

**ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО УХОДА
ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ
В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

**ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО УХОДА
ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ
В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 614.2:618:616-053.31-083(075.8)

ББК 57.32я73

О-75

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 19.05.2021 г., протокол № 5

А в т о р ы: д-р мед. наук, проф. В. Н. Сидоренко; канд. мед. наук, доц. М. С. Вербицкая; канд. мед. наук, ассист. С. А. Павлюкова; канд. мед. наук, доц. Е. Н. Кирилова; канд. мед. наук, доц. Т. А. Смирнова

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., зав. каф. репродуктивного здоровья и медицинской генетики Белорусской медицинской академии последипломного образования С. И. Михалевич; каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

Основы медицинского ухода за новорожденным ребенком в родовспомогательном учреждении : учебно-методическое пособие / В. Н. Сидоренко [и др.]. – Минск : БГМУ, 2021. – 28 с.

ISBN 978-985-21-0910-9.

Освещены вопросы организации медицинского ухода за новорожденным ребенком в условиях родовспомогательного учреждения, основы физиологии здорового новорожденного, а также принципы грудного вскармливания.

Предназначено для студентов 4-го курса лечебного и педиатрического факультетов, 3-го курса медико-профилактического факультета по дисциплине «Акушерство и гинекология».

УДК 614.2:618:616-053.31-083(075.8)

ББК 57.32я73

Учебное издание

Сидоренко Валентина Николаевна
Вербицкая Мария Сигизмундовна
Павлюкова Светлана Алексеевна и др.

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко
Редактор И. А. Соловьёва
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 01.10.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка». Ризография. Гарнитура «Times». Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,51. Тираж 40 экз. Заказ 487.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0910-9

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 5 ч.

Совершенствование качества помощи новорожденным является приоритетным направлением современной медицины, поскольку позволяет существенно снизить риски неонатальных осложнений, а также заболеваемости новорожденных. При этом разрабатывается научное обоснование и развивается современная, высокотехнологичная помощь (в которой нуждаются, по данным разных авторов, от 2 до 5 % новорожденных), а также происходит модификация базовых медицинских и вспомогательных технологий, в которых нуждаются все новорожденные.

Базовая неонатологическая помощь является важнейшим компонентом поддержания не только здоровья новорожденного и матери, но и фактором, определяющим качество жизни и психологический климат семьи. Кроме того, организованная базовая неонатологическая помощь обеспечивает снижение затрат благодаря модифицированному подходу к диагностике и профилактике состояний новорожденного, которые связаны с нарушениями адаптации.

Цель занятия: сформировать представление об основных понятиях перинатальной охраны плода, базовой неонатологической помощи, оценке гестационного возраста новорожденного и морфологической зрелости, изучить основные принципы ухода за новорожденным, методы профилактики осложнений в раннем неонатальном периоде, принципы грудного вскармливания и вакцинации новорожденных.

Задачи занятия. Студент должен *знать*:

1. Основные понятия неонатального периода и критерии оценки гестационного возраста.
2. Основные принципы ухода за новорожденным.
3. Оценку состояния новорожденного при рождении и в раннем неонатальном периоде.
4. Концепцию тепловой цепочки.
5. Принципы грудного вскармливания.
6. Принципы вакцинации и противопоказания к вакцинопрофилактике в раннем неонатальном периоде.
7. Программу неонатального скрининга на наследственные заболевания и аудиологические нарушения.

Студент должен *уметь*:

1. Собрать общесоматический и акушерско-гинекологический анамнез у рожениц и родильниц.
2. Проводить оценку гестационного возраста новорожденного на основании объективных клинических данных.

3. Проводить оценку состояния новорожденного по шкале Апгар и в раннем неонатальном периоде с определением физиологических и патологических рефлексов.

4. Интерпретировать данные клинико-лабораторного обследования новорожденных.

5. На основании данных клинических и лабораторных обследований определять тактику ведения раннего неонатального периода, возможности соблюдения концепции тепловой цепочки и грудного вскармливания.

6. Определить показания и противопоказания к вакцинопрофилактике в раннем неонатальном периоде.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить:

– из *общей химии*: химический состав крови и лимфы в норме, при беременности, при рождении, в раннем неонатальном периоде;

– *анатомии человека*: строение и функция системы кровообращения в раннем неонатальном периоде в норме и при патологии;

– *нормальной физиологии*: основные принципы формирования и регуляции физиологических функций, физиологические изменения в органах и системах плода и новорожденного в норме и при гипоксии;

– *биологической химии*: гормоны и их биологическое действие, строение, функции и обмен белков, углеводов и аминокислот, их биосинтез, роль и функции клеточных мембран, пассивный и активный транспорт веществ через мембраны клеток;

– *патологической физиологии*: реактивность и патологические процессы в условиях гипоксии, специфические и неспецифические факторы развития болезни, теплообмен;

– *гистологии, цитологии, эмбриологии*: особенности эмбрио- и фетогенеза;

– *микробиологии, вирусологии, иммунологии*: специфические и неспецифические факторы защиты, формирование активного и пассивного иммунитета;

– *педиатрии*: методы обследования новорожденных, транзиторные состояния новорожденных;

– *пропедевтики внутренних болезней*: общие и клинические методы обследования;

– *медицинского ухода*: принципы ухода за кожными покровами, профилактика инфекционных осложнений.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Химический состав крови, реологические свойства крови и их изменения у новорожденных.

2. Анатомия женских половых органов, молочных желез и их изменения при беременности, в послеродовом периоде и при лактации.

3. Зачатие, имплантация, эмбрио- и фетогенез.

4. Патофизиология респираторного дистресс-синдрома.
5. Транзиторные состояния новорожденных.
6. Общие и клинические методы обследования новорожденных.
7. Медицинский уход за раневыми поверхностями и кожными покровами новорожденных.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия неонатального периода, оценка морфофункциональной зрелости новорожденного ребенка.
2. Основные принципы ухода за новорожденным.
3. Оценка состояния новорожденного при рождении по шкале Апгар, в раннем неонатальном периоде — рефлексы физиологические и патологические.
4. Определение концепции «тепловой цепочки».
5. Принципы грудного вскармливания.
6. Вакцинация против туберкулеза и гепатита В, противопоказания к вакцинации в раннем неонатальном периоде.
7. Неонатальный скрининг наследственных заболеваний и аудиологических нарушений.

Задания для самостоятельной работы студентов. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин. Затем необходимо ознакомиться с учебным материалом пособия. Для более углубленного изучения материала рекомендуется написание УИРС:

1. Анатомо-физиологические особенности здорового и недоношенного новорожденного и принципы медицинского ухода в неонатальном периоде.
2. Механизмы формирования физиологических адаптационных реакций у здорового новорожденного в раннем неонатальном периоде.

Завершающим этапом в работе над темой служат ответы на контрольные вопросы, решение тестов и ситуационных задач.

БАЗОВЫЕ ПОНЯТИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Здоровый новорожденный ребенок — это ребенок, который после рождения не нуждается в медицинской помощи, сохраняет хорошую жизнеспособность и процессы его адаптации не нарушены.

Масса тела при рождении, измерение длины новорожденного проводится в течение первого часа жизни.

