

РАБОТА МЕДСЕСТРЫ ПО ВОСПИТАНИЮ И РАЗВИТИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Глава 1. НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК И УХОД ЗА НИМ

АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ К УСЛОВИЯМ ВНЕУТРОБНОЙ ЖИЗНИ. ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

● **Изменения в организме новорожденного** ● **Пограничные состояния: определение, общая характеристика, причины возникновения, клинические проявления, тактика**

С момента пересечения пуповины и отделения плода от матери начинается период новорожденности. Его продолжительность составляет 4 недели. В это время организм ребенка приспособливается к условиям внешней среды: устанавливаются легочное дыхание, внеутробное кровообращение, начинают функционировать пищеварительные органы, появляется самостоятельная терморегуляция, повышается обмен веществ.

Для новорожденных характерны особые физиологические состояния, отражающие процесс приспособления ребенка к новым условиям жизни. Эти состояния называются *пограничными*, так как возникают на границе двух периодов жизни (внутриутробного и внеутробного) и, являясь физиологическими, при неблагоприятных условиях могут принимать патологическое течение. Они кратковременны, никогда впоследствии не повторяются и обычно не требуют специального лечения. Оценив характер пограничных состояний, можно судить об индивидуальных особенностях периода новорожденности и зрелости ребенка.

Синдром "только что родившегося ребенка". В момент родов в ответ на обилие внешних и внутренних раздражителей у новорожденного появляется первичная ориентировочная реакция: мгно-



Рис. 1. Новорожденный ребенок

венное обездвиживание, глубокий вдох, крик, повышенный мышечный тонус и типичная поза новорожденного — конечности согнуты и приведены к туловищу, кисти сжаты в кулачки (рис. 1).

Особенности акта дыхания и кровообращения (кардно-респираторная адаптация). Расправлению легких новорожденного ребенка способствуют дыхание с периодически возникающим глубоким вдохом и затрудненным выдохом, его кратковременная остановка (апноэ), крик ребенка. У детей первых 2–3 дней жизни отмечается физиологическая гипервентиляция легких; она в 1,5–2 раза больше, чем у более старших детей. Гипервентиляция направлена на ликвидацию ацидоза при рождении.

С момента первого вдоха и прекращения плацентарного кровообращения происходит значительное изменение кровотока. Закрываются зародышевые кровеносные пути: боталлов проток, овальное отверстие, остатки пупочных сосудов (аранциев проток), начинают функционировать малый и большой круги кровообращения.

Транзиторные особенности теплового баланса. Температура тела новорожденного неустойчива и в первые часы жизни может снижаться на 1–2 °С. У некоторых детей на 3–5-й день жизни отмечается транзиторная лихорадка, при которой температура тела повышается и в течение нескольких часов сохраняется на уровне 38–39 °С. Ее причинами являются недостаточное поступление в организм воды, высокое содержание белка в молозиве, несовершенство терморегуляции, перегревание, реакция

организма на эндотоксины кишечной палочки при первичном заселении кишечника бактериальной флорой. При транзиторной лихорадке рекомендуют частое прикладывание к груди (для восполнения потребности в жидкости); проводят физическое охлаждение под контролем температуры.

Физиологическая потеря первоначальной массы тела. Наблюдается в первые 3–4 дня жизни у всех новорожденных и не превышает 10%, у недоношенных – 12–14%. Восстановление массы происходит к 7–10-му дню жизни. У больных, недоношенных, крупновесных детей – позже. Снижение массы тела связано с недоеданием ребенка в первые дни жизни, потерей воды с мочой, испражнениями, через кожу и легкие, из-за срыгивания и высыхания пупочного остатка. Для предупреждения большой потери массы тела необходимо раннее прикладывание к груди, кормление по требованию ребенка, своевременное выявление недостатка грудного молока и рациональная тактика при этом, соблюдение оптимального теплового режима.

Транзиторные изменения кожных покровов. Простая эритема – гиперемия кожи, иногда с легким цианотичным оттенком в области кистей и стоп. Развивается в результате расширения капилляров кожи в ответ на новые условия окружающей среды. Интенсивность и длительность эритемы зависят от зрелости ребенка. У здоровых доношенных детей она держится от нескольких часов до 2–3 дней. У недоношенных – выражена ярче и сохраняется 5–7 дней. При угасании эритемы отмечается мелкое или крупнопластинчатое шелушение кожных покровов, особенно обильное у переношенных детей. При выраженном шелушении кожу смазывают стерильным растительным маслом.

Токсическая эритема появляется у новорожденных на 2–5-й день жизни и является аллергической реакцией. Состояние детей обычно не нарушается. На кожных покровах наблюдаются единичные или множественные гиперемизированные пятна, папулы, везикулы. Высыпаний никогда не бывает на ладонях, стопах и слизистых. В течение нескольких дней могут появиться новые элементы сыпи, которые через 2–3 дня постепенно угасают (рис. 2, см. цв. вкл). При выявлении эритемы рекомендуют лечебные ванны с *раствором калия перманганата*, *антигистаминные средства*.

Транзиторная желтуха новорожденных обусловлена накоплением в крови и тканях свободного билирубина,

образующегося при распаде фетальных эритроцитов. Функционально незрелая печень ребенка не может обеспечить перевод большого количества билирубина в нетоксическую форму и выделение его из организма.

