

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра неонатологии и медицинской генетики

**РЕАЛИЗАЦИЯ
БЛАГОЖЕЛАТЕЛЬНОСТИ К МАТЕРИ И РЕБЕНКУ
В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2019

УДК 616-083-053.31(075.9)

ББК 57.32я73

Р 31

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»
протокол № 8 от 19.11.2019

Авторы:

Крастелёва И.М., доцент кафедры неонатологии и медицинской генетики
БелМАПО, кандидат медицинских наук

Васильев С.А., директор Государственного учреждения «РНПЦ «Мать и
дитя»

Ан Д.В., заведующий отделением для новорожденных детей учреждения
здравоохранения «1-я городская клиническая больница»

Федотова Э.В., заместитель главного врача по родовспоможению
учреждения здравоохранения «1-я городская клиническая больница»

Рецензенты:

Улезко Е.А., заместитель директора по педиатрии Государственного
учреждения «РНПЦ «Мать и дитя», доктор медицинских наук

Кафедра детских болезней № 2 Учреждения образования «Белорусский
государственный медицинский университет»

Р 31

Реализация благожелательности к матери и ребенку в
родовспомогательных учреждениях: учеб.-метод. пособие
/И.М. Крастелёва [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2019. – 24 с.

ISBN 978-985-584-391-8

В учебно-методическом пособии приводятся современные сведения,
касающиеся ведения и организации ухода за здоровым новорожденным
ребенком в условиях родильных домов, основанные на рекомендациях
Всемирной организации здравоохранения.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей,
осваивающих содержание образовательных программ повышения квалификации
врачей педиатров-неонатологов, врачей-педиатров участковых.

616-083-053.31(075.9)

57.32я73

ISBN 978-985-584-391-8

© И.М. Крастелёва, [и др.], 2019

© Оформление БелМАПО, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ И УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ.....	6
СОБЛЮДЕНИЕ «ТЕПЛОВОЙ ЦЕПОЧКИ».....	7
КОНТАКТ КОЖА-К-КОЖЕ С ПЕРВОЙ МИНУТЫ ЖИЗНИ.....	8
ИСКЛЮЧЕНИЕ РУТИННОЙ САНАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОТСАСЫВАНИЯ СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДКА.....	10
ОТСРОЧЕННОЕ КЛЕММИРОВАНИЕ ПУПОВИНЫ	10
ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО НА ЖИВОТЕ У МАТЕРИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПОЛНЫМ ОСМОТРОМ, ВЗВЕШИВАНИЕМ И ИЗМЕРЕНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ ВТОРОГО ЧАСА ЖИЗНИ.....	11
РАННЕЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ	11
КОНТРОЛЬ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА РЕБЕНКА	12
ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ.....	13
УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ, РОЖДЕННЫМ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	14
ПЕРЕВОД НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ РОДИЛЬНОГО ЗАЛА В ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	15
УХОД ЗА РЕБЕНКОМ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ (ПАЛАТА СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ).....	15
КУПАНИЕ.....	17
ПЕЛЕНАНИЕ.....	17
УХОД ЗА ПУПОВИНОЙ.....	17
РАННЕЕ НАЧАЛО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	19
ПОДХОДЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ НАЛАДИТЬ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ.....	21
ПРОВЕРКА ПРАВИЛЬНОГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ.....	21
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	23

ВВЕДЕНИЕ

Хотя все новые и новые открытия подтверждают огромную пользу грудного молока и вскармливания грудью, немногие сегодня открыто отстаивают принцип “грудное вскармливание – самое лучшее”. Однако, лозунги, даже правильные, не заменяют действия. Мы настоятельно призываем их, где бы они ни находились, обеспечивать полную мобилизацию своих служб на достижение этой цели, демонстрируя, таким образом, несравненное превосходство грудного вскармливания, как для новорожденных, так и для матерей.

Хироси Накадзима,

Генеральный директор Всемирной организации

В современном мире на сегодняшний день все большее значение приобретают эмоциональные потребности матерей, отцов и новорожденных, а также важность опыта родов для всей семьи. В то же время некоторые недостатки родов в больничной организации, как, например, трудность оказания матери психологической поддержки во время родов, разлучение матери и ребенка, приводит к утрате этих аспектов, порой приводя к негативным последствиям для здоровья матери и ребенка. Позднее начало грудного вскармливания и контакт между матерью и ребенком могут серьезно повредить успешному грудному вскармливанию и установлению тесных уз между матерью и ребенком.

Ключевые особенности концепции создания уз заключаются в том, что существует период повышенной чувствительности, который начинается от родов и продолжается несколько дней, во время которых мать особенно открыта для создания уз между нею и ребенком. Если в это время мать и ребенок удалены друг от друга, то это может привести к затруднению взаимосвязи между ними, и это состояние может сохраниться и в последующем. Эти затруднения включают: повышенную тревожность и психологическую дистанцию, которые в последствии могут привести к еще большим проблемам, плохом обращении с ребенком или отсутствию какого-либо внимания к нему в дальнейшем.

Западная акушерская система родов, как правило, предписывает вмешательство на всех их стадиях: начиная с обязательного выбривания

лобка и столь же обязательной клизмы или слабительной свечи и кончая прокалыванием околоплодного пузыря, введением окситоцина, использованием электронных датчиков, а также лекарственных средств, оказывающих успокаивающее действие, притупляющих ощущения и вызывающих ложные ощущения, галлюцинации и потерю памяти, изменяющих химический состав организма женщины, а также уменьшающих поступление кислорода к плоду, отчего вместо маленького любопытного исследователя мира с широко открытыми глазами порой рождается безвольный сонный комочек с головной болью.

