



Челябинский областной
центр дополнительного
профессионального образования
специалистов здравоохранения

**Базовая медицинская помощь
новорождённому
в родильном зале и в послеродовом
отделении**

**Никонова Олеся Николаевна
Преподаватель клинических дисциплин.**

г. Челябинск, 2021 г.



БАЗОВАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННОМУ

Определение:

Базовая помощь новорожденному - минимальный набор медицинских вмешательств, доступных при всех родах, независимо от места рождения ребенка.

Базовая неонатологическая помощь рассматривается как важнейший компонент поддержания не только здоровья новорожденного и матери, но и фактор, определяющий высокое качество жизни и здоровый психологический климат семьи: положительная эмоциональная память о родах способствует желанию

семьи иметь еще нескольких детей. Кроме того, правильно организованная базовая неонатологическая помощь помогает экономить материальные ресурсы за счет исключения ненужных процедур и излишних лекарственных препаратов, а также средств, расходуемых на лечение заболеваний у новорожденных, которые связаны с нарушениями адаптации.



ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ:

- Поддержание нормальной температуры тела новорождённого;
- Готовность к оказанию своевременной качественной первичной реанимационной помощи новорождённому;
- Обеспечение возможно раннего начала грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребёнка;
- Профилактика инфекционной заболеваемости, в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, их лечение;
- Вакцинация новорожденных против гепатита В и туберкулеза в условиях родильного дома;
- Проведение неонатального скрининга на наследственные заболевания;
- Проведение аудиологического скрининга путем вызванной отоакустической эмиссии с целью раннего выявления и реабилитации нарушений слуха у детей
- Использование современных технологий с учётом психологических и эмоциональных аспектов родов, понимание основ нормальной и патологической физиологии неонатальной адаптации;
- Доброжелательная обстановка во время родов, содействие раннему формированию привязанности между матерью и новорождённым;
- Активное вовлечение матери и других членов семьи в уход за ребёнком, участие в принятии решений о тактике ведения новорождённого

ГОТОВНОСТЬ К ПЕРВИЧНЫМ РЕАНИМАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ.



Независимо от прогноза и степени риска рождения ребёнка в асфиксии, весь медицинский персонал, участвующий в приёме родов должен владеть первичной реанимацией новорождённого в полном объёме.

1. ОБСУШИВАНИЕ НОВОРОЖДЁННОГО, ОСМОТР И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ

Испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела новорождённого в течение нескольких секунд после рождения - это интенсивный сенсорный стимул, вызывающий спонтанное дыхание после рождения. В этот момент потеря тепла носит физиологический характер, её невозможно избежать. Если охлаждение продолжается в течение нескольких минут, то температура тела ребёнка снижается до 36,5(С) и ниже, развивается гипотермия, что является патологическим состоянием, которое необходимо предупредить.

После рождения необходимо немедленно промокая обсушить ребёнка, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

ШКАЛА АПГАР

	0 баллов	1 балл	2 балла
Окраска кожного покрова	Общая бледность или общая синюшность	Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей	Розовая окраска всего тела и конечностей
Частота сердечных сокращений за 1 минуту	Сердцебиения отсутствуют	<100	>100
Рефлекторная возбудимость	Отсутствует	Реакция слабо выражена (grimаса, движение)	Реакция в виде движения, кашля, чиханья, громкого крика
Мышечный тонус	Отсутствует, конечности свисают	Снижен, некоторое сгибание конечностей	Выражены активные движения
Дыхание	Отсутствует	Нерегулярное, крик слабый, гиповентиляция	Нормальное, крик громкий

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

После обсушивания необходимо оценить состояние ребёнка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях.

При осмотре важно обратить внимание на следующее:

- Наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений

- Цвет кожных покровов
- Выявление врождённых дефектов и признаков заболеваний—позволяет обеспечить своевременное и адекватное лечение;
- Наличие косвенных признаков незрелости ребенка и задержки внутриутробного развития – более точное определение будет возможно только после уточнения срока родов и измерение антропометрических параметров.

— оценка этих признаков позволяет определить показания к проведению срочных реанимационных мероприятий в течение 30 с после родов;

Признаки рождения здорового ребенка:

- Спонтанное дыхание в течение 30 с после рождения,
- Громкий крик
- Частота сердечных сокращений более 100 в минуту
- Розовый цвет кожи (в отдельных случаях распространенный цианоз кожи может наблюдаться в течение первых 4х минут)

ПЕРВЫЙ ОСМОТР НОВОРОЖДЁННОГО.

Оценка по шкале Апгар проводится через **1 минуту** и через **5 минут** после рождения ребенка.