Физиологическая желтуха появляется на 2–3-й день жизни в виде желтушного окрашивания кожных покровов, слизистых оболочек рта и склер. Кал и моча остаются обычной окраски, печень и селезенка не увеличиваются, общее состояние ребенка не нарушается. Желтуха теряет интенсивность и исчезает к 7–10-му дню. У травмированных и недоношенных детей она сохраняется 2–3 недели. При выраженной желтухе чаще прикладывают ребенка к груди, назначают фенobarбитал, проводят фототерапию.

Половой криз. Он обусловлен переходом эстрогенов от матери к плоду в периоде внутриутробного развития и с грудным молоком после рождения ребенка. Выявляется у большинства новорожденных, чаще у девочек, и включает несколько состояний.

Нагрубание молочных желез (физиологическая мастопатия) наблюдается независимо от пола и появляется на 3–4-й день жизни, максимально увеличиваясь к 7–10-му дню. Увеличение молочных желез симметричное, кожа над железой не изменена, иногда слегка гиперемирована. Из желез может выделяться содержимое серого или бело-молочного цвета (в старой литературе его называли "молоком ведьм"). Выдавливать секрет не следует из-за опасности травмирования и инфицирования желез. При сильном нагрубании для предохранения раздражения кожи рекомендуют накладывать теплую стерильную повязку.

Кровотечение из влагалища возникает на 5–8-й день жизни. Длительность его не превышает 2–3 дней, объем – 0,5–2 мл. При уходе за ребенком необходимо тщательно соблюдать гигиенический режим.

У девочек в первые дни жизни из половой щели могут появляться слизистые выделения серо-белого цвета. У мальчиков отмечается гиперпигментация мошонки и кожи вокруг сосков. Половой криз может сопровождаться отеком наружных половых органов.

Транзиторные особенности почек. В первые три дня жизни у здоровых новорожденных отмечается физиологическая олигурия.

Количество мочеиспусканий составляет 4–5 раз в сутки, в последующие дни ребенок мочится чаще, к 10-му дню – до 20–25 раз. Моча здорового ребенка светлая, водянистая.

А л ь б у м и н у р и я встречается у всех новорожденных в первые дни жизни и является следствием повышенной проницаемости эпителия клубочков и канальцев почек.

М о ч е к и с л ы й и н ф а р к т появляется на 3–4-й день жизни и представляет собой отложение мочевой кислоты в виде кристаллов в просвете мочевых канальцев.

Причиной повышенного образования мочевой кислоты являются усиленный распад большого количества клеток (в основном лейкоцитов) и особенности белкового обмена. Инфарктная моча мутная, желто-коричневого цвета, более ярко окрашенная в дни наибольшего падения массы тела. На пеленках остаются коричневые пятна с осадком в виде песка. Постепенно, по мере нарастания диуреза, соли вымываются и в течение 7–10 дней инфаркт проходит.

Меконий (первородный кал). Выделяется в первые дни жизни и представляет собой не имеющую запаха густую, вязкую массу темно-зеленого цвета. Меконий состоит из выделений зародышевого пищеварительного тракта, эпителия, проглоченных околоплодных вод. Позднее он становится более частым, неоднородным по консистенции и окраске (водянистым, темно-зеленым, с желтыми и беловатыми участками). Такой стул называется переходным. Через 2–4 дня он становится кашицеобразным и желтым, частота его составляет несколько раз в сутки.

Для всех основных систем новорожденного характерно состояние "неустойчивого равновесия", поэтому незначительные изменения окружающих ребенка условий могут стать причиной заболеваний. Это требует тщательного специального ухода за новорожденным, особых гигиенических условий его содержания, правильной организации вскармливания.

Контрольные вопросы

1. Перечислите изменения в организме, происходящие при рождении ребенка.
2. Дайте краткую характеристику пограничным состояниям. Обратите внимание на причины возникновения, время их появления и исчезновения.
3. Какова тактика медицинской сестры при перегревании ребенка и температуре тела 38 °С?
4. Какая максимальная потеря массы новорожденного допустима? Как избежать ее большой потери?
5. Назовите особенности ухода при токсической

зритеме. 6. Какие признаки характерны для физиологической желтухи? 7. Перечислите особенности ухода при проявлениях полового криза. 8. Дайте характеристику стула новорожденного ребенка.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

- **Этапы медицинской помощи**
- **Санитарно-гигиенические и противозидемические требования к медицинскому персоналу и отделениям родильного дома**
- **Особенности работы детской палатной и процедурной медицинской сестры, сестры молочной комнаты**
- **Основы медицинской психологии в родильном доме.**

В организации медицинской помощи новорожденным можно выделить три этапа: 1) организация медицинской помощи новорожденным в условиях обычного районного или специализированного родовспомогательного учреждения; 2) организация медицинской помощи новорожденным в условиях детской поликлиники; 3) условный – организация медицинской помощи заболевшим новорожденным в специализированных отделениях стационаров.

СТРУКТУРА ОТДЕЛЕНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДДОМА

Родовспомогательное учреждение имеет физиологическое и обсервационное отделения (либо палаты) для новорожденных.