В последнее время поощряется участие отца в родах, но наше общество предлагает ему как будто в насмешку роль "свидетеля" события вместо роли любящего, сопереживающего участника родов, когда мужчина может почувствовать, что он действительно участвует в великом событии рождения ребенка. Присутствие человека, которого женщина хочет видеть рядом с собой во время родов, желательно до тех пор, пока он не мешает, не задает лишних вопросов и выходит из родильной комнаты, когда его об этом попросят.

На сегодняшний день создание дружественной обстановки во время родов, возможно более ранний контакт между матерью и ребенком повсеместно признаются необходимыми элементами хорошего ухода во время родов и ухода за новорожденным.

Повышение рождаемости и связанная с ней проблема грудного вскармливания является важным вопросом демографической политики нашего государства.

Сегодня перед службой охраны материнства и детства стоит ряд задач, которые позволят сохранить позитивную тенденцию естественного прироста населения и обеспечить к 2020 году увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,75. Для этого необходимо совершенствование работы в системе профилактических мероприятий на уровне первичной медицинской помощи, формирование ответственного поведения у детей и молодежи, мотивации здорового образа жизни, правильного репродуктивного поведения, предупреждения проявлений рискованного поведения, реализации мер по укреплению института семьи, упрочению семейных традиций.

Активно проводится работа по подготовке новых и изменению действующих нормативных правовых актов службы охраны матери и ребенка. Сделан акцент на подготовку нормативных правовых актов, регламентирующих реализацию основ государственного регулирования в области здравоохранения, а также обеспечивающих сохранение

репродуктивного здоровья, совершенствование службы планирования семьи, услуг по охране здоровья на всех этапах жизни, государственную поддержку и защиту семьи, материнства, отцовства и детства, гарантированность прав граждан, предусмотренных международными обязательствами.

Резолюцией X съезда педиатров и I перинатального конгресса Республики Беларусь 3-4 октября 2018 г. было принято поддерживать политику приверженности матерей грудному вскармливанию с момента рождения ребенка, обеспечив «контакт кожа к коже» новорожденному и матери, а так же раннее прикладывание новорожденного в родзале с дальнейшей реализацией благожелательности к матери и ребенку путем соблюдения принципов успешного грудного вскармливания с созданием нормативных документов и содействовать пропаганде грудного вскармливания, обеспечить психологическую поддержку матерей и обучение их навыкам вскармливания грудным молоком независимо от гестационного возраста и тяжести состояния ребёнка, способа родоразрешения, сроков пребывания в стационаре.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ И УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

«Больница, благожелательная к ребенку» – так называется программа, которую с 1991 года внедряет Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в сотрудничестве с Международным детским фондом ЮНИСЕФ. В своей работе такая больница руководствуется **«Десятью принципами успешного грудного вскармливания»**, которые изложены в совместной декларации ВОЗ и ЮНИСЕФ в 1989 году.

11.04.2018г. ВОЗ и ЮНИСЕФ издано новое руководство по практике грудного вскармливания, подчеркивающее актуальность предлагаемой автором информации.

В целях улучшения качества оказания медицинской помощи новорожденным детям в родовспомогательных учреждениях и детских поликлиниках г. Минска 02.04.2019 были утверждены методические рекомендации «Алгоритм наблюдения за здоровым новорожденным ребенком в родовспомогательном учреждении».

Принципы наблюдения и ухода за новорожденным ребенком в родильном зале основываются на рекомендациях ВОЗ (2015, 2018) и включают следующие мероприятия:

- соблюдение «тепловой цепочки»;
- контакт кожа-к-коже с первой минуты жизни;

- исключение рутинной санации дыхательных путей и отсасывания содержимого желудка;
- отсроченное клеммирование пуповины;
- осмотр новорожденного на животе у матери с последующим полным осмотром, взвешиванием и измерением в течение второго часа жизни;
- раннее прикладывание к груди;
- контроль температуры тела ребенка;
- динамическое наблюдение за новорожденным в родильном зале.

СОБЛЮДЕНИЕ «ТЕПЛОВОЙ ЦЕПОЧКИ»

У только что родившегося ребенка температура тела почти всегда сразу же снижается. Выйдя из теплого материнского чрева, где температура околоплодных вод 38°C, мокрый новорожденный теряет столько тепла, что в первые 10-20 минут после рождения температура его тела понижается на 2-4 градуса. Эта потеря тепла в первую очередь обусловлена испарением амниотической жидкости с поверхности тела новорожденного. Если тело ребенка не обсушить, не положить его к матери для контакта кожа-к-коже и не укрыть, то в течение нескольких последующих минут еще больше тепла будет потеряно из-за дальнейшего испарения, контакта с холодными поверхностями и воздействия холодной среды.

Риск гипотермии у новорожденного особенно высок, потому что после рождения у ребенка еще не выработалась способность реагировать на холод усилением метаболизма и теплообразованием.

Температурный режим в родильном зале следует поддерживать не менее 25-26 С°.

