**ГБПОУ Соликамский социально- педагогический колледж имени А.П. Раменского**

**Материал для подготовки презентации по МДК 02.01.02 ПСУ в Педиатрии студентам ГБПОУ ССПК им. А.П. Раменского специальности 34.02.01 Сестринское дело на тему ГБН (Гемолитическая болезнь новорожденного).**

**Слайд 1.**

**ГБН- это заболевание, обусловленное иммунологическим конфликтом из-за несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам, резус-фактору, групповым антигенам и, очень редко, по другим факторам крови.**

**Частота ГБН составляет 1 случай на 300 новорожденных.**

**Слайд 2.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

**Различают три основных клинических формы ГБН.**

**АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА(ЛЕГКАЯ) Наиболее легкая форма, встречается редко. Обычно такой ребенок рождается в срок со средними ростовесовыми показателями, общее состояние нарушено мало. К 7-10му дню жизни выявляется бледность кожных покровов, незначительное увеличение печени, селезенки, снижение гемоглобина(140г/л; 9,31 ммоль/л).; эритроцитов реткулоцитов. Исход благоприятный.**

**Слайд 3.**

 **ЖЕЛТУШНАЯ ФОРМА(СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ) Более тяжелая форма, встречается часто. Характерный симптом-желтуха, проявляющаяся иногда до рождения, но чаще в первые часы-сутки жизни. Нередко наблюдается желтушное окрашивание первородной смазки и околоплодных вод. Печень, селезенка увеличены в размерах, плотные; гемоглобин снижается от 9,3 ммоль/л до 5,59); моча интенсивно темного цвета,нарастает уровень непрямого билирубина(с 307-341 мкмоль/л). Увеличение непрямого билирубина выше критического уровня приводит к поражению ЦНС и развитию «ядерной» желтухи.**

**Симптомы билирубиновой интоксикации проявляются в ухудшении состояния ребенка, снижении физиологических рефлексов, проявлении мышечной гипотонии, летаргии(болезненное состояние, характеризующееся медлительностью, вялостью, усталостью. От комы летаргия отличается тем, что организм летаргика самостоятельно поддерживает витальные функции органов в замедленном режиме, в то время как кома представляет собой нарушение важнейших функций организма, без медицинского вмешательства приводящих к летальному исходу.)**

**На фоне резкой мышечной гипотонии и арефлексии появляются тонические судороги, регидность затылочных мышц, маскообразное лицо с широко открытыми глазами. Фаза угнетения быстро переходит в спастическую фазу с клинической картиной поражения ядер головного мозга: пронзительный «мозговой» крик, разгибательный гипертонус, спазм взора, нистагм, симптом заходящего солнца(**

**Слайд 3.** 

**Слайд 4.**

 **Симптом «заходящего солнца» у ребенка пяти дней с гемолитической болезнью новорожденных в форме тяжелой желтухи.**

**Неблагоприятным является наличие симптомов дыхательных расстройств.**

**В дальнейшем у детей наблюдаются стойкие двигательные нарушения, спастические парезы, вестибулярные и глазодвигательные расстройства, поражения слуха, отставание в физическом и нервно-психическом развитии**

**Слайд 5.**

 **ОТЕЧНАЯ ФОРМА( ТЯЖЕЛАЯ) это тяжелая форма заболевания. Первые симптомы развиваются обычно в период внутриутробного развития плода. Состояние ребенка крайне тяжелое, сразу после рождения развивается расстройство дыхания( из-за болезни гиалиновых мембран), сердечной деятельности, геморрагический синдром. Выражена восковая бледность кожных покровов( отсутствие желтухи при этой форме связано с выделением билирубина через плаценту плода и его разведение за счет гиповолемии). Отмечается наличие жидкости во всех полостях ( анасарка) и отек тканей (наружных половых органов, нижних конечностей, лица, живота); мышечный тонус резко снижен; резко увеличены печень и селезенка; гемоглобин низкий ( менее 5,59 ммоль/л).**

**Прогноз неблагоприятный. Часто плод погибает до рождения или ребенок рождается в крайне тяжелом состоянии и умирает через несколько часов**

**Слайд 6.**

 **ЛЕЧЕНИЕ**

**ЗАДАЧИ: сохранение беременности до срока достижения плодом жизнеспособности, снижение выраженности гемолиза, коррекция анемии и гипербилирубинемии, лечение легочно-сердечной недостаточности, профидактика ядерной желтухи и тяжелой анемии.**

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ: 1) консервативное лечение;**

**2) заменное переливание крови(ЗПК)**

**3) инфузионная терапия**

**4) специальные методы лечения.**

**Выбор лечения зависит от тяжести заболевания и степени поражения внутренних органов.**

**Лечение легких форм проводится консервативным методом лечения. Среди консервативных методов лечения самый доступный и безопасный- светолечение( фототерапия). Используют лампы синего, белого и дневного света. Под воздействием световых лучей происходит распад билирубина посредством фотоокисления. Курс фототерапии 24-48 часов. Фототерапия сочетается с дополнительным введением жидкости ( дополнительное выпаивание или инфузионная терапия при невозможности выпаивания).**

**Возможно применение очистительной клизмы (физиологическим раствором или дистиллированной водой, объемом 30-50 мл), показана в родильном зале при рождении ребенка с желтухой, в последующие часы при раннем появлении желтухи и задержке отхождения мекония( эффективна в первые 12 часов жизни)**