Независимо от гестационного возраста на основании результата первого взвешивания выделяют следующие категории детей:

- ребенок с низкой массой тела при рождении — ребенок любого возраста гестации, имеющий при рождении массу тела менее 2500 г;
- ребенок с очень низкой массой тела при рождении — ребенок любого возраста гестации, имеющий при рождении массу тела менее 1500 г;

– ребенок с экстремально низкой массой тела при рождении — ребенок любого возраста гестации, имеющий массу тела при рождении менее 1000 г.

Доношенным считается ребенок, родившийся при сроке беременности 259–293 дней.

Оценка гестационного возраста может основываться:

- на данных первого дня последнего менструального цикла;
- дате предполагаемого зачатия;
- данных сонографии плода;
- физических параметрах после рождения (например, с использованием шкалы Баллард).

Большинство доношенных новорожденных имеют массу тела от 2500 до 4000 г и длину тела от 46 до 52 см.

Недоношенным считается ребенок, родившийся в сроке беременности 154–258 дней. Большинство недоношенных детей (70–80 %) имеют массу тела менее 2500 г и длину тела менее 45 см, а 20–30 % — массу и рост, характерные для доношенных новорожденных. Недоношенные дети характеризуются морфофункциональной незрелостью.

Морфологические признаки недоношенности: непропорциональное телосложение, голова относительно больших размеров с преобладанием мозговой части, открытые швы черепа, малый и боковой роднички, низкое расположение пупочного кольца, слабое развитие подкожно-жировой клетчатки, обильное лануго, низкий рост волос на лбу, недоразвитие ногтей; мягкие ушные раковины, сгибающиеся пополам; у мальчиков отмечается неопущение яичек, у девочек — зияние половой щели; недоразвитие грудных желез и отсутствие их физиологического нагрубания.

Переношенным считается ребенок, родившийся при сроке беременности 294 дня и более. Масса и длина тела у переношенного ребенка могут значительно превышать показатели доношенных детей, однако в ряде случаев могут иметь и относительно низкие антропометрические показатели, что связано с плацентарной недостаточностью.

Морфологические признаки переношенности: сухость, шелушение, мацерация кожи, прокрашивание меконием пуповины, оболочек последа, в ряде случаев наличие ядер окостенения проксимального эпифиза большеберцовой и плечевой кости.

Живорождение — полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери при любой продолжительности беременности и наличии любого из четырех признаков жизни (дыхания, сердцебиения, пульсации пуповины, произвольных движений мускулатуры) независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента.

Мертворождением называют смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности при отсутствии дыхания и любых других признаков жизни у плода.

Зрелость плода — готовность органов и систем плода к внеутробной жизни при рациональной организации питания и окружающей среды. Зрелость новорожденного определяется по морфологическим и функциональным признакам.

Морфофункциональная незрелость может быть обусловлена анатомическим недоразвитием органных структур вследствие неблагоприятного влияния факторов внешней среды на организм женщины и плода во время беременности. Постнатальная оценка степени морфофункциональной зрелости или незрелости новорожденного проводится на основании ряда оценочных таблиц Петрусса, Дубовича, Баллард и др. (табл. 1).

Таблица 1

Оценка гестационного возраста ребенка по совокупности морфологических критериев (Ж. Баллард и соавт., 1991 г.)

Признак	Баллы						
	-1	0	1	2	3	4	5
Кожа	Липкая, рыхлая, прозрачная	Прозрачная, красная, пропитанная	Тонкая, розовая, выражена венозная сеть	С поверхностной «шелухой» или сыпью, слабо выраженная венозная сеть	Трескающаяся, венозная сеть почти не выражена	Пергаментоподобная, трескающаяся, венозная сеть не выражена	Грубая, трескающаяся, морщинистая
Лануго	Нет	Нет	Обильно	Редет	Голые участки	Большой частью отсутствует	—
Подоплашвенные складки	Пятка-палец — 40–50 мм: -1 < 40 мм: -2	> 50 мм Складок нет	Слабо выраженные, красные	Лишь на передней трети подошвы	На передних ² / ₃ подошвы	Многочисленные на всей подошве	—
Грудная железа	Незаметна	Едва заметна	Плоская ареола без соска	«Зернистая» ареола, сосок 1–2 мм	Выступающая ареола, сосок 3–4 мм	Полностью сформированная ареола	—
Глазная/ушная раковина	Веки сомкнуты неплотно — -1, плотно — -2	Плоская, незластичная	Начинает изгибаться, незначительная эластичность	Частично изогнута, хорошая эластичность	Полностью изогнута, довольно плотная	С сильным хрящом, ухо плотное	—

Признак	Баллы						
	-1	0	1	2	3	4	5
Гениталии ♂	Мошонка плоская гладкая	Мошонка пустая, нет морщин	Яичко в верхней трети канала, складчатость не выражена	Яичко опускается, борозды на мошонке слабо выражены	Яичко опущено, складчатость хорошо выражена	Яички «подвешены», глубокая складчатость	–
Гениталии ♀	Клиитор выступает, половые губы ровные	Клиитор и малые губы выступают	Клиитор выступает, малые половые губы увеличены	Большие и малые губы выступают одинаково	Большие губы выступают больше	Клиитор и малые губы полностью прикрыты	–

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ

Необходимо придерживаться следующих принципов:

1. Поддержание нормальной температуры тела новорожденного.
 2. Готовность к оказанию своевременной качественной первичной реанимационной помощи новорожденному.
 3. Обеспечение возможно раннего начала грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребенка.
 4. Профилактика инфекционной заболеваемости, в т. ч. инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, их лечение.
 5. Вакцинация новорожденных против гепатита В и туберкулеза в условиях родильного дома.
 6. Проведение неонатального скрининга на наследственные заболевания.
 7. Проведение аудиологического скрининга путем вызванной отоакустической эмиссии с целью раннего выявления и реабилитации нарушений слуха у детей.
 8. Использование современных технологий с учетом психологических и эмоциональных аспектов родов, понимание основ нормальной и патологической физиологии неонатальной адаптации.
 9. Доброжелательная обстановка во время родов, содействие раннему формированию привязанности между матерью и новорожденным.
 10. Активное вовлечение матери и других членов семьи в уход за ребенком, участие в принятии решений о тактике ведения новорожденного.
- Для создания условий комфорта в родильном зале или операционной, где находится роженица, важно соблюдать определенный температурный режим. Для срочных родов температура должна быть не менее 25 °С (при преждевременных родах — не менее 28 °С). Для соблюдения *тепловой цепи* акушерка сразу же после рождения на родильном столике обсушивает

ет ребенка стерильной, сухой и теплой пеленкой (мокрые пеленки убирают), выкладывает ребенка на обнаженную грудь и живот матери, укрывая ребенка стерильной, сухой и теплой пеленкой или одеялом (надевает теплые шапочку и носки), обеспечивая тем самым контакт «кожа к коже».

После обсушивания необходимо оценить состояние ребенка и определить необходимость реанимационных мероприятий. При осмотре важно обратить внимание на наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений, цвет кожных покровов, выявление врожденных дефектов и признаков заболеваний; наличие косвенных признаков незрелости ребенка и задержки внутриутробного развития. Первый осмотр новорожденного желательнее проводить непосредственно после рождения, на груди у матери, с целью исключения тяжелой патологии и контроля адаптации ребенка. Санация верхних дыхательных путей проводится только по показаниям, зондирование желудка всем новорожденным проводить не рекомендуется.

