

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ОТДЕЛЕНИЕ ПЕДИАТРИИ



Преподаватель
к.м.н. Е.И.Мазина

2018 г.

Сестринская помощь в неонатологии. Здоровый новорождённый

План лекции



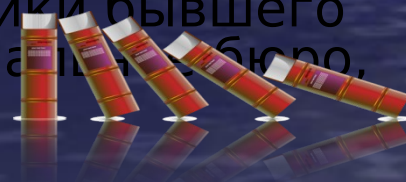
- Терминология. Понятие о живорождении, доношенности, перинатальной смертности и заболеваемости.
- Нормативная база антенатальной и постнатальной профилактики болезней новорождённого.
- Анатомо-физиологические особенности новорождённого. Оценка состояния ребёнка при рождении.
- Пограничные физиологические состояния новорожденного.
- Наблюдение за новорождённым. Сестринская помощь здоровым новорождённым.
- Группы риска новорождённых.
- Понятие о неонатальном скрининге и заболеваниях выявляемых при массовом обследовании новорождённых.

Целевая аудитория:
слушатели
со средним
медицински
м
образованием

Сестринская помощь в неонатологии. Здоровый новорождённый

Литература

- Неонатология. Национальное руководство. М., 2008.
- Володин Н.Н., Сухих Г.Т. Базовая помощь новорождённому - международный опыт. 2008
- Учебное пособие по учебной дисциплине «Здоровый человек и его окружение», раздел «Здоровый ребенок». СПб. 2007-2008
- Сестринский уход за новорожденным в амбулаторно-поликлинических условиях. Под ред. Зелинской Д.И. 2010.
- Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кащеева Г.И. Педиатрия. М., 2014.
- Соколова Н.Г. Педиатрия с детскими инфекциями. Ростов-на-Дону, 2016.
- Приказ МЗСР РФ №1687н от 27.12.2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи»
- Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза. ВОЗ, Европейское региональное бюро, Копенгаген, 2003.



**Сестринская помощь в неонатологии.
Здоровый новорождённый**

Прогнозируемые результаты теоретического занятия

По окончании изучения темы слушатель должен быть способен:

Охарактеризовать анатомо-физиологические особенности здорового новорождённого, представить критерии и методы оценки состояния новорождённого.

Анализировать факторы риска нарушения развития и возникновения заболеваний новорождённых.

Определять проблемы здорового новорождённого ребёнка и его семьи.

Планировать мероприятия сестринской помощи новорождённым в учреждении родовспоможения и в домашних условиях.

Документировать свою работу в установленном порядке, целесообразно используя профессиональную терминологию.



Терминология

Живорождение –

момент отделения плода от организма матери посредством родов:

- при сроке беременности 22 недели и более;
- при массе тела новорожденного 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела новорожденного 25 см и более;
- при наличии у новорождённого признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры).



Терминология (МКБ-10)

Недоношенность

Роды при сроке беременности менее 37 полных недель (менее 259 дней).

Доношенность

Роды при сроке беременности от 37 полных недель до менее чем 42 полных недель (259-293 дня).

Переношенность

Роды при сроке беременности в 42 полные недели или более (294 дня или более).

У переношенных детей повышена частота перинатальной гипоксии, синдрома аспирации мекония, полицитемии, гипогликемии.

*При родах в сроке 42 нед. перинатальная смертность в 2 раза выше, а в 43 нед. - в 3 раза выше, чем у рожденных в срок детей.

В связи с высокой перинатальной смертностью при сроке беременности >42 недели производится стимуляция родов.

Морфологические признаки переношенности:

- отсутствие на коже сыровидной смазки, сухость и шелушение, иногда частичная мацерация кожи;
- в проксимальных эпифизах большеберцовой и плечевой костей появляются ядра окостенения (отсутствуют у доношенных)



Терминология

Период новорожденности или неонатальный период (лат. neonatus — новорожденный):

- длится первые 28 дней жизни ребенка;
- делится на 2 подпериода:
 - ранний (первые 7 дней);
 - поздний (8-28 дней).



Перинатальный период по определению ВОЗ – **период с 22 недель беременности** (время, когда в норме вес плода составляет 500 г) **до 7 дня (168 часов) после рождения.**

До 2012 г. в РФ этот период учитывался с 28 недель беременности (при массе плода 1000 г и более и длине плода 35 см и более).

Терминология

Т.о., перинатальный период включает:

- часть фетального периода – с 22-х недель внутриутробного развития (до апреля 2012 года в РФ – с 28-й недели),
- интранатальный (дословно «внутри-родовой»: с начала регулярных родовых схваток до перевязки пуповины – от 2-4 до 15-18 ч),
- ранний неонатальный периоды.

Перинатальная патология - заболевания, возникшие в перинатальном периоде, т.е. промежутке времени, начинающемся со 155 дня беременности и заканчивающемся спустя 168 часов (7 дней) после рождения ребенка.

Термин «перинатальная смертность» («смертность вокруг родов») подчеркивает **единство этиологии и патогенетических механизмов**, которые в зависимости от целого ряда обстоятельств могут привести к гибели плода еще в период внутриутробной жизни (антенатально), в момент родов (интранатально) или в течение первых 7 дней после родов (постнатально).

Интегрированное ведение беременности, родов, периода новорождённости. Нормативная база наблюдения за беременной и новорождённым

1. Приказ МЗРФ №572н от 1.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»
2. Приказ МЗ РФ №921н от 15.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».
3. Приказ МЗСР РФ №366н от 16.04.2012 г. «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».
4. Приказ МЗСР РФ №102 от 9.02.2007 г. «О Паспорте врачебного участка (педиатрического)»
5. Приказ МЗРФ №514н от 10.08.2017 г. «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
6. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий в отделениях реанимации и патологии новорожденных и недоношенных детей. Федеральные клинические рекомендации. 2015.
7. Дифференцированное медицинское наблюдение на педиатрическом участке за детьми первого года жизни, отнесенными к II-ой группе здоровья. Методические указания МЗ СССР, 1987.
8. Стандарты оказания амбулаторной медицинской помощи детскому населению Нижегородской области. Стандарты профилактической работы с детьми в возрасте до 3-х лет.

Аntenатальная профилактика

Осмотры беременной при физиологическом течении беременности проводятся:

- врачом-акушером-гинекологом - не менее 7 раз;
- терапевтом, стоматологом - не менее 2 раз;
- оториноларингологом, офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию); другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Скрининговое ультразвуковое исследование (УЗИ) проводится трижды: при сроках беременности 11-14 нед., 18-21 нед. и 30-34 нед.

При сроке беременности **11-14 нед.** беременная направляется в экспертную мед. организацию, для комплексной диагностики нарушений развития ребенка, включающей: **УЗИ** специалистами, имеющими допуск на проведение УЗИ в I триместре, и **определение материнских сывороточных маркеров с последующим программным** расчетом риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

При сроке **18-21 нед.** беременная направляется в мед. организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий плода.

При сроке гестации **30-34 нед.** УЗИ проводится по месту наблюдения женщины.

Лабораторное обследование беременной:

I триместр:

Клинические анализы крови и мочи.

Определение групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности.

Определение антител в крови: к возбудителю сифилиса (бледной трепонеме – *Treponema pallidum*), вирусу иммунодефицита человека, к антигенам вирусных гепатитов В и С.

Определение глюкозы плазмы натощак.

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов.

II триместр:

Клинические анализы крови и мочи.

III триместр:

Клинические анализы крови и мочи.

Определение групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности.

Определение антител в крови: к возбудителю сифилиса, парентеральных гепатитов, ВИЧ.

Определение глюкозы плазмы натощак и тест толерантности к глюкозе в 24-28 недель.

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов.

Участие амбулаторной педиатрической службы в ante- и постнатальной профилактике согласно нормативной базе:

1. **Два дородовых патронажа** беременной со стороны педиатрической службы – обеспечивают врач-педиатр и медицинская сестра педиатрического участка (Стандарты Нижегородской области).



Участковая медицинская сестра на дородовых посещениях беременных женщин своего территориального участка, проводит сбор социального анамнеза, выявляет нарушения самочувствия беременной и своевременно сообщает об этом акушеру-гинекологу женской консультации и участковому врачу-педиатру.

По медицинским и социальным показаниям педиатром проводится *дополнительный* дородовый патронаж беременных из группы среднего и высокого риска и из социально-неблагополучных семей при сроках беременности 37-38 недель (Приказ МЗСР РФ №102).

2. **В первые три дня после выписки из родильного дома** новорождённых посещают совместно участковый врач-педиатр и медсестра.

Медсестра обращает внимание на материально-бытовые, культурно-гигиенические условия жизни семьи, ее психологический климат.

3. Сестринские патронажи здорового новорождённого на дому (частота не регламентирована ведомственными нормативными документами).

Анатомо-физиологические особенности новорождённого



Антропометрические параметры новорождённого

Длина тела при рождении

Колеблется в пределах 46-56 см
составляя **в среднем около 51,5 ±2,1 см** (у девочек обычно на 1-2 см меньше, чем у мальчиков).

Масса при рождении может быть:

- достаточной — от 2500 до 4000 г (**средняя - 3546 ±457 г**);

- большой — от 4000 до 4500 г;

- чрезвычайно большой — более 4500 г.

Новорожденные с **массой тела 4000 г и более** считаются крупновесными и относятся к группе риска.

- низкой — от 2499 до 1500 г;

- очень низкой — от 1499 до 1000 г;

- экстремально (чрезвычайно) низкой — от 999 до 500 г;

СВЕДЕНИЯ О НОВОРΟЖДЁННЫХ ПО МАССЕ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ (Госкомстат, 2005-2017 гг.)



Годы	2005	2010	2014	2015	2016	2017
Родилось живыми, человек	141896 2	176278 2	191049 4	190942 0	185730 1	166047 7
Из них с массой тела, г:						
500-999	3163	4724	6740	6650	6645	0,37%
1000-1499	6767	9633	12355	12599	11868	0,66%
1500-1999	18726	22653	24758	24435	23637	1,30%
2000	55040	65714	71127	70888	60111	3,82%

Оценка состояния ребёнка при рождении и прогнозирование необходимости вмешательств

По данным ВОЗ около **5-10% всех новорождённых нуждаются, по крайней мере, в частичной реанимационной помощи в родильном зале**, 3-5% - нуждаются в проведении неотложной искусственной вентиляции лёгких и **приблизительно 1% - требуется полная реанимация**, включающая непрямой массаж сердца или введение лекарств. По оценкам экспертов ВОЗ, ежегодно результаты выхаживания около 1 млн. новорожденных в мире можно улучшить с использованием современных подходов к оказанию реанимационной помощи в родильном зале.

Предвидение необходимости реанимации, соответствующая готовность, **правильная оценка состояния новорожденного и быстрое начало реанимации являются критическими составляющими успеха.**



Оценка новорождённого по шкале Апгар



Шкала Апгар была предложена в 1952 году В. Апгар (*Virginia Apgar*).

Это система быстрого тестирования состояния новорождённого, которое проводится **на первой и пятой минуте после рождения.**

Оценка по Апгар через 5 мин. после рождения имеет не столько диагностическое, сколько прогностическое значение и отражает эффективность (или неэффективность) проводимых реанимационных мероприятий.

Имеется сильная обратная связь между второй оценкой по Апгар и частотой неблагоприятных неврологических исходов.

Шкала Апгар



Признаки	Оценка		
	0	1	2
Частота сердечных сокращений	Отсут.	Замедление (менее 100 в мин.)	Более 100 в минуту
Дыхательные движения	Отсут.	Редкие, нерегулярные	Хорошие, крик
Мышечный тонус	Отсут.	Конечности слегка согнуты	Активные движения
Реакция на носовой катетер или тактильную стимуляцию	Отсут.	Гримаса	Кашель, чихание, плач
Цвет кожи	Белый	Тело розовое, конечности синюшные	Розовый по всему телу

Интерпретация оценки по шкале Апгар

При показателе по шкале:
 8-10 – состояние хорошее (отсутствие асфиксии),
 4-7 баллов – лёгкая и умеренная асфиксия,
 1-3 – тяжёлая асфиксия.


Общепринято: если оценка по Апгар через 5 мин не достигла 7 баллов, то оценку проводят каждые следующие 5 мин до того момента, когда она достигнет 7 баллов и более.

WWW.DEARNURSES.NET






APGAR SCORE


IN 1952, DR. VIRGINIA APGAR DEVELOPED THE APGAR SCORE.

THE APGAR SCORE IS DONE TWICE FOLLOWING THE BIRTH OF THE NEWBORN. IT IS DONE AT 1 MINUTE AND 5 MINUTES AFTER BIRTH. THIS TEST IS A VERY USEFUL ASSESSMENT.



BELOW IS A SAMPLE OF THE CHART USED FOR APGAR SCORING OF THE NEONATE.

	0	1	2
 HEART RATE	ABSENT	< 100 (LESS THAN 100)	> 100 (MORE THAN 100)
 BREATHING	ABSENT	IRREGULAR/ WEAK	STRONG CRY
 REFLEXES	ABSENT	GRIMACES, WEAK CRY TO STIMULATION	CRIES/PULLS AWAY TO STIMULATION
 MUSCLE TONE	ABSENT	LIMITED MOVEMENT OF EXTREMITIES	MOVES ALL EXTREMITIES SPONTANEOUSLY
 COLOR	PALE OR BLUE	EXTREMITIES BLUE/ BODY PINK	PINK BODY/ EXTREMITIES



THE APGAR SCORE IS ASSESSED IN 5 PARTS:
 A SCORE OF 8-10 = NORMAL
 A SCORE OF 5-7 = FAIRLY LOW (MILD RESPIRATORY / NEUROLOGICAL DISTRESS SHOULD BE CONSIDERED). A SCORE OF LESS THAN 5, MAY INDICATE NEONATAL RESUSCITATION.

По данным ВОЗ, у детей с оценкой по Апгар **через 1 мин. 0-3 балла** неонатальная смертность составляет 5,6%,

при оценке по Апгар **0-3 балла через 20 минут – 59 %**, а у **всех выживших детей развивается ДЦП**;

если при оценке через 1 мин. 0-3 балла, **через 5 мин. она достигает 4 балла и выше**, то вероятность **ДЦП составляет 1 %**.

В современной неонатологии существуют критические суждения относительно шкалы Апгар вопреки мнению о том, что она может рассматриваться в качестве главного критерия диагностики асфиксии в родах и необходимости реанимационных мероприятий.



Рекомендации ВОЗ, ААР, АНА последних лет:
при рождении ребёнка **немедленно и одномоментно** путём быстрой визуальной оценки должны быть определены начальные признаки неблагополучия и необходимости экстренных медицинских вмешательств:

- **наличие мекония в околоплодных водах или на коже,**
- **крик или дыхание,**
- **тонус мышц,**
- **окраска кожи,**
- **доношенность/недоношенность).**



Немедленная оценка после рождения необходимости в реанимационной помощи новорождённому (протокол ААР/АНА 2000*, Методическое письмо МЗСР РФ №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010)

Приблизительное время - 30 сек.