Первый осмотр новорожденного желательно 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

Если состояние ребенка удовлетворительное, после обсушивания кожи его следует положить на живот матери (эпигастральная область) и прикрыть тёплой пелёнкой.

ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА



Масса тела при рождении фиксируется при первом измерении в течение первых часов после родов. Антропометрические параметры в соответствии со сроком гестации дают возможность оценить степень зрелости новорожденного и наличие задержки внутриутробного развития.

Низкой массой тела при рождении считают показатель **менее 2500г**. Срок гестации вычисляют от первого дня последней нормальной менструации, выражая в полных неделях и днях. Дошенная беременность длится 37 – 42 полные недели (259 – 293 дня)

ПЕРЕЖАТИЕ И ОТСЕЧЕНИЕ ПУПОВИНЫ

Пуповину следует пересекать стерильными инструментами, обработав её кожными антисептиками, после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты, но не позднее 10 минут после рождения ребенка. При этом пуповина протирается стерильной марлевой салфеткой с антисептиком. Марлевая салфетка на пупочный остаток не накладывается.

Дополнительный объем крови, который ребенок получит из плаценты, обеспечит легочно-сердечную адаптацию, дополнительное количество эритроцитов повысит запасы железа в организме.

Раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может привести к снижению уровня гемоглобина и развитию поздней анемии. С другой стороны, слишком позднее пережатие пуповины нередко приводит к развитию гиперволеми (увеличению объёма циркулирующей крови) и полицитемии (увеличением количества эритроцитов), которая может быть причиной респираторных нарушений, гипербилирубинемии (повышение концентрации билирубина в сыворотке крови – желтуха новорождённого).



ПЕРЕЖАТИЕ ПУПОВИНЫ В КОНЦЕ ПЕРВОЙ МИНУТЫ ЖИЗНИ:

Один зажим Кохера наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца

Второй зажим Кохера наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы

Третий зажим наложить на 2 см кнаружи от первого, участок пуповины между первым и третьим зажимами Кохера протереть марлевым шариком, смоченным 70 % раствором этилового спирта, пересечь стерильными ножницами

Срез детской культи пуповины смазывают 1 % раствором йодоната.



ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ



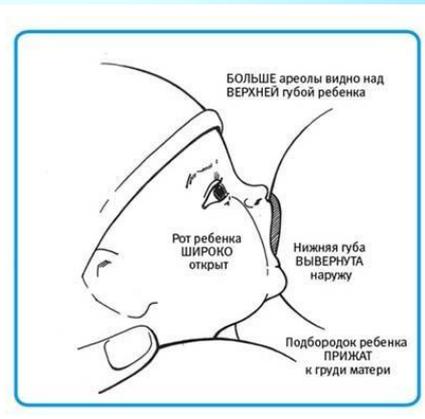
Сразу же после рождения здоровый ребёнок инстинктивно начинает поиск пищи. В течение нескольких часов жизни новорождённый бодрствует, активен и готов к кормлению. Ребёнок может быть менее активным, если матери во время родов были назначены седативные или обезболивающие лекарственные препараты.

Очень важно обеспечить полноценное общение матери и ребёнка сразу после родов. Для того, чтобы первое кормление было успешным, необходимо:

- принимая роды, нужно свести объём медицинского вмешательства к минимуму;
- по возможности избегать применения лекарственных средств, проникающих через плаценту и вызывающих сонливость у ребёнка;
- обеспечить ребёнку контакт с матерью «кожа к коже»;
- предоставить матери и ребёнку возможность общаться друг с другом;
- помочь ребёнку найти грудь, показав матери, как правильно приложить его.

Убедите родившую женщину, что в первые сутки не должно быть ощущения, что грудь полная. Это не означает, что в груди нет молока, молозиво вырабатывается в небольшом объеме, а «зрелое» молоко появится в течение нескольких дней.

Помогите приложить ребенка к груди, обратите внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди).



Консультирование и помощь в родильном зале по вопросам грудного вскармливания сразу после рождения ребенка закладывают основы правильного вскармливания ребенка в последующем. От того, как быстро и правильно ребенок будет приложен к груди в родильном зале, зависит отсутствие многих проблем с грудным вскармливанием в дальнейшем.

Кормление грудью способствует сокращению матки и остановке послеродового кровотечения. Во время первых кормлений грудью мать может почувствовать болезненные сокращения матки и увеличение объема кровянистых выделений. Это нормальный процесс, обусловленный окситоцином, который способствует выделению молока и сокращению матки.

