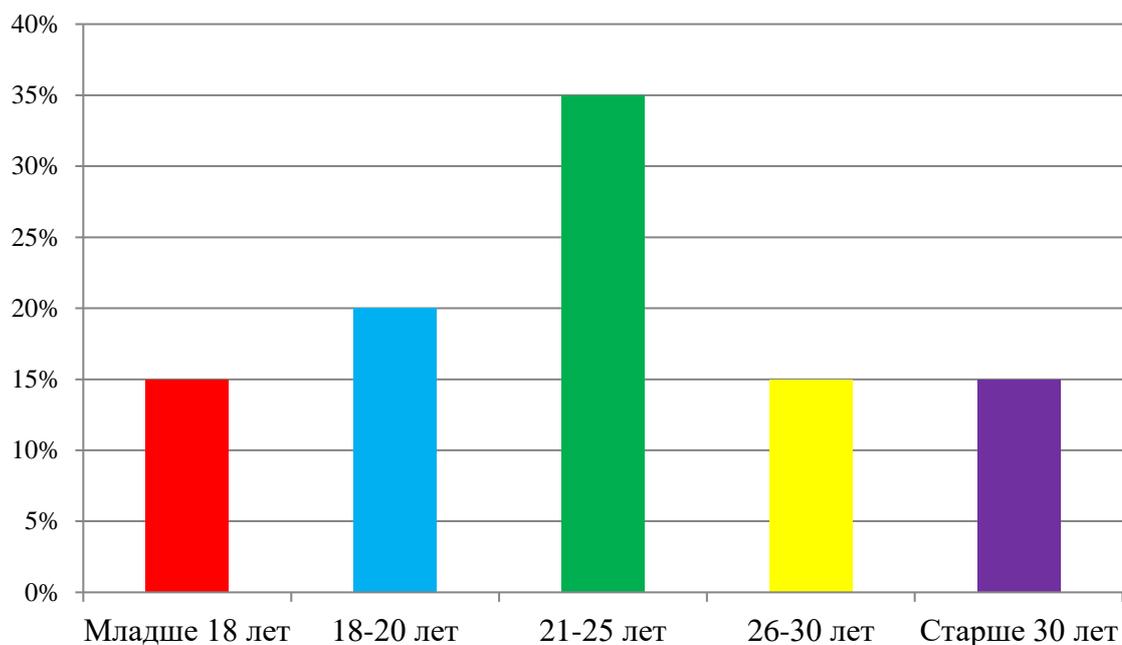


Рис. 1. Возраст респондентов

Для большинства (70%) опрошенных данная беременность была первой, для 20% – второй, а 10% уже имеют двух и более детей. Как показало исследование, 50% опрошенных встали на учет в женскую консультацию на сроке беременности 7-12 недель, 25% – на сроке 12-15 недель, 15% – после 15 недель беременности, а 10% – сделали это еще на 5-7 неделе (Рис. 2).

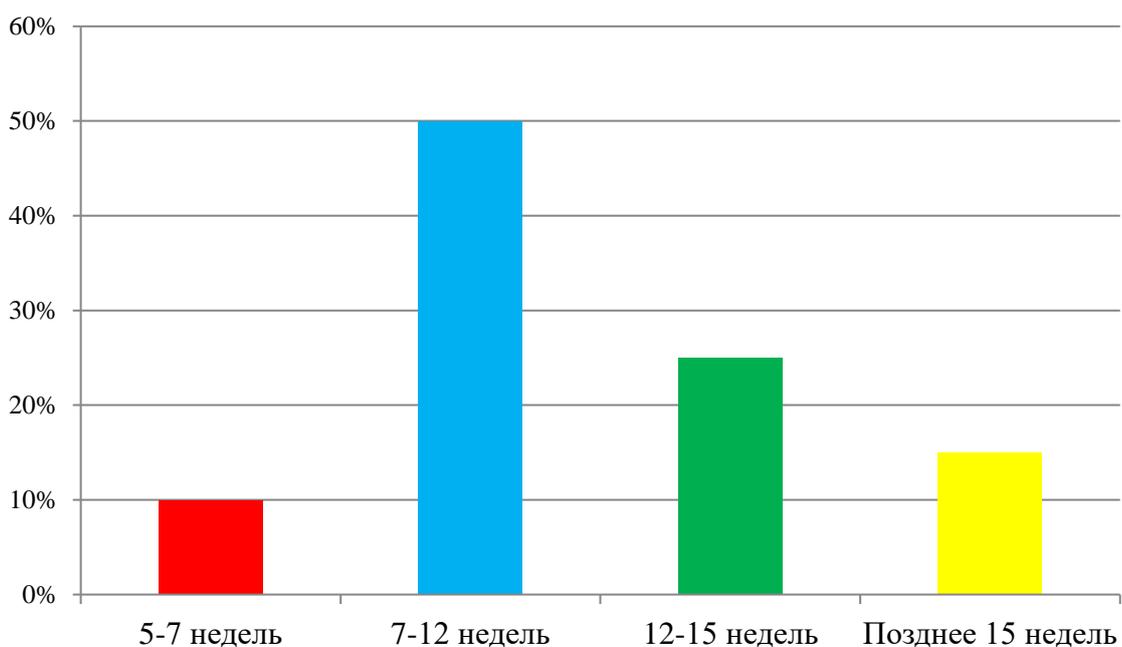


Рис. 2. Постановка на учет в женскую консультацию

У 45% респондентов роды произошли на 38-40 неделе беременности, на 36-37 неделе и позднее 40 недель родили по 25% женщин соответственно, и у 5% женщин родоразрешение произошло ранее 36 недель.

При этом у 55% респондентов роды были физиологическими, у 45% – путём кесарева сечения. Акушерские пособия не были применены по отношению ни к одной из опрошенной нами женщин (Рис. 3).

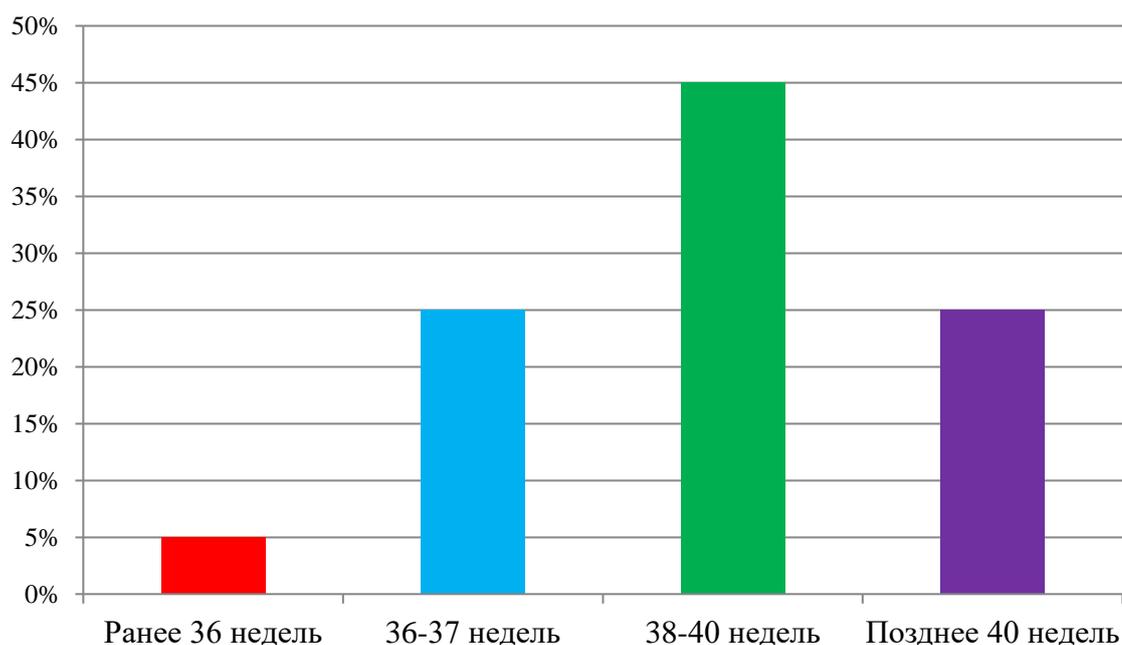


Рис. 3. Роды

По данным анализа, у 40% исследуемых у близких родственников ребенка (родители, бабушки и дедушки) присутствуют или присутствовали эндокринные заболевания, 35% – решительно отрицали данный факт, а 25% не смогли точно ответить на поставленный вопрос (Рис. 4).