Рождение

30 секунд

- ✓ Доношенный
- ✓ Нет мекония в околоплодных водах
- ✓ Дышит или кричит
- ✓ Хороший мышечный тонус
- ✓ Розовая кожа

ДА

НЕТ
хотя бы на
один
вопрос



Стандартный уход:

- ✓ Обеспечить тепло
- ✓ Очистить дыхательные пути

Начальные шаги
реанимации

Начальные шаги реанимации.

Каким детям необходима реанимация?

Большинство новорождённых детей активны.

Только около **10% новорождённых** нуждаются в **некоторой помощи для стимуляции дыхания**

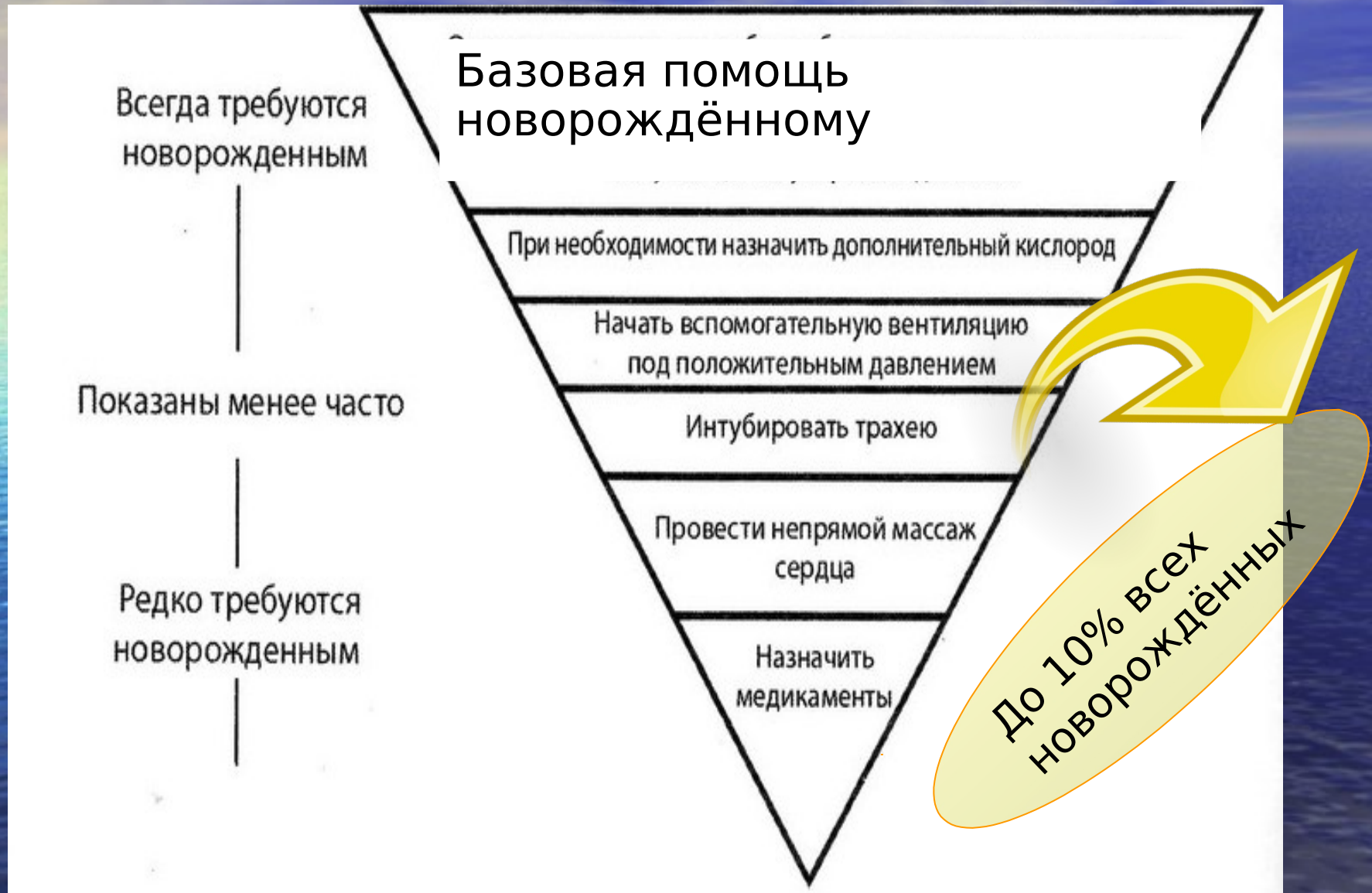
Только **1% нуждается в серьезной реанимации** (интубация, непрямой массаж сердца и/или введение лекарственных препаратов) для того, чтобы выжить

- Создать теплую среду
- Обеспечить проходимость дыхательных путей (положение умеренного разгибания головы и санация верхних дыхательных путей – отсасывание секрета резиновым баллончиком или катетером)
- Обтереть тёплой пелёнкой и провести тактильную стимуляцию – один из трёх приёмов стимуляции, повторяя его не более двух раз:
 - похлопывание по стопам,
 - легкое постукивание по пяткам,
 - растирание кожи вдоль позвоночника.

Апноэ или ЧСС < 100/мин.

30 секунд для оценки реакции ребёнка

Диаграмма потребности новорождённых в медицинских вмешательствах



Мероприятия базовой помощи новорождённому в родовом зале учреждения родовспоможения

- Первичная оценка состояния ребёнка после рождения;
- Обсушивание;
- Пережатие, первичная обработка и пересечение пуповины;
- Первое прикладывание к груди (при отсутствии противопоказаний);
- Вторичная обработка пуповины, туалет кожи и глаз новорождённого.
- Антропометрия.



Антропометрия новорождённого ребёнка

Антропометрия является обязательным элементом ухода за новорождённым после проведения первичного туалета.



Общие требования к выполнению антропометрии новорождённого (ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования»):

- ✓ измерения проводят на пеленальном столике,
- ✓ при антропометрии новорожденного в родильном зале применяется **стерильная сантиметровая лента**.



Алгоритм антропометрии соответствует позициям ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования»:



- Технология выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА (A02.01.001);
- Технология выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ (A02.03.002);
- Требования к технологии выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА (A02.03.005);
- Технология выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (A02.09.002).

Измерение роста



Положение головы при измерении:

Нижний край глазницы и верхний край наружного слухового прохода находятся в одной вертикальной плоскости.

Измерение окружности грудной клетки и головы

При измерении **окружности грудной клетки** сантиметровая лента укладывается позади под углами лопаток, спереди — над сосками и натягивается.



При измерении **окружности головы** сантиметровую ленту проводят спереди **по надбровным дугам, сзади — по затылочной области** (так, чтобы получился наибольший показатель окружности).

Обычно ленту накладывают в направлении от правой височной области до левой и результат считывают надо лбом.

Окружность головы в среднем: $35,7 \pm 1,3$ см, (допустимо 32-38)

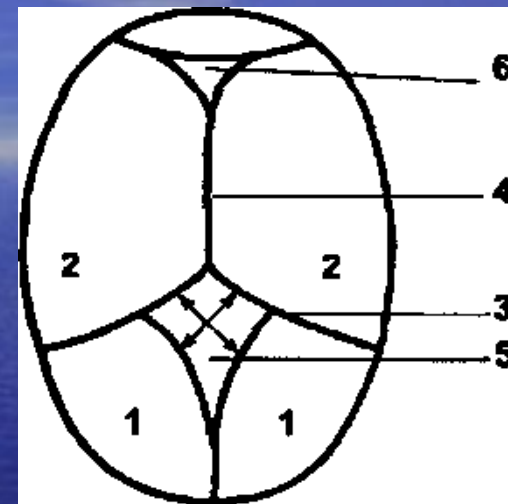
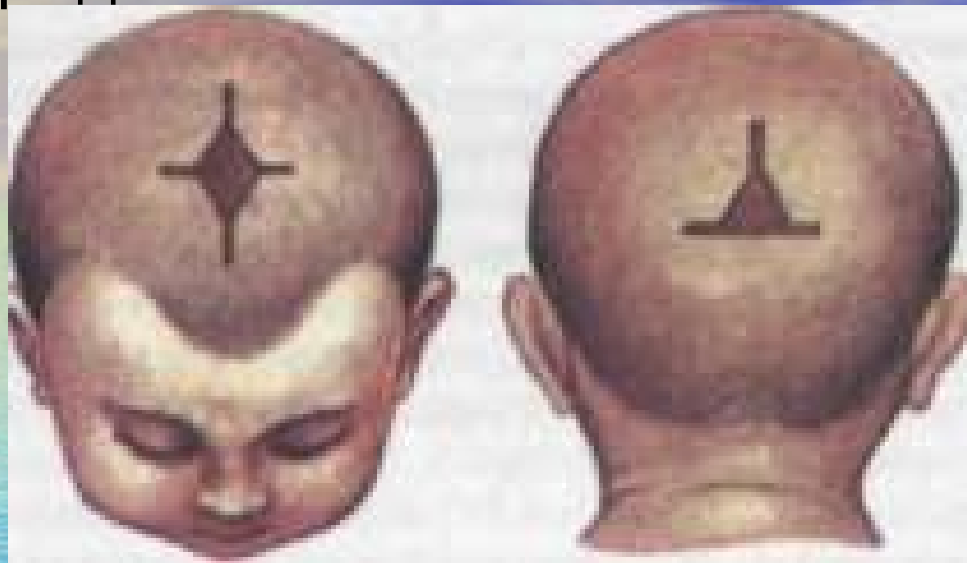
Окружность груди меньше окружности головы~ на 1 см.

Скенлон Дж., 1983 г.:

Окружность головы новорождённого равна **половине роста ребенка плюс 10** (с точностью $\pm 1,5$ см)



Проекции большого (слева) и малого (справа) родничков.



Для точного выяснения размеров родничка необходимо пальпаторно определить расстояния между средними точками ПРОТИВОПОЛОЖНЫХ сторон ромба. У здорового ребенка они составляют не более 2,5-3 см.

Задний (у 25% доношенных) родничок (продольный и поперечный размер до 0,5-0,8 см), зарастает на 2-м месяце жизни.

Оценка зрелости новорожденного

Зрелость новорожденного – готовность органов и систем родившегося плода к новому для него внеутробному существованию.

Признаки зрелости:

- гладкая, эластичная кожа розового цвета, покрытая во многих местах творожистой родовой смазкой;
- подкожный жир хорошо развит;
- пушок только на плечах и верхней части спинки;
- пупочное кольцо у зрелого плода находится на середине между лобком и мечевидным отростком;
- ногти заходят за кончики пальцев;
- ушные и носовые раковины упругие;
- у мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы и клитор прикрыты большими половыми губами; движения зрелого новорожденного активны, крик громкий;
- крик доношенного новорождённого громкий;
- мышечный тонус хороший;
- движения активные.



Количественная оценка морфологической зрелости

В 1971 г. была предложена оценочная **таблица степени зрелости**, которая включает в себя **5** внешних морфологических признаков:

- **ушная раковина** (твердая, оформленная);
- **диаметр ореола сосков** (> 5 мм);
- **исчерченность стоп** (почти полностью);
- **наружные половые органы**;
- **цвет кожи**.

Каждый из признаков оценивается **от 0 до 2 баллов**.



Полученная сумма баллов прибавляется к 30.

Если **результат совпадает с гестационным возрастом**, следовательно, ребенок зрел к своему сроку гестации.

Рефлексы новорождённого

1. Сосательный — на раздражение губ путем прикосновения ребенок отвечает сосательными движениями (исчезает к концу года).
2. Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина.
3. Ладонный хватательный рефлекс Робинсона.
4. Рефлекс Моро (2 фазы).
5. Рефлекс опоры и автоматической ходьбы.
6. Рефлекс ползания Бауэра.
7. Защитный рефлекс новорождённого — в положении на животе ребенок поворачивает голову в сторону (защита).
8. Рефлекс Галанта — штриховыми движениями пальца раздражается кожа вдоль позвоночника сверху вниз. В ответ ребенок изгибает туловище в сторону раздражения.



Рефлексы новорождённого

1. Сосательный — на раздражение губ путем прикосновения ребенок отвечает сосательными движениями (исчезает к концу года).



Рефлексы новорождённого

2. Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина.



Ладонно-ротовой рефлекс.

Рефлексы новорождённого

3. Ладонный хватательный рефлекс Робинсона.



Рефлексы новорождённого

4. Рефлекс Моро (2 фазы).

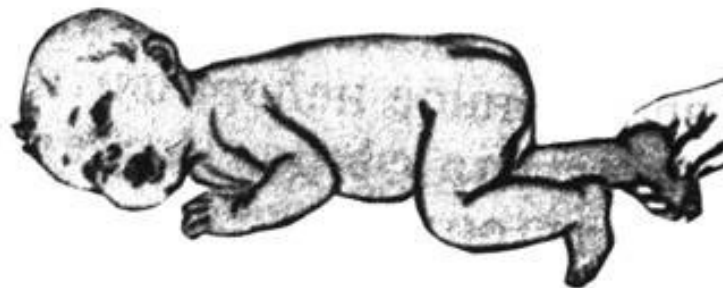
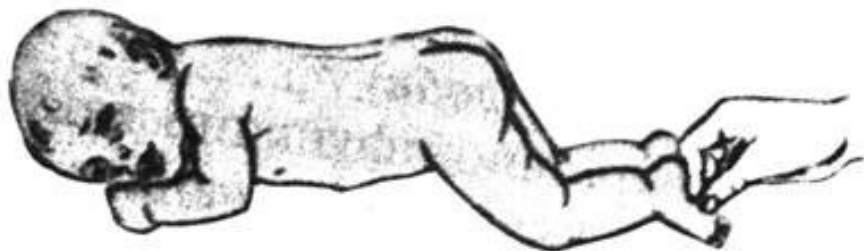


Рефлексы новорождённого

5. Рефлекс опоры и автоматической ходьбы.



Рефлексы новорождённого



6. Рефлекс ползания Бауэра.



Рефлексы новорождённого

7. Защитный рефлекс новорождённого — в положении на животе ребенок поворачивает голову в сторону (защита).



Защитный рефлекс.

Рефлексы новорождённого

8. Рефлекс Галанта

При раздражении кожи спины паравертебрально вдоль позвоночника штриховыми движениями пальца сверху вниз. новорождённый изгибает спину, образуется дуга, открытая в сторону раздражителя.



Рефлекс Галанта.

Рефлексы новорождённого

9. Рефлекс Переса: если лежащему на руке исследователя ребёнку провести пальцем **от копчика к шее, слегка надавливая на остистые отростки позвонков**, он поднимает таз, голову, сгибает руки и ноги .

Этот рефлекс вызывает у новорождённого отрицательную эмоциональную реакцию.