Концепция **"тепловой цепочки"** представляет собою ряд взаимосвязанных процедур, снижающих вероятность гипотермии и способствующих хорошему самочувствию ребенка. Если выпадает какое-либо из звеньев этой цепи, то это повышает вероятность не желаемого охлаждения новорожденного. Цепочка состоит из следующих звеньев:

- проводить соответствующие занятия со всеми медицинскими работниками, занятыми оказанием помощи во время родов и ухода за ребенком после родов; подготовить место, в котором будут проходить роды: комната должна быть чистой, теплой, без сквозняков;
- поверхности, на которые выкладывают ребенка, должны быть чистыми и теплыми; должны быть наготове теплые пеленки для протирания ребенка и теплые пеленки, и одеяла;
- немедленно обсушить тело ребенка сразу после рождения;

- как можно быстрее после родов завернуть ребенка и передать его матери;
- приложить ребенка к материнской груди;
- надеть ребенку на голову теплую шапочку;
- укрыть мать и ребенка одним одеялом;
- при необходимости перевода в другое помещение, обеспечить тепло и надежный транспорт.

Если это сделать невозможно, достаточно обсушить ребенка, завернуть и держать его как можно ближе к матери. Комната должна быть теплой. Если у ребенка уже гипотермия, то его уже трудно согреть и пеленание гипотермичного ребенка просто будет удерживать его холодным. Потому не следует допускать охлаждения ребенка.

КОНТАКТ КОЖА-К-КОЖЕ С ПЕРВОЙ МИНУТЫ ЖИЗНИ

Ранний контакт кожа-к-коже осуществляется сразу же после рождения и в течение первых часов жизни способствует обсеменению ребенка материнской флорой, является надежным средством профилактики внутрибольничных заражений, предотвращает гипотермию, считается крайне важной составляющей успешного начала грудного вскармливания, помогает облегчить отношения и взаимодействие между матерью и ребёнком посредством таких сенсорных стимулов, как прикосновение, тепло и запах [1].

Акушерка сразу после рождения:

- обсушивает ребенка стерильной, сухой и теплой, нагретой в течение 10-15 секунд пеленкой, на руках или на родильном столике (металлические лотки не используются);
- при отсутствии показаний для реанимационных мероприятий, осуществляет контакт кожа-к-коже, выкладывая ребенка на живот и грудь матери, где завершает обсушивание стерильной, теплой и сухой пеленкой;
- сбрасывает мокрую пелёнку; надевает теплые шапочку и носки;
- укрывает ребенка стерильной, чистой, теплой, сухой пелёнкой и (или) одеялом.

В момент рождения акушерка и врач-неонатолог/акушер-гинеколог оценивают состояние ребенка. Если он дышит или кричит, в тонусе, сердцебиение выше 100 ударов в минуту состояние ребенка не вызывает опасений, и он может находиться на животе у матери и начать грудное вскармливание по мере готовности. Если ребенок не дышит адекватно, нужно как можно скорее начать реанимационные мероприятия.

Обсушивание ребенка, оценка состояния и принятие решения о действиях (реанимация) проводятся одновременно.

Сразу после рождения врач-неонатолог проводит оценку состояния новорожденного по шкале Апгар на 1-ой и на 5-ой минутах жизни с исключением асфиксии, других патологических состояний и проверкой адаптационных механизмов новорожденного без отделения от матери: если он дышит или кричит, в тонусе, сердцебиение выше 100 ударов в минуту, то состояние ребёнка не вызывает опасений, и он может находиться на животе у матери. Неонатолог объясняет матери преимущества контакта кожи-к-коже, говоря о том, что способствует профилактике гипотермии у новорожденного и обеспечивает контаминацию кожи ребенка и пуповинного остатка материнской микрофлорой.

Оценка по шкале Апгар проводится совместно с врачом-акушером-гинекологом.

Критерии возможности нахождения ребенка на животе у матери для контакта кожа-к к-коже:

- спонтанное самостоятельное дыхание: дышит, кричит (имеет хорошее дыхательное усилие – 2 балла по шкале Апгар);
- ЧСС более 100 ударов в минуту, тоны сердца ритмичные, громкие (2 балла по шкале Апгар);
- ребенок в тонусе (флексия). Допустимым считается умеренное снижение мышечного тонуса в период ранней послеродовой адаптации;
- кожные покровы приобретают розовый цвет, возможен акро- и периоральный цианоз;
- рефлекторная возбудимость: ребёнок активен, чихает, кашляет;
- нет пренатально установленных или выявленных ВПР: атрезии пищевода, атрезии заднего прохода, расщелины губы и(или) неба, пороков развития конечностей и пальцев, крупных невусов, наружных половых органов промежуточного типа, другой явной врожденной патологии;
- нет явных родовых травм.

ИСКЛЮЧЕНИЕ РУТИННОЙ САНАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОТСАСЫВАНИЯ СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДКА

Следует избегать рутинной санации дыхательных путей новорожденного и отсасывания содержимого желудка в виду отсутствия доказательств эффективности и большого количества возможных осложнений. Контролируемое исследование о влиянии отсасывания слизи с ротоглотки и носоглотки у доношенных новорожденных показало, что насыщение кислородом артериальной крови значительно ниже в группе, где проводилось отсасывание слизи [2]. Врачом-неонатологом проводится санация верхних дыхательных путей и желудка с целью контроля проходимости пищевода катетером с вакуум-контролем в случае:

- необходимости оказания новорожденному реанимационных мероприятий (асфиксия);
- патологических примесей в околоплодных водах (меконий, кровь);
- многоводия (риск атрезии пищевода);
- пренатально установленных или выявленных ВПР;
- в сроке гестации менее 259 дней.