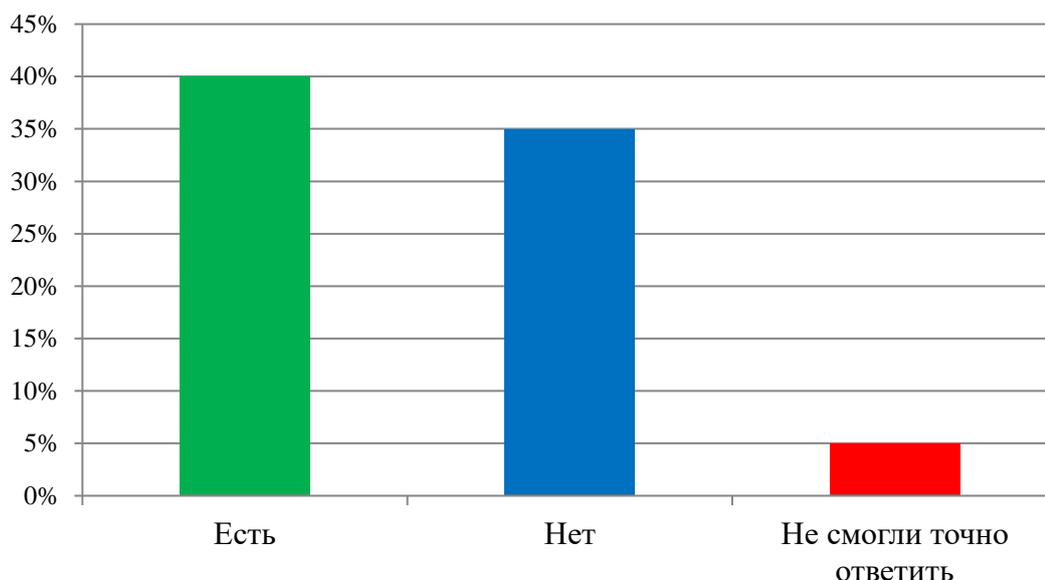


Рис. 4. Наличие эндокринных заболеваний у близких родственников новорожденного

35% опрошенных отмечают, что у их ребёнка была родовая опухоль в прошлом, но на данный момент она уже отсутствует. 20% – не смогли дать точный ответ, по 15% опрошенных отметили, что у ребенка присутствовала кефалогематома или в данный момент есть родовая опухоль. У детей 5% респондентов в данный момент наблюдается кефалогематома (Рис. 5).

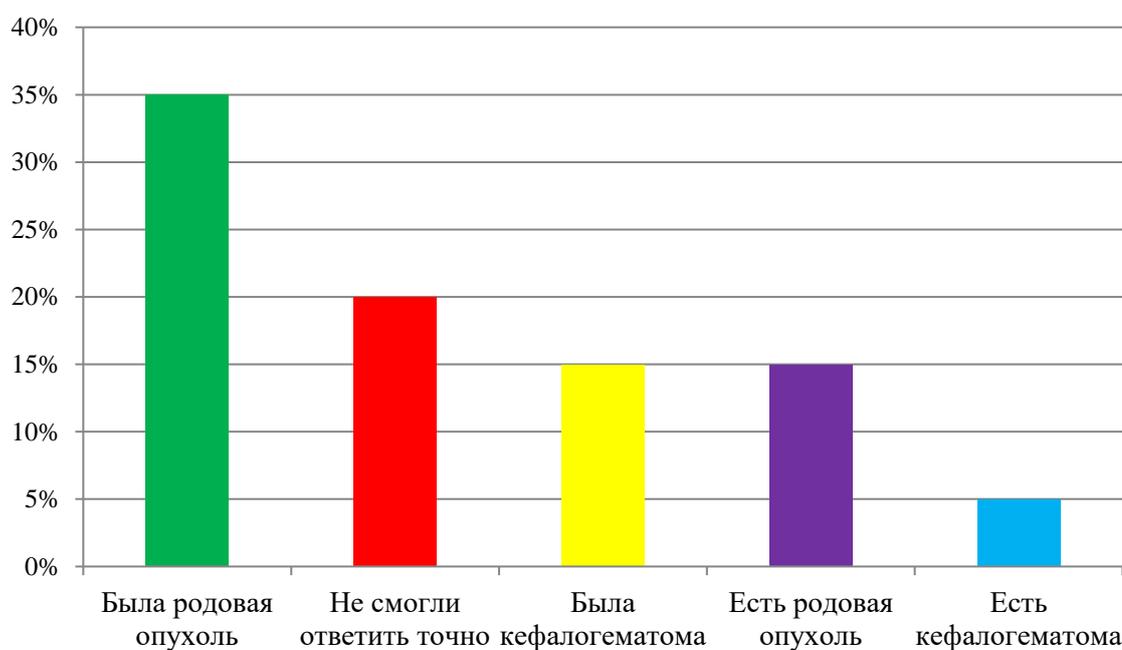


Рис. 5. Наличие родовых травм

Говоря об образе жизни беременной, 45% опрошенных отметили, что во время беременности большую часть времени проводили сидя, но старались гулять пешком в свободное время. 35% женщин и до беременности, и во время неё вели активный образ жизни, а оставшиеся 30% опрошенных во время беременности полностью отказались от физических нагрузок, боясь навредить плоду.

По 40% опрошенных ответили, что их питание во время беременности было регулярным и сбалансированным или нерегулярным, но они отказались от сладкого и фастфуда. Но 20% женщин не смогли отказать себе во вредной пище и не изменили привычному образу жизни даже во время беременности.

При этом у 30% женщин масса тела и её набор во время беременности соответствовали возрастной норме, у 25% как масса до беременности, так и набор веса во время неё были избыточными. По 20% пришлось на респондентов, у которых масса тела до беременности была в норме, а набор был избыточным, и наоборот (Рис. 6).