Сроки угасания врождённых рефлексов новорождённых (Лежнина И. В. и соавт., 2010)

Название рефлекса	Месяцы жизни											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Сосательный	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Хоботковый	+	+	+									
Поисковый	+	+	+									
Ладонно-ротовой	+	+	+									
Хватательный	+	+	+									
Робинсона	+	+	+									
Нижний хватательный	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Моро	+	+	+	+								
Галанта	+	+										
Переса	+	+	+									
Опоры и автоматической походки	+	+										
Ползания	+	+	+	+								
Защитный	+											



Температура тела

Температура тела новорождённого в первые дни $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$.

Затем устанавливается в пределах 36° – 37°C .

В течение суток она может несколько колебаться.

Утром температура тела несколько ниже, чем к вечеру.

Однако у одного и того же ребёнка в течение суток она должна, как правило, отклоняться на $0,5$ — $0,7$ градуса.

У некоторых детей на 3-5 день жизни отмечается транзиторная лихорадка, при которой температура тела повышается, и в течение нескольких часов сохраняется на уровне 38 – 39°C .

Данное состояние связано как с несовершенством терморегуляции новорожденного, так и с дефектами ухода за ним: температурный режим помещения не соответствует одежде ребенка (укутан, в комнате жарко).



Мочеиспускание

В первые дни жизни ребенок мочится 5-6 раз в сутки, к концу 1-й недели — значительно чаще и больше по объему (на 8-й день жизни до 200 мл и более в сутки).

Частота стула новорождённого ребенка — 3-5 раз в сутки.

Пограничные физиологические состояния новорожденного:

- Первоначальная убыль массы тела
- Физиологическая эритема
- Токсическая эритема
- Транзиторная гипербилирубинемия
- Гормональный (половой) криз
- Угри
- Физиологическая диспепсия (переходный стул)
- Мочекислый инфаркт почек
- Транзиторное кровообращение



Первоначальная убыль массы тела

Наблюдается у всех новорожденных в первые 3-4 дня жизни, составляя 4-6 % у доношенных (допустимы колебания в пределах 3-10%), 10-12 % у недоношенных.

Восстанавливается масса тела к 6-8-му дню жизни.



Физиологическая эритема

Исчезает у доношенных к концу 1-й нед, у недоношенных и детей, матери которых страдают сахарным диабетом, держится до 2-3 нед и бывает более выраженной.



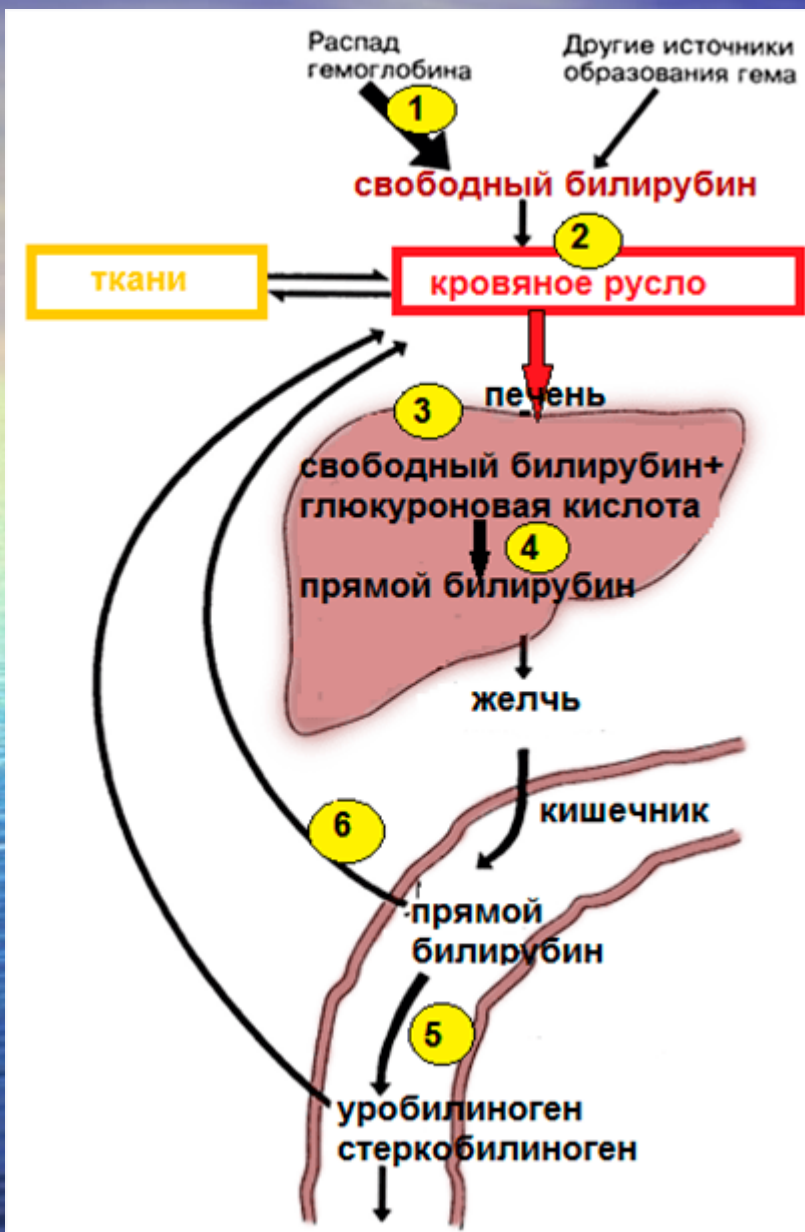
Токсическая эритема



Токсическая эритема (20-30% новорождённых) — наиболее распространенная форма везикулярных высыпаний на коже новорожденных, имеет вид «следа укуса насекомого». Возникает на 2-5-й день жизни, исчезает через несколько дней.

Токсическая эритема





Метаболизм билирубина

Транзиторная гипербилирубинемия

Показатель **гемоглобина** в I сутки жизни – до 240 г/л. У детей старшего возраста – до 120 г/л. Избыток гемоглобина, разрушаясь, превращается в билирубин.

Норма общего билирубина у взрослых и детей старше 1 месяца составляет 8,5-20,5 мкмоль/л.

Из них: непрямого билирубина – до 15,4 мкмоль/л, прямого билирубина – до 5,1 мкмоль/л.

Содержание билирубина в пуповинной крови на момент рождения — менее 51 мкмоль/л, почасовой прирост билирубина в 1-е сутки жизни — менее 5,1 мкмоль/л в час.

Максимальная концентрация общего билирубина **на 3-4-е сутки (49-72 час) и составляет у доношенных**

Физиологическая желтуха

Транзиторная гипербилирубинемия возникает у всех новорождённых в первые 3-4 дня жизни.

У половины доношенных и большинства недоношенных детей это состояние сопровождается физиологической желтухой – желтушным окрашиванием кожных покровов на 2-3-й день жизни.

Визуальное определение желтухи возможно при концентрации билирубина в пределах 68-137 мкмоль/л.

Физиологическая желтуха начинает угасать с конца первой недели жизни, исчезает к 8-12-му дню жизни (редко до 2-3 нед.)

Важные признаки физиологической желтухи:

- кожные покровы имеют оранжевый оттенок;
- общее состояние ребёнка удовлетворительное, дети активно сосут;
- не увеличены размеры печени и селезёнки;
- окраска кала и мочи обычная.



Мочекислый инфаркт почек

Встречается у половины новорожденных.

Моча становится мутной, более ярко окрашенной и в дни наибольшего падения массы тела принимает коричневый оттенок за счёт уратов.

При стоянии в моче появляется значительный осадок, растворяющийся при нагревании.

Возможны пятна на пелёнках



Половой криз, увеличение грудных желёз



Набухание молочных желез встречается у 60-75 % доношенных новорожденных.

Начинается с 3-4-го дня жизни.

Достигает максимальной величины к 8-10-му дню, затем стихает.

Миллии

Причина: избыточное выделение секрета сальных желез, особенно в последние месяцы внутриутробного развития плода.

К концу 1-й недели или на 2-й неделе они исчезают при смене эпидермиса и открытии протоков.



Транзиторная диспепсия (переходный катар кишечника)



Меконий



Переходный стул

Первородный кал выделяется в течение 1-2, реже 3 дней.

Переходный стул – частый, с комочками, слизью, неоднородный по окраске (участки темно-зеленого цвета чередуются с зеленоватыми, желтыми и даже беловатыми), водянистый (пятно воды на пеленке вокруг каловых масс), а при микроскопии обнаруживают слизь, лейкоциты.

Через 2-4 дня стул становится гомогенным по консистенции (кашицеобразным) и по окраске (желтым).

Первичное бактериальное заселение кишечника новорожденных

I фаза (10-20 ч после рождения) — асептическая;

II фаза (до 3-5-го дня жизни) – фаза нарастающего инфицирования — заселение кишечного тракта кишечными палочками, бифидобактериями, кокками, грибами и др.;

III фаза — с конца первой недели — на второй неделе жизни — стадия трансформации, вытеснения других бактерий бифидофлорой, когда именно она становится основой микробного пейзажа.



Нормальный молочный стул ребёнка

Процесс заживления пупочной ранки



Пуповинный остаток высыхает и мумифицируется при воздействии воздуха, затем отпадает в течение I нед. жизни.

Повязки, дополнительное подвязывание пуповины не ускоряют процесса мумификации. Местное использование антибактериальных средств не уменьшает частоту инфекций и даже способствует задержке спонтанного отпадения пуповинного остатка.

К 2-3-недельному возрасту ребёнка из пупочной ранки формируется обычный пупок, вид которого зависит только от индивидуальности самого ребёнка.

ГРУППЫ РИСКА НОВОРОЖДЁННЫХ

Включают:

- 1 группа - риск развития патологии ЦНС;
- 2 группа - риск внутриутробного инфицирования;
- 3 группа - риск развития трофических нарушений и эндокринопатий;
- 4 группа - риск развития врожденных пороков органов и систем;
- 5 группа - социальный риск.

Определяются:

- неонатологом роддома, отражаются в ф-113-у (обменная карта родильного дома);
- педиатром по месту жительства, сохраняются в периоде новорожденности, трансформируются в группы риска детей раннего возраста.



I группа. Новорожденные с риском развития патологии ЦНС

Факторы риска:

- возраст матери менее 16 и более 40 лет;
- вредные привычки, профессиональные вредности матери;
- экстрагенитальная патология матери;
- патология беременности и родов, анемия во время беременности;
- токсоплазмоз и другие инфекционные заболевания в I триместр;
- гипоксия плода;
- иммунологическая несовместимость матери и плода;
- затяжные или стремительные роды, слабость родовой деятельности, преждевременное отхождение околоплодных вод, преждевременная отслойка плаценты;
- применение акушерских методов родовспоможения;
- обвитие пуповиной;
- асфиксия новорожденного;
- повышенная возбудимость или сонливость;
- оценка по шкале Апгар 7/8 и ниже, наличие мышечной гипотонии;
- недоношенность и незрелость, переносимость;
- крупный вес при рождении (масса ребенка более 4000 г);
- транзиторная лихорадка, рвота, стойкая желтуха;
- уровень стигматизации более 5.



II. Новорожденные с риском внутриутробного инфицирования

Факторы риска:

- патология родов (длительный безводный период);
- гнойничковые заболевания у матери;
- мастит у матери;
- инфекционные заболевания у членов семьи;
- недоношенность, задержка внутриутробного развития;
- синдром дезадаптации новорожденного
- экстрагенитальная патология матери (пиелонефрит, пневмония, патология ЖКТ и пр.);
- воспалительные гинекологические заболевания.

III. Новорождённые с риском развития хронических расстройств питания (гипотрофии, паратрофии) и эндокринопатий

Факторы риска:

- возраст матери > 30 лет, беременность IV и более;
- период времени между предыдущими родами и настоящей беременностью 1 год и менее;
- экстрагенитальная патология у матери;
- проф. вредности, вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики) и нерациональное питание женщины;
- выраженный токсикоз беременной II половины;
- синдром задержки развития плода, внутриутробная гипотрофия, незрелость, недоношенность, дети из двоен;
- масса при рождении > 4 кг;
- раннее искусственное вскармливание;
- высокий темп общего развития;
- дети, получающие противосудорожные препараты;
- инфекционно-воспалительные заболевания (ОРВИ, бронхит, пневмония и т.д.);
- дети с неустойчивым стулом.



наступ

IV. Новорожденные с риском развития врожденных пороков органов и систем



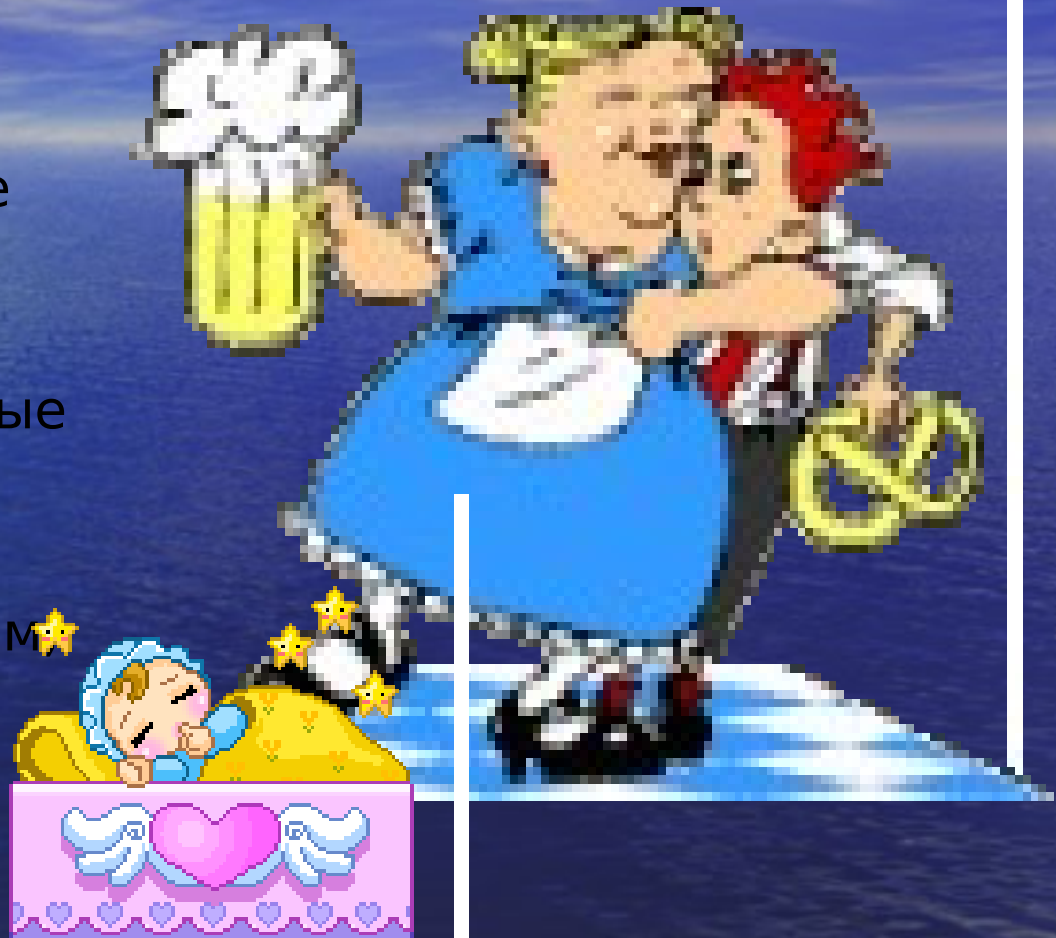
Факторы риска:

- возраст матери > 35 лет, отца > 40 лет,
- кровнородственный брак,
- наличие хромосомной перестройки у одного из супругов
- наличие врожд. пороков у супругов или из родственников, предшествующие рождения детей с врожд. пороками;
- проф. вредности матери, отца, злоупотребление алкоголем;
- токсикоз I половины, угроза прерывания беременности, начавшаяся до 10 недель;
- сахарный диабет,
- краснуха и др. инфекционные заболевания в I триместре;
- прием лекарственных препаратов в первые 12 недель;
- действие ионизирующего облучения в первые 12 недель;
- самопроизвольные аборты в анамнезе
- многоводие осторазвивающееся;
- тазовое предлежание в сочетании с многоводием и задержкой в/у развития;
- уровень стигматизации более 6.