В физиологическое отделение принимают детей от матерей с физиологически протекавшей беременностью и родами. Физиологическое отделение наряду с постами для здоровых новорожденных имеет пост для недоношенных детей, а также детей, родившихся от переносенной беременности, после оперативных родов и перенесших родовую травму. В составе поста организуют палату интенсивного ухода.

В обсервационном отделении находятся новорожденные, родившиеся в этом отделении или после родов, происшедших вне родовспомогательного учреждения; новорожденные с клиникой врожденной инфекции или переведенные из физиологического отделения в связи с заболеванием матери; "отказные" дети, подлежащие усыновлению или переводу в лечебные стационары и

дома ребенка. В случае перевода новорожденного в наблюдательное отделение вместе с ним переводят и мать.

Отделение наблюдения должно быть полностью изолировано от других детских отделений. Палаты обслуживаются постоянным медицинским персоналом, который не должен общаться с персоналом физиологического отделения новорожденных и родильного блока. Перевод новорожденного из наблюдательного в физиологическое отделение недопустим.

Основными структурными подразделениями каждого отделения являются палаты (боксы или полубоксы), процедурный кабинет, комната для пастеризации и хранения молока, кабинет БЦЖ, комната для выписки новорожденных, подсобные помещения.

Палаты должны быть боксированными с сестринским постом в боксе или в ближайшем помещении. С общим коридором детские палаты сообщаются через шлюз. Каждый медицинский пост имеет разгрузочную палату для детей, матери которых задерживаются на 1–3 дня после выписки основного числа детей и родильниц.

В физиологическом отделении блок-отсек состоит из трех боксов, в наблюдательном – из двух. Кроме традиционной структуры физиологического отделения, организуются отделения совместного пребывания матери и ребенка. Подобная структура способствует более тесному психологическому контакту, матери быстрее приобретают навыки ухода за новорожденными, снижается инфицирование новорожденных из-за отсутствия контакта с другими детьми, создаются благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери.

Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка являются гестозы беременных, экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации, острые инфекционные заболевания, состояния ребенка, требующие наблюдения и ухода медицинского персонала. Совместное пребывание матери и ребенка после хирургического вмешательства в родах организуется с учетом состояния здоровья родильницы.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ РЕЖИМ ДЕТСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Здоровье и жизнь новорожденного полностью зависят от того, насколько строго и тщательно весь персонал родильного дома выполняет требования санитарно-гигиенического режима.

Санитарно-гигиенический режим роддома поддерживается путем тщательного выполнения требований, которые условно можно разделить на три группы: 1) требования, предъявляемые к персоналу; 2) требования, предъявляемые к оснащению и содержанию помещений; 3) требования, предъявляемые к уходу за новорожденным.

Требования к персоналу. Лица, поступившие на работу в роддом, и в дальнейшем процессе работы проходят полный медицинский осмотр специалистами, флюорографическое исследование грудной клетки, бактериологическое обследование на кишечную группу, золотистый стафилококк, исследование крови на сифилис и ВИЧ-инфекцию. Персонал должен быть привит против дифтерии. Все полученные данные заносятся в санитарную книжку, которая хранится у старшей сестры.

Помимо плановых обследований, медицинская сестра отделения, приступая к дежурству, должна измерить температуру тела и пройти контроль врача либо старшей медицинской сестры с осмотром ротоглотки и кожных покровов на выявление гнойничков, инфицированных ссадин, сыпи и т. п. Данные осмотра фиксируются в специальном журнале. Больной персонал к работе не допускается. Ежедневная санация носоглотки проводится только в случае эпидемического неблагополучия.

После осмотра медицинская сестра надевает санитарную одежду (ежедневно сменяемый халат, легкое хлопчатобумажное платье-рубашку, носки, кожаную обувь). Кольца, браслеты и наручные часы во время работы рекомендуется снимать. Ногти должны быть коротко острижены и закруглены пилкой. Особое внимание уделяется мытью рук: тщательно до локтя их моют теплой водой с мылом, обсушивают чистой пеленкой, обрабатывают дезинфектантом. С целью профилактики дерматитов от многократного применения антисептиков рекомендуется работа в хирургических перчатках, обеззараживаемых перед контактом с кожными покровами каждого ребенка.

Медицинский персонал использует маски в отделении новорожденных при инвазивных вмешательствах (пункции магистральных сосудов, люмбальной пункции и т. п.), постоянно при эпидемии гриппа и другом эпидемическом неблагополучии.

Требования к оснащению и содержанию палат. В физиологическом отделении для здоровых доношенных детей предусматривается площадь не менее $2,5 \text{ м}^2$ на одну койку, в observa-

ционном — 4,5 м². На каждом посту устанавливают детские кровати, пеленальные столы с обогревом, медицинские весы для взвешивания новорожденных, столик для медикаментов, необходимых для ухода за ребенком, встроенные шкафы для белья. Переносить оборудование и предметы ухода из одной палаты в другую недопустимо.

Кроватки для новорожденных нумеруются, в них вкладывают матрацы с наглухо зашитыми клеенчатыми чехлами. Во время кормления детей чехлы протирают ветошью, смоченной дезинфектантом. Матрацы застилают простынками, подушки не используют. При применении гамачков их меняют не реже одного раза в сутки.

Пеленальный стол накрывают матрасом в клеенчатом чехле. Он должен легко мыться и дезинфицироваться. В палатах целесообразно установить дополнительный пеленальный стол, на котором выполняется только распеленание ребенка. Рядом с пеленальным столом на тумбочке размещают детские весы.