**Кормление детей с ГБН в первые дни принято проводить донорским или пастеризованным материнским молоком.**

**При лечении ГБН средней степени тяжести( желтушной формы) используются**

**1 Фототерапия. Назначается витамин В2(рибофлавин)-для усиления эффекта 5 мг 2 раза в сутки.**

**Слайд 7.**

**2. Поддерживающие мероприятия при гипербилирубинемии: промывание кишечника; прием 5% раствора глюкозы; фенобарбитал( является кроме того идуктором ферментов печени –сейчас не рекомендуется, так как поздний эффект, угнетение ЦНС-ускоряет обмен и выведение билирубина); энтеросорбенты: карболен, смекта, полифепан; желчегонные средства: фламин, аллохол; витамин Е, кальция пангамат- антиоксидантная терапия.**

**При отечной форме ГБН, при неэффективности фототерапии для лечения желтушной формы применяют ОЗПК(операция заменного переливания крови). У новорожденных цельная кровь не используется, используются компоненты крови:эритроцитарная масса или свежезамороженная плазма. Переливается одногруппная резус-отрицательная кровь. За время операции замещается 70% крови ребенка.**

**ПРОФИЛАКТИКА ГБН: 1) каждая девочка должна рассматриваться как будущая мать, поэтому чтобы избежать предшествующей сенсибилизации, играющей большую роль в развитии ГБН, рекомендуется проводить гемотрансфузии только по жизненным показаниям; 2) необходимо постоянно проводить разъяснительную работу с женщинами о вреде аборта( по возможности, избегать абортов при первой беременности); 3) родильницам, имеющим резус-отрицательную принадлежность крови, в первый день после родов или аборта следует вводить анти-D- иммуноглобулин; 4) беременным женщинам с высоким титром резус-антител в крови на 16-32 неделе беременности необходимо 2-3 кратно провести плазмафарез( забор с помощью специального аппарата определенного количества крови и удаление из нее жидкой части –плазмы, в которой и содержатся токсические вещества). 5) родоразрешение беременных женщин с высоким титром резус антител необходимо проводить на 38-39 неделе беременности (путем кесарева сечения).**

**Слайд 8.**

**Сестринские вмешательства:**

**1.Помочь родителям восполнить дефицит знаний о причинах развития заболевания, особенностях течения и лечения, возможном прогнозе.**

**2 Поддержать родителей на всех стадиях развития заболевания.**

**3 Обеспечить ребенку комфортные условия в палате (по возможности, в стерильном боксе), создать возвышенное положение в кроватке, бережно выполнять все манипуляции, как можно меньше тревожить его, обращаться с большой осторожностью.**

 **4 Поддерживать оптимальный температурный режим в палате, соблюдать асептику и антисептику при уходе (профилактика внутрибольничной инфекции).**

 **5 Взаимодействовать в бригаде, помогать врачу при проведении процедуры заменного переливания крови.**

 **6 Осуществлять мониторинг ребенка и медицинское документирование сестринского процесса: контроль состояния, характер дыхания, ЧДД, ЧСС, АД, изменение окраски кожных покровов, наличие высыпаний, судорог, срыгивания, рвоты, изменение цвета мочи, характер стула.**

 **7 Регулярно проводить забор материала для лабораторных скрининг программ с целью контроля показателей (уровня гемоглобина, непрямого билирубина).**

 **8 Учитывать объем и состав получаемой жидкости (питание, инфузионная терапия).**

 **9 Проводить по назначению врача фототерапию. Своевременно выявлять осложнения фототерапии (повышение То тела, диарея, аллергическая сыпь, синдром «бронзового» ребенка) и сообщать врачу.**

 **10 Обеспечить ребенка полноценным питанием в соответствии с его состоянием, желтухой, уровнем билирубина в крови. Ритм кормлений и паузы между ними должны чередоваться со временем проведения фототерапии.**

 **11 Обучить родителей особенностям ухода за ребенком в домашних условиях. Уделить внимание рациональному и сбалансированному питанию кормящей матери, убедить ее, как можно дольше сохранить грудное вскармливание. Проконсультировать по вопросам рационального вскармливания ребенка и подбору продуктов, богатых железом, белком, витаминами, микроэлементами (в первом полугодии – тертое яблоко, овощное пюре, яичный желток, овсяная и гречневая каши, во втором полугодии – мясное суфле, пюре из печени, свекла, кабачки, зеленый горошек, капуста, гранатовый и лимонный соки). Ограничить в рационе кормящей матери и ребенка облигатные аллергены для профилактики пищевой аллергии, диатезов и анемии.**

 **12 Научить родителей удовлетворять физические, эмоциональные, психологические потребности ребенка. Помочь им правильно оценивать возможности ребенка, контролировать уровень интеллектуального развития, подбирать игрушки по возрасту, поощрять игровую деятельность.**

 **13 Рекомендовать регулярно проводить курсы массажа, лечебной физкультуры, закаливающие процедуры, ежедневно проводить гигиенические или лечебные ванны (чередовать).**

 **14 Рекомендовать родителям регулярное динамическое наблюдение за ребенком врачом-педиатром, невропатологом, психоневрологом и другими специалистами по показаниям, т.к. реабилитация после перенесенной ГБН должна быть длительной.**

 **Составил Е.А. Швецов**