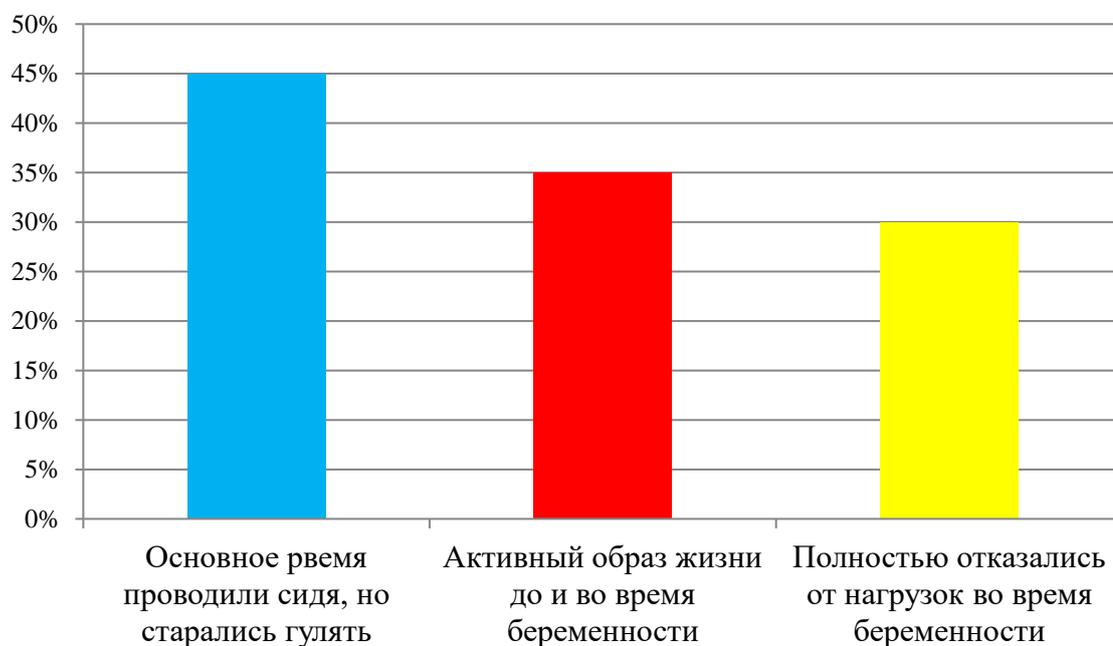


Рис. 6. Подвижность во время беременности

25% опрошенной аудитории никогда не были потребителями никотина

или же отказались от пагубной привычки на период беременности и лактации. 20% женщин курили до беременности, но полностью отказались от табакокурения, узнав о своём положении. 15% – являлись пассивными курильщицами (курил супруг, знакомые), 10% смогли отказаться только на поздних сроках беременности, а 5% упорно продолжали курить, не смотря ни на что.

При этом большинство женщин (65%) отметили, что находиться на свежем воздухе у них получалось далеко не столько, сколько хотелось бы, 20% ежедневно уделяли время прогулкам, 15% не задумывались об этом важном моменте (Рис. 7).

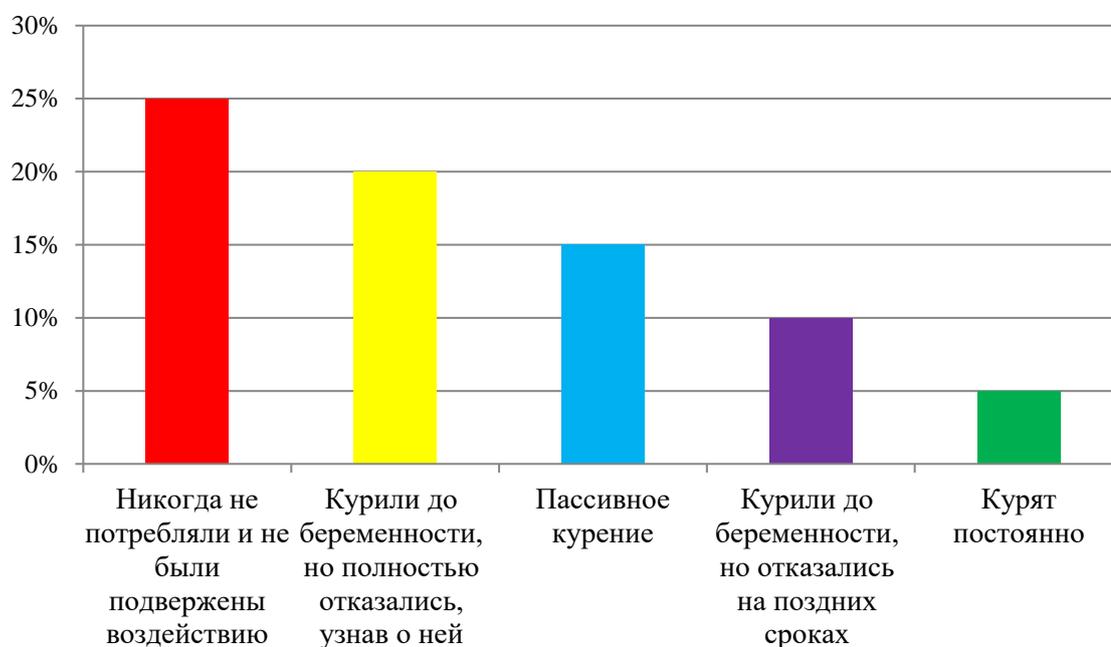


Рис. 7. Никотиновая зависимость

Анализ исследования показал, что 75% респондентов отрицают приём каких-либо медикаментов во время беременности без рекомендаций врача, 15% признались, что порой так делали, 10% не смогли дать точный ответ (Рис. 8).



Рис. 8. Приём лекарственных средств во время беременности без рекомендаций врача

Самым достоверным источником медицинской информации о беременности, родах и уходе за ребёнком 60% считают консультацию, полученную у специалиста, 25% доверяют интернету, 10% – медицинской литературе, а 5% советуются со знакомыми и близкими по данному вопросу (Рис. 9).

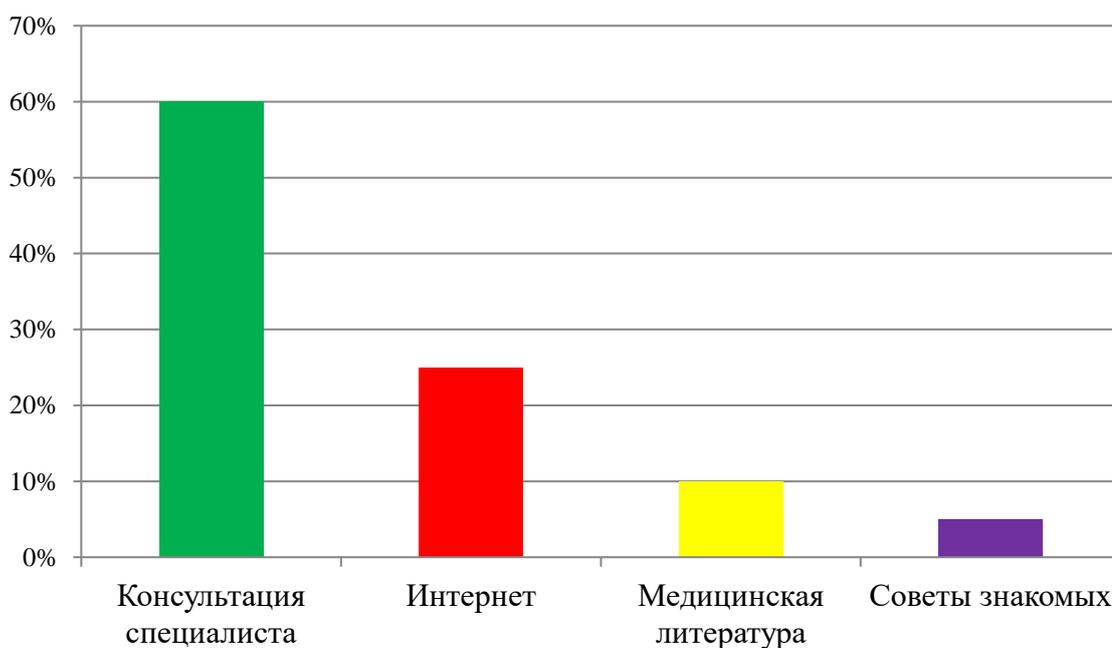


Рис. 9 Достоверный источник медицинской информации

Таким образом, на частоту родовой травмы оказывают влияние многие факторы.