V. Новорожденные из группы социального риска

Факторы риска:

- неудовлетворительные социальные и бытовые условия;
- неполные и многодетные семьи;
- семьи с плохим психологическим климатом;
- вредные привычки у родителей;
- студенческие семьи;
- дети из социально неблагополучных семей.



Факторы риска патологии новорождённых

Из числа закончивших беременность страдали (%)	2015	2016	2017
анемией	39,7	39,4	40,7
болезнями системы кровообращения	11,5	11,6	11,1
сахарным диабетом	1,1	1,8	3,0
существовавшей ранее гипертензией, осложняющей беременность, роды и послеродовый период	11,8	10,7	9,9
болезнями мочеполовой системы	17,6	17,8	17,5
венозными осложнениями	7,0	7,4	7,0
угрозой преждевременных родов	9,3	8,3	9,5
болезнями эндокринной системы	7,9	7,1	8,2
патологическим состоянием плода	9,7	9,4	7,1
Число осложнивших роды заболеваний (на 1000 родов)			
анемия	242	279	258
болезни системы кровообращения	29	24	28
сахарный диабет	12	23	32
существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период	67	54	44
инфекции мочеполовой системы	17	14	12
венозные осложнения	21	12	14
кровотечение в последовом и послеродовом периодах	15	14	13
нарушения родовой деятельности	131	124	101



ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ ГРУПП РИСКА



Задача наблюдения: предупреждение развития патологических состояний и заболеваний.

- Выделение и контроль ведущих факторов риска.
- Более частые дородовые патронажи.
- План наблюдения отражается в форме 112-у (профилактические осмотры врача-педиатра и врачей других специальностей – сроки и кратность указываются в плане наблюдения; лабораторно-диагностические, инструментальные исследования).
- Патронажи участковой медсестры определяет участковый педиатр в зависимости от условий жизни и состояния здоровья ребенка.
- Проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий (питание, режим, массаж, гимнастика, немедикаментозная и медикаментозная реабилитация).
- Критерии эффективности наблюдения: нормальное развитие ребёнка.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

Неонатальный скрининг – массовое обследование новорождённых детей с целью выявления наиболее распространённых врожденных и наследственных заболеваний.



Массовое обследование новорожденных проводится в 52 странах мира. В США в разных штатах тестируется до 45 заболеваний, в Германии – 1, в Великобритании – 5, в Испании – от 2 до 27.

В России проводится обследование на предмет выявления заболеваний:

- Тугоухость – с 1996 г.
- Фенилкетонурия – с 1985 г.,
- Врождённый гипотиреоз – с 1993 г.

В рамках Национального проекта по здравоохранению с 2006 г.:

- Галактоземия
- Аденогенитальный синдром
- Муковисцидоз

С 2018 г. в Москве программа биохимического неонатального скрининга на редкие заболевания расширена. Вместо 5 заболеваний – 11. *

Перспективы внедрения скрининга новорождённых на предмет раннего выявления критических врождённых пороков сердца

*Критические врождённые пороки сердца – пороки, способные в отсутствие хирургического вмешательства привести к смерти в течение 1 года жизни.

**Раннее выявление критических пороков сердца (в течение первых 3 дней жизни) имеет решающее значение для улучшения прогноза.

В США с 2011 г. существует скрининг по диагностике критических врождённых пороков сердца **методом пульсоксиметрии** (включен в Recommended Uniform Screening Panel).

В России в 2012 г. созданы методические рекомендации «Неонатальный скрининг с целью раннего выявления критических врождённых пороков сердца».

Методика пульсоксиметрии позволяет выявлять гипоксемию.



Организация пульсоксиметрии у новорождённых

- Скрининг выполняется на вторые сутки жизни.
- В стационаре назначается один человек (врач / медсестра), ответственный за скрининг врождённых пороков всем новорожденным, включая обучение сотрудников и/или родителей, осуществление скрининга и своевременное обследование детей с положительным результатом.
- Измеряется сатурация на правой руке и ноге (правой или левой).
- При использовании одного пульсоксиметра для разных детей его необходимо обрабатывать.



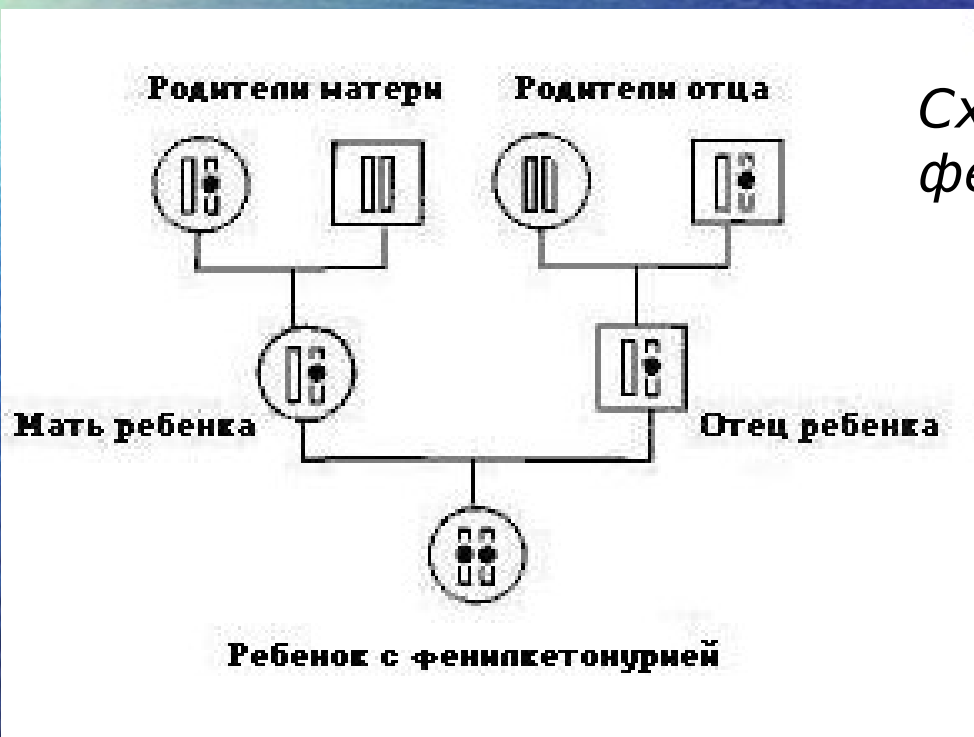
- Результаты вносятся в бланк, который вклеивается в историю болезни. Возможны два результата: «положительный» (ребенку требуется дальнейшее обследование) / «отрицательный» (данных за критический врождённый порок сердца нет).
- **Всем детям с результатом «положительно» необходима ЭХО КГ.**
- Процедура в настоящее время не регламентирована нормативными документами.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ПРОГРАММУ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В РОССИИ

Фенилкетонурия

Заболевание, связанное с дефектом гена, контролирующего активность фермента фенилаланингидроксилазы.

Частота в России **1 больной на 7000 новорождённых** с колебаниями по регионам от 1:4735 в Курской области до 1:18 000 в Республике Тыва.



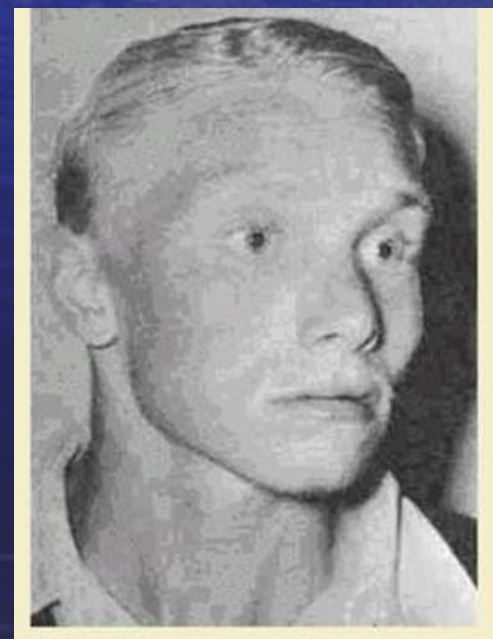
*Схема наследования
фенилкетонурии*

В результате дефекта постоянно растёт в организме содержание фенилаланина, достигая концентраций токсичных для развивающегося мозга ребёнка.

Без лечения у 95% детей с фенилкетонурией развивается умственная отсталость, задержка моторного развития, судороги, экзема, в старшем возрасте присоединяются грубые нарушения поведения.

На первом году жизни при отсутствии лечения, обычно в возрасте 2—6 месяцев, родителей беспокоят вялость ребенка, отсутствие интереса к окружающему, иногда повышенная раздражительность, беспокойство, срыгивания, нарушение мышечного тонуса (чаще мышечная гипотония), признаки атопического дерматита, задержка психомоторного развития, иногда судороги.

При своевременно назначенном патогенетическом лечении жалобы имеют более легкий характер или отсутствуют



Лечение:

- уменьшение содержания фенилаланина в пище, которую получает ребёнок с помощью специальных смесей и диеты (диета должна быть назначена больным детям до 8-недельного возраста; ее применение в более позднем возрасте гораздо менее эффективно).



High Phenylalanine Foods:	Low Phenylalanine Foods:
<p>High-Protein Foods</p>	<p>Low-Protein Foods</p>

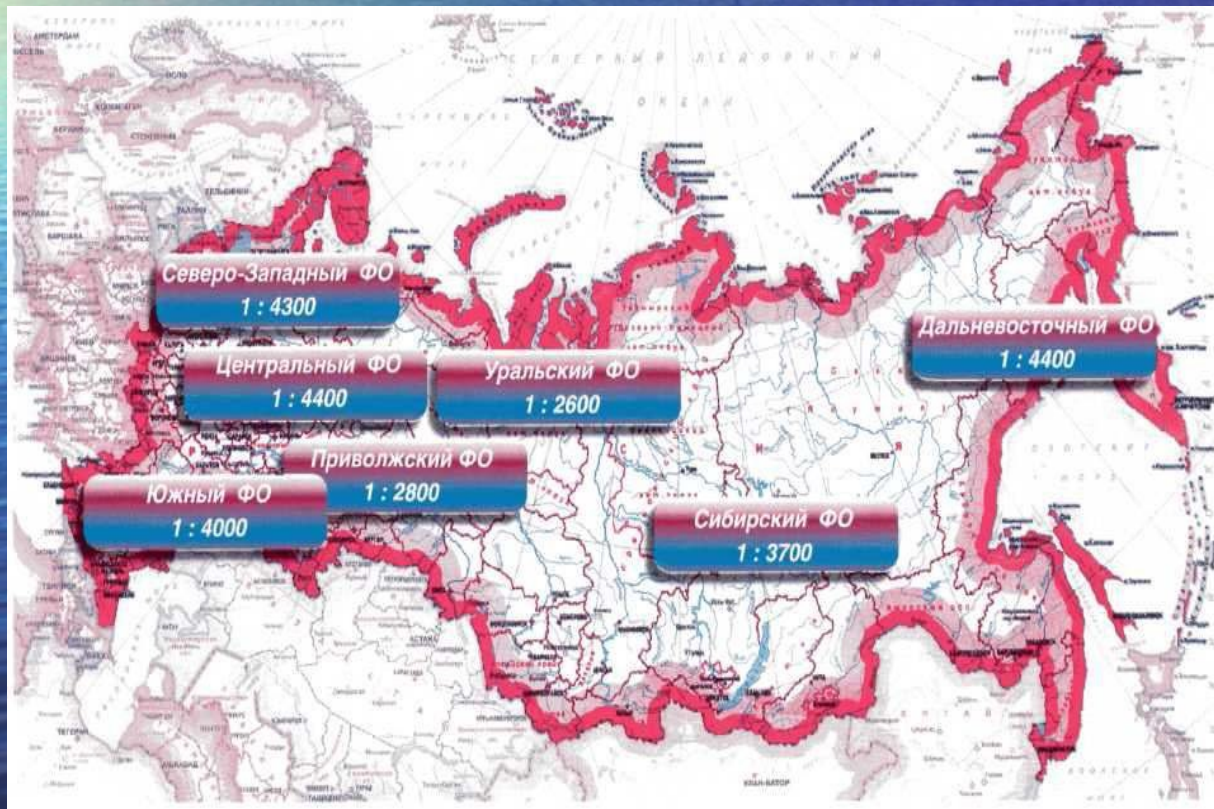
- постоянный контроль концентрации фенилаланина в крови ребёнка, и соответствующая корректировка диеты, чтобы, не повышая уровня фенилаланина, обеспечить нормальное развитие ребёнка.

Врожденный гипотиреоз

Полное или частичное нарушение функции щитовидной железы, сопровождающееся дефицитом йодсодержащих гормонов и серьёзными нарушениями роста и развития ребёнка с рождения.

Примерно 80-85% случаев врождённого гипотиреоза обусловлены ненаследственным нарушением формирования щитовидной железы.