ОТСРОЧЕННОЕ КЛЕММИРОВАНИЕ ПУПОВИНЫ

Нет необходимости спешить с пережатием пуповины немедленно после рождения ребенка. При нормальных родах отсрочка пережатия пуповины приблизительно на 2-3 минуты способствует увеличению запасов железа в организме.

По данным исследований, раннее пережатие пуповины может иметь для ребенка ряд отрицательных последствий. К ним относятся повышение рисков развития анемии, внутрижелудочковых кровоизлияний, гиповолемии и анемии у новорожденных, включая недоношенных [3].

Отсроченное клеммирование пуповины проводится не ранее, чем через 60 с после рождения, после прекращения пульсации сосудов.

Клеммирование пуповины на расстоянии 5 см от пупочного кольца проводится одноразовым стерильным пластиковым зажимом на животе у матери (повернуть ребёнка на бок). Зажим Кохера накладывается на расстоянии 3 см от пластикового, между ними пуповина пересекается стерильными ножницами, стерильной салфеткой отжимается кровь.

Но существуют определённые ситуации, при которых желательно выполнить пережатие пуповины в течение нескольких первых секунд после рождения, независимо от условий.

Раннее клеммирование пуповины проводится через 5-10 сек. после рождения:

- при необходимости немедленного проведения ребёнку реанимационных мероприятий;
- при ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах С и В у матери;
- резус-сенсбилизации у беременной;
- при резус-отрицательной принадлежности крови матери без титров антител раннее клеммирование пуповины не целесообразно.

В случае преждевременных родов недоношенному ребёнку проводится прием «сцеживания» (milking) пуповины [4].

Пуповинный остаток не обрабатывается, и марлевая салфетка не накладывается!

ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО НА ЖИВОТЕ У МАТЕРИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПОЛНЫМ ОСМОТРОМ, ВЗВЕШИВАНИЕМ И ИЗМЕРЕНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ ВТОРОГО ЧАСА ЖИЗНИ

Врач-неонатолог проводит первый осмотр новорождённого непосредственно после рождения, на груди у матери с соблюдением правил тепловой защиты.

Полный врачебный осмотр неонатологом и антропометрия проводятся при удовлетворительном состоянии ребенка в течение второго часа жизни или перед переводом в послеродовую палату совместного пребывания или отделение для новорожденных.

РАННЕЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ

Особое внимание акушерке или детской сестре необходимо уделять первому прикладыванию, и если нет противопоказаний к его осуществлению, то ребенок должен быть приложен к груди в первые часы после родов. В родильных отделениях нередко встречается формальный подход к первому прикладыванию: ребенок прикладывается сразу после родов к груди на одну секунду, в документах отмечается, что первое прикладывание осуществлено.

Однако, для того, чтоб произошла качественная стимуляция процессов лактации, ребенка необходимо прикладывать к груди не менее чем на 5-10 минут, что благотворно сказывается, и на ребенке, и на матери. Эмоциональная составляющая от подобной процедуры остается в памяти женщины на всю жизнь.

Результаты небольших контролируемых клинических исследований, посвященных сравнению раннего и отсроченного прикладывания новорожденного к груди, свидетельствуют о том, что кормление грудью в

течение первых 2 часов после рождения повышает продолжительность грудного вскармливания по сравнению с запоздалым кормлением в течение 4 или более часов [5].

Прикладывание новорождённого к груди проводится акушеркой родильного зала по мере готовности ребенка в течение первого получаса жизни.

Признаки готовности ребенка:

- начинает ползти к источнику пищи (груди);
- поднимает головку;
- открывает рот;
- высовывает язык;
- сосет кулачок.

Акушерка помогает ребенку хорошо присосаться к груди матери, придав ему правильное положение, но не заставляя его насильно брать грудь.

КОНТРОЛЬ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА РЕБЕНКА

В обязанности акушерки входит:

- следить за цветом кожных покровов и характером дыхания (в течение первого часа жизни каждые 15 мин, в течение 2-го часа – каждые 30 мин);
- измерять температуру тела ребенка электронным термометром в подмышечной области через 30 минут после рождения и перед переводом в отделение (норма – 36,5-37,5°C);
- записывать вышеуказанные данные в лист наблюдения за новорожденным;
- провести санацию верхних дыхательных путей, обеспечить подачу кислорода через маску, а затем срочно вызвать врача-неонатолога при появлении у новорожденного патологических симптомов: цианоза кожи, затрудненного дыхания, стона;
- заменить влажные пеленки, носки, шапочку на теплые и сухие в случае, если температура менее 36,5°C, убедиться, что в помещении тепло. Использовать грелки для согревания новорожденного ребенка строго запрещается ввиду опасности ожогов тела ребенка.

Лист наблюдения за новорожденным в родильном зале

Время родов: _____ ч _____ мин.

t°C в родильном зале, операционной: _____ °C

Время после рождения, мин	15	30	45	60	90	120
Контакт «кожа к коже»	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет
Температура тела (N- 36,5-37,5°C)						
Приложен к груди (время)						
Эффективность сосания (активно, вяло, не сосет)						
Подпись акушерки						

Переведен в отделение для новорождённых в _____ ч _____ мин.