Разлучать ребёнка с матерью следует только при тяжелом состоянии ребенка и/или матери. Необходимые процедуры (взвешивание, вторичная обработка пуповинного остатка, пеленание ребёнка) рекомендуется проводить после первого прикладывания ребенка к груди, после того, как он получит первые капли молозива.

ПОДДЕРЖКА РОДИВШЕЙ ЖЕНЩИНЫ

Рождение ребенка и первые минуты, и часы сразу после рождения, требуют от матери большого физического и эмоционального напряжения.

Оказывая медицинскую помощь матери и ребенку, персонал не должен забывать об эмоциональном состоянии матери.

Сразу после рождения ребенка:

Поздравьте мать с рождением ребенка и спросите о первых ощущениях и переживаниях, спросите, как она себя чувствует, и приободрите ее.



ВТОРИЧНАЯ ОБРАБОТКА ПУПОВИННОГО ОСТАТКА

Для вторичной обработки пуповины в настоящее время наиболее надежным и безопасным является одноразовый пластмассовый зажим, который накладывается на пуповинный остаток, при этом оптимальное расстояние от кожи живота до зажима составляет 1 см. При наложении зажима слишком близко к коже может возникнуть потёртость. После наложения зажима ткань пуповины выше зажима отсекают, вытирают кровь.



УХОД ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЁННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ

Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой, защищающей кожу в период внутриутробного развития. Снятие первородной смазки в родильном зале не рекомендуется. Если кожа ребёнка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным тёплой водой. Обмывание ребёнка под краном в родильном зале не рекомендуется.



УХОД ЗА ГЛАЗАМИ

Для профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать:

- 1% мазь тетрациклина гидрохлорида (однократное закладывание за нижнее веко);
- мазь эритромицина фосфата 10000 ЕД в 1г (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% раствора сульфацила натрия (альбуцид)



БАЗОВАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННОМУ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ПАЛАТАХ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ РЕБЕНКА

Первичный осмотр новорождённого в отделении

При первичном осмотре ребенка необходимо отметить следующие признаки.

Поза - у здорового новорождённого руки и ноги умеренно согнуты, и приподняты над поверхностью, на которой лежит ребёнок.

Спонтанные движения - стереотипны, симметричны, участвуют все конечности. Движения могут быть беспорядочными, принимать характер тремора (дрожания) и клонусов (толчкообразных движений). Симметричные клонусы считают нормой, их необходимо дифференцировать с судорогами: тремор и клонусы прекращаются при удерживании конечности ребёнка рукой взрослого.

БАЗОВАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННОМУ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ПАЛАТАХ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ РЕБЕНКА



Сон и бодрствование-поведение новорождённого может варьировать от глубокого сна до выраженной спонтанной двигательной активности, сопровождающейся криком. Циклические изменения сна и бодрствования нормальны для здорового новорождённого.

Мышечный тонус - здоровый ребёнок имеет физиологический мышечный гипертонус - классическая поза плода в утробе матери — согнутые и поджатые к животу ноги, слегка разведенные в коленях; согнутые в локтях руки, плотно прижатый к телу подбородок. После появления на свет малыш некоторое время будет находиться в этой «сгруппированной» позе. Потребуется несколько месяцев, а то и больше, чтобы мышцы постепенно перешли в нормальный режим работы. Физиологический гипертонус может сохраняться до шестимесячного возраста.

В вертикальном положении новорождённый способен в течение короткого времени удерживать голову, в положении на животе ненадолго приподнимает голову и таз.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ НОВОРОЖДЁННОГО:



Рефлекс Моро: возникает в ответ на резкий звук или на отклонение головы новорождённого кзади. У здорового ребёнка рефлекс живой и симметричный.

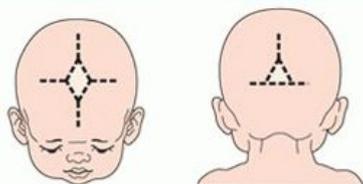
Хватательный рефлекс: вызывают надавливанием пальцами на ладонь или стопу новорождённого. Обычно сила хватательного рефлекса такова, что новорождённого можно слегка приподнять от поверхности, вложив свои пальцы в кулачки ребёнка. Движение головы младенца при этом запаздывает. Во время проверки хватательного рефлекса не следует одновременно касаться тыльных поверхностей кисти, это раздражение вызывает рефлекс выпрямления пальцев.

Поисковый и сосательный рефлексы: прикосновение к коже вокруг рта ребёнка вызывает движение головы в сторону касающегося предмета. Если вложить кулачок ребёнка или сосок в рот ребёнку, возникает сосательный рефлекс значительной силы. Сосание и глотание — скоординированный акт, требующий последовательного сокращения приблизительно 30 мышц.