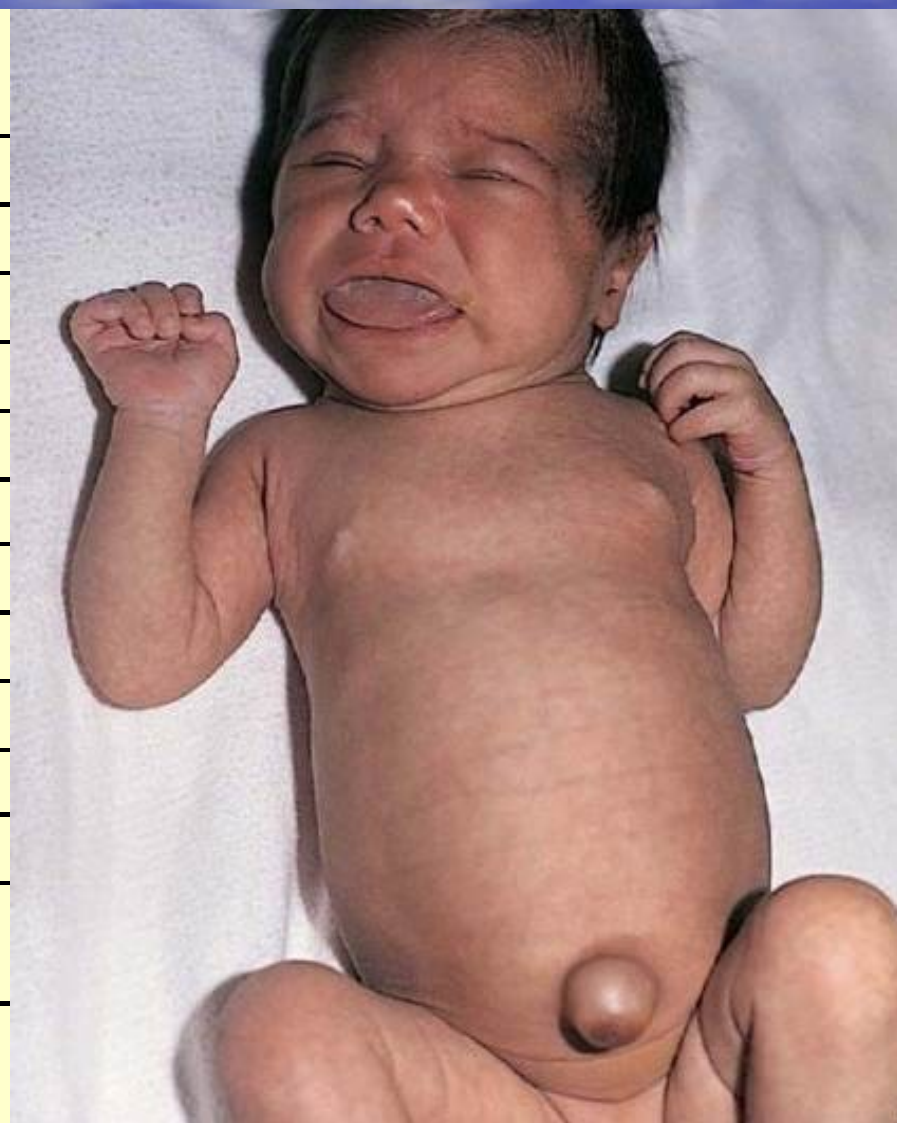
В остальных случаях врождённый гипотиреоз наследуется.



Распространённость врожденного гипотиреоза в РФ (по данным неонатального скрининга. В среднем: 1 больной на 3000-4000 новорождённых)

Шкала диагностики врожденного гипотиреоза у новорожденных

Клинический признак	Количество баллов
Пупочная грыжа	2
Отечное лицо	2
Запоры	2
Женский пол	1
Бледность, гипотермия кожи	1
Увеличенный язык	1
Мышечная гипотония	1
Желтуха более 3 нед	1
Шелушение и сухость кожи	1
Открытый задний родничок	1
Беременность более 40 нед	1
Масса тела при рождении более 3500 г	1
<i>Примечание.</i> При сумме более 5 баллов следует подозревать ВГ.	



Лечение врожденного гипотиреоза

Заместительная терапия тиреоидными гормонами предотвращает развитие умственной отсталости.

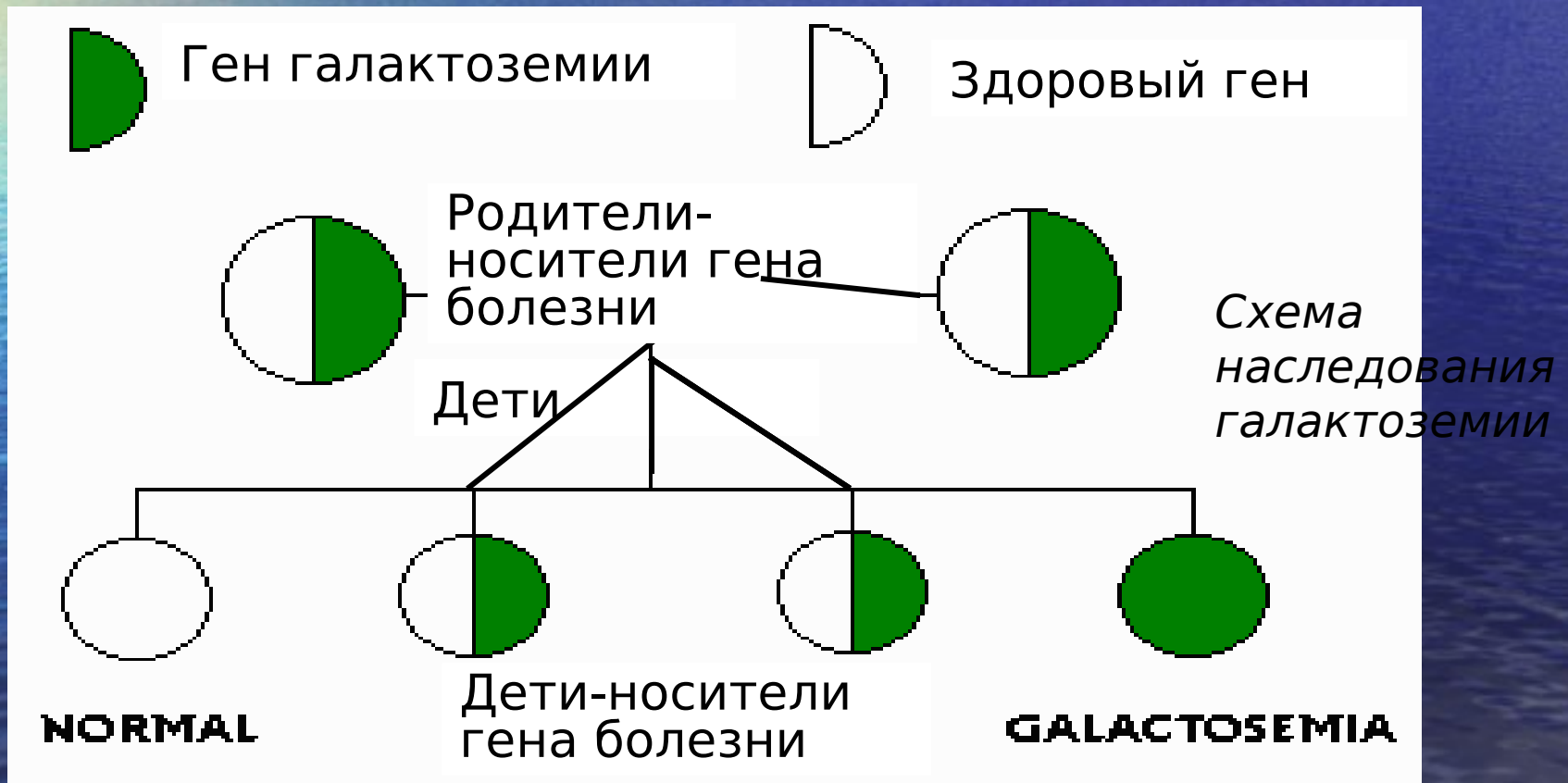
Эффективность лечения зависит от срока постановки диагноза, так как уже в первые месяцы жизни наступают необратимые изменения в умственном развитии и росте скелета.



Галактоземия

Заболевание, возникающее вследствие отсутствия ферментов, способных расщеплять сахар, содержащийся в молоке.

Редкое заболевание: частота галактоземии в мире от 1:40 000 до 1:100 000 новорождённых; в России по данным массового обследования новорожденных – 1: 20 000.



Клиника галактоземии

Начало заболевания острое, в неонатальном периоде появляются рвота, диарея, желтуха, гепатомегалия, гипотрофия, задержка психомоторного развития, почечно-тубулярная дисфункция, катаракта.

(Другой вариант – нейросенсорная тугоухость).



Существует бессимптомный доброкачественный вариант галактоземии (вариант Duarte).

Лечение галактоземии

Рекомендуется элиминационная диетотерапия, предусматривающая **пожизненное исключение из рациона продуктов, содержащих галактозу и лактозу.**



Необходимо полностью исключить из рациона любой вид молока (в том числе женское, коровье, козье, детские молочные смеси и др.) и все молочные продукты, а также строго избегать употребления тех продуктов, куда они могут добавляться (хлеб, выпечка, сосиски, колбасы, карамель, сладости, маргарины и т.п.). Запрещается также использование низколактозных смесей и молока.

Их заменяют **специальными смесями на основе сои**, которые не содержат галактозу (оптимально начало лечения до 10-го дня жизни).

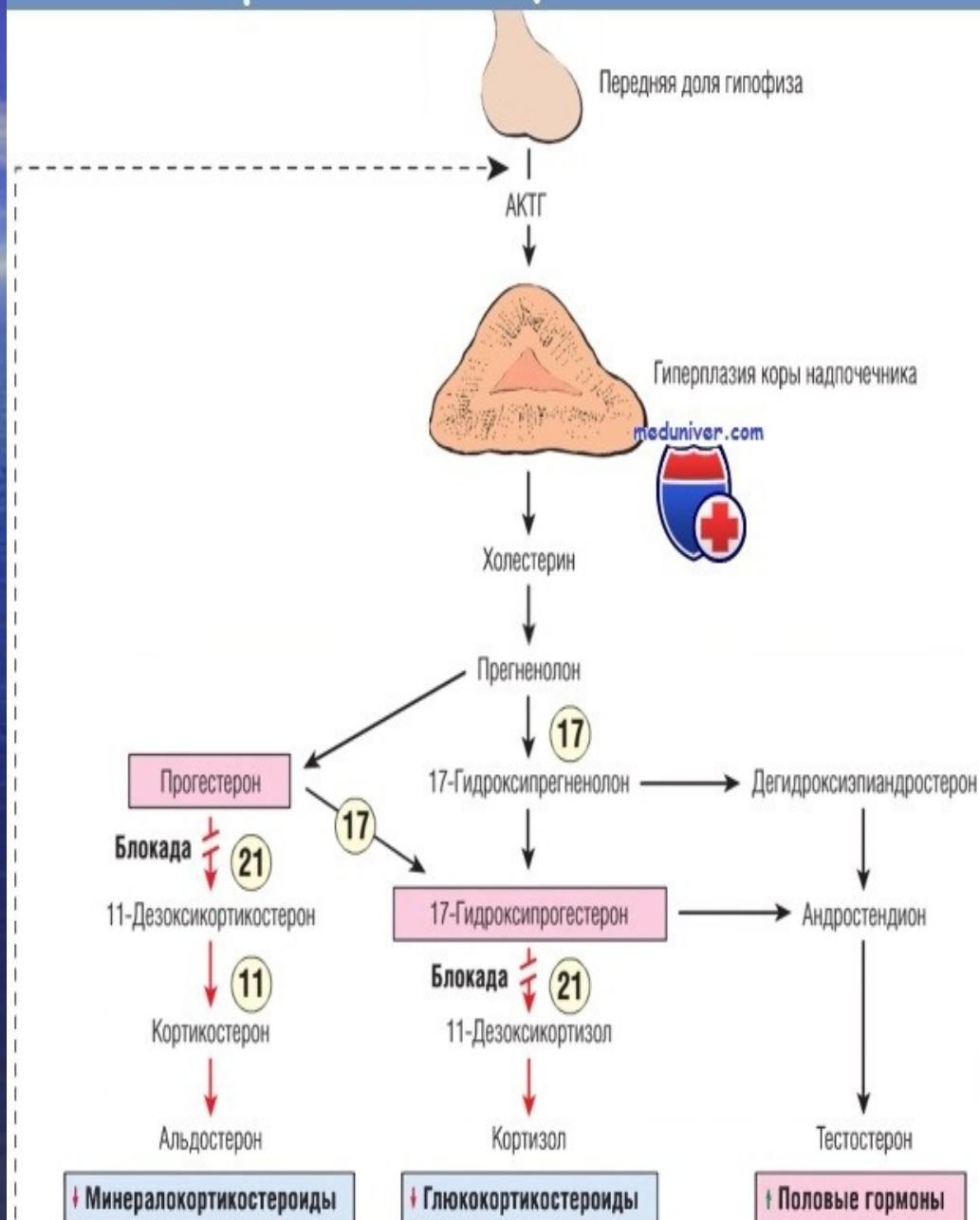


Адреногенитальный синдром

Наследственное заболевание, обусловленное недостаточностью фермента стероид-21-гидроксилазы. В результате **нарушается контролируемый этим ферментом синтез гормонов надпочечников – кортизола и альдостерона**, и происходит накопление промежуточных продуктов, которые затем превращаются в мужские половые гормоны — андрогены.

Частота встречаемости в мире 1:8000 до 1:20 000.

Дефицит 21-гидроксилазы

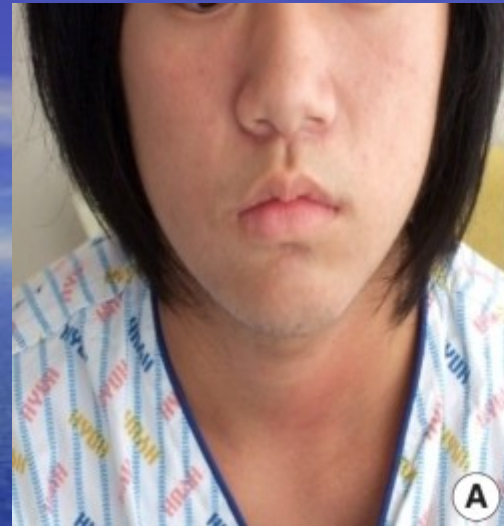


Клиника адреногенитального синдрома

Проявление заболевания у девочек – вирилизация (появление мужских черт) в результате избытка андрогенов; у мальчиков – преждевременное появление вторичных половых признаков.

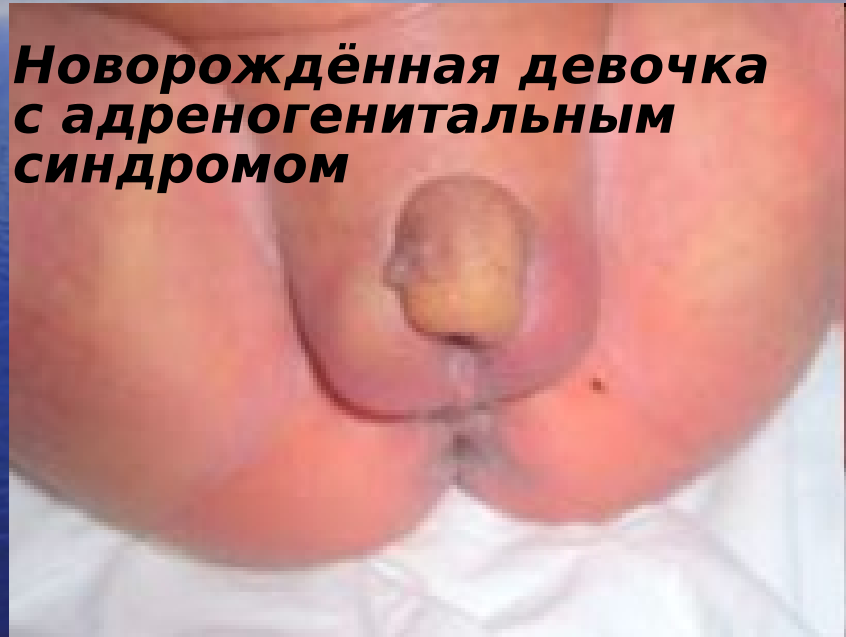
При тяжёлых сольтеряющих формах: рвота «фонтаном», диарея, полиурия, дегидратация, падение артериального давления.