Палаты обеспечивают подводом теплой и холодной воды, детской ванной. При отсутствии централизованной подачи воды для подмывания детей устанавливают педальные умывальники с теплой водой. Рядом с раковиной на полочке или тумбочке помещают мыльницу с мылом, емкость с дезинфектантом.

За каждым постом физиологического отделения при раздельном размещении матерей и новорожденных закрепляют каталки с перегородками-ячейками на одного ребенка. После кормления каталки обрабатывают дезинфектантом и кварцуют в течение 30 мин. Дети недоношенные, травмированные и находящиеся в наблюдении при отсутствии противопоказаний к грудному вскармливанию подаются на кормление матерям на руках.

Палаты для интенсивного ухода обеспечивают централизованной подводкой кислорода, кувезами, специальным оборудованием и оснащением для экстренной помощи при неотложных состояниях.

В течение всего периода пребывания новорожденных в родильном доме используется только стерильное белье. Его суточный запас на одного новорожденного составляет не менее 48 пеленок, 10 распашонок для 5–7-кратной смены. На все время пребывания в родильном доме новорожденному выделяют один матрац, два одеяла, три конверта. Чистое белье хранят на полках шкафов в комплекте по 30–50 штук в двойной упаковке из хлоп-

чатобумажных мешков. Срок хранения белья – не более двух суток с момента стерилизации. Не использованное во время пеленания белье передается в стерилизационную. В шкафу, в специально выделенном месте, хранят постельные принадлежности, доставленные после дезинфекции.

Для сбора грязного белья служит бак с крышкой и педальным устройством. Внутрь его вкладывают клеенчатый или полиэтиленовый мешок.

Для ухода за новорожденными необходимо иметь набор медицинских инструментов, перевязочных материалов, предметов ухода. Они должны соответствовать количеству детских коек, быть однократного использования и храниться в медицинском шкафу. Перед каждым пеленанием сестра готовит рабочий столик со стерильным материалом, средствами ухода и инструментами. На нижнюю полку стола ставят емкость с дезинфицирующим раствором и лоток для отработанного материала.

Баллончики, катетеры, газоотводные трубки, клизмы, медицинский инструмент после использования погружают в отдельные емкости с раствором дезинфектанта, затем подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации. Обеззараженные предметы ухода хранят в отдельной маркированной сухой стерильной таре. Глазные пипетки, шпатели и другие инструменты подлежат стерилизации. Стерильный пинцет (корнцанг), используемый для забора обеззараженных изделий медицинского назначения, во время каждого пеленания хранится в емкости с дезинфектантом. Пинцет (корнцанг) и дезраствор меняют один раз в сутки. Медицинские термометры полностью погружают в дезинфектант, промывают в кипяченой воде, просушивают в пленке и хранят в сухом виде. Использованные соски моют под горячей проточной водой, кипятят 30 мин в специально выделенной эмалированной кастрюле. Затем, не снимая крышки, сливают воду и хранят в этой же посуде.

Для ухода за остатком пуповины и пупочной ранкой, кожными покровами и слизистыми используют только стерильные ватно-марлевые тампоны, шовно-перевязочный материал, инструменты. Стерильный материал помещают в бикс, меняют его один раз в сутки. Медицинская сестра отвечает за правильную укладку и своевременную сдачу биксов. Неиспользованный стерильный материал из упаковок подлежит повторной стерилизации.

Медикаменты для ухода за новорожденными (мази, масла, водные растворы и др.) должны быть стерильными. Их готовят в

разовой упаковке или фасуют в количестве, не превышающем суточную потребность на одного ребенка.

Лекарственные средства, применяемые для лечения новорожденных, на постах физиологического отделения не хранят. Медикаменты в палатах для интенсивного ухода помещают в специально выделенный медицинский шкаф. В комнате старшей медицинской сестры в закрытом шкафу (холодильнике) постоянно хранят трех- и десятидневные запасы медикаментов и стерильного материала. Срок хранения стерильных растворов для инъекций, приготовленных в условиях аптеки и укупоренных под обкатку алюминиевым колпачком, составляет один месяц, без обкатки – 2 дня. Срок хранения мазей, порошков, присыпок – 10 дней.

Палаты для новорожденных заполняются строго циклически с разницей в сроке рождения детей до трех суток. В палатах поддерживается температура воздуха $+22^{\circ}\text{C}$ (для недоношенных $+24^{\circ}\text{C}$). Относительная влажность воздуха контролируется показаниями психрометра и должна составлять 60%. Воздух обеззараживается бактерицидными лампами. Для снижения микробной обсемененности и очистки от пыли целесообразно использовать кондиционеры. Палаты проветриваются 6 раз в сутки, когда новорожденные находятся на кормлении в палатах матерей или выносятся в соседнее помещение.

Уборка палат (боксов), процедурной и других помещений проводится младшим медицинским персоналом. Их работу контролирует старшая медсестра отделения и сестра-хозяйка, в ночное время – ответственная дежурная медсестра. Уборочный инвентарь строго маркируется, ветошь для обработки твердого инвентаря ежедневно кипятят и хранят, как и посуду, в которой ее кипятят, в подсобном помещении.