Акушерка родзала родового отделения _____ (подпись) (инициалы, фамилия)

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ

В настоящее время рекомендуется, чтобы мать и ребенок не разлучались, как минимум в течение всего времени пребывания в родильном зале, то есть, приблизительно двух часов. Взвешивание, измерение, ребенка, а также полный врачебный осмотр вполне могут быть отложены на конец второго часа после рождения. Необходимые профилактические и рутинные манипуляции, такие как наложение одноразового зажима на пуповину, могут быть произведены без отделения новорожденного от матери, непосредственно на животе.

Наблюдение за новорожденным в течение всего времени пребывания (не менее двух часов) в родильном зале матери с ребенком осуществляет акушерка родильного зала или выделенная медицинская сестра отделения для новорожденных. Если мать не в состоянии находиться вместе с ребенком (наркоз, тяжелое состояние, обусловленное развитием осложнений), ребенок может быть переведен в отделение для новорождённых детей.

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ, РОЖДЕННЫМ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Извлечение и оценка состояния ребенка

Акушерка принимает ребенка у врача-хирурга в стерильную теплую пеленку и несет к реанимационному месту, где проводит тщательное обсушивание, а после осмотра врача-неонатолога – клеммирование пуповины зажимом, взвешивание, измерение длины тела, окружности головы и грудной клетки, затем надевает шапочку и носочки, заворачивает в теплые, сухие, стерильные пеленки и одеяло.

Врач-неонатолог проводит оценку состояния новорожденного непосредственно после рождения: по шкале Апгар на 1-ой и на 5-ой минутах жизни с исключением асфиксии на момент рождения, других патологических состояний и проверкой адаптационных механизмов новорожденного после отделения от матери. Врач-неонатолог проводит полный осмотр новорождённого непосредственно после извлечения, с соблюдением всех правил тепловой цепочки. Оценка по шкале Апгар согласовывается с врачом-акушером-гинекологом.

Санация врачом-неонатологом верхних дыхательных путей и отсасывание содержимого желудка целесообразны в случаях абдоминального родоразрешения.

Отсроченное пересечение пуповины является рекомендуемой технологией при кесаревом сечении как при доношенной, так и при недоношенной беременности. В этом случае клеммирование пуповины двумя зажимами Кохера проводится не ранее 60 с после извлечения; в это время акушерка на руках проводит обсушивание ребенка стерильными пеленками.

Если акушерская ситуация или состояние ребёнка не позволяют ждать, то проводится приём «сцеживания» пуповины.

Последующее наложение одноразового стерильного пластикового зажима проводится на расстоянии 5 см от пупочного кольца. Пуповинный остаток не обрабатывается, и марлевая салфетка не накладывается.

Прикладывание новорождённого к груди проводится акушеркой родильного зала по мере готовности ребенка сразу после осмотра врачом-неонатологом в операционной, за исключением эндотрахеальной анестезии матери при кесаревом сечении или необходимости проведения реанимационных мероприятий ребенку.

Если состояние ребенка удовлетворительное, ребенок может быть приложен к груди матери, а затем передан отцу для осуществления контакта кожа-к-коже в родильном зале под контролем акушерки.

Тугое пеленание не применяется.

Наблюдение за новорожденным в течение всего времени пребывания в родильном зале или операционной осуществляет акушерка родильного зала или выделенная медицинская сестра отделения для новорожденных. При отсутствии партнёра (отца) ребёнок переводится в отделение для новорожденных детей.

ПЕРЕВОД НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ РОДИЛЬНОГО ЗАЛА В ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Перевод новорожденного из родильного зала осуществляется акушеркой через 2 часа после родов при удовлетворительном состоянии ребёнка и после осмотра врачом-неонатологом.

Акушерка передает медсестре отделения для новорожденных детей ребёнка «из рук в руки» и сообщает информацию о новорождённом: состояние, характер крика, цвет кожи, температуру, первое прикладывание к груди. Сопровождающими документами являются история развития новорожденного (ф.097у) и лист наблюдения (см. выше).

Медсестра отделения для новорожденных детей сверяет данные истории развития новорожденного с информацией, указанной на бирке (Ф.И.О. матери, дату и время родов, пол ребенка, антропометрические данные). Медсестра отделения для новорожденных детей, получив разрешение врача-неонатолога, переводит ребенка в палату совместного пребывания.

УХОД ЗА РЕБЕНКОМ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ (ПАЛАТА СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ)

Рекомендуется круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка. Температура в палате совместного пребывания должна быть не менее 23 С°.

Грудное вскармливание проводится по требованию ребенка.

Медсестра отделения для новорожденных детей:

– обучает мать правилам грудного вскармливания и кормлению лежа. При переводе в палату совместного пребывания, если ребенок готов к кормлению, медсестра просит мать приложить ребенка к груди, объясняет ей признаки правильного расположения и прикладывания, оценивает правильность прикладывания и эффективность сосания. При необходимости проводит повторное обучение;

– дает краткую информацию матери по грудному вскармливанию (кормление по требованию ребенка, частые сосания в первые дни – это норма; если ребенок спит более 3-х часов днем и 5-ти часов в ночное время, его необходимо разбудить и приложить к груди);

– консультирует мать и оказывает ей практическую помощь, если у нее есть затруднения в грудном вскармливании и уходе за новорожденным. Такая родильница передается по смене, как имеющая трудности, ей уделяется повышенное внимание и поддержка персонала;

– дважды в сутки измеряет ребенку температуру тела в подмышечной области электронным термометром и заносит данные в историю развития новорожденного;

– осуществляет наблюдение за ребенком в течение первых суток жизни ежечасно 3 часа, а затем каждые 3 часа. При этом делается акцент на цвете кожных покровов и подсчете частоты дыхания за 1 минуту;

– обучает мать уходу за пуповинным остатком и пупочной ранкой.