Шагательный рефлекс: при соприкосновении стопы с твёрдой поверхностью ребёнок начинает выполнять медленные примитивные движения, напоминающие ходьбу.

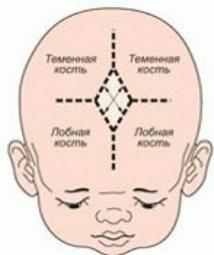


ОСМОТР ГОЛОВЫ



большой родничок

малый родничок



Во время родов череп новорождённого подвергается интенсивному воздействию.

К моменту родов голова является наибольшей по окружности частью тела новорожденного.

В подавляющем большинстве случаев голова осуществляет формирование родового канала и принимает на себя максимальную нагрузку.

Способность головы новорожденного к деформации в ходе родов обусловлена наличием у нее двух свойств, абсолютно не характерных для головы взрослого, а именно упругости и эластичности.

Эластичность черепа обусловлена наличием родничков, которые представляют собой межкостные промежутки, выполненные плотной мембраной, образованной сросшимися между собой твердой мозговой оболочкой и надкостницей.

Всего на голове новорожденного имеется четыре родничка: большой, малый и два боковых. Кроме того, эластичность черепа обусловлена строением его швов, которые также выполнены соединительнотканной мембраной.



Данные образования обеспечивают взаимную подвижность костей черепа в ходе родового акта и уменьшение объема головы при прохождении через родовой канал.

Образования, обеспечивающие упругость черепа новорожденного, препятствуют чрезмерной деформации головы в родах, предохраняя от травматизации внутричерепные образования.

При осмотре необходимо обратить внимание на состояние кожи головы (цвет, наличие кровоизлияний, травматических повреждений) и состояние родничков.

Размер большого родничка в норме варьирует от одного до нескольких сантиметров. Когда новорождённый спокоен в положении на спине, большой родничок мягкий, несколько запавший. В вертикальном положении втяжение родничка выражено сильнее.

ОСМОТР КОЖИ

Кожа здорового доношенного ребёнка 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).

«Феномен арлекина» — эритема одной половины туловища, возникающая в положении на боку преимущественно у недоношенных детей. Эритема имеет чёткую 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.



ОСМОТР ГЛАЗ

Для того чтобы осмотреть глаза ребёнка следует организовать умеренное освещение, осторожно наклоняя голову ребёнка вверх и вниз, что вызовет рефлекторное открывание глаз новорождённого.

Доношенный ребёнок способен фиксировать взгляд на короткий период времени. У здорового новорождённого глазные яблоки могут двигаться несодружественно, особенно во время сна, это нормально. Быстрые беспорядочные движения глазных яблок, нистагм (неконтролируемые колебательные движения глазных яблок) требуют пристального внимания.



ОЦЕНКА БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Внимательный осмотр позволяет обнаружить признаки снижения эластичности лёгочной ткани:

- участие вспомогательной дыхательной мускулатуры,
- раздувание крыльев носа,
- втяжение податливых мест грудной клетки,
- тахипноэ - учащённое поверхностное дыхание (в норме число дыхательных движений у новорождённого не превышает 60 в минуту).

Хрипы в грудной клетке в первые минуты жизни могут выслушиваться и у здоровых детей.

Частота сердечных сокращений у новорождённого обычно составляет 120 – 140 в минуту.

ОСМОТР НА НАЛИЧИЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ

Необходимо отметить наличие малых аномалий развития (синдактилия, полидактилия и др.), анального отверстия, правильность строения наружных половых органов, признаки зрелости.



Если состояние матери и ребенка удовлетворительное, через 2 часа они вместе переводятся в палату совместного пребывания.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОТЕРИ ТЕПЛА, ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТЕРМИИ

Основной симптом наличия холодового стресса у ребёнка — понижение температуры ступней и ладоней на ощупь; вне этого состояния у новорождённого стопы и ладони тёплые. Существует подтверждённый практикой и данными доказательной медицины перечень мероприятий, направленных на профилактику и лечение гипотермии.

Концепция «тепловой цепочки», предложенная Всемирной Организацией Здравоохранения, представляет собой последовательность взаимосвязанных процедур, снижающих вероятность развития гипотермии и способствующих хорошему самочувствию ребёнка.