Наложение одноразового стерильного зажима на пуповину проводится акушеркой без отделения ребенка от матери непосредственно на животе у матери в конце 1-й или на 2-й минуты после родов (отсроченное пережатие пуповины). Раннее пережатие пуповины (в первые секунды жизни) проводят при преждевременных родах, вероятности развития резус-конфликта, гипоксии плода, наличии дистресс-синдрома у плода, сахарного диабета матери и при необходимости проведения реанимационных мероприятий.

Раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может привести к снижению уровня гемоглобина и развитию поздней анемии. С другой стороны, слишком позднее пережатие пуповины (позднее 10 мин) нередко приводит к развитию гиперволемии и полицитемии, которая может быть причиной респираторных нарушений, гипербилирубинемии.

В родильном зале пуповина не обрабатывается («сухое ведение»). В случае загрязнения ее кровью, смазкой, перед наложением зажима пуповину протирают стерильной марлевой салфеткой.

Контакт «кожа к коже» проводится с первой минуты жизни в течение первых 1–2 ч после рождения. Взвешивание, измерение и полный врачебный осмотр новорожденного при физиологических родах могут проводиться отсрочено в течение первого часа жизни. Браслетки с информацией о ребенке закрепляют на запястьях ребенка. При невозможности обеспечить контакт «кожа к коже» (например, родоразрешение путем кесарева сечения), необходимо содействовать такому контакту с отцом ребенка (при партнерских родах).

Контакт «кожа к коже» способствует заселению ребенка материнской флорой и появлению психоэмоционального контакта матери и ребенка, облегчает температурную адаптацию новорожденного, а также раннему началу грудного вскармливания и формированию родственных связей.

Положение ребенка на животе матери возможно обеспечить в случае физиологических родов через естественные родовые пути, при сроке бере-

менности более 258 дней, отсутствии пренатально установленных или постнатально выявленных пороков развития и другой явной врожденной патологии, исключении родовых травм и отсутствии проявлений асфиксии новорожденного (оценка по шкале Апгар выше 7 баллов на первой минуте жизни).

Оценка состояния новорожденного проводится врачом-неонатологом на 1-й и 5-й мин жизни по шкале Апгар (табл. 2).

Таблица 2

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Критерии оценки по шкале Апгар	0 баллов	1 балл	2 балла
Цвет кожи	синюшность, бледность, цианоз по всему телу	розовая кожа на теле и синюшные конечности, носогубный треугольник	однотонная кожа розового цвета
Пульс	не определяется	менее 100 уд./мин	более 100 уд./мин
Рефлексы	отсутствуют	реакция слабо выражена	реагирует адекватно
Мышечный тонус	отсутствует, конечности свисают	слабое сгибание конечностей	активные движения
Дыхание	не определяется	поверхностное, крик слабый	глубокое, крик громкий

Санация дыхательных путей и отсасывание содержимого желудка проводится врачом-неонатологом в родильном зале при необходимости оказания реанимационной помощи новорожденному (асфиксия), многоводии, пренатально выявленных пороках развития, преждевременных родах, примеси мекония или крови в околоплодных водах.

Профилактика конъюнктивита не проводится рутинно всем новорожденным. По показаниям, при наличии высокого риска инфекционных заболеваний глаз новорожденного, рекомендуется использовать:

– 1%-ную мазь тетрациклина гидрохлорида (однократное закладывание за нижнее веко);

– мазь эритромицина фосфата 10 000 ЕД в 1 г (однократное закладывание за нижнее веко).

Раствор нитрата серебра может вызывать химические конъюнктивиты и болевую реакцию у новорожденных. В настоящее время нет исследований, свидетельствующих об эффективности применения препарата 20%-ного раствора сульфацила натрия (Альбуцид).

Необходим также уход за кожей новорожденного. Кожа новорожденного покрыта первородной смазкой (vernix caseosa), защищающей кожу в период внутриутробного развития. Снятие первородной смазки в родильном зале не рекомендуется. В том случае, если кожа ребенка загрязне-

на кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным теплой водой. Обмывание ребенка под краном в родильном зале не рекомендуется.

Раннее прикладывание к груди проводится акушеркой родильного зала по мере готовности ребенка в течение первого часа жизни, но не позднее 2 ч. Готовность ребенка к кормлению проявляется следующими признаками: ребенок начинает ползти к груди (источнику пищи), поднимает головку, открывает рот, высовывает язык, сосет кулачок. Акушерка должна помочь ребенку хорошо присосаться к груди матери, придав ему правильное положение и не заставлять ребенка насильно брать грудь.

Мать с ребенком находятся в родильном зале под наблюдением акушерки в течение первых двух часов после родов или с ними рядом должен находиться партнер (при партнерских родах).

Акушерка родильного дважды (через 30 мин и через 2 ч после рождения) измеряет температуру в подмышечной впадине электронным термометром с пометкой в истории развития новорожденного (норма — от 36,5 до 37,5 °С). В случае, если температура ниже допустимой границы, необходимо убедиться, что в помещении тепло и заменить влажные пеленки, одеяла, носки и шапочки на теплые и сухие, принять дополнительные меры по согреванию (укрыть мать и ребенка дополнительным одеялом, либо разместить источник лучистого тепла над матерью и младенцем). Использование грелки для согревания новорожденного не допускается категорически ввиду опасности ожогов тела ребенка.

Акушерка обязана проверять дыхание новорожденного и цвет кожных покровов каждые 15 мин в течение 1-го и каждые 30 мин в течение 2-го часа жизни. При появлении у новорожденного патологических симптомов: цианоза кожи, затрудненного дыхания, стоны — необходимо провести санацию верхних дыхательных путей, обеспечить подачу кислорода через маску, срочно вызвать неонатолога.

Уход за новорожденным после операции кесарева сечения. Место для принятия новорожденного, которое находится непосредственно в операционной, готовится заранее; в операционной присутствуют врач-неонатолог и акушерка. Акушерка принимает ребенка в стерильную теплую пеленку и несет к столу с обогревом, где проводит тщательное обсушивание, взвешивание, измерение роста, окружности головы и грудной клетки, затем надевает шапочку и носочки, заворачивает в теплые сухие пеленки и одеяло. Врач-неонатолог проводит оценку состояния ребенка по шкале Апгар, если состояние новорожденного удовлетворительное, ребенок может быть приложен к коже, груди матери, а затем передан отцу (при партнерских родах) для осуществления контакта «кожа к коже» в послеродовой палате под контролем акушерки, а при отсутствии партнера ребенок переводится в отделение для новорожденных детей.

Перевод новорожденного осуществляется акушеркой при условии удовлетворительного состояния ребенка после осмотра врачом-неонатологом через 2 ч после родов.

Акушерка родильного зала передает медсестре отделения для новорожденных детей информацию о состоянии новорожденного и первом прикладывании к груди. Медсестра отделения для новорожденных детей сверяет данные истории развития новорожденных детей с информацией, указанной на бирке (Ф. И. О. матери, дату и время родов, пол, вес и рост ребенка). Перевод ребенка в палату совместного пребывания осуществляется медсестрой отделения для новорожденных детей.

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ В ПАЛАТЕ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Уход за новорожденным в палате совместного пребывания матери и ребенка включает в себя обязательное соблюдение температурного режима (температура в палате должна быть не менее 25 °С).