При условии совместного пребывания матери и ребенка все элементы ухода за ребенком осуществляет мать после обучения медицинской сестрой отделения для новорожденного:

– подмывание новорожденного проточной теплой водой, избегая касания тела ребенка раковины умывальника; кожа просушивается промокательными движениями;

– сама одевает ребенка, используя домашнюю одежду: распашонки, ползунки, памперсы, либо альтернативно пеленает ножки пеленкой (свободно), оставляя ручки свободными;

– при затруднении носового дыхания необходимо смочить ватный шарик в стерильной воде, скрутить жгутик и аккуратно ввинчивающими движениями вворачивать в каждый носовой ход (поочередно), удаляя корочки или слизь;

– специальной обработки глаз не требуется. Если глаза загрязнены, промыть их смоченной в стерильной воде салфеткой или ватным шариком от наружного угла глаза к внутреннему. Для каждого глаза используются отдельные ватные шарики или салфетки [6].

КУПАНИЕ

Первое купание новорожденного проводится с помощью медсестры не ранее чем через 6 часов после рождения с соблюдением правил тепловой защиты. В палате, где купают новорожденного, следует поддерживать температурный режим не менее 25-26 С°.

При купании медсестра должна:

- использовать теплую воду, температура которой проверена локтем, находиться близко к источнику тепла, распеленать ребенка, держа его на руках;
- быстрыми, нежными движениями омыть ребенка;
- сразу же завернуть ребенка в сухое теплое полотенце и тщательно протереть его с головы до пяток;
- быстро укутать ребенка, не забыв надеть ему на голову шапочку;
- положить ребенка рядом с матерью и приложить его к груди.

Предпочтительно одевать ребенка в домашнюю одежду: распашонки, ползунки, памперсы, либо альтернативно пеленать ножки пеленкой (свободно), оставляя ручки свободными.

ПЕЛЕНАНИЕ

Тугое пеленание не применяется. Достаточно надеть распашонку и ползунки, или альтернативно запеленать нижнюю часть туловища,

Опасности тугого пеленания:

- блокирование движений диафрагмы снижает вентиляцию легких;
- снижается циркуляция крови;
- нарушение теплообмена и терморегуляции;
- ограничение движений конечностями препятствует развитию нервно-мышечной координации;
- спеленутые дети больше спят и меньше просят грудь, что в ранние сроки лактации мешает ее успешному установлению лактации.

УХОД ЗА ПУПОВИНОЙ

Колонизация околопупочной области и самого пуповинного остатка начинается еще во время родов, когда в результате контакта «кожа к коже» происходит их обсеменение флорой матери. После родов пуповина становится твердой, темнеет и быстро высыхает вследствие инфильтрации лейкоцитами (сухая гангрена). Этому процессу способствует воздействие

воздуха. Отпадение пуповинного остатка происходит на 5-15-й день после рождения ребенка, иногда позднее. В результате использования антисептиков уменьшается количество нормальной непатогенной флоры вокруг пуповины. Уменьшение количества лейкоцитов задерживает процесс заживления и отпадения пуповины. Минимальное вмешательство в пуповину и окружающую ее территорию снижает риск перекрестной инфекции.

Мета-анализ, включивший 21 исследование, 8959 участников [7], показал, что имеющихся данных пока недостаточно, чтобы определить эффективность антисептиков и антибиотиков для профилактики инфекции по сравнению с сухим способом ведения пуповинного остатка. Поэтому рекомендации по сухому способу ведения остаются приоритетными:

- в родильном зале пуповина ничем не обрабатывается. Перед наложением одноразового зажима, пуповину можно протереть стерильной марлевой салфеткой.

- В дальнейшем пуповину содержат в чистоте и сухости. Оставляют пуповину открытой доступу воздуха или прикрывают чистой свободной одеждой. Подгузник не должен закрывать остаток пуповины до самого ее отпадения.

- При попадании на пуповину мочи или кала, необходимо промыть водой пуповину и прилегающую к ней область, затем промокательными движениями насухо вытереть чистой пеленкой. Для мытья используют только простую воду, т.к. использование других веществ может нарушить естественный процесс заживления.

- Избегать накладывать любой перевязочный материал.

- Не использовать сухую вату для ухода за пуповинным остатком, так как на пуповине могут остаться ворсинки, что задерживает длительность мумификации и может впоследствии вызвать инфекцию.

- Наблюдать, нет ли признаков инфицирования (отек, гиперемия, болезненность в околопупочной области или в области пупочной ранки, патологические выделения (гной, серозно-гнойное отделяемое) из пупочной ранки.

Пуповинный остаток отпадает самостоятельно. Ребенок может быть выписан домой с «неотпавшей пуповиной». Врач-неонатолог совместно с медицинской сестрой ежедневно проводят осмотр новорожденного ребенка, пуповинного остатка, пупочной ранки.

РАННЕЕ НАЧАЛО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Наиболее часто новорожденный начинает проявлять признаки готовности к кормлению через 15-55 минут после рождения.

Раннее и неограниченное кормление грудью дает новорожденному энергию для того, чтобы согреться, питательные вещества для роста, антитела для сопротивления инфекциям, а также способствует становлению уз между матерью и ребенком.