В палатах проводят влажную уборку не реже трех раз в сутки: один раз с использованием дезинфицирующего средства (после третьего кормления), два раза (утром и вечером) с моющим раствором. После уборки включают на 30 мин бактерицидные лампы и проветривают помещение. В присутствии детей можно использовать только экранированные лампы.

Заключительную дезинфекцию палат проводят после выписки новорожденных, но не реже одного раза в 7–10 дней. Все белье из палаты сдают в прачечную, одеяла и матрацы – для камерной дезинфекции. По возможности всю мебель выносят. Стеклопакеты, перегородки, шкаф, окно моют с нашатырным спир-

том. Кальцинированной содой чистят умывальники и ванночку. Тщательно обрабатывают моющим раствором кровати, столы, тумбочки, весы, перегородки, стены, лампы дневного света, бактерицидные облучатели, плитуса, батареи. Затем их протирают дезинфектантом, в последнюю очередь моют пол. Палату закрывают на 1 ч. После дезинфекции все поверхности промывают горячей водой и включают на 1 ч бактерицидные лампы. Затем персонал меняет санитарную одежду и раскладывает матрацы, одеяла, полученные из дезкамеры. Укомплектовав палаты, вновь включают бактерицидные лампы на 1 ч и проветривают помещение. Кроватки заправляют постельным бельем перед поступлением новорожденного. Генеральную уборку проводят поочередно во всех палатах новорожденных в соответствии с графиком их заполнения. Помимо этого два раза в год отделение новорожденных вместе со всем родильным стационаром закрывают для расширенной санитарной обработки и косметического ремонта.

В обсервационном отделении новорожденных уборку палат проводят не реже трех раз в сутки, при этом один раз (утром) — с использованием моющего раствора, а после третьего и пятого кормлений — дезинфицирующими средствами. После каждой уборки проводят облучение воздуха бактерицидными лампами в течение 60 мин и проветривание палат. При переходе в обсервационное отделение медицинский персонал других отделений меняет спецодежду.

Для текущей и заключительной обработки палат и инвентаря могут применяться импортные дезинфицирующие средства. Они используются в соответствии с прилагаемыми инструкциями.

Требования, предъявляемые к уходу за новорожденными. Новорожденные дети должны находиться под постоянным наблюдением медперсонала. При приеме ребенка в палату медсестра сверяет текст медальона с аналогичной информацией, указанной на браслетках и в истории развития новорожденного (фамилия, имя, отчество матери, масса и пол ребенка, дата и час рождения, номер истории родов), расписывается в истории развития новорожденного (ф. № 97) о приеме новорожденного в детскую палату, регистрирует его в журнале отделения (ф. № 102).

При осмотре ребенка медицинская сестра обращает особое внимание на характер крика ребенка, цвет кожных покровов, состояние пуповинного остатка, отхождение мочи и мекония, про-

водит вторичную обработку новорожденного. В случае раннего перевода из родзала (например, в палату интенсивной терапии) новорожденному через 2 ч после рождения проводится вторичная профилактика гонобленнореи 30% раствором сульфацила натрия. О проведенной профилактике медсестра делает запись в истории развития новорожденного, в дальнейшем вносит в нее данные наблюдения и вскармливания.

Утром, перед кормлением, медсестра подмывает детей, измеряет температуру, взвешивает их, проводит утренний туалет.

Обработку пуповинного остатка и пупочной ранки проводят при ежедневном осмотре детей, по показаниям — чаще. По назначению врача пуповинный остаток и пупочную ранку ведут открытым способом или под пленкой аэрозольного антисептика. Для ускорения мумифицирования пуповинного остатка у его основания накладывают дополнительную шелковую лигатуру. Пуповинный остаток отпадает на 3 — 5-й день жизни. Эпителизация пупочной ранки наступает через несколько дней, у недоношенных детей — позже.

Перед каждым кормлением медсестра проводит смену пеленок. Распашонки меняются ежедневно, при загрязнении — по потребности. Доношенным детям покрывают голову и пеленают вместе с руками только в первые дни жизни, затем применяют открытый способ пеленания. В холодное время года ребенка пеленают в одеяло или конверт с вложенным в него одеялом, в жаркое — только в пеленки. В случае задержки выписки по назначению врача новорожденных купают.

При совместном пребывании матери и ребенка уход за новорожденным в первые сутки осуществляет медсестра. Она обязана обратить внимание матери на необходимость соблюдения правил личной гигиены, последовательность обработки кожи и слизистых оболочек, обучить мать пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Профилактика внутрибольничной инфекции у новорожденных и родильниц чрезвычайно актуальна. Новорожденные дети (особенно недоношенные) имеют неполноценный иммунитет, а роженицы, ослабленные родами, весьма чувствительны к патогенным микроорганизмам. Особое значение в качестве внутрибольничной инфекции приобретают острые респираторные, ста-

филококковые и кишечные заболевания. В последние годы в акушерских стационарах при неблагоприятной эпидемиологической обстановке выявляют грамотрицательные микроорганизмы (синегнойная палочка, клебсиелла, протей, энтеробактер, кишечная палочка и др.). Первоисточником инфекции являются роженицы и медицинский персонал, вторичными источниками – новорожденные. Распространение возбудителей инфекции происходит воздушно-капельным, контактным и пищевым путями.