В отсутствие адекватной терапии больные умирают в результате надпочечниковой недостаточности на 1-2-м месяце жизни.





Женщина 42 лет с адреногенитальным синдромом: широкая грудная клетка, выраженная мускулатура, облысение, мужской тип оволосения (гирсутизм), низкорослость (146 см), низкий голос.



Новорождённая девочка с адреногенитальным синдромом

Возможна проблема установления пола ребенка при рождении: с этой целью определяют набор хромосом (генетический пол) и дальнейшие решения принимают с учетом этого анализа.

Лечение: заместительная гормонотерапия (глюкокортикоиды, минералокортикоиды); введение в рацион дополнительного количества соли; физиотерапия, лечебная физкультура, массаж.

Муковисцидоз

Наследственное заболевание, при котором вследствие генной мутации возникает поражение желёз внешней секреции, слизь и другие секреты в лёгких, поджелудочной железе и других органах становятся очень густыми и вязкими.



Скопление густого
слизистого секрета
в бронхах.

Частота муковисцидоза колеблется среди представителей европейской расы – от 1:600 до 1:17000 новорожденных. В РФ частота муковисцидоза составляет по данным ФГБУ Медико-генетического научного центра 1:10000 новорожденных.

Муковисцидоз

Сгущение секретов приводит к развитию хронической инфекции, повреждающей лёгочную ткань, и нарушению переваривания пищи, поскольку ферменты поджелудочной железы не могут попасть в кишечник.



Патологические изменения в лёгких характеризуются признаками хронического бронхита с развитием бронхоэктазов и диффузного пневмосклероза.

Бронхолегочные изменения доминируют в клинической картине муковисцидоза и определяют течение и прогноз заболевания у 95% больных.

Прогноз заболевания серьезный: средняя продолжительность жизни больных в России - 35 лет (в странах Западной Европы - 45 лет).

Утяжеляют прогноз: присоединение синегнойной инфекции, низкие показатели массы тела, низкие показатели функции внешнего дыхания (ЖЕЛ ниже 40% и ОФВ₁ ниже 25% от нормы).

Лечение

- Ингаляционная терапия: физиологический раствор, бета-агонисты, 5% раствор ацетилцистеина, холинолитики; по показаниям - кислородотерапия.
- Постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, лечебная физкультура с применением специальных дренажных техник и дыхательных упражнений продолжительностью не менее 1,5 часов в день.
- Промывание носа («носовой душ») ежедневно для профилактики синусита.
- Санаторно-курортное лечение при отсутствии противопоказаний.

Результаты скрининга новорожденных в РФ*

Показатели	2005	2010	2015	2016	2017
Обследовано на:					
фенилкетонурию	132096 7	158931 2	177836 8	170720 5	155094 8
врожденный гипотиреоз	126803 7	158494 8	177885 4	170784 5	155094 8
адреногенитальный синдром		156574 7	177848 7	170809 5	155094 8
галактоземию		156091 0	174856 9	168412 8	154860 8
муковисцидоз		154307 9	176768 2	170829 7	155094 8
Из них выявлено с диагнозом					
фенилкетонурия	210	213	226	133	111
вр. гипотиреоз	349	398	374	208	175
адреногенитальный синдром		190	165	87	80
галактоземия		53	65	31	26
муковисцидоз		148	166	246	65



Согласно официальным данным, в 2017 году в Нижегородской области в рамках мероприятий по неонатальному и аудиологическому скринингу обследовано на наследственные заболевания **33 084 ребёнка**, что составляет 99,1% от подлежащих к обследованию (в 2016 г. – 37 957 детей, 98,8% плана).

Выявлено 32 больных ребёнка (2016 г. – 24 больных ребенка), из них с диагнозами:

фенилкетонурия — 6 детей (2016 г. – 6 детей),
врожденный гипотиреоз — 13 детей (2016 г. – 12),
адреногенитальный синдром — 2 детей (2016 г. – 4),
муковисцидоз — 8 детей (2016 г. – 2),
галактоземия — 1 ребёнок.

Все дети взяты на диспансерный учет и получают лечение.

В рамках аудиологического скрининга в 2017 г. обследовано на нарушение слуха на 1 этапе 33 711 детей, что составляет 99% от подлежащих к обследованию (контрольный индикатор — 95%).

Выявлено 476 детей с нарушением слуха. Все дети обследованы на 2 этапе специалистами областного сурдологического центра Нижегородской областной детской клинической больницы.

Взято на динамическое наблюдение с подтверждённым диагнозом 40 детей.



Сестринская помощь здоровым новорождённым в учреждении родовспоможения.

Проблемы здорового новорождённого и роженицы:

- Необходимость адаптации к внеутробному существованию, к угрозам новой среды обитания.

- Проявления пограничных физиологических состояний новорождённых.

- Необходимость создания особых санитарно-гигиенических условий и особых мероприятий ухода для новорождённого ребёнка.

- Необходимость изменений в диете и режиме питания кормящей женщины.

- Дефицит знаний матери об особенностях наблюдения и ухода за новорождённым, правилах кормления, режима дня и т.д.



Сестринская помощь новорождённому в учреждении родовспоможения:

- Сразу после рождения: участие в осуществлении первичного туалета, антропометрия новорождённого, организация первого кормления.

- Организация регулярного гигиенического ухода за ребёнком: утренний туалет, подмывание, смена нательного и постельного белья, обработка пуповинного остатка.



- Регулярный контроль за состоянием новорождённого: состояние кожи и слизистых, температура тела, вес, частота и характер стула, срыгивание, характер и продолжительность сна, аппетит.

В течение **первых суток жизни новорождённый осматривается медицинской сестрой каждые 3-3,5 ч.** с целью оценки состояния и при необходимости оказания ему медицинской помощи. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорождённого.

- Срочное информирование врача при выявлении проблем новорождённого или кормящей матери.

Сестринская помощь новорождённому в учреждении родовспоможения:

- Участие в организации рационального питания новорождённого:
 - обучение матери технике кормления грудью,
 - контроль за соблюдением кратности кормления, питанием и питьевым режимом кормящей матери и пр.



- Проведение вакцинации против вирусного гепатита и туберкулеза (на основании добровольного информированного согласия родителей).
- Забор крови новорождённого для проведения неонатального скрининга.

Сестринская помощь новорождённому в учреждении родовспоможения:

- Участие в аудиологическом скрининге, проводимом перед выпиской новорождённого (регистрации отоакустической эмиссии – ОАЭ – с использованием скрининговых портативных приборов).

Детям, благополучно прошедшим данный этап скрининга (отрицательные результаты скрининга), не имеющим факторов риска, дальнейшее исследование слуха в течение первого года жизни не проводится.

- Организация и контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима в палате.

- Восполнение дефицита знаний у матери новорождённого об особенностях ухода за ребёнком.



Туалет кожи новорождённого в родовом зале

Снятие
первородной
смазки в
родильном зале в
настоящее время
не рекомендуется.

Желательно
лёгкими
движениями
массировать кожу
ребёнка, втирая
остатки
первородной
смазки.



Туалет кожи новорождённого в родовом зале

Если кожа ребёнка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным тёплой водой (в российских родовспомогательных учреждениях обычно нет условий для купания ребёнка в ванночке сразу после родов).



Купание новорождённого в родильном зале, являвшееся в прошлом привычным, в настоящее время уже не производится.

Обмывание ребёнка под краном в родильном зале не рекомендуется, это повышает риск гипотермии.

Обработка глаз

➤ Растворы для закапывания в конъюнктивальный мешок новорождённому:

- 2 % раствор нитрата серебра однократно,
- или 20% р-р сульфацила натрия трижды с интервалом 10 мин,
- или закладывание за нижнее веко 1% мази тетрациклина гидрохлорида / эритромицина фосфата 10000 ЕД в 1 г.

➤ Акушерка моет руки и далее шариками снимает с кожи век ребенка первородную смазку и, оттянув вниз поочередно нижнее веко, закапывает стерильной пипеткой по 1 капле раствора.

➤ Затем веки смыкают и осторожно протирают оба глаза. Используют разные тампоны.



- Повторно закапывают в конъюнктивный мешок обоих глаз по капле 20% раствора сульфацила-натрия через 2 часа после рождения.
- Необходимо избегать попадания раствора на роговицу (опасность изъязвления).
- **На флаконе с альбуцидом должна быть этикетка с четкой надписью:** «Глазные капли» и дата их приготовления (срок хранения не более 24 часов).
- Девочкам в родильном зале в половую щель однократно закапывают по 1-2 капли 20% раствора сульфацил-натрия или 1-2% нитрата серебра.

ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ

В течение первых 15-30 мин жизни большинство детей начинают инстинктивный поиск пищи. Уложенный на живот матери, здоровый доношенный новорождённый в состоянии подползти к материнской груди.

В родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5-2 часов после рождения продолжительностью не менее 30 минут (Приказ МЗРФ №572н от 1.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»»)

Разлучать ребёнка с матерью следует только при крайней необходимости. Как правило, предварительные наблюдения можно произвести, когда ребёнок находится у матери.

Возбуждение соска молочной железы стимулирует выработку окситоцина в организме женщины, что способствует сокращению матки, рождению плаценты, предотвращает послеродовое кровотечение.



Если мать находится под влиянием седативных средств или очень устала, нужно помочь ребёнку найти грудь, правильно приложив его.

Следует убедить мать в важности контакта с ребёнком «кожа к коже», особенно в первые минуты после родов.



Если по каким-либо причинам контакт матери с ребёнком не был установлен в первые часы, упущенное можно успешно восполнить в первые дни или даже недели после родов.

Нежелательно использование сосок и бутылочек в начале лактации, пока ребёнок только учится сосать грудь – это уменьшает шансы на успешное грудное вскармливание.

Если кормление грудью в первые часы после родов невозможно, наилучшей альтернативой является **сцеживание вручную или молокоотсосом в течение 10-20 мин каждые 2-3 ч**, до тех пор, пока ребенок не начнет

ЗНАЧЕНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ



1. ОПТИМАЛЬНЫЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА

Помимо питательных веществ, грудное молоко является источником: гормонов и различных факторов роста (эпидермального, инсулиноподобного и др.), которые играют важнейшую роль в регуляции аппетита, метаболизма, роста и дифференцировки тканей и органов ребенка.

Женское молоко соответствует возможностям органов и систем младенца (пищеварение, выделение).

Женское молоко **содержит бифидобактерии.**

2. ДОЛГОСРОЧНОЕ ВЛИЯНИЕ НА РОСТ, РАЗВИТИЕ, СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА.

Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания» 1989 г.



Необходимость изменения практики родовспомогательных учреждений в соответствии с современными принципами успешного грудного вскармливания была сформулирована в Инночентийской Декларации "Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания", принятой главами более 30 государств.

С целью закрепления положений Инночентийской Декларации в 1991 году ВОЗ и ЮНИСЕФ провозгласили Инициативу **"Больница, доброжелательная к ребенку"**.

*За период с 1996 по 2018 гг. в Российской Федерации прошли внешнюю аттестацию и удостоены звания ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» 307 акушерских стационара, 152 женских консультаций и 201 детская поликлиника.

Десять принципов успешного кормления грудью (Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб», 1989 г.)

Каждому родильному дому и больнице по уходу за новорожденными детьми следует:

1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения медицинского персонала и рожениц.
2. Обучить медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления правил грудного вскармливания.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.
4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.
5. Объяснять матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей.



Десять принципов успешного кормления грудью (Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб», 1989 г.)

6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

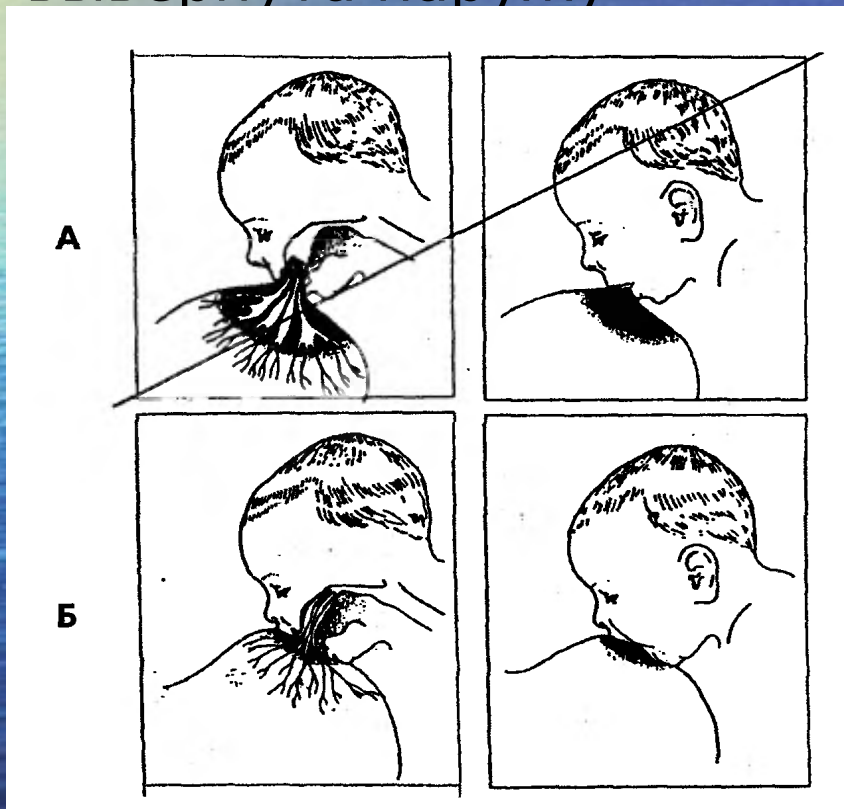
7. Практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом, в одной палате.

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию.

9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски и др.).

10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

Техника прикладывания ребёнка к груди
Малыш должен хорошо захватить ртом не только сосок, но и большую часть ареолы, плотно прижавшись к груди подбородком. Рот при этом должен быть хорошо открыт, а нижняя губа вывернута наружу



А — правила не соблюдены; Б — правила соблюдены

Правила грудного кормления

- **Длительность прикладывания к груди** здорового ребенка в первые дни **не должна ограничиваться**, даже когда он практически ничего не высасывает, а дремлет у груди.

- При каждом кормлении ребенок прикладывается только к одной молочной железе. Железы чередуются.

- Традиционно рекомендуется после кормления на **1-2 месяце жизни сцеживать из груди** оставшееся молоко (задержка молока в железе тормозит лактацию). В дальнейшем, как правило, стабилизируется образование нужного количества грудного молока, и сцеживание не проводится.



ВАКЦИНАЦИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ

1. Иммунизация против гепатита В - в первые 12 (24) ч жизни.

Схемы дальнейшей
вакцинации детей
против гепатита В



Стандартная

Ускоренная

Стандартная вакцинация против гепатита В проводится по схеме **0-1-6 мес.**, причем III вакцинация в 6 мес. проводится одновременно с III вакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита.



Вакцинация против гепатита В

Ускоренная вакцинация проводится по схеме **0-1-2 мес.** с **ревакцинацией через 12 мес.** после первой прививки, обеспечивая более быстрый иммунный ответ и большую приверженность вакцинации.

По ускоренной схеме вакцинируют детей из групп риска:

- *родившихся от матерей носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности,*
- *не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В,*
- *потребляющих наркотические средства или психотропные вещества,*
- *из семей, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами.*

При проведении иммунизации против гепатита В детей первого года жизни используются вакцины без ртутьсодержащих консервантов (Приказ МЗРФ №51, 2011 г.)



Противопоказания к вакцинации против гепатита В

- Вес < 1500 г
- Острые тяжёлые заболевания.
- Высокий риск ГБН

В случаях, когда ребенок, рожденный у матери - носительницы вируса гепатита В, не может быть своевременно вакцинирован из-за тяжести состояния или других временных противопоказаний, показано раннее введение специфического иммуноглобулина против гепатита В (не позднее чем через 12 ч после рождения) с обязательным проведением активной иммунизации сразу после стабилизации состояния.

Вакцина против гепатита В вводится через 2 часа после введения специфического иммуноглобулина.



2. Иммунизация против туберкулеза*

ВОЗ, 2008: «ВОЗ рекомендует одну дозу БЦЖ новорожденным или как можно раньше после рождения в странах с высокой распространенностью туберкулеза. Основаниями для этой рекомендации являются **обеспечение** значительной защиты против туберкулеза, угрожающего жизни детей раннего возраста, **часто ранний контакт** с микобактерией и **короткий инкубационный период** при туберкулезном менингите и милиарном туберкулезе».



По данным ВОЗ:
2/3 случаев
туберкулеза (новые
случаи+рецидивы)
регистрируются в **пяти
странах** Европейского
региона ВОЗ (WHO,
Global TB Report, 2016)

2. Иммунизация новорождённых против туберкулеза

Вакцинация против туберкулеза в РФ проводится **здоровым новорожденным в возрасте 3-7 дней** вакциной с уменьшенным числом микробных клеток (БЦЖ-М).

Вакцина БЦЖ используется у новорожденных **при наличии в окружении ребенка больных туберкулезом**, а также в субъектах РФ с показателями **заболеваемости выше 80 на 100 тыс.** населения (Нижегородская обл., 2017г. – 28,5 на 100 тыс. населения, Туберкулез впервые зарегистрирован у 907 жителей области; показатель заболеваемости ниже показателя РФ в 1,6 р.).



Организация вакцинации против туберкулёза новорождённых в акушерском стационаре (Приказ МЗРФ №109 от 21.03.2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ»):

- Прививки должен проводить специально обученный медицинский персонал родильного дома (отделения), отделения выхаживания недоношенных.
- Во избежание контаминации недопустимо совмещение в один день прививки против туберкулеза с другими парентеральными манипуляциями.
- Вакцинацию новорожденных проводят в утренние часы в специально отведенной комнате после осмотра детей педиатром.
- В связи с ранней выпиской из акушерских стационаров, при отсутствии противопоказаний, вакцинация новорожденных против туберкулеза может проводиться **с третьих суток жизни.**
- **Выписка возможна через час после вакцинации при отсутствии реакции на нее.**

Организация вакцинации против туберкулёза новорождённых в акушерском стационаре (Приказ МЗРФ №109 от 21.03.2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ»)*:

- Для вакцинации (ревакцинации) применяют одноразовые туберкулиновые шприцы вместимостью 1,0 мл с плотно пригнанными поршнями и тонкими иглами с коротким срезом.
- Запрещается применять шприцы и иглы с истекшим сроком годности и безыгольные инъекторы.
- После каждой инъекции шприц с иглой и ватные тампоны замачивают в дезинфицирующем растворе (5% хлорамине), затем централизованно уничтожают.
- Запрещается применение для других целей инструментов, предназначенных для проведения прививок против туберкулеза.
- В комнате для прививок вакцину хранят (в холодильнике, под замком) и разводят.
- Лиц, не имеющих отношения к вакцинации БЦЖ, в прививочную комнату не допускают.

Противопоказания к вакцинации БЦЖ

- Вес < 2500 г
- Острые заболевания (внутриутробные инфекции, ГБН среднетяжёлой и тяжёлой формы, ППНС с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные заболевания и др.) до исчезновения симптомов.
- ИДС первичное у ребёнка.
- ВИЧ-инфекция у матери.
- Генерализованная БЦЖ-инфекция у других детей в семье



Противопоказания к вакцинации БЦЖ-М

Вес <2000 г

Острые заболевания (внутриутробные инфекции, ГБН среднетяжёлой и тяжёлой формы, ППНС с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные заболевания и др.) до исчезновения симптомов.

ИДС первичное у ребёнка.

ВИЧ-инфекция у матери.

Генерализованная БЦЖ-инфекция у других детей в семье.

Дети, не вакцинированные в период новорождённости, прививаются позже БЦЖ-М после отмены противопоказаний.

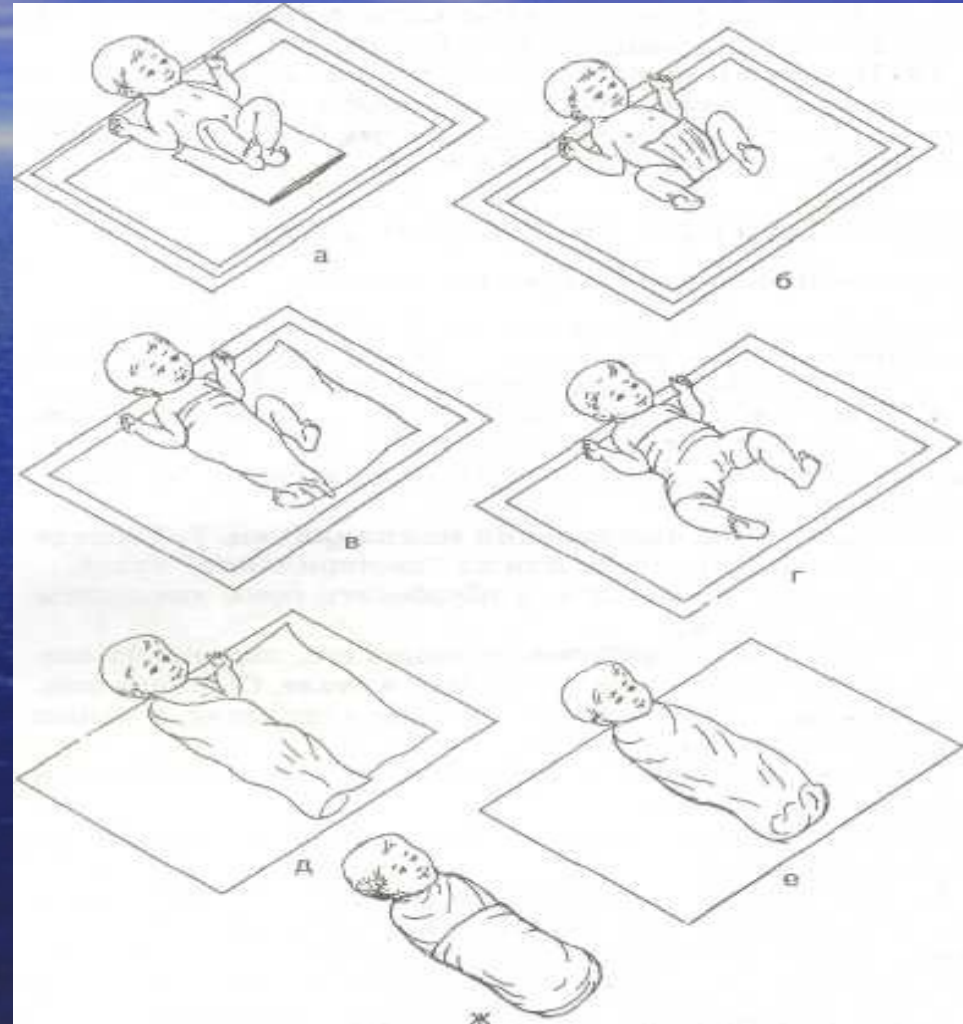


Ежедневный уход за ребёнком в отделении новорождённых

➤ **Пеленание новорождённых проводят не менее 6-7 раз в сутки, т.е. перед каждым кормлением, применяя «широкое пеленание» (ГОСТ Р 52623.3-2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. ТПМУМСУ А14.31.009. Алгоритм пеленания новорожденного).**

➤ Ежедневно в определённое время перед кормлением проводят взвешивание ребёнка.

➤ Температуру тела измеряют 2 раза: в 5.00-6.00 и в 17.00-18.00 каждый день.



Алгоритм пеленания новорожденного.

Ежедневный уход за ребёнком в отделении новорождённых

➤ Ежедневный туалет новорождённого **проводится медсестрой в определённой последовательности:**

- Умывают лицо ребенка тёплой водой, обрабатывают глаза, нос, уши.
- Складки кожи обрабатывают стерильным вазелиновым маслом.
- Область ягодиц и промежность обмывают тёплой проточной водой со специальным гелем для мытья новорождённых во флаконе с дозатором (детским мылом), подсушивают промокательными движениями стерильной пелёнки и смазывают стерильным вазелиновым маслом.
- Глаза новорождённых обрабатывают стерильными ватными стариками, смоченным в дистиллированной воде.
- Туалет носовых ходов осуществляют с помощью стерильных фитильков, смоченных стерильным вазелиновым маслом; ушей — сухими стерильными шариками.



➤ Обработка остатка пуповины является врачебной процедурой при ежедневном осмотре. Уход за остатком пуповины осуществляют открытым способом, повязку снимают на следующий день после рождения.

Сестринская помощь здоровым новорождённым на педиатрическом участке

Проблемы здорового новорождённого и его семьи:

- Необходимость налаживания режима и гигиенического ухода для новорождённого ребёнка
- Проявления пограничных физиологических состояний новорождённого и риски, связанные с ними.
- Нарушения сна из-за неправильной организации режима дня новорождённого, дефицита ухода, метеоризма, голодания и т.д.
- Риск нарушения питания из-за гипогалактии, несоблюдении правил кормления ребенка и т.д.
- Срыгивание из-за аэрофагии.
- Метеоризм
- Задержка или учащение стула
- Кожные высыпания
- Нарушения в питании и питьевом режиме женщины.
- Дефицит знаний родственников об особенностях наблюдения и ухода за новорождённым, правилах кормления, режима дня, организации пространства, регламентов медицинского наблюдения за новорождённым и т.д.



Основные факторы внимания при сестринском наблюдении за здоровым новорождённым:

- общее состояние ребёнка;
- проявления пограничных состояний;
- акушерский анамнез;
- прививочный анамнез;
- вскармливание и питание;
- санитарно-гигиенические условия;
- уход, обработка пупочной ранки;
- режим, физическое воспитание и закаливание;
- воспитательные воздействия, контакт с ребёнком.



Мероприятия сестринской помощи новорождённому на педиатрическом участке

В области гигиены новорождённого:

- Сестринский мониторинг состояния ребёнка.
- Контроль за соблюдением гигиенических норм в организации жилого пространства.
- Организация регулярного гигиенического ухода за здоровым ребёнком: пеленание, смена подгузников, утренний туалет, подмывание и пр.
- Туалет пупочной ранки, обучение матери правилам обработки пупочной ранки.



- Организация специфических мероприятий ухода за новорождённым при развитии пограничных состояний (транзиторной лихорадки, половом кризе, желтухе, протеинурии, мочекишечном инфаркте и пр.)

Мероприятия сестринской помощи новорождённому на педиатрическом участке

В области организации рационального вскармливания:

- Пропаганда грудного вскармливания.
- Обучение матери технике кормления ребёнка.
- Контроль за питанием матери и ребёнка.
- Проведение контрольного кормления при подозрении на гипогалактию.
- Срочное информирование врача при выявлении проблем новорождённого или кормящей матери.



Мероприятия сестринской помощи новорождённому на педиатрическом участке

- Участие в организации предписанного обследования, включая аудиологический скрининг на 4-6-й неделях жизни в детских амбулаторных учреждениях, оснащённых соответствующей аппаратурой – по показаниям:

- детям, у которых получен положительный результат в учреждении родовспоможения;

- детям, которые по состоянию здоровья или другим причинам не были обследованы в учреждениях родовспоможения;

- детям, родившимся вне учреждений родовспоможения.

- Участие в проведении немедикаментозной и медикаментозной коррекции отклонений в здоровье и развитии (при их наличии);

- Постановка на диспансерный учет, ведение установленной документации (учетная форма №030) – при наличии показаний.

- Восполнение дефицита знаний у матери новорождённого об особенностях гигиенического ухода, общения с малышом, режима и характера питания, о правилах обустройства жилого помещения, организации прогулок, требованиях к характеру питания и режима дня кормящей женщины.



Рекомендации родителям по уходу за здоровым новорождённым на сестринских патронажах:

1. ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ПОМЕЩЕНИИ:

- температура 22 °С – до 6 мес.
- температура 20 °С – для детей старше 6 мес.
- Регулярное проветривание 4-5 раз в день.

2. Оптимальные ГРАНИЦЫ ВЛАЖНОСТИ В ПОМЕЩЕНИИ:

- для новорожденного – в пределах 50-70%,
- для детей 10-12 мес. – 40-65%.

3. ОДЕЖДА должна быть из натуральных тканей, т.е. легко впитывать влагу и сохранять тепло.



Рекомендации родителям здорового ребёнка на сестринских патронажах:

4. Физическое воспитание младенца.

Проведение воздушных ванн (перед каждым кормлением по 2-3 мин).

Выкладывание ребёнка на живот с проведением лёгкого массажа спины (поглаживание).

Обеспечение достаточной двигательной активности ребенка с первых дней его пребывания дома (особенностью развития движений у новорождённого являются то, что они формируются с помощью взрослых).

5. Купание ежедневно при температуре воды 36-37 °С (для детей из группы высокого риска +38°С), с детским средством для мытья – 1-2 раза в неделю.

В первые недели, пока пупочная ранка не зажила полностью, ребенка купают или в кипяченой воде, или в воде с добавлением раствора марганцовокислого калия, чтобы цвет воды стал бледно-розовым.

6. Пропаганда грудного вскармливания.



Обработка пупочной ранки в домашних условиях

Здоровая пупочная ранка обрабатывается 1 раз в день в течение 10 дней с использованием 3% перекиси водорода и антисептиков.

При этом необходимо лишь осторожно обработать края ранки, а «корочку» отмачивать и удалять не нужно, так как именно под ней активнее всего идёт эпителизация раневой поверхности.