Особое внимание следует уделить, женщинам после операции кесарева сечения. Для них в учреждении необходимо создать условия, при которых дети, рожденные этими матерями, смогут воспользоваться преимуществами раннего прикладывания к груди и кормления по требованию в той же мере, что и дети, рожденные естественным путем.

Медикам известно, что чаще всего недостаточность грудного вскармливания связана с отсутствием достаточной мотивации и уверенности в том, что мама может выкормить ребенка грудью. В этой связи, акушеркам и сестрам важно уделять особое внимание мотивации беременной женщины на естественное вскармливание, поскольку успех этого закладывается задолго до появления ребенка. Очень важно, чтоб мама получала поддержку от членов своей семьи, медицинских работников.

Первую неделю материнский организм вырабатывает молозиво, густую жидкость желтоватого цвета, вырабатываемую в небольшом количестве (30-50 мл в сутки), что объясняется физиологическими потребностями детского организма. Важно обращать на это внимание мамы, поскольку это может создать дополнительные трудности лактации психологического характера и стимулировать преждевременное введение молочных смесей. Следующие 2-3 недели вырабатывается переходное молоко, объем его увеличивается, консистенция становится более жидкой. К концу первого месяца после родов начинает вырабатываться зрелое молоко для всего последующего периода кормления грудью.

Акушерке необходимо дать информацию маме о том, что кормить ребенка с самого первого дня надо только по требованию. Насильственно устанавливать режим ребенку нельзя, поскольку это противоречит физиологическим потребностям ребенка. Частота и режим кормлений отрегулируется несколько позже, когда увеличится объем желудка ребенка, он научится сосать и адаптируется к новым для него внешним факторам. Объем молока, которое высасывает ребенок, каждый раз иной. Если ребенок в одно кормление съел меньше обычного, то не следует беспокоиться, т.к. он доберет этот объем в следующий раз. Надо помнить о ночных кормлениях,

т.к. большинство детей еще долго нуждаются в них. Важным является то, что ночные кормления обеспечивают мать достаточным количеством молока на последующий день, поскольку ночью вырабатывается максимальное количество гормона пролактина.

Особое внимание необходимо уделить возникающим у матери лактационным кризам. В большинстве своем мамы не знают о том, что в определенные периоды может быть уменьшение количества молока. Лактационные кризы являются основной причиной перевода детей на искусственное вскармливание потому, что мама считает этот процесс необратимым. Она думает, что молоко стало пропадать. Лактационные кризы случаются чаще всего на 3-4 неделе, 3-4, 6-7 и 9 месяцах после родов. Важно помнить, что лактационные кризы совершенно безопасны для ребенка и длятся, как правило, 3-4 дня, иногда затягиваются до недели.

В этот период самое главное – увеличить частоту прикладывания ребенка к груди, с обязательным кормлением его по ночам, что стимулирует лактацию за счет повышения уровня пролактина. Необходимо также увеличить объем выпиваемой матерью жидкости.

При сравнении ограниченной и неограниченной продолжительности кормления в контролируемых клинических исследованиях не выявлено существенных различий между двумя группами женщин по критерию повреждений и трещин сосков, но значительно больше матерей в группе ограничения времени кормления прекратили его в среднем в течение шести недель [8]. Грудное вскармливание защищает от смерти и болезней, как в постнатальный период, так и в течение всего периода младенчества и детства. Защитный эффект особенно сильный против инфекционных болезней, которые предотвращаются как через прямую передачу антител (секреторный иммуноглобулин А) и других антиинфекционных факторов и долговременной передачи иммунологической компетенции и памяти.

Риск болезней и госпитализации гораздо выше у детей, которые не получают грудного молока; такая ситуация сохраняется и в развитых странах, указывая на то, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, гораздо меньше шансов заболеть каким-либо тяжелым заболеванием.

ПОДХОДЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ НАЛАДИТЬ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

- прикладывание ребенка к груди как можно раньше после родов;
- содействие грудному вскармливанию по требованию в течение 24 ч в сутки;
- совместное пребывание матери и ребенка в одной палате в течение всех 24 ч в сутки;
- обеспечение матери информацией о преимуществах грудного вскармливания и опасностях искусственного вскармливания;
- показ матери того, как правильно осуществлять кормление грудью, информирование матери о возможных проблемах;
- Избегать использования заменителей грудного молока и кормления из бутылочки;
- избегать такой больничной практики, которая мешает грудному вскармливанию.

ПРОВЕРКА ПРАВИЛЬНОГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ

- Рот ребенка должен быть широко открыт, губки вывернуты наружу.
- При правильном прикладывании к груди губы и десны ребенка оказывают давление на область вокруг соска (ареолу), ареола должна быть полностью захвачена губами ребенка.
- Язычок должен находиться в нижней части рта, совместные движения языка и нижней челюсти образуют волнообразные движения, так называемый процесс "доения", которые выдавливают молоко, сдавливая молочные синусы, путем прижатия их к небу.
- Язык можно видеть между губами и вашей грудью.
- Ребенок равномерно и медленно высасывает молоко и движения распространяются иногда до ушей. Заметно и иногда даже слышно, как он ест.
- Из-за близкого расстояния, подбородок и нос ребенка могут касаться груди. Вам не следует беспокоиться о его дыхании, природа предусмотрела строение носа и возможность полного дыхания в таком положении. Исключение составляют случаи, когда ребенку приходится "бороться" у груди. Чаще всего борьба вызывается, когда он не может свободно двигать головой, например, если рука взрослого зажимает головку, фиксируя ее движение.