Следует шире развернуть исследования по изучению факторов риска родовых травм, дальнейшей оптимизации лечения осложнений родов, методам диагностики и лечения гипоксии плода в родах, показаниям к экстренному кесареву сечению. Также необходима экспертная оценка не только случаев перинатальной смертности, но и случаев рождения детей с тяжелыми родовыми травмами. Необходим пересмотр некоторых устоявшихся подходов к тактике ведения родов при тех или иных осложнениях.

2.2 Сестринская лечебно-диагностическая помощь ребенку с родовой травмой

В ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» новорожденные получают комплексное лечение и уход независимо от срока гестации и массы при рождении.

Стоит отметить, что количество недоношенных детей постоянно увеличивается. Нами изучено 78 историй новорожденных. Из них родовые травмы были отмечены у 56,4% мальчиков и 43,6 % девочек (Рис. 10).

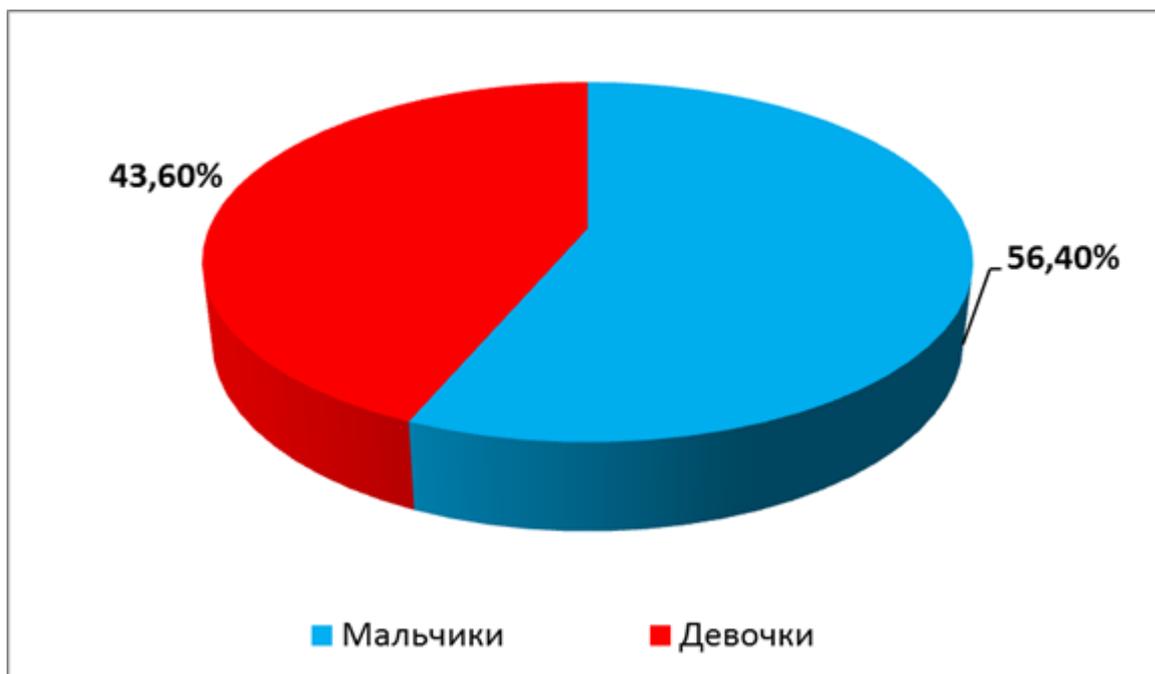


Рис. 10. Распределение новорожденных по полу

Родовой травматизм новорожденных чаще встречается при самостоятельных родах.

Сразу после поступления в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» новорожденные с родовыми травмами находятся под наблюдением медицинских сестер. С целью создания охранительного режима, контроля за состоянием дети помещаются в кувез с заданными параметрами (температура, влажность, кислород), с учетом срока гестации и степенью тяжести патологических симптомов.

Для контроля и регистрации состояния новорожденных ведутся карта сестринского наблюдения и карта врачебных назначений.

В карте сестринского наблюдения отражается мониторинг наблюдения за новорожденными каждые 3 часа: артериальное давление (АД), пульс, частота дыхательных движений (ЧДД), сатурация кислорода, цвет кожи, наличие приступов апноэ, появление судорог, срыгивания, физиологическое отправления (мочеиспускание, стул).

Карту врачебных назначений заполняет врач и она является руководством

к действиям медицинского персонала отделения.

Геморрагическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) с внутрижелудочковым излиянием (ВЖК) 1,2,3,4 степени часто встречается у детей с экстремально низкой массой тела, хотя они рождены путем операции кесарево сечение. Высокая травматизация новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) объясняется их анатомо-физиологическими особенностями.

Большинство детей недоношенные, и именно у них чаще встречается ВЖК, геморрагический синдром, синдром дыхательных расстройств (СДР). У доношенных чаще гипоксически-травматическое поражение ЦНС, сопровождающее кефалогематомой.

Новорожденные с родовыми травмами особенно зависят от воздействия внешних факторов. Им необходимы специальные условия для благоприятного исхода.

Важным условием выхаживания новорожденных детей с родовыми травмами является оптимальный температурный режим и влажность окружающей среды. Сразу после рождения ребёнка помещают в кувез с поддержанием температуры воздуха от 34 до 36,5 градусов (чем меньше масса ребенка тем выше температура), влажность в кувезе более 70%, подача кислорода в среднем 4л/мин.

Отделение реанимации оснащено современными кувезами, имеющими двойные стенки, тепловую завесу во избежание потери тепла при открытии дверок кувеза, встроенные весы, монитор концентрации кислорода. В отделении есть оптимальный вариант – кувез - трансформер, который может использоваться и как кувез, и как реанимационный стол. Также тепловой режим, можно поддерживать с помощью источников лучистого тепла, которые размещаются над пеленальным столом.

За новорожденными детьми ухаживают наиболее опытные и квалифицированные медицинские сестры. Медицинский персонал проводит

постоянную работу по совершенствованию знаний и навыков по уходу за детьми с родовыми травмами.

Учитывая анатомо-физиологические особенности кожи и подкожной жировой клетчатки, а также особенности мышечной системы и выраженные нарушения микроциркуляции, детям очень редко проводятся внутримышечные введения лекарственных препаратов. Новорожденным, находящимся в тяжелом состоянии, медикаментозная терапия и парентеральное питание проводятся внутривенно. Новорожденным с родовыми травмами требуется особенно бережное отношение при выполнении основных медицинских процедур, а проведение манипуляций, раздражающих ребенка (таких как наложение горчичников, интенсивная перкуссия грудной клетки и др.) противопоказаны.

Всем новорожденным с родовыми травмами проводилась оксигенотерапия (Рис. 11).