Не рекомендуется использование красящих средств для обработки при сомнительной пупочной ранке, так как при этом трудно оценить проявления воспалительного процесса.



Алгоритм обработки пупочной ранки (ГОСТ Р 52623.3-2015)

1) Хорошо растянуть края ранки I и II пальцами левой руки.

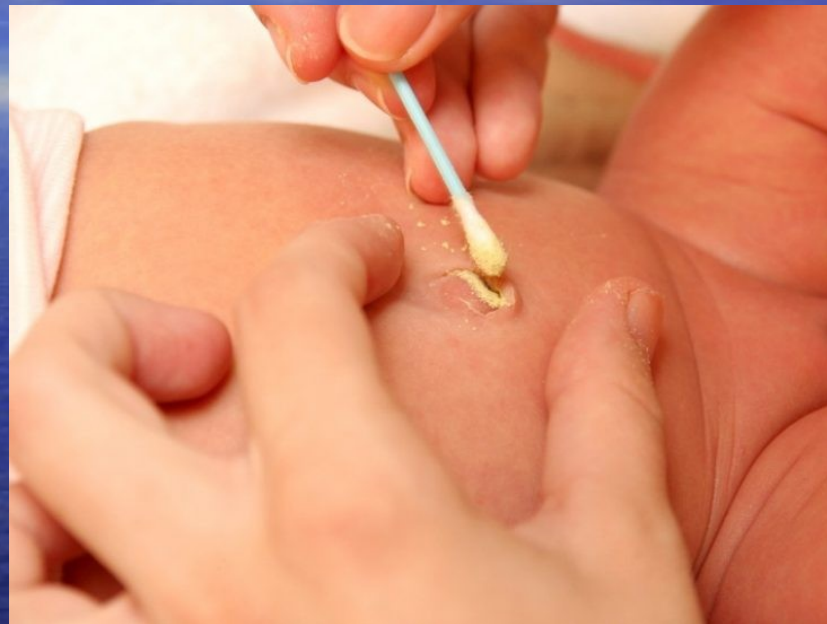
2) С помощью пипетки или ватного тампона, взятого пинцетом, обильно покрыть пупочную ранку 3 %-ным раствором перекиси водорода.

3) Через 20-30 с просушить ранку, тушируя ее сухим стерильным ватным шариком с помощью пинцета.

Шарики/тампоны поместить в лоток.

4) Обработать ранку и кожу вокруг пинцетом с ватным тампоном, смоченным 70 %-ным этиловым спиртом (движением изнутри кнаружи).

5) Другим ватным тампоном, смоченным в антисептике, обработать только ранку, не касаясь кожи.



Настораживающие симптомы:

- много выделений,
- зияющая пупочная ранка,
- наличие отёчного края,
- гиперемия края, особенно распространение гиперемии на околопупочную область,
- гнойные выделения при надавливании на околопупочную область

Требуется незамедлительно оповестить врача (гнойный омфалит может привести к развитию сепсиса новорождённого).



Ежедневный туалет новорожденного в домашних условиях

Является гигиенической процедурой и профилактикой различных кожных заболеваний.

Производится с утра перед первым или вторым кормлением в определенной последовательности.

Умывание лица делают теплой кипяченой проточной водой (смоченным ватным тампоном).



Ежедневный туалет новорожденного

Уход за слизистой оболочкой глаз:

Если патологии нет, туалет глаз проводят **однократно утром**, протирая каждый глаз смоченным в воде ватным тампоном в направлении от наружного к внутреннему углу глаза.

Каждый глаз обрабатывать отдельным тампоном.

При наличии выделений для обработки глаз используют раствор ромашки (1 столовая ложка на стакан кипятка) или раствор обычного чая (1 чайная ложка на стакан кипятка). При аллергии лучше рекомендовать 1% раствор фурацилина (раствор хранится одни сутки, и каждый день надо готовить новый из расчёта 1 таблетка фурацилина на стакан воды).

Промывание глаз можно проводить многократно, по мере необходимости, т.е. по мере образования выделений.



- **Носовые ходы** прочищают по мере необходимости (**сухие корочки в носу**) с помощью турунд, смоченных в грудном молоке или простерилизованном растительном масле.

Осторожно вращательными движениями турунда продвигается в глубь носового хода на 1-1,5 см и удаляется также с помощью вращательных движений.

Чтобы слизь в носу не высыхала, образуя корочки, следить за температурой и влажностью в комнате, чистотой воздуха в комнате и убирать возможные источники загрязнения, накопители пыли.

В эпидемический период с профилактической целью в нос ребенку можно порекомендовать закапывать женское молоко несколько раз в день.



- **Очищать наружный слуховой проход от серы** нужно не более одного-двух раз в неделю.



- **Уход за ногтями:** лучшее время для подрезания ногтей – время после купания. Удобнее стричь ногти маленькими ножницами или специальными щипчиками.

На ручках ногти нужно стричь закруглённо, на ножках - ровно.

В противном случае по бокам ногтей может нарастать кожный валик, а ногти могут врастать.

Ногти нельзя стричь коротко, близко к самой коже.



Правила купания младенца (Методические рекомендации «Организация работы кабинета здорового ребенка в детской

поликлинике». Утв. МЗ СССР от
23.03.1987 №11-11/6-25)
■ Ребенка первых 6-ти месяцев
жизни необходимо купать ежедневно.

■ Лучшее время – перед последним
вечерним кормлением.

■ Температура воздуха должна быть
23-24°C, воды в ванне 36-37°C
(измерять термометром для воды).

■ Длительность купания 4-5 минут.

■ Новорожденного медленно
погружают в воду по плечики, при
этом голова ребенка должна лежать
на левом локтевом сгибе матери.

■ После купания ребенка обливают
со спины чистой водой из кувшина
температуры 35°C и насухо вытирают
мягким полотенцем.



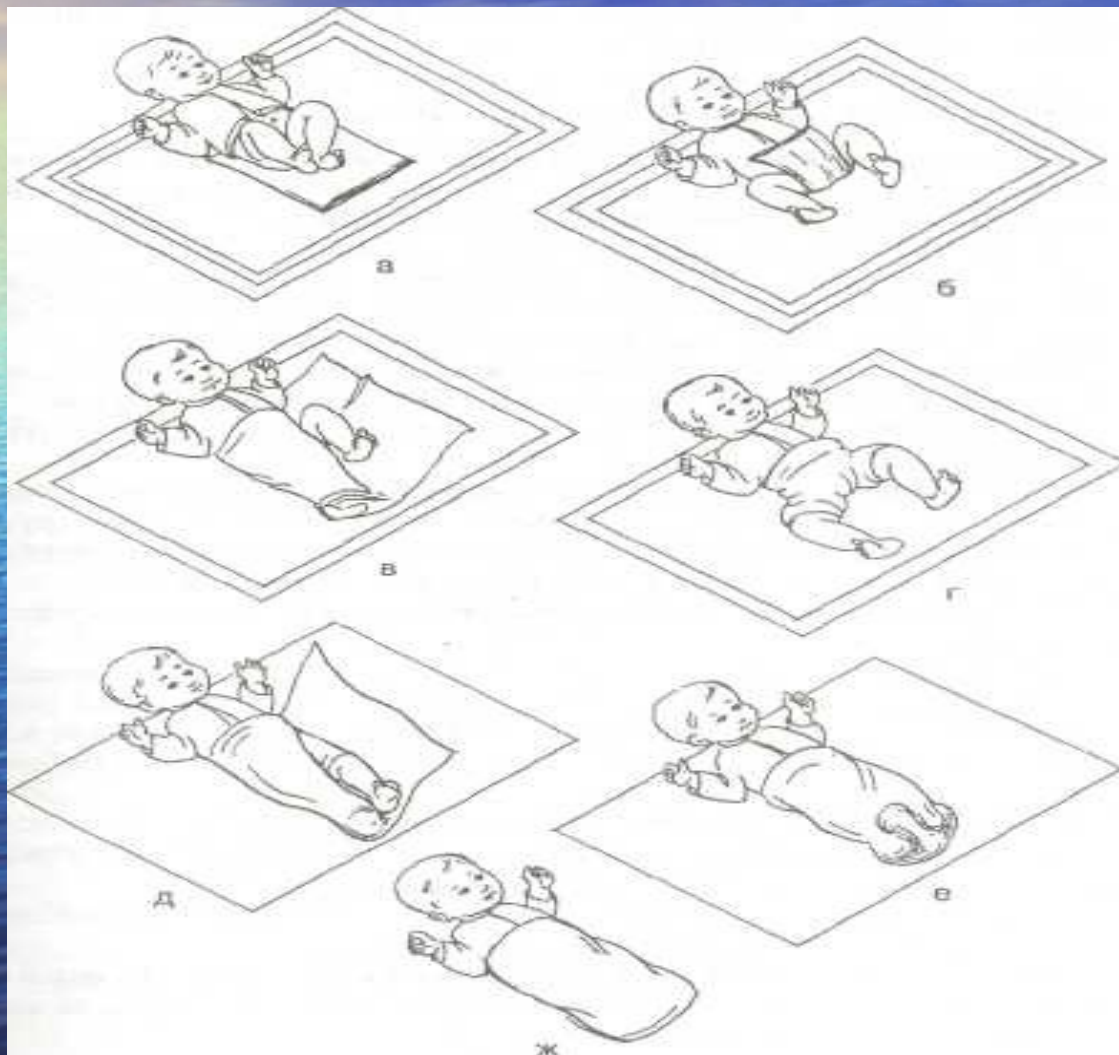
Смена подгузников

Менять подгузник необходимо по мере его заполнения (как правило, не менее 6 раз в день), но каждый раз после опорожнения кишечника младенца.

При появлении специфического запаха, при беспокойстве ребёнка, перед сном нужно проверять состояние его кожи и половых органов.



Широкое пеленание (закрытый способ) ГОСТ Р 52623.3-2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг.



Алгоритм
широкого
пеленания
новорожденного.

Краткие рекомендации Американской академии педиатрии (AAP) по безопасным условиям сна младенца

- По рекомендациям AAP самое безопасное место для сна ребенка, это комната родителей: он должен спать рядом с родителями, но не в одной с ними постели.
- Детская кроватка или люлька должны быть придвинуты вплотную к кровати родителей, освобождены от игрушек, мягких постельных принадлежностей, одеял и подушек.
- Укладывайте младенца спать на твердом матрасе, с покрытием, которое отвечает современным стандартам безопасности.
- Кроватка должна располагаться в зоне, полностью свободной от табачного дыма.
- Не кладите ребенка спать на взрослые кровати, кресла, диваны, водяные кровати, на подушки.



Краткие рекомендации Американской академии педиатрии по безопасным условиям сна младенца

- Не кладите в кроватку младенца игрушки, мягкие постельные принадлежности, одеяла, подушки, и другие посторонние предметы.

Оптимальной **заменой одеялу** является **одежда для сна**, спальные мешочки и одеяло-«конверт» для переноски младенцев.

- Нужно учитывать, что **каждая пятая смерть младенца** происходит когда **родители отдают его на время другому взрослому**, а этот **взрослый кладет младенца спать на живот**.

Поэтому ААР советует родителям предупредить других людей, которым они временно доверяют своего младенца, о важности размещения его на спине во время сна.

- Тем не менее, ААР подчеркивает, что **помещение ребенка на живот во время бодрствования и под наблюдением взрослого является важным компонентом нормального развития ребенка**. Это укрепляет мышцы шеи, позволяет младенцу тренировать тело для будущего ползания и способствует развитию моторики



Практические рекомендации профессора И. А. Аршавского по укреплению здоровья

новорожденных

- В первые недели жизни ребенка основное внимание нужно обращать на его двигательную активность во время сна. В этот период ребенок спит почти все время. Однако в дыхание спящего младенца периодически вплетается фаза длительного выдоха. Возникает дефицит кислорода, своеобразный «пусковой механизм» двигательной активности. Происходит рефлекторное подрагивание. В результате 50—60 % времени спящий ребенок проводит фактически в движении. Не препятствовать тугим пеленанием двигательной активности спящего малыша — к этому сводится первый совет.
- Самым ощутимым стимулом мышечной активности малыша является разница температур его тела и окружающей среды. Чем больше эта разница, тем активнее мышечный тонус, обеспечивающий нормальное развитие. Разумеется, разница температур должна быть ограничена рамками физиологического, адаптивного стресса. Именно тонус мышц регламентирует длительность закаливающих процедур. Поначалу у физиологически незрелого ребенка этот период не превышает 5—10 с, у зрелого порой достигает 60 с. (до 2 мин.)

- Купание занимает чрезвычайно важное место в жизни младенца. Во время этой процедуры необходимо развивать у ребенка врождённую способность держаться на плаву. Для этого существует хорошо разработанная и оправдавшая себя методика обучения плаванию грудных детей.
- Вся двигательная активность ребенка должна осуществляться не по принуждению, а благодаря интересу к этой активности. В первые недели жизни такой интерес стимулируют двигательные рефлексy, вызванные раздражением подошв, пяток, пальцев, ладошек.
- Важно с первых недель жизни способствовать свободному развитию способностей малыша, помогая ему самостоятельно проявлять свою активность.
- Полезная процедура и массаж ребенка — легкие поглаживания его тельца. Но не следует ограничиваться только массажем малыша, нужно активно реализовывать и первые рекомендации.

ВОЗ «Основы ухода за новорождёнными и грудное вскармливание», 1997:

Любой специалист должен помнить о том, что новорождённый — личность со своим нейросенсорным поведением, способностью видеть, чувствовать (боль, тепло, холод, ощущать запахи и вкус, плакать счастливо и несчастливо).

Помня обо всем этом, мы должны общаться с новорождённым как с личностью.



Сестринская помощь в неонатологии. Здоровый новорождённый

Тесты проверки усвоения материала



1. Доношенным считается ребенок, родившийся при сроке беременности (в нед.):

- 1) 28–30
- 2) 32–34
- 3) 35–37
- 4) 38–42

2. В число признаков, оцениваемых по шкале Апгар, НЕ входит:

- 1) мышечный тонус
- 2) вес новорождённого
- 3) цвет кожи
- 4) частота сердцебиений

Сестринская помощь в неонатологии. Здоровый новорождённый

Тесты проверки усвоения материала



3. Продолжительность раннего неонатального периода составляет (в днях):

- 1) 3
- 2) 7
- 3) 10
- 4) 28

4. Первоначальная убыль массы тела новорожденного наблюдается в сроки (дни жизни):

- 1) 1-2
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 7-8

Сестринская помощь в неонатологии. Здоровый новорождённый

Тесты проверки усвоения материала



5. Пределы физиологического снижения массы тела новорожденного составляют (в %):

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 40

6. Физиологическая желтуха у доношенного новорожденного исчезает на сроке (дни жизни)

- 1) 2-7
- 2) 8-12
- 3) 12-30
- 4) на втором месяце жизни

**Сестринская помощь в неонатологии.
Здоровый новорождённый**

Ответы на тесты проверки усвоения материала



Номер теста	Номер ответа
1	4
2	2
3	2
4	2
5	1
6	2



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