Наиболее существенными мерами профилактики внутрибольничной инфекции являются строжайшее соблюдение санитарно-гигиенического режима, раннее заселение новорожденных материнскими микроорганизмами, создание надежной защиты от инфекции в месте ее входных ворот (в пуповинном остатке, пупочной ранке, конъюнктиве, на кожных покровах, кишечнике), а в палатах интенсивной терапии – профилактика "катетерного" сепсиса.

Особое внимание медицинская сестра должна уделять выполнению правил личной гигиены, соблюдению правильности приготовления и использования растворов бактерицидных препаратов, санитарно-гигиенической обработке палат и подсобных помещений, выполнению правил сбора и хранения использованного белья, содержанию стерилизационной, буфетной и комнаты пастеризации молока.

Выявление даже одного клинически выраженного случая гнойно-воспалительного заболевания расценивается как эпидемическое неблагополучие. Появлению эпидемического неблагополучия способствуют аварийные ситуации в водо-, энерго- и теплоснабжении, перебои в работе дезинфекционных камер, технических средств обеззараживания воздуха, заниженные концентрации дезинфектантов, нарушение доставки белья, перегрузка палат, нарушения графика цикличности заполнения и заключительной дезинфекции палат. Предпосылками эпидемического неблагополучия служат обнаружение микрофлоры на медицинских инструментах, в растворах для инъекций, превышение допустимых уровней бактериальной обсемененности объектов внешней среды, появление определенных видов грамотрицательных бактерий.

Противоэпидемические мероприятия направлены на ликвидацию эпидемического неблагополучия. В случае выявления у новорожденного гнойно-воспалительного заболевания он пере-

водится в тот же день в специализированное лечебное учреждение; новорожденные, контактировавшие с больным, остаются в палате до выписки. Поступление в карантинную палату вновь родившихся детей запрещается. В отделении осуществляется внеплановое бактериологическое обследование объектов внешней среды и медицинского персонала. После выписки всех контактных в палате проводится заключительная дезинфекция. На контактных с больным гнойно-воспалительной инфекцией акушерский стационар передает информацию в территориальную детскую поликлинику. Поликлиника устанавливает ежедневный врачебный или сестринский осмотр детей сроком не менее 10 суток. Особое внимание уделяется осмотру кожных покровов, слизистых оболочек, пупочной ранки. Выявленные больные госпитализируются.

При групповом заболевании (у двух и более новорожденных или родильниц с общим источником и/или факторами передачи инфекции во время одновременного пребывания в родовспомогательном учреждении) прекращают прием рожениц, проводят дезинфекцию палат новорожденных, послеродового и родильного отделений с последующим бактериологическим контролем.

Контрольные вопросы

1. В чем заключаются преимущества совместного пребывания матери и ребенка? 2. Каковы требования к персоналу отделения новорожденных и содержанию палат? 3. Назовите обязанности палатной сестры при приеме новорожденного из родзала. 4. Как организуется уход за новорожденными? 5. На какие сутки отпадает пуповинный остаток и заживает пупочная ранка? 6. Расскажите о роли сестры в профилактике внутрибольничной инфекции у новорожденных и родильниц.

ОБЯЗАННОСТИ ДЕТСКОЙ ПАЛАТНОЙ СЕСТРЫ

Участком работы палатной сестры является палата или медицинский пост. В вечернее время, выходные и праздничные дни за ней закрепляются дополнительные участки работы: процедурный кабинет и молочная комната.

Палатная сестра проводит утренний и текущий туалет детей, взвешивание, измерение температуры тела, пеленание, выполняет врачебные назначения, при необходимости обеспечивает лабораторно-инструментальное обследование. Сестра принимает

новорожденных, поступивших из родильного зала, проводит им вторичную обработку. В течение дежурства она наблюдает за состоянием детей и сообщает врачу об его изменениях. При необходимости оказывает экстренную помощь больным, сопровождает заболевших новорожденных в приемный покой детского стационара.

Палатная сестра обучает матерей технике кормления грудью и уходу за новорожденным, по назначению врача кормит детей и проводит контрольные кормления. При необходимости оказывает медико-психологическую помощь матерям.

Обязанностями палатной сестры являются обработка предметов ухода и медицинского оборудования, подготовка материалов для стерилизации, своевременная смена дезинфицирующих растворов, контроль за проведением текущих и генеральных уборок, соблюдением режима проветривания и кварцевания. Сестра следит за рабочим состоянием, сохранностью медицинских инструментов, оборудования и предметов ухода, их своевременной маркировкой и заменой пришедшего в негодность, подачей заявок на ремонт.

Палатная сестра оформляет медицинскую документацию: температурный лист, сестринский лист питания, лист назначений, лист инфузионной терапии, подклеивает в истории бланки с результатами анализов, выписывает из листов назначения направления для обследования детей, отвечает за сохранность медицинской документации, после выписки (или перевода) ребенка подклеивает листы назначений и сдает оформленные истории старшей сестре, в конце смены составляет сводку движения новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПРОЦЕДУРНОЙ СЕСТРЫ ПО ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ

В комнате иммунопрофилактики работает сестра, обученная правилам организации и технике проведения профилактических прививок, имеющая допуск к работе. Процедурная сестра получает и регистрирует вакцины, обеспечивает температурный режим хранения (в холодильнике под замком), контролирует сроки реализации вакцины и соблюдает санитарно-гигиенический режим при работе с ней, ведет медицинскую документацию (журнал вакцинации, историю развития новорожденного, обменную

карту ф. № 113/у), где регистрирует данные о вакцинации, а также журнал учета бактериальных препаратов.