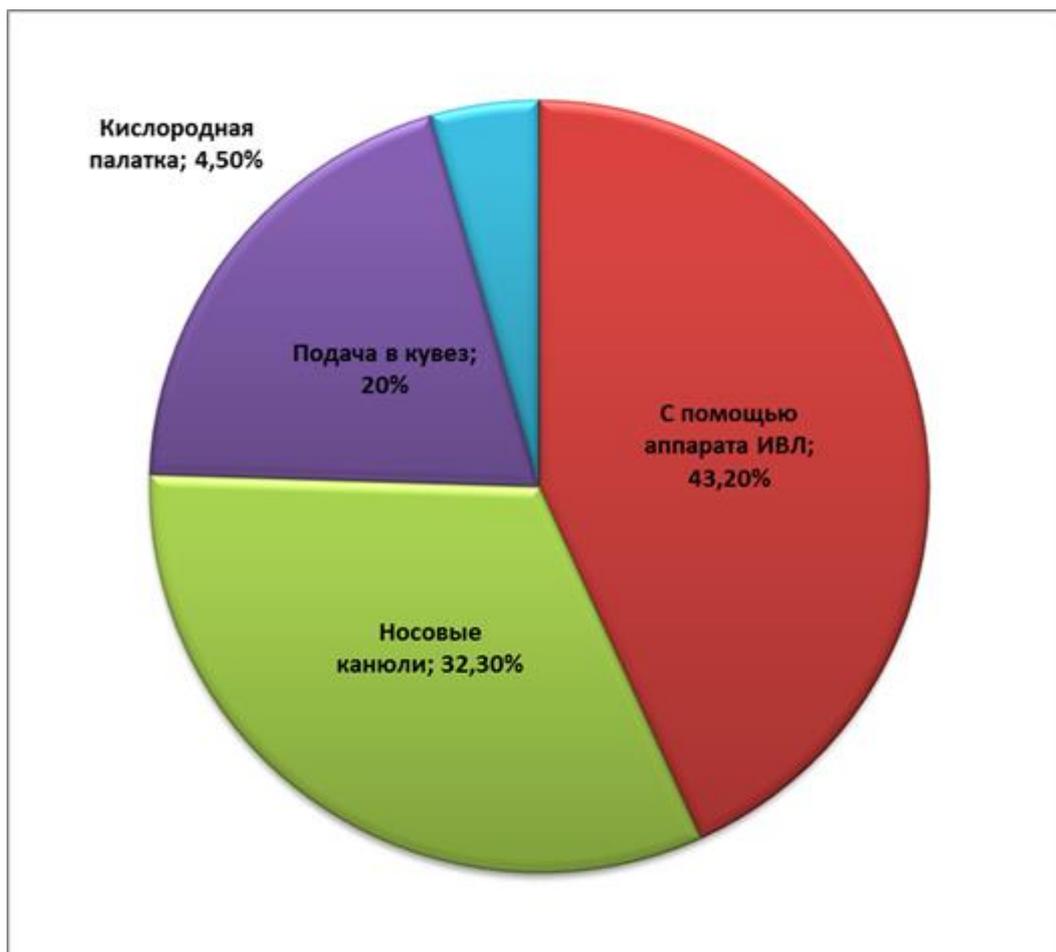


Рис. 11. Оксигенотерапия

Новорожденные с родовыми травмами чаще находятся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Детям, которые получали оксигенотерапию через носовые канюли, регулярно проводили обработку слизистых оболочек носа, проверяли соответствие размера канюль размерам носовых ходов ребенка.

При уходе за детьми, получающими кислород через кислородную палатку, новорожденному надевают защитные очки и строго контролируют сатурацию кислорода, так как превышение назначенных врачом параметров может привести к осложнениям со стороны зрения, ЦНС.

Инфузионная терапия новорожденных с родовыми травмами проводится через центральный венозный катетер (ЦВК), периферический катетер, пупочную вену (Рис. 12).

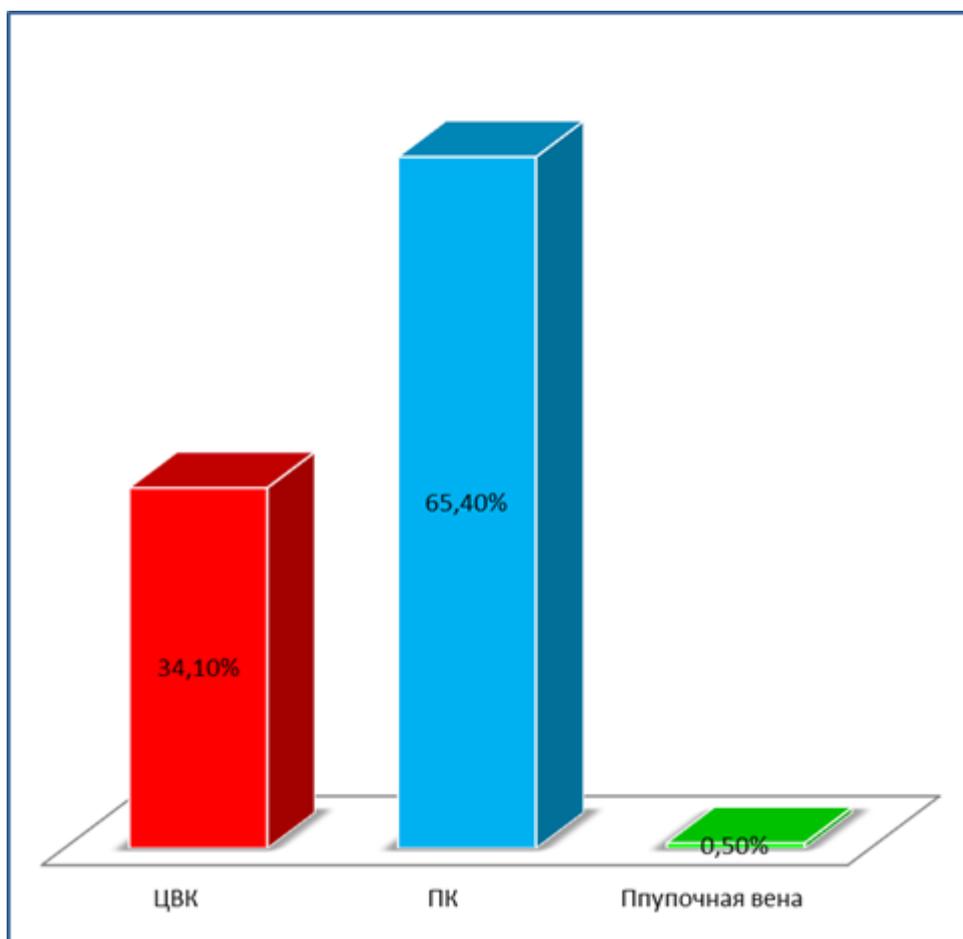


Рис. 12. Методы инфузионной терапии

Медицинские сестры осуществляют уход за ЦВК, пупочный катетер

обрабатывается в соответствии с алгоритмом действий, который разработан в отделении.

Вскармливание новорожденных с родовыми травмами зависит от срока гестации и тяжести состояния ребенка.

Кормление проводится через соску при наличии сосательного и глотательного рефлексов. Через зонд питание получают новорожденные с ЭНМТ и при отсутствии сосательного и глотательного рефлексов или при снижении их функции (Рис.13).