После перевода новорожденного в отделение необходимо провести осмотр, отметить и описать следующие признаки:

– *поза* — у здорового новорожденного руки и ноги умеренно согнуты и приподняты над поверхностью, на которой лежит ребенок;

– *спонтанные движения* стереотипны, симметричны, участвуют все конечности; могут быть беспорядочными, принимая характер тремора и клонусов. Симметричные клонусы считают нормой. Однако их необходимо дифференцировать с судорогами: тремор и клонусы прекращаются при удерживании конечности ребенка рукой взрослого;

– *сон и бодрствование* — поведение новорожденного может варьировать от глубокого сна до выраженной спонтанной двигательной активности, сопровождающейся криком. Циклические изменения сна и бодрствования нормальны для здорового новорожденного;

– *мышечный тонус* — здоровый ребенок имеет физиологический мышечный гипертонус. В вертикальном положении новорожденный способен в течение короткого времени удерживать голову, в положении на животе ненадолго приподнимает голову и таз.

Необходимо отметить **физиологические рефлекс** новорожденного:

– *рефлекс Моро*, возникающий в ответ на резкий звук или на отклонение головы новорожденного кзади. У здорового ребенка рефлекс живой и симметричный;

– *хватательный рефлекс* вызывают надавливанием пальцами на ладонь или стопу новорожденного. Обычно сила хватательного рефлекса такова, что новорожденного можно слегка приподнять от поверхности, вложив свои пальцы в кулачки ребенка. Движение головы младенца при этом запаздывает. Во время проверки хватательного рефлекса не следует одно-

временно касаться тыльных поверхностей кисти, это раздражение вызывает рефлекс выпрямления пальцев;

– *поисковый и сосательный рефлекс*. Прикосновение к коже вокруг рта ребенка вызывает движение головы в сторону касающегося предмета. Если вложить кулачок ребенка или сосок в рот ребенку, возникает сосательный рефлекс значительной силы. Сосание и глотание — координированный акт, требующий последовательного сокращения приблизительно 30 мышц.

При соприкосновении стопы с твердой поверхностью ребенок начинает выполнять медленные примитивные движения, напоминающие ходьбу.

Во время прохождения по родовым путям череп новорожденного подвергается интенсивному воздействию со стороны костного канала и мягких тканей, это воздействие приводит к смещению костей друг относительно друга (конфигурация головки). Физиологическое смещение костей легко отличить от патологического синостоза, слегка надавив на область шва и ощутив подвижность костей. При синостозе подвижность ограничена. Диастаз между костями сагиттального шва в норме составляет около 5 мм. Большой диастаз свидетельствует о повышении внутричерепного давления либо о нарушении остеогенеза при задержке внутриутробного развития. Размер большого родничка в норме варьирует от одного до нескольких сантиметров. Когда новорожденный спокоен в положении на спине, большой родничок мягкий, несколько запавший. В вертикальном положении втяжение родничка выражено сильнее. Малые размеры большого родничка без других нарушений не следует считать патологией, однако необходимо динамическое наблюдение за увеличением окружности головы ребенка по мере его роста. Малые размеры родничка не связаны с питанием матери во время и после беременности, не указывают на необходимость ограничения кальция и витамина D в питании ребенка. Размеры малого родничка обычно составляют 1–2 мм. Между большим и малым родничками иногда можно нащупать третий родничок в области теменных костей, его наличие — вариант нормы.

Родовая опухоль — мягкая припухлость тестоватой консистенции, образующаяся на предлежащей части в результате отека кожи и рыхлой клетчатки вследствие венозной гиперемии и серозного пропотевания в клетчатку, окружающую сосуды. При затылочном предлежании родовая опухоль образуется в области малого родничка.

Кефалогематома — кровоизлияние под надкостницу теменной или затылочной кости, не превышающее площади кости. Кровотечение может продолжаться в течение двух дней после рождения; в это время показано бережное ведение. Около 10 % новорожденных имеют кефалогематомы различной степени выраженности. При первом осмотре диагностировать кефалогематому достаточно сложно, обычно диагноз ставят на вторые сутки жизни, когда исчезает родовая опухоль. Большинство кефалогематом

возникает после вакуум-экстракции, однако появление образования возможно и без инструментального пособия в родах. В случаях, когда кефалогематома возникла после наложения акушерских щипцов, необходима рентгенография костей черепа для исключения переломов. Кефалогематома рассасывается в течение шести недель, приподнятость выступающего края кости может быть заметна на протяжении нескольких лет. При большом размере гематомы резорбция вызывает повышение содержания непрямого билирубина, что может потребовать проведения фототерапии. Не показана пункция и аспирация гематом, т. к. возрастает риск тяжелых инфекционных осложнений. Наличие кефалогематомы не влияет на психомоторное развитие, не описаны также какие-либо неврологические последствия этого состояния.

Кожа здорового доношенного ребенка обычно имеет цианотичный оттенок, однако после первого крика в течение нескольких минут кожа становится розовой; стопы и ладони могут быть цианотичными более продолжительное время (несколько часов) вследствие вазоконстрикции и/или наличия фетальных коммуникаций. Выраженность вазоконстрикции более высока в тех ситуациях, когда ребенок мерзнет и имеет симптоматику холодового стресса. Если роды протекают с дистоцией плечиков или обвитием пуповины вокруг шеи, часто возникают петехиальные кровоизлияния в кожу лица, шеи, головы и спины новорожденного. Нередко петехии сочетаются с субконъюнктивальными кровоизлияниями. Кровоизлияния следует дифференцировать с токсической эритемой, бледнеющей при нажатии. Локальные петехиальные кровоизлияния требуют дифференциального диагноза с генерализованной петехиальной сыпью при тромбоцитопении.

«Феномен Арлекина» — эритема одной половины туловища, возникающая в положении на боку преимущественно у недоношенных детей. Эритема имеет четкую ровную границу по средней линии туловища. Предположительный механизм возникновения — дисбаланс автономной регуляции сосудистого тонуса. У доношенных детей при воздействии холода может возникать мраморный рисунок кожи, представляющий собой сосудистую венозную сеть и считающийся вариантом нормы.

Внутриэпидермальные пузыри — элементы диаметром около 1,5 см, заполненные жидкостью, которые лопаются с формированием поверхностных эрозий. Располагаются пузыри обычно в области мошонки, могут встречаться на других участках тела. Содержимое пузыря стерильно. Считают, что состояние связано с десквамацией кожи на поздних сроках беременности.

Для того чтобы осмотреть глаза ребенка следует осторожно наклонять голову младенца вверх и вниз, что вызовет рефлекторное открывание глаз новорожденного. Доношенный ребенок способен фиксировать взгляд на короткий период времени. У здорового новорожденного глазные яблоки могут двигаться несодружественно, особенно во время сна. Быстрые беспорядочные движения глазных яблок, нистагм требуют пристального внимания.

Серповидные субконъюнктивальные кровоизлияния вокруг радужки, как правило, имеют травматический характер, часто возникают после рождения через естественные родовые пути. При офтальмоскопии сетчатки ребенка после вакуум-экстракции плода часто обнаруживают небольшие кровоизлияния. Все перечисленные выше кровоизлияния регрессируют спонтанно в течение нескольких недель.

Новорожденный дышит преимущественно через нос с закрытым ртом. Затруднение носового дыхания приводит к развитию дыхательных нарушений, сопровождающихся втяжением межреберных промежутков.