Процедурная сестра готовит вакцину для иммунизации и проводит вакцинацию новорожденных в детской палате после осмотра и разрешения педиатра.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МОЛОЧНОЙ КОМНАТЫ

Молочная комната – помещение для пастеризации сцеженного молока и стерилизации посуды. Сбор и обработку грудного молока осуществляет специально выделенная или прикрепленная сестра (молочная сестра). Ее основными обязанностями являются: сбор, слив и пастеризация молока, соблюдение правил хранения и сроков реализации молока, доставка его на пост. Сестра информирует врачей, заведующего отделением о наличии донорского молока, несет ответственность за его использование, стерилизует посуду, проводит генеральную и текущую уборку молочной комнаты.

Молочная комната должна быть оборудована: электрической или газовой плитой, двумя столами для чистой и использованной посуды, двумя холодильниками, посудой (молочные бутылочки, стеклянные воронки, молокоотсосы), банками и ведрами для сбора и кипячения посуды, воздушным стерилизатором, шкафом для хранения обработанной посуды, биксами со стерильными салфетками (полотенцами) и колпачками для закрытия бутылочек.

Молочная комната состоит из трех отсеков. В первом находится оборудование и оснащение для мытья посуды. Во втором происходит стерилизация посуды и пастеризация молока. Здесь устанавливают стол для подготовки посуды к стерилизации и разлива молока для пастеризации, холодильник. В третьем помещают стол для охлаждения пастеризованного молока и холодильник для его хранения.

После каждого цикла стерилизации посуды и пастеризации молока во всех отсеках включают на 30 мин бактерицидные лампы.

Нативное и пастеризованное молоко, адаптированные молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных строго по назначению врача. Сцеживание грудного молока может стать необходимым для поддержания его выработки, когда мать изолирована от ребенка или ребенок очень слаб и не может сосать, при застое (лактостазе) в молочных железах, для

кормления ребенка во время отсутствия матери. Молоко от родильниц обзорсионного отделения сбора не подлежит.

Медицинская сестра выдает матерям перед каждым кормлением стерильную посуду и собирает ее со сцеженным молоком. Собранное грудное молоко она разливает через стерильную воронку в стерильные молочные бутылочки емкостью 30–50 мл для индивидуального использования, с помощью пинцета закрывает стерильными колпачками и пастеризует на водяной бане 5–7 мин с момента закипания воды. Уровень молока должен быть ниже уровня кипящей воды водяной бани. После пастеризации молоко охлаждается до комнатной температуры и хранится в холодильнике при температуре +4 °С не более 12 ч.

Нативное молоко хранению не подлежит. Оно сцеживается непосредственно перед кормлением ребенка.

Выдачу молока новорожденным производят по требованию постовых сестер в количестве, необходимом для одного кормления новорожденного. Палатная сестра перед кормлением обязана подогреть молоко на маркированной водяной бане. Используемая посуда (банки для сбора молока, молокоотсосы, бутылочки) доставляется в специальной емкости в молочную комнату, где промывается горячей проточной водой и обезжиривается погружением в горячий (+50 °С) раствор питьевой соды (из расчета 100 г на 10 л воды) на 10–15 мин, затем моется ершом, промывается проточной водой снаружи и изнутри, ополаскивается. Чистые бутылочки горлышком вниз помещают в металлические сетки. Когда стекут остатки воды, их стерилизуют в воздушном стерилизаторе при 180–182 °С в течение 60 мин с момента достижения указанной температуры. Хранят стерильные бутылочки с горловинами, закрытыми стерильными колпачками или марлево-ватными тампонами, в отдельных шкафах.

Посуда из обзорсионного отделения предварительно замачивается на 15 мин в 2% растворе питьевой соды, кипятится в специальной кастрюле не менее 15 мин непосредственно в отделении, затем передается в молочную комнату.

ВЫПИСКА НОВОРОЖДЕННЫХ

Выписная комната находится вне детского отделения и имеет выход непосредственно в холл акушерского стационара. При наличии одной выписной комнаты сначала производят выписку детей из физиологического отделения, а затем на другом пеленальном столе – из обзорсионного отделения.

В палате перед выпиской дежурная сестра обрабатывает новорожденного. В выписной комнате ребенок пеленается в принесенное домашнее белье. Сестра обращает внимание матери на запись данных на браслетках и медальоне, состояние слизистых оболочек, кожных покровов и пупочной ранки, сообщает ей о выполненной прививке против туберкулеза и вирусного гепатита В и предупреждает о местной постпрививочной реакции, при необходимости останавливается на особенностях ухода за новорожденными в домашних условиях. В истории развития новорожденного сестра отмечает время выписки, состояние кожных покровов и слизистых оболочек. Запись удостоверяется подписями сестры и матери. Сестра выдает матери обменную карту родильного дома или родильного отделения больницы со сведениями о новорожденном. После выписки детей проводят дезинфекцию помещения. Старшая сестра отделения новорожденных сообщает по телефону в детскую поликлинику основные сведения о выписанном ребенке для выполнения первого патронажа на дому, отмечает в журнале отделения (палаты) для новорожденных детей дату выписки и фамилию сотрудника поликлиники, принявшего телефонограмму.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные обязанности детской палатной сестры.
2. Назовите особенности работы процедурной сестры по выполнению вакцинации новорожденных.
3. Перечислите обязанности сестры комнаты пастеризации и хранения молока.
4. Назовите режим пастеризации донорского молока и обработки посуды.
5. Как проводится выписка новорожденного? Дайте советы родителям.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В НЕОНАТОЛОГИИ