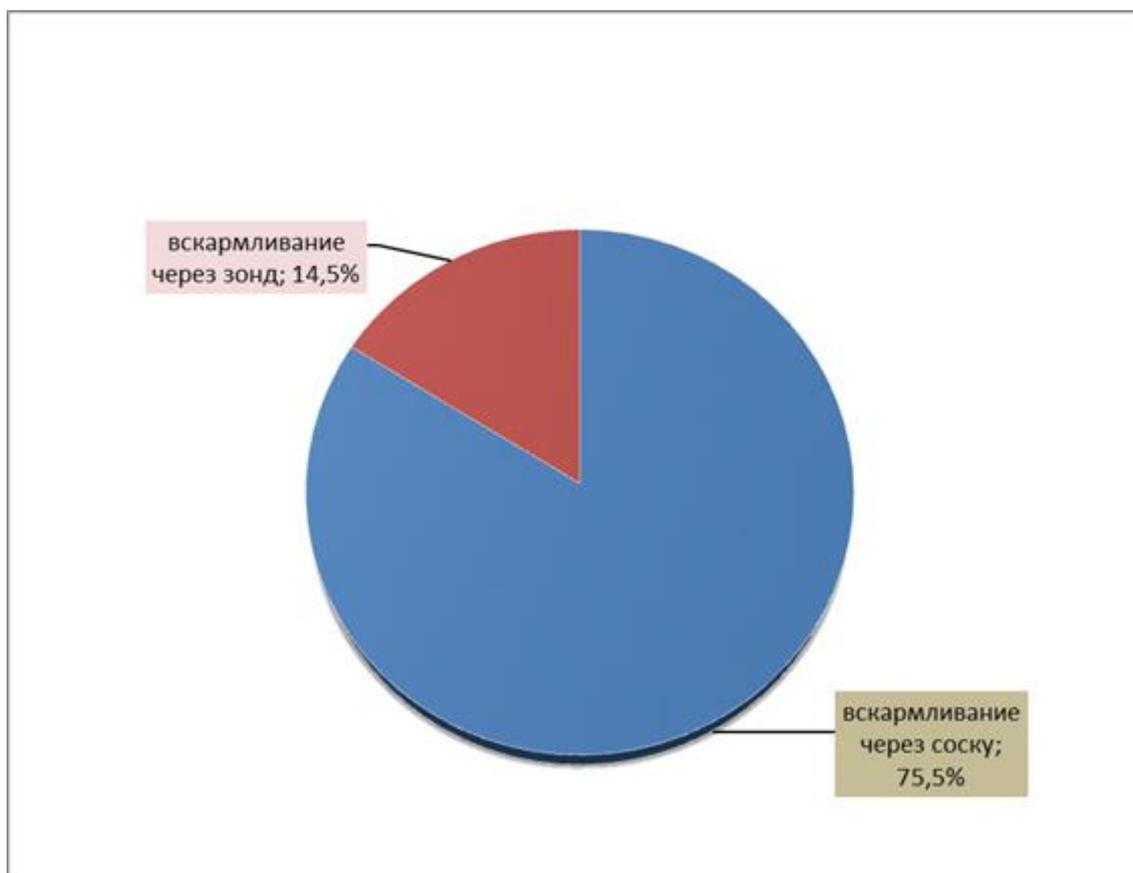


Рис. 13. Вскармливание новорожденных с РТ

Медицинскими сестрами отделения реанимации строго соблюдаются основные условия для успешного выхаживания детей с родовыми травмами.

По результатам анализа блока анкеты «Отношение к современной системе здравоохранения» 50% опрошенных считают большинство среднего медицинского персонала квалифицированным, 25% – считают таковым весь

средний медицинский персонал, 20% – отметили наличие соответствующей квалификации у меньшинства медиков, а 5% считают абсолютно весь персонал недостаточно квалифицированным.

При этом 60% частично довольны качеством оказываемой медицинской помощи и отношением среднего медицинского персонала к детям и их родителям, 30% – довольны полностью, 10% совсем недовольны (Рис. 14).

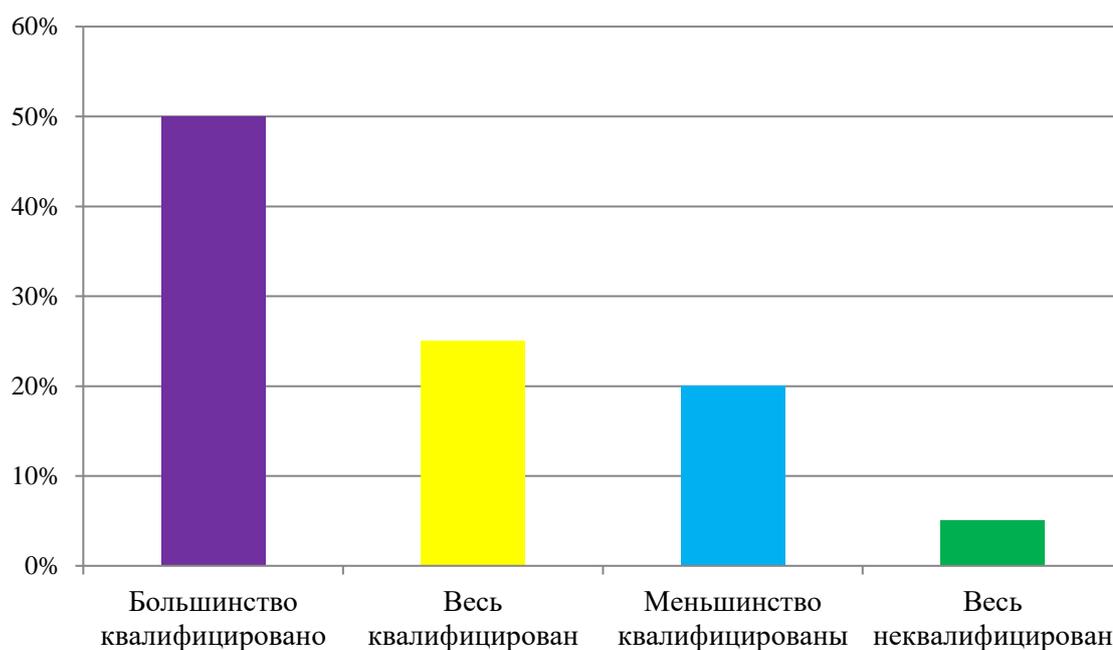


Рис. 14 Соответствие уровня квалификации среднего медицинского персонала

На основании проведенного исследования можно утверждать, что медицинская сестра должна консультировать родителей по всем вопросам родовой травмы, создавать комфортные условия для ребенка: поддерживать оптимальный температурный режим, соблюдать возвышенное головное положение в кроватке (под углом 30°), использовать теплое стерильное белье, контролировать асептику и антисептику с целью профилактики внутрибольничной инфекции. С ребенком, получившим родовую травму, необходимо обращаться с большой осторожностью, как можно меньше тревожить, все процедуры выполнять бережно, по возможности, не вынимая из кроватки.

В обязанности медицинской сестры также входит мониторинг состояния ребенка: характер дыхания, ЧСС, АД. Необходимо отмечать наличие возбуждения или сонливости, судорог, срыгиваний, рвоты, анорексии, появление патологических рефлексов и неврологических симптомов.

Должного внимания заслуживает специализированное наблюдение и уход за ребенком (питание, инфузионная терапия), контроль массы тела, измерение температуры тела каждые 2 часа. Важно своевременно оказывать доврачебную помощь при возникновении первых признаков неотложных состояний (судороги, гипертермия и др.). Медицинская сестра должна уметь оценить эффективность ухода, вносить изменения в план ухода при присоединении осложнений, выполнять назначения врача и др.

ВЫВОДЫ

1. На основании рассмотренных теоретических материалов, касающихся родовых травм, установлено, что сестринский персонал играет важную роль в своевременной профилактике и уходе за новорожденными с родовыми травмами.

2. В ходе проведенного самостоятельно исследования были получены следующие данные. У 80% новорожденных, мамы которых проходили анонимное анкетирование, отмечалась или в данный момент наблюдается одна из родовых травм: на кефалогематомы приходится 20%, на родовые опухоли – 50%. Остальные опрошенные не смогли с уверенностью ответить на данный вопрос.

3. Было установлено, что среди опрошенных женщин в возрасте до 18 лет было 15% респондентов, также были и те, чей возраст уже перешагнул рекомендуемый порог для рождения первого ребенка – 26-30 лет – 15%, старше 30 лет – 15%. Возраст – один из факторов располагающих к появлению родовых травм.