В первые дни жизни ребенка необходимо тщательное соблюдение температурного режима и профилактика гипотермии. ВОЗ была предложена концепция «тепловой цепочки», которая представляет собой последовательность взаимосвязанных процедур, снижающих вероятность развития гипотермии и способствующих хорошему самочувствию ребенка.

Тепловая цепочка состоит из нескольких звеньев:

- обучение персонала родовспомогательных учреждений мерам профилактики гипотермии новорожденного;
- создание оптимального температурного режима для новорожденного (температура воздуха в родильном зале не ниже 25 °С, включение лампы лучистого тепла за 30 мин до родов, согревание комплекта белья, предназначенного для ребенка);
- немедленное обсушивание родившегося ребенка теплой пеленкой, немедленная смена влажной пеленки на сухую;
- выкладывание ребенка, накрытого сухой пеленкой, на грудь матери;
- раннее прикладывание новорожденного к материнской груди;
- предотвращение потери тепла (на голову ребенка следует надеть шапочку, мать и младенца лучше укрыть одним одеялом);
- предотвращение охлаждения ребенка при проведении первичной реанимационной помощи в родильном зале;
- обеспечение поддержания температуры тела ребенка во время транспортировки при необходимости перевода новорожденного в другое учреждение.

Согласно международным рекомендациям ВОЗ, для ухода за пуповинным остатком не требуется создания стерильных условий. Пуповинный остаток сначала высыхает и мумифицируется при воздействии воздуха, а затем отпадает. У каждого ребенка свой срок отпадения пуповины — это зависит от ее толщины. Считается, что он должен отпасть до 14-го дня жизни.

Основные правила ухода за пуповинным остатком:

- культю пуповины содержать в сухости и чистоте, ничем не прикрывать и ничего не накладывать;
- нет необходимости в ежедневной обработке пуповины антисептическими средствами (растворы анилиновых красителей, спирт, раствор калия перманганата и т. п.);

– обеспечить чистоту одежды и предохранять культю пуповины от попадания мочи, кала и других загрязнителей.

Значительно снижает частоту гнойно-воспалительных заболеваний пупочной ранки ранняя выписка из родильного дома (на 2–4-е сутки после родов), в т. ч. до отпадения пуповины. Насильственное удаление (отсечение) пуповинного остатка не рекомендуется, т. к. подобная процедура опасна и может осложниться кровотечением, ранением стенки кишки при не диагностированной грыже пупочного канатика, инфицированием. Эффективность процедуры не доказана; насильственное удаление пуповинного остатка следует признать необоснованным инвазивным вмешательством, потенциально опасным для жизни новорожденного. Выписка ребенка до-мой ранее отпадения пуповинного остатка возможна.

ПЕЛЕНАНИЕ

Предпочтительно одевать ребенка в хлопчатобумажную одежду, свободно пеленая нижнюю часть тела, оставляя подвижными руки и голову в шапочке. Нет необходимости использовать стерильное белье для новорожденного в течение первой недели жизни. По рекомендации ВОЗ тугое пеленание проводить не следует, т. к. часто приводит:

- к нарушению нормального воздухообмена в легких вследствие затруднения движений диафрагмы;
- неправильному прикладыванию младенца к груди и затруднению грудного вскармливания;
- нарушению кровотока в конечностях;
- жесткая фиксация ног ребенка, особенно в положении разгибания и приведения, способствует проявлению дисплазии тазобедренных суставов, кроме того, ограничение движений конечностей приводит к снижению возможностей для развития нервно-мышечной координации;
- уменьшения воздушной прослойки между телом и одеждой повышает риск перегрева или гипотермии.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Грудное молоко — лучшее, адаптированное самой природой питание для ребенка, обеспечивающее его всеми питательными веществами, необходимыми в течение первых шести месяцев жизни. В отделении для новорожденных детей необходимо обучить мать *правилам грудного вскармливания*. Грудное вскармливание способствует формированию между матерью и ребенком близких, нежных взаимоотношений, привязанности, формирует глубокую эмоциональную связь, сохраняющуюся на всю жизнь. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, более спокойные, меньше плачут, они чувствуют большую защищенность, и это сказывается на поведении ребенка.

Было разработано **10 принципов грудного вскармливания по ВОЗ, которые актуальны и сегодня.**

Первый — совместное пребывание после родов, подразумевающий обеспечение матери и дитя круглосуточного совместного проживания, что способствует спокойствию как мамы, так и малыша, облегчает адаптационный период.

Второй — раннее прикладывание к груди, что обеспечивается в течение первого часа жизни новорожденного. К времени первого кормления вырабатывается только несколько капель молозива, но оно имеет бóльшую энергетическую ценность, чем молоко, и содержит меньше жидкости, что защищает от перегрузки мочевыделительной системы новорожденного.

Плотность питательных веществ в молозиве в несколько раз выше, чем в зрелом молоке. Молозиво снижает риск физиологической желтухи, имеет слабительные свойства и помогает ребенку избавиться от мекония (первородный кал). В таком секрете молочной железы больше белка, витамина А, каротина, аскорбиновой кислоты, витаминов В₁₂, Е, солей, чем в зрелом молоке. Альбуминовая и глобулиновая фракции преобладают над казеином. Казеин появляется лишь с четвертого дня лактации, его количество постепенно увеличивается. До прикладывания ребенка к груди в молозиве содержание белка наивысшее. Особенно много в молозиве IgA.

Жиры и молочного сахара в таких выделениях меньше, чем в зрелом молоке. Молозиво содержит лейкоциты в стадии жирового перерождения, макрофаги в значительном количестве, лимфоциты. В-лимфоциты молозива синтезируют секреторный IgA, который вместе с фагоцитами формирует местный иммунитет кишечника, когда происходит интенсивное бактериальное заселение организма новорожденного. Также в описываемом секрете молочных желез выше содержание природных антиоксидантов (витаминов А, Е, бета-каротина, цинка, селена), а также защитных иммунных факторов, которые обеспечивают новорожденному пассивный иммунитет (IgA, лактоферин, живые лимфоциты, макрофаги, нейтрофилы, лимфоциты). Факторы иммунной защиты не перевариваются и не усваиваются, но остаются в желудочно-кишечном тракте, где покрывают поверхность кишечника, защищая его от бактерий, вирусов, паразитов. Лейкоциты, вырабатывая интерферон, обеспечивают противовирусную защиту. Олигосахариды и полисахариды препятствуют прикреплению патогенных бактерий к слизистым оболочкам.

Белки молозива всасываются в неизменном виде благодаря идентичности белкам сыворотки ребенка.

Третий — правильное прикладывание к груди. Правильное положение у груди характеризуется тем, что рот ребенка широко открыт, обе губки вывернуты, сосок вместе с ареолой находится глубоко во рту, язык не двигается вперед и назад, подбородок и кончик носика ребенка прижаты к груди (рис. 1). Неправильное прикладывание провоцирует появление

трещин на сосках матери и часто является одной из причин возникновения колик и недостаточного насыщения новорожденного, что вызвано захватом воздуха с молоком матери.