В роддоме роженицы и медицинский персонал находятся в сложной, необычной, порой нервной ситуации. Этот короткий период жизни может в значительной мере повлиять на отношение матери к ребенку. Эмоциональное напряжение предродового периода, родов и первых дней жизни ребенка обязывает медперсонал бережно относиться к женщине. Усилия медицинских работников должны быть направлены на развитие чувства любви к ребенку со стороны матери и других членов семьи.

В настоящее время является скорее правилом, а не исключением обеспечение непрерывного общения матери с ребенком с

момента рождения. Матери предоставляется возможность физического присутствия, но оно не гарантирует установления психологической близости между матерью и ребенком, возникновения привязанности между ними.

Роль медицинской сестры в адаптации матери к ребенку велика и качеств хорошего "исполнителя" крайне недостаточно для работы в таком отделении. Наряду с профессиональными знаниями, дисциплиной сестра должна быть практическим психологом – уметь создавать и поддерживать оптимальный психологический климат. Она обязана знать психологическое состояние матери, ее адаптацию к новорожденному и условиям отделения, реакцию семьи на рождение ребенка.

Присутствие в отделении матерей, на которых возложен уход за детьми, значительно видоизменяет стереотип работы. Постоянная смена контингента матерей, обучение их правилам ухода, часто наблюдаемая психологическая неподготовленность к материнству и некоторые другие проблемы, отсутствующие в обычном стационаре, требуют навыка, такта, терпения и ответственного выполнения персоналом и матерями своих обязанностей.

Общение с матерями является неотъемлемой частью работы медицинской сестры. Необходимо четко, доступно и доброжелательно разъяснить основные обязанности матери по уходу за ребенком и соблюдению режима отделения. Следует ответить на все вопросы матери в том объеме, который диктуется ее психологическим состоянием. Главная психологическая цель этих бесед – снижение стрессового напряжения у матери и формирование отношения доверия к персоналу отделения. Это не всегда легко, так как женщина поступает в отделение, не будучи достаточно подготовленной к выполнению материнских функций и в состоянии психологического стресса от родов. Рекомендации в проводимых беседах должны быть реальны и легко выполнимы.

Сестра в своей работе должна учитывать сроки усвоения матерями комплекса навыков по уходу за ребенком в зависимости от ее возраста и наличия старших детей. Первородящие интересуются занятиями, но приобретение первого опыта дается им труднее. В работе с ними необходимо исходить из того, что они только формируют опыт общения с ребенком; установки такого общения не конфликтуют с ранее выработанными, как это бывает при рождении второго ребенка.

Повторнородящие овладевают навыками ухода быстрее, но усваивают знания санитарно-эпидемического режима, микроклиматических требований и даже навыки правильного купания не в полной мере. Это говорит о том, что опыт материнства не возмещает пробелов в организованной подготовке к материнству. Повторнородящие переоценивают имеющийся у них опыт. Матери этой группы также требуют особого медико-психологического внимания. Их приходится больше заинтересовывать беседами и занятиями, и не столько формировать, сколько доказательно корректировать имеющиеся знания и навыки.

Особой заботы и внимания требуют другие контингенты матерей: "пожилые", подростки и женщины, намеревающиеся отказаться от ребенка. "Пожилые матери" всего боятся (тип "встревоженной наседки"); школьницы-матери больше озабочены собственной судьбой; женщины, намеревающиеся отказаться от ребенка, нередко держатся воинственно-настороженно, как бы заранее отрицая возможность переубедить их. При появлении установок, затрудняющих и блокирующих чувство материнства, сестра обязана сделать все возможное для создания условий, закрепляющих биологические и инстинктивные формы отношения матери к ребенку. В работе не должно быть обыденных стереотипов. Психологическая атмосфера вокруг этого контингента матерей должна быть предметом постоянного ненавязчивого внимания персонала отделения. При первом знакомстве сестра должна избегать каких бы то ни было дискуссий на эти темы, предоставить матери возможность побыть дольше с ребенком и формировать у нее только позитивное отношение к нему.

Наиболее частые ошибки персонала в отношении родителей — это спешка, важный разговор "в дверях", бесчувственный, стереотипный подход к матери и ребенку, отсутствие внимания к ее просьбам. Сестра обязана контролировать свои высказывания матери. В беседах нельзя выражать горькое удивление, страх, сострадание, бурную радость, внушать ложный оптимизм.

Взаимоотношения между сестрой и ребенком устанавливаются с помощью тактильной чувствительности, зрительного и слухового контакта. Когда ребенок бодрствует, к нему следует периодически наклоняться и спокойно, медленно с ним разговаривать, нежно прикасаясь рукой к его лицу и телу. Если же у сестры формируются состояние иммунитета к детям и равнодушие, такая сестра не должна работать с новорожденными.