4. Далее вопросы касались непосредственно образа жизни респондентов. Так 45% работали в основном сидя, но иногда гуляли пешком, а 30% и вовсе отказались от каких-либо физических нагрузок во время беременности. 20% респондентов, будучи беременными не придерживались правильного питания. При этом 70% беременных так или иначе были подвержены негативному воздействию никотиновой зависимости, будь то активное или пассивное курение. Это еще раз подтверждает необходимость сестринской работы на всех этапах: от планирования беременности до ухода за новорожденными и оказания им медицинской помощи.

5. Новорожденные с родовыми травмами вследствие анатомо-физиологических особенностей, повышенной опасности развития осложнений и инфицирования требуют особенно бережного и внимательного ухода со

строгим соблюдением правил асептики.

6. Все дети с родовыми травмами сразу после проведения реанимационных мероприятий помещаются в кувезы с параметрами, заданными в зависимости от состояния новорожденного, срока гестации, с мониторинговым контролем за ЧСС, ЧДД, АД, сатурацией (насыщением) крови кислородом по назначению врача. Сестринский уход заключается в этом случае в поддержании и строгом выполнении назначений неонатолога-реаниматолога.

7. Новорожденные с родовыми травмами получают питание и инфузионную терапию через ЦВК или ПВК, уход за которыми обеспечивают медицинские сестры. Несоблюдение правил ухода за ЦВК или ПВК может привести к серьезным осложнениям (тромбоз, инфицирование).

8. Учитывая сложность работы по выхаживанию новорожденных с родовыми травмами, в отделении работают медицинские сестры высшей или первой квалификационной категории.

9. В конце исследования мы предложили анкетированным ответить на вопросы об их отношении к современной системе здравоохранения, качеству и уровню медицинской помощи, которую они получают в данном лечебном учреждении.

Так большинство (60%) считают самым объективным источником информации о беременности, родах и уходе за ребенком консультацию, полученную у врача, и частично или полностью довольны качеством оказанной им медицинской помощи. Но 30% опрошенных всё же доверяют здоровье своё и своей семье интернету и советам знакомых. При этом 10% респондентов полностью не удовлетворены качеством полученной помощи, а 25% считают средний медицинский персонал недостаточно квалифицированным либо совсем неквалифицированным.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что должной эффективности профилактика родовых травм достигнет только при условии, когда будущие родители будут осознанно подходить к вопросам

деторождения, а также выполнять рекомендации, данные врачом и специалистами среднего медицинского звена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональная деятельность медицинской сестры в лечении и профилактике родовых травм, не смотря на возможности современной медицины, остаётся вопросом, не теряющим своей актуальности. Целью нашего исследования было определение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в проведении лечебно-диагностической помощи новорожденным с родовыми травмами, а также профилактика данной патологии.

Своевременное выявление предрасполагающих факторов и грамотно подобранные профилактические меры (например, коррекция предлежания в третьем триместре беременности при помощи гимнастики) должны стать для беременной частью плановых мероприятий при подготовке к родам.

Знание анатомо-физиологических особенностей организма новорожденного обязательно для медицинских сестер, работающих в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» для своевременного выявления изменений в состоянии и проведения сестринского ухода за детьми с родовыми травмами.

Дети с родовыми травмами требуют оказания квалифицированной медицинской помощи, следовательно необходимо продолжать работу по внедрению современных высокотехнологических методов лечения и диагностики.

Сестринский уход за новорожденными с родовыми травмами – это сложный длительный процесс.

Средний медицинский персонал должен способствовать укреплению и сохранению здоровья матери и ребенка. А если родовая травма уже присутствует, медицинской сестре необходимо оказывать соответствующую квалифицированную сестринскую помощь новорожденному на протяжении всего времени пребывания в стационаре: создавать комфортные условия,

контролировать физиологическое состояние ребенка, проводить грамотный уход.

Также важным моментом является поддержание контактов с родителями новорожденного. Медицинская сестра должна обучить их обращению с ребенком и рекомендовать динамический контроль врачей-специалистов по показаниям после выписки из лечебного учреждения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Базовая помощь новорожденным [Текст] / Международный опыт; под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих. – М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2012. – С. 41.
2. Баранов, А.А. Детские болезни [Текст]: Учебник / А.А. Баранов. – М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2014. – с. 249.
3. Вальман, Б. Первый год в жизни ребенка [Текст] / Б. Вальман, Р. Томас. – М.: Издательство БИНОМ, 2012. – С. 33.
4. Избранные лекции по педиатрии [Текст]; под. ред. А.А. Баранов, Р.Р. Шиляев, Б.С. Коганов. – М.: «Династия», 2013. – С. 6.
5. Мазурин, А.В. Общий уход за детьми [Текст]: Учебное пособие / А.В. Мазурин, А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. – М.: Медицина, 2015. – С. 11.
6. Майданник, В.Г. Педиатрия [Текст]: Учебник для студентов высших медицинских учебных учреждений / В.Г. Майданник. – Харьков, 2012. – С. 6.
7. Прохоров, Е.В. Алгоритмы дифференциальной диагностики в педиатрии [Текст] / Е.В. Прохоров, И.М. Островский. – Донецк: «Норд-пресс», 2011. – С. 36.
8. Сергеева, К.М. Педиатрия [Текст]: Учебник / К.М. Сергеева. – Москва, 2014. – С. 22.
9. Таточенко, В.К. Педиатру на каждый день [Текст] / В.К. Таточенко. – Москва, 2013. – С. 36.
10. Цареградская, Ж.В. Новорожденный. Уход и воспитание [Текст] / Ж.В. Цареградская. – Москва, 2011. – С. 24.
11. Шабанов, М.П. Детские болезни [Текст]: Учебник. В двух томах. Том 1 / М.П. Шабанов. – СПб: «Питер», 2013. – с. 216.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

I. Данные о течении беременности и родах.

1. Выберите один вариант ответа:

Ваш возраст:

- А) менее 18 лет;
- Б) 18-20 лет;
- В) 21-25 лет;
- Г) 26-30 лет;
- Д) более 30 лет.

2. Выберите один вариант ответа:

Какой по счету стала данная беременность?

- А) первая;
- Б) вторая;
- В) третья и более.

3. Выберите один вариант ответа:

На каком сроке беременности Вы встали на учет в женскую консультацию?

- А) 5-7 недель;
- Б) 7-12 недель;
- В) 12-15 недель;
- Г) позднее 15 недель.

4. Выберите один вариант ответа:

На каком сроке произошли роды?

- А) ранее 36 недель;
- Б) 36-37 недель;
- В) 38-40 недель;
- Г) более 40 недель.

5. Выберите один вариант ответа:

Каким путём произошло родоразрешение?

- А) физиологические роды;
- Б) путём кесарева сечения;
- В) при помощи специальных акушерских пособий.

6. Выберите один вариант ответа:

Наблюдались ли у близких родственников новорожденного эндокринные заболевания (в частности, сахарный диабет)?

- А) да, наблюдались;
- Б) нет, не наблюдались;
- В) не могу дать точный ответ.

7. Выберите один вариант ответа:

Возраст ребенка на данный момент:

- А) до 1 недели;
- Б) 1-2 недели;
- В) 2-3 недели;
- Г) 3-4 недели.

8. Выберите один вариант ответа:

Присутствовала(ует) ли у ребенка родовая травма (кефалогематома, родовая опухоль)?

- А) да, была родовая опухоль;

- Б) да, была кефалогематома;
- В) да, присутствует родовая опухоль;
- Г) да, присутствует кефалогематома;
- Д) не могу дать точный ответ, т.к. не знаю, что это такое.