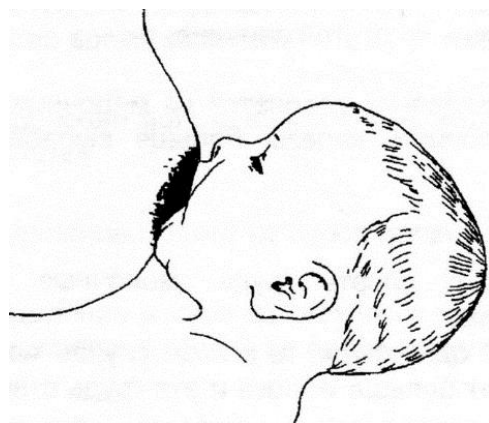


Рис. 1. Правильный захват соска

Четвертый — отказ от заменителей груди, что означает полный отказ от бутылочек и пустышек. Дети часто отказываются от груди, познакомившись с бутылочкой, в пользу получения более легкого молока. Чтобы добыть грудное молоко, ребенку необходимо прикладывать больше усилий. Пустышки как замена кормления также сбивают настройку лактации, приводят к нарушению ритма естественного кормления.

Пятый — кормление по требованию. Очень важно отказаться от привычного «режимного» кормления, это помогает наладить лактацию. В результате грудничок получает ровно столько молока, сколько ему необходимо, а вместе с ним такие жизненно важные компоненты, как материнское тепло и близость. Кормление по требованию улучшает качество молока и снижает риск развития лактостаза. Оптимальный режим кормления, согласно рекомендациям ВОЗ — исключительно по требованию ребенка.

Потребности детей в пище индивидуальны. Состав молока в течение дня и всей лактации меняется вслед за потребностями младенца. Большинство детей способно регулировать количество потребляемого грудного молока. Рекомендуется прикладывать ребенка к груди, как только он проявляет признаки голода или беспокойства, днем и ночью, с первого дня и до конца грудного вскармливания. Иногда придется кормить 10–12 раз в день, иногда 6–8 раз. Не стоит ждать, пока ребенок начнет плакать от голода.

Признаками голода у младенцев являются активные движения головой, ручками, поднесение их ко рту, выделение слюны, причмокивание языком, сосательные движения ртом и языком. У детей есть множество способов показать свой голод; крик и плач — последний, самый отчаянный метод.

Шестой — не отнимать грудь у ребенка. Кормление необходимо продолжать, пока младенец сам не выпустит грудь. Прерывание кормления негативно сказывается как на физическом (ребенок недополучает необходимое ему количество молока), так и на эмоциональном состоянии.

Иногда дети насыщаются быстро, иногда медленно. Ребенок может требовать кормление в несколько приемов, отдыхая в промежутках между сосанием, иногда он предпочитает непрерывное кормление. Если младенцу комфортно, он не повредит сосок даже при частом и длительном кормлении.

Если ребенок самопроизвольно бросает грудь, следует сделать перерыв, затем попробовать предложить ему ту же самую грудь, чтобы убедиться, что он получил «заднее» молоко (более насыщенное жирами). Если ребенок отказывается, надо предложить вторую грудь; если он снова откажется, то он сыт. При следующем кормлении лучше предлагать грудь, «отдыхавшую» при предыдущем кормлении.

Седьмой — не допаивать младенца. Ребенок в первые полгода должен находиться исключительно на груди, без допаивания. Вода нарушает микрофлору желудка и кишечника и создает иллюзию сытости. Допаивание может использоваться только в особых случаях (повышение температуры, рвота).

Восьмой — прикорм вводится только после шести месяцев. До полугодия пищеварительная система еще не готова усваивать что-то менее адаптированное, чем мамино молоко, и ребенок получает 100 % необходимых питательных веществ из материнского молока. От шести месяцев до года — 75 %, а с года до двух лет — 25 %. Этот пункт — одна из важнейших рекомендаций ВОЗ о грудном вскармливании.

Девятый — моральная поддержка мамы. Не все женщины уверены в том, что смогут кормить ребенка грудью, что у них получится и хватит молока, в таких случаях очень важна поддержка молодой мамы со стороны медицинских работников и родственников или знакомых, чтобы наладить грудное вскармливание.

Десятый — отказ от мазей для сосков. Мази часто придают соскам неприятный вкус или запах, из-за чего ребенок может отказаться от груди, кроме того, частое мытье груди, особенно с мылом, смывает защитный жировой слой и приводит к трещинам и повреждениям соска. Для гигиены достаточно ежедневного душа.

Противопоказания к грудному вскармливанию. Для ребенка противопоказанием к грудному вскармливанию может стать невозможность сосания груди (тяжелое общее состояние, низкая масса тела при рождении).

Для матери противопоказанием к кормлению может стать тяжелое состояние, прием некоторых медикаментов, ВИЧ-инфекция. Наличие импланта в грудной железе не является противопоказанием.

Часто причиной отказа от грудного вскармливания являются трудности, возникающие в первые дни или недели лактации. Неправильное прикладывание к груди вызывает неэффективное сосание, в дальнейшем приводящее к недостаточной выработке молока, возникновению трещин, затрудняющих вскармливание. Повреждения сосков молочных желез при грудном вскармливании, как правило, связаны с неправильным приклады-

ванием ребенка, нагрубанием, закупоркой молочных протоков и присоединением воспаления с возможным развитием абсцесса.

Наполнение груди молоком происходит на 2–5-й день после родов. Воспаление и трещины сосков чаще всего возникают в первые дни, когда правильное прикладывание к груди и частота кормлений еще не отработаны. Слишком частое мытье сосков (чаще одного раза в день), использование мыла удаляет защитную пленку и провоцирует возникновение трещин.

Ограничение грудного вскармливания и неправильное прикладывание ребенка к груди могут привести к закупорке молочных протоков, образованию инфильтрата в ткани молочной железы, гиперемии кожи над ним; возможна лихорадка и озноб. Такое состояние называют *лактостаз*. Состояние женщины можно улучшить частым прикладыванием ребенка к груди, полным опорожнением путем сцеживания молока, оставшегося после кормления. Если состояние женщины ухудшается, назначают антибактериальные средства (полусинтетические пенициллины). Лечение данными антибиотиками не препятствует грудному вскармливанию.

Острый инфекционный процесс в молочной железе — показание для прекращения кормления ребенка этой грудью, но кормление младенца здоровой грудью допустимо.

УХОД ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО

При уходе за здоровой кожей новорожденного следует избегать любых действий, которые могут нарушить эпидермальный барьер (воздействие повышенной влажности, трение, раздражающие вещества, травмы). Снижению бактерицидных свойств кожи способствуют обезжиривание (спиртом), охлаждение, раздражение кожи мочой и калом, приводящее к разжижению водно-липидной мантии эпидермиса. Интенсивное шелушение кожи в течение первых недель жизни является нормой и не требует обработки специальными средствами.

Кожа новорожденных более проницаема для различных химических агентов, чем у взрослых, поэтому риск системного отравления гораздо выше.

Рекомендуется купать ребенка в теплой воде, не добавляя никаких дезинфицирующих средств; ежедневное использование шампуней, пены для ванны и других моющих средств не показано. Купать ребенка ежедневно в настоях трав также нецелесообразно, это может привести к нарушению эпидермального барьера и способствовать возникновению аллергических реакций на коже новорожденного.

Необходимо избегать широкого использования вазелина (растительного масла), задерживающего влагу и являющегося активным аллергеном. Средства по уходу за кожей необходимо наносить очень бережно, не растирать.

При каждом осмотре ребенка необходимо оценивать состояние кожных покровов и фиксировать результаты осмотра в истории развития новорожденного.