При правильном положении ребенка кормление безболезненно.

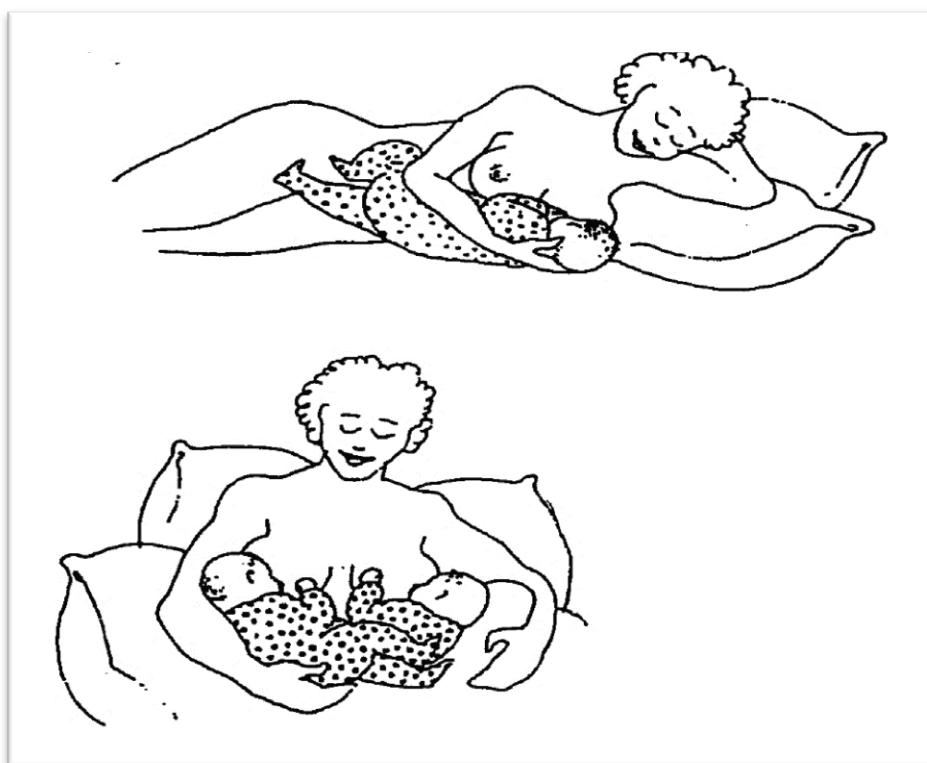


Рис.1 Техника правильного прикладывания

Как помочь матери приложить ребенка к груди

1. Убедиться, что матери удобно и она расслаблена
2. Сесть самому в удобное расслабленное положение
3. Показать, как держать ребенка
Голова и туловище ребенка находятся на одной линии
Рот напротив соска – не ниже, не выше, не слишком далеко
Туловище ребенка близко прижато к телу матери
Мать должна поддерживать тело ребенка снизу (если ребенок новорожденный)
4. Показать матери, как поддерживать грудь: пальцами, прижатыми к стенке грудной клетки; поддерживая грудь указательным пальцем под грудью; большой палец находится сверху груди
5. Показать ей, как прикасаться соском к губам ребенка
6. Подождать, пока ребенок широко откроет рот
7. Быстро придвинуть ребенка к груди, направив его нижнюю губу достаточно дальше соска
8. Спросить мать об ее ощущениях и обратить внимание на реакцию матери
9. Проверить признаки хорошего прикладывания ребенка к груди
10. Попытаться еще раз, если нужно

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Saloojee, H. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants : RHL commentary / H. Saloojee // The WHO Reproductive Health Library ; Geneva : World Health Organization, 04.01.2008.
2. Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal and term infants delivered by elective cesarean section: a prospective randomized controlled trial / S. Gungor, E. Kurt, E. Teksoz, U. Goktolga, T. Ceyhan, I. Baser // Gynecol Obstet Invest., 2006. – № 61. – P. 9–14.
3. Neonatology / Heke Rabe [et al], 2008. – № 93. – P. 138–144.
4. Rabe, H. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants / H. Rabe, G. Reynolds, J. Diaz-Rossello // Cochrane Database Syst. Rev., 2004. – 4. – CD003248.
5. A guide to effective care in pregnancy and childbirth / M. Enkm [et al.] // Oxford. University press, 2000.
6. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care : a guide for essential practice : WHO, Geneva, 2006.
7. Zupan, J. Topical umbilical cord care at birth / J. Zupan, P. Gamer, A.A.J. Omari // Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004. – 3. – CD001057.
8. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. / M.J. Renfrew, S. Lang, L. Martin, M.W. Woolridge // Cochrane Database Syst Rev, 2000. – 2. – CD000090.
9. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn : рекомендации ВОЗ по уходу за матерью и новорожденным в постнатальном периоде.
10. Thermal Control of the Newborn: a practical guide : WHO Geneva, 1993.
11. Baby friendly hospital initiative (BFHI), Part I- European Action Plan : WHO/UNICEF, August 1992.

Учебное издание

Крастелёва Ирина Михайловна

Васильев Сергей Алексеевич

Ан Диана Владимировна

Федотова Элеонора Владимировна

РЕАЛИЗАЦИЯ
БЛАГОЖЕЛАТЕЛЬНОСТИ К МАТЕРИ И РЕБЕНКУ
В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 19.11.2019. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,44. Уч.- изд. л. 1,10. Тираж 60 экз. Заказ 181.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