II. Образ жизни, который вела беременная:

9. Выберите один вариант ответа:

Образ жизни во время беременности:

- А) всегда был активным (прогулки пешком, посильные физические нагрузки);
- Б) рабочий день проводила сидя, но старалась гулять пешком;
- В) во время беременности избегала каких-либо физических нагрузок.

10. Выберите один вариант ответа:

Питание при беременности было:

- А) регулярным и сбалансированным;
- Б) нерегулярным, но отказалась от сладкого, фастфудов и т.д.;
- В) не могла отказаться себе во вредной пище даже во время беременности;

11. Выберите один вариант ответа:

Масса тела до беременности и во время неё:

- А) до беременности масса тела была в норме, набор массы тела соответствовал норме;
- Б) до беременности масса тела была в норме, набор массы тела был ниже нормы;
- В) до беременности масса тела была в норме, набор массы тела был выше нормы;

Г) до беременности масса тела была избыточной, набор массы тела соответствовал норме;

Д) до беременности масса тела была избыточной, набор массы тела был ниже нормы;

Е) до беременности масса тела была избыточной, набор массы тела был выше нормы.

12. Выберите один вариант ответа:

Курение и беременность:

А) никогда не была потребителем никотина;

Б) была подвержена пассивному курению (курил муж, знакомые и т.д.);

В) курила до беременности, но узнав о ней, полностью отказалась от пагубной привычки;

Г) курила до беременности, но узнав о ней, отказалась от курения на время беременности и кормления грудью;

Д) отказалась от курения на поздних сроках беременности;

Е) не смогла отказаться от курения даже во время беременности.

13. Выберите один вариант ответа:

Как долго вы проводили на свежем воздухе во время беременности:

А) ежедневные прогулки 1-2 раза в день;

Б) не всегда получалось гулять столько, сколько хотелось бы;

В) не уделяла особого внимания пребыванию на свежем воздухе.

14. Выберите один вариант ответа:

Принимали ли Вы во время беременности какие-либо лекарственные средства без соответствующего назначения врача?

А) да, принимала;

Б) нет, не принимала;

В) не помню точно.

III. Отношение к современной системе здравоохранения:

15. Выберите один вариант ответа:

Самый верный источник медицинской информации о беременности и уходе за ребёнком:

А) консультация врача (медицинского работника);

Б) медицинская литература;

В) интернет;

Г) советы родственников, знакомых.

16. Выберите один вариант ответа:

Считаете ли Вы квалифицированным средний медицинский персонал (медицинские сестры) данного лечебного учреждения?

А) да, весь персонал считаю квалифицированным;

Б) нет, весь персонал считаю недостаточно квалифицированным;

В) считаю большинство персонала квалифицированным;

Г) считаю меньшинство персонала квалифицированным;

17. Выберите один вариант ответа:

Довольны ли Вы качеством оказания медицинской помощи?

А) да, полностью довольна;

Б) нет, полностью не довольна;

В) довольная частично.

18. Выберите один вариант ответа:

Довольны ли Вы отношением сестринского персонала к Вас и вашему ребёнку?

А) да, полностью довольна;

Б) нет, полностью не довольна;

В) довольная частично.

Приложение 2

ПРИМЕРНЫЙ ВАРИАНТ ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ПЕРЕМЕНЫ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Гимнастика способствует перемене предлежания плода с тазового на головное. Выполнение данного комплекса упражнений приходится на 3 триместр беременности и после консультации гинеколога. Общими противопоказаниями к любому комплексу гимнастики являются: угроза прерывания беременности и предлежание плаценты.

Одним из вариантов данного комплекса упражнений является методика Е.В. Брюхиной. Применяется она с 32-34 недели беременности до 37-38 недели беременности. Упражнения выполняются через 1-1,5 часа после еды, проводятся 2 раза в день и не применяются при гестозе и серьезных заболеваниях сердца, печени, почек беременной. Гимнастика выполняется в легкой свободной одежде, в медленном темпе, в проветренном помещении.

Упражнение 1. Исходное положение – стоя на коленях, опираясь на локти. Вдох, затем выдох, повторить 5-6 раз.

Упражнение 2. Исходное положение – стоя на коленях, опираясь на локти. Затем вдох и медленный наклон туловища вниз, коснуться подбородком кистей рук, выдох и плавно вернуться в исходное положение, повторить 4-5 раз.

Упражнение 3. Исходное положение – стоя на коленях, опираясь на локти. Затем медленно поднять правую прямую ногу вверх, отвести в сторону, коснуться носком пола и вернуться в исходное положение. Дыхание произвольное. Выполнять 3-4 раза поочередно в обе стороны.

Упражнение 4. Исходное положение – стоя на четвереньках. Медленно опустить голову вниз, округлить спину – выдох. Медленно прогнуть спину в

поясничном отделе, поднять голову-вдох. И так 8-10 раз.

Приложение 3

ИЛЛЮСТРАЦИЯ РОДОВОЙ ОПУХОЛИ НОВОРОЖДЕННОГО

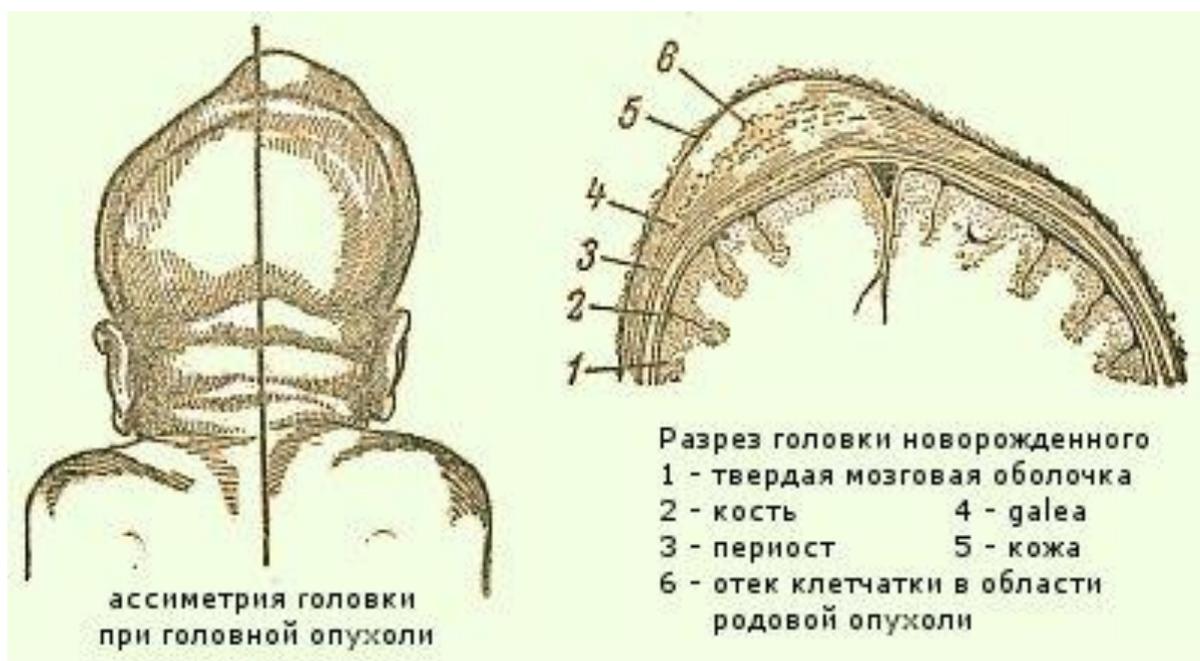


ИЛЛЮСТРАЦИЯ КЕФАЛОГЕМАТОМЫ НОВОРОЖДЕННОГО