При неправильном уходе за кожей возникает дерматит, который представляет собой раздражение кожи в области, контактирующей с подгузником. Основная причина развития пеленочного дерматита — дефекты ухода (редкая смена подгузника, тугое пеленание). Пеленочный дерматит не представляет серьезной угрозы для здоровья ребенка, но раздражение кожи очень болезненно, вызывает страдание и беспокойство ребенка, что отражается на его самочувствии.

ПРИНЦИПЫ ВАКЦИНАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

В родильном доме новорожденным, не имеющим медицинских противопоказаний, только после добровольного информированного согласия родителей или законных представителей выполняют *вакцинопрофилактику*, утвержденную соответствующим постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 42 от 17 мая 2018 года, против вирусного гепатита В в первые 12 часов жизни (а также детям в возрасте 2, 3, 4 месяцев) и туберкулеза — на 3–5-й день жизни.

Специфическую профилактику туберкулеза можно проводить вакциной туберкулезной (БЦЖ) сухой для внутрикожного введения и вакциной туберкулезной (БЦЖ-М) сухой (для щадящей первичной иммунизации).

В связи с ранней выпиской из акушерских стационаров, при отсутствии противопоказаний, вакцинация новорожденных против туберкулеза может проводиться с третьих суток жизни; выписка возможна после вакцинации в тот же день при отсутствии реакции на нее.

Порядок ранней выписки из стационара:

1. Организует вакцинацию новорожденных главный врач родильного дома (зав. отделением).

2. При направлении в детскую поликлинику обменной карты родильный дом (отделение) отмечает в ней дату внутрикожной вакцинации, серию вакцины, срок ее годности и название института-изготовителя.

3. Врач-неонатолог информирует родителей, что через 4–6 недель после внутрикожной вакцинации у ребенка должна развиваться местная прививочная реакция, при появлении которой ребенка необходимо показать участковому педиатру. Место реакции категорически запрещается обрабатывать любыми растворами и смазывать различными мазями. Реакция подвергается обратному развитию в течение 2–3 месяцев, иногда и в более длительные сроки. Место реакции следует предохранять от механического раздражения, особенно во время водных процедур.

4. Детям, родившимся вне родильного дома, а также новорожденным, которым по каким-либо причинам не была сделана прививка, вакцинация проводится в детской поликлинике.

Осложнения после вакцинации встречаются редко и обычно носят местный характер.

Противопоказания к вакцинации БЦЖ:

1. Недоношенность (при массе тела при рождении менее 2500 г).
2. Острые заболевания и обострения хронических заболеваний (внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т. п.). Вакцинацию откладывают до исчезновения клинических проявлений заболевания.
3. Иммунодефицитное состояние (первичное).
4. Генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье.
5. ВИЧ-инфекция у матери.

Дети, не вакцинированные в период новорожденности, получают вакцину БЦЖ-М после отмены противопоказаний.

Причинами возникновения осложнений после иммунизации туберкулезной вакциной, помимо биологических свойств штамма, могут являться нарушения техники внутрикожного введения препарата (строго внутрикожно), показаний к проведению прививки, а также сопутствующая патология у ребенка до прививки и в период развития местной прививочной реакции.

ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Вакцинация против гепатита В проводится по схеме 0–1–6 месяцев.

Первое введение вакцины против гепатита В проводится всем новорожденным при рождении в течение первых 12 ч жизни (перед прививкой БЦЖ). В исключительных случаях возможно продление срока начала иммунизации до 24 ч жизни. Новорожденным и грудным детям вакцина вводится внутримышечно, при сниженной свертываемости крови — подкожно, в передне-боковую поверхность бедра. Побочные реакции при применении вакцины против гепатита В развиваются в редких случаях, они слабо выраженные и кратковременные. Могут наблюдаться симптомы в месте инъекции вакцины (гиперемия, болевая реакция) и субфебрильная температура.

Сведения о первой прививке, полученной в родильном доме (дата, доза, серия, срок годности), указываются в обменной карте родильницы. В дальнейшем данные о проведенной вакцинации вносятся в историю развития ребенка и карту профилактических прививок. В медицинских документах отражают характер, сроки общих и местных реакций, если они возникли.

Перед выпиской из роддома проводится инструктаж родильницы о дальнейшей вакцинации новорожденного.

Временные противопоказания к введению вакцины новорожденным:

1. Масса тела ребенка при рождении менее 1500 г, независимо от состояния ребенка при рождении.

2. Выраженные нарушения ранней неонатальной адаптации, независимо от массы тела, вызванные клиническими проявлениями врожденной или перинатальной инфекции, синдромом дыхательных расстройств, асфиксией новорожденного, отечной или желтушной формой гемолитической болезни новорожденного, тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС, другими врожденными и перинатальными заболеваниями, сопровождающимися тяжелой дыхательной, сердечно-сосудистой, острой почечной или полиорганной недостаточностью, дети из группы высокого риска по развитию ГБН.

Особо высокую группу риска по инфицированию вирусом гепатита В представляют новорожденные, родившиеся у матерей-носителей вируса гепатита В. Для иммунизации новорожденных у матерей-носителей вируса и больных гепатитом В необходимо применять другую схему вакцинации: 0–1–2–12 месяцев жизни ребенка.

Для повышения профилактической эффективности у лиц особо высокого риска ВОЗ рекомендует активно-пассивную иммунизацию — одновременное применение вакцины против гепатита В и специфического иммуноглобулина, содержащего в высоком титре антитела к HBsAg.

Проведение активно-пассивной иммунизации в родильном доме показано новорожденным, родившимся у матерей:

- с острым гепатитом В;
- ранних реконвалесцентов гепатита В;
- с наличием в крови HBsAg.

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 12 ч после рождения) с обязательным проведением активной иммунизации сразу после стабилизации состояния.

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

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

В условиях родильного дома проводится также неонатальный скрининг наследственных заболеваний. Данный скрининг выполняется только после получения информированного добровольного согласия родителей или официальных представителей пациента на медицинское вмешательство. Обследования новорожденных детей на наследственные заболевания (адреногенитальный синдром, галактоземию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, фенилкетонурию) проводят в целях их раннего выявления,

своевременного лечения, профилактики инвалидности и развития тяжелых клинических последствий, а также снижения летальности от наследственных заболеваний.

Аудиологический скрининг новорожденных проводится после получения добровольного информированного согласия родителей или официальных представителей пациента на медицинское вмешательство.

Программа аудиологического скрининга включает два этапа.

1-й этап (скрининговый). На этом этапе проводится обследование слуха в роддомах у всех новорожденных в возрасте 3–4 дней с помощью регистрации вызванной отоакустической эмиссии.

2-й этап (диагностический). Он проводится в сурдологическом центре в возрасте до трех месяцев детям, у которых отоакустическая эмиссия не была зарегистрирована на 1-м этапе, а также всем детям, имеющим факторы риска по тугоухости.

Факторы риска тугоухости:

- отягощенная наследственность по слуху;
- наследственная синдромальная патология;
- инфекционные и вирусные заболевания матери во время гестации;
- гестационные осложнения (преэклампсия, эклампсия);
- тяжелая анте- и интранатальная гипоксия плода;
- асфиксия новорожденного;
- глубокая степень недоношенности;
- переносимость;
- очень низкая и экстремально низкая масса тела при рождении;
- врожденная патология челюстно-лицевого скелета;
- внутричерепная родовая травма;
- тяжелое поражение ЦНС;
- гемолитическая болезнь новорожденного;
- стойкая и/или выраженная гипербилирубинемия;
- использование для лечения новорожденного ребенка лекарственных средств с потенциальным ототоксическим эффектом.

Аудиологический скрининг новорожденных проводится медицинскими работниками родовспомогательных учреждений, прошедшими тематическое усовершенствование.

О результатах проведения скрининга, или в случае невыполнения его, мать должна быть информирована врачом-неонатологом.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТЫ

- 1. Какой температурный режим необходимо соблюдать в родильном зале при проведении срочных родов?**
 - а) не менее 22 °С;
 - б) не менее 23 °С;
 - в) не менее 24 °С;
 - г) не менее 25 °С;
 - д) не менее 28 °С.

- 2. Какой температурный режим необходимо соблюдать в родильном зале при проведении срочных родов?**
 - а) не менее 22 °С;
 - б) не менее 23 °С;
 - в) не менее 24 °С;
 - г) не менее 25 °С;
 - д) не менее 28 °С.

- 3. Показаниями для раннего пережатия пуповины являются все, кроме:**
 - а) преждевременные роды;
 - б) резус-конфликт;
 - в) сахарный диабет матери;
 - г) дистресс плода;
 - д) преждевременный разрыв плодных оболочек.

- 4. Укажите противопоказания к грудному вскармливанию:**
 - а) масса тела при рождении 2500–2900 г;
 - б) гестационный сахарный диабет;
 - в) прием цефтриаксона в суточной дозе 2 г;
 - г) ВИЧ-инфекция;
 - д) наличие импланта в грудной железе.

- 5. Вакцинопрофилактика гепатита В проводится в сроки:**
 - а) первые 30 мин;
 - б) первые 12 ч;
 - в) первые 48 ч;
 - г) 3–5-й день жизни;
 - д) 1-й месяц жизни.

- 6. Вакцинопрофилактика туберкулеза БЦЖ проводится в сроки:**
 - а) первые 30 мин;
 - б) первые 12 ч;
 - в) первые 48 ч;
 - г) 3–5-й день жизни;
 - д) 1-й месяц жизни.

7. При каких состояниях вакцинопрофилактика гепатита В в родильном доме противопоказана?

- а) масса тела при рождении менее 1500 г;
- б) масса тела при рождении более 4000 г;
- в) срок гестации 259 дней;
- г) уровень билирубина 60 мкмоль/л;
- д) вакуум-экстракция плода в родах в связи со вторичной слабостью родовой деятельности.

8. Какое утверждение верно для описания «феномена Арлекина»?

- а) локальная петехиальная сыпь в первые дни после рождения;
- б) внутриэпидермальные пузыри на одной половине туловища;
- в) эритема одной половины туловища в положении на боку;
- г) мраморный рисунок кожи новорожденного;
- д) токсическая эритема одной половины туловища.

9. В каких случаях вакцинация БЦЖ противопоказана?

- а) масса тела при рождении 2800 г;
- б) уровень билирубина 60 мкмоль/л;
- в) снижение массы тела в первые сутки на 5 % от исходной;
- г) ВИЧ-инфекция у матери;
- д) с наличием в крови HBsAg у матери.

10. Какое лекарственное средство используют для профилактики воспалительных заболеваний глаз новорожденных?

- а) 1%-ную мазь тетрациклина гидрохлорида;
- б) 20%-ный раствора сульфацила натрия (альбуцид);
- в) 1%-ный атропина сульфат.

Ответы: 1 — г; 2 — д; 3 — д; 4 — г; 5 — б; 6 — г; 7 — а; 8 — в; 9 — г; 10 — а.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. У пациентки 35 лет произошли вторые роды в сроке гестации 280 дней. Родился живой мальчик весом 3800 г, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов.

Предложите основные этапы ухода за новорожденным сразу после рождения и в раннем неонатальном периоде.

Задача 2. У пациентки 28 лет с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, хронический вирусный гепатит В и С произошли первые роды в сроке 224 дня. Родился живой мальчик весом 1000 г, с оценкой по шкале Апгар 6 баллов/ИВЛ. Опишите основные этапы ухода за новорожденным. Предложите схему вакцинопрофилактики, которую необходимо провести в родильном доме.

Ответы на задачи:

Задача 1. При температуре 25 °С положить ребенка на обнаженную грудь и живот матери, укрывая стерильной, сухой и теплой пеленкой или одеялом, пересечение пуповины на второй минуте после родов, раннее прикладывание к груди матери, перевод в отделение через 2 ч, обеспечить грудное вскармливание и совместное пребывание матери и ребенка; вакцинация новорожденного против гепатита В в течение первых 12 ч, туберкулеза — на 3-и сутки после рождения в условиях родильного дома; проведение неонатального скрининга на наследственные заболевания (врожденный гипотиреоз, фенилкетонурия, галактоземия); аудиологический скрининг.

Задача 2. Учитывая срок гестации 224 дня (ранние преждевременные роды), необходимо раннее пережатие пуповины для оказания помощи новорожденному и профилактики гиперволемии у недоношенного ребенка в случае отсроченного пережатия. Грудное вскармливание противопоказано в связи с наличием ВИЧ-инфекции у матери. Также с учетом ВИЧ-инфекции и недоношенности противопоказана вакцинация новорожденного БЦЖ, показано раннее введение специфического иммуноглобулина против гепатита В (не позднее 12 ч после рождения) с обязательным проведением активной иммунизации сразу после стабилизации состояния.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Алгоритм организации ухода за здоровым новорожденным ребенком в родо-вспомогательном учреждении* : метод. рекомендации ; приложение к приказу председателя комитета по здравоохранению Мингорисполкома от 02.04.2019 г. № 211. Минск, 2019. 8 с.
2. *Неонатология* : учеб. пособие / под ред. А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. Минск : Вышэйшая школа, 2017. 608 с.
3. *Об утверждении* клинических протоколов наблюдения беременных, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 09 октября 2012 г. № 1182. Режим доступа : <http://www.minzdrav.gov.by>. Дата доступа : 21.09.2018.
4. *Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care* / U. Blume-Peytavi [et al.] // *Pediatric Dermatology*. 2016. Vol. 33 (3). P. 311–321.
5. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants* [Electronic resource] / E. R. Moore [et al.] // *Cochrane library*. Mode of access : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>. Date of access : 21.04.2021.
6. *Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality* : a systematic review and meta-analysis / M. J. Sankar [et al.] // *Acta paediatrica* (Oslo, Norway, 1992). 2015. Vol. 104 (467). P. 3–13.
7. *Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes* : guideline. Geneva : World Health Organization, 2014.
8. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care* : a guide for essential practice. WHO, United Nations Population Fund, UNICEF, 2015. 3rd ed. 184 p.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Базовые понятия периода новорожденности.....	5
Основные принципы ухода за новорожденным.....	8
Уход за новорожденным в палате совместного пребывания.....	12
Пеленание.....	16
Грудное вскармливание	16
Уход за кожей новорожденного.....	20
Принципы вакцинации новорожденных.....	21
Профилактика вирусного гепатита В.....	22
Неонатальный скрининг	23
Самоконтроль усвоения темы	25
Тесты.....	25
Ситуационные задачи	26
Список использованной литературы.....	27

Депозитарий БГМУ

ISBN 978-985-21-0910-9



9 789852 109109