«ТЕПЛОВАЯ ЦЕПОЧКА»

- Обучение персонала родовспомогательных учреждений мерам профилактики гипотермии новорождённого;
- Создание оптимального температурного режима для новорождённого (температура воздуха в родильном зале не ниже 24°C, включение лампы лучистого тепла за 30 мин до родов, согревание комплекта белья, предназначенного для ребёнка);
- Немедленное обсушивание родившегося ребёнка тёплой пеленкой, немедленная смена влажной пелёнки на сухую;
- Выкладывание ребёнка, накрытого сухой пелёнкой, на грудь матери;
- Раннее прикладывание ребёнка к материнской груди;
- Предотвращение потери тепла (на голову ребёнка следует надеть шапочку, мать и ребёнка лучше укрыть одним одеялом);
- Предотвращение охлаждения ребёнка при проведении первичной реанимационной помощи в родильном зале;
- При необходимости перевода новорождённого в другое учреждение — обеспечение поддержания температуры тела ребёнка во время транспортировки.

ПЕЛЕНАНИЕ

Нет необходимости использовать стерильное белье для новорожденного в течение первой недели жизни. Предпочтительно одевать ребёнка в хлопчатобумажную одежду, свободно пеленая нижнюю часть тела, оставляя подвижными руки и голову в шапочке. Допустимо использование «домашнего» белья для ребенка, при условии совместного пребывания и достаточного количества чистого белья, которые приносят близкие при посещении матери и ребенка.

Тугое пеленание не рекомендуется, так как приводит к нежелательным последствиям:

- блокированию движений диафрагмы, что затрудняет вентиляцию лёгких;
- нарушению циркуляции крови в конечностях;
- дисплазии тазобедренных суставов, особенно когда ноги ребенка жестко фиксируют в положении разгибания и приведения;
- уменьшению воздушной прослойки между телом ребёнка и одеждой, что ухудшает термоизоляцию; повышает риск как перегревания, так и гипотермии
- ограничению движений конечностей ребёнка, что снижает возможности развития нервно - мышечной координации;
- затруднению правильного прикладывания к груди и грудного вскармливания (ребёнку трудно достаточно широко открыть рот и повернуть голову), что уменьшает вероятность успешной лактации.

ПОДДЕРЖКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.

Грудное молоко — лучшее, адаптированное самой природой питание для ребёнка, обеспечивающее его всеми питательными веществами, необходимыми в течение первых 6 месяцев жизни. Состав грудного молока меняется не только в течение суток, но и в течение первого года жизни ребёнка, вслед за его меняющимися потребностями.

В первые дни после рождения ребёнка молочные железы роженицы вырабатывают молозиво — густое желтоватое молоко. В молозиве содержится больше белка, антител и других факторов защиты, чем в зрелом молоке. Молозиво обладает мягким послабляющим эффектом, способствует своевременному очищению кишечника новорождённого от мекония. Молозиво также способствует развитию и нормальному становлению функций кишечника ребёнка после рождения, предупреждает развитие в дальнейшем аллергических реакций и непереносимость другой пищи.

По своему витаминному составу молозиво отличается от зрелого молока. Особенно много в нем витамина А.

Учитывая уникальный состав молозива, очень важно, чтобы ребёнок получал его с первых часов жизни. Молозиво содержит все необходимые питательные компоненты, и полностью обеспечивает потребности ребёнка в питательных веществах до появления зрелого молока у матери.

УСЛОВИЯ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Основные условия успешного грудного вскармливания в раннем неонатальном периоде:

1. Нет необходимости перед каждым кормлением мыть грудь, обрабатывать соски, особенно с мылом.
2. Частое прикладывание ребенка к груди способствует «прибыванию» молока
3. В течение первой недели после родов грудь выглядит набухшей, женщина может испытывать чувство «распирания» в груди. Это проходит достаточно быстро, если часто прикладывать ребенка к груди.
4. Здоровому ребенку достаточно только грудного молока, и нет необходимости давать ему воду.
5. Частота и продолжительность кормлений должны определяться желанием ребенка и ему необходимо дать возможность сосать, пока сам не отпустит грудь.
 - Необходимо дать возможность ребенку высосать одну грудь, перед тем, как дать вторую, для того, чтобы он получил достаточно «заднего» молока, содержащего жиры в высокой концентрации.
 - В период становления лактации матери необходима психологическая поддержка и практическая помощь. Нужно показать матери несколько основных приемов, которые способствуют тому, чтобы ребенок правильно взял грудь и эффективно сосал.

УХОД ЗА ПУПОВИНЫМ ОСТАТКОМ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Пуповинный остаток высыхает, и мумифицируется при воздействии воздуха, затем отпадает в течение первой недели жизни.

Согласно международным рекомендациям, для ухода за пуповинным остатком не требуется создания стерильных условий.

Не рекомендуется обрабатывать пуповинный остаток какими-либо антисептиками (растворы анилиновых красителей, спирт, раствор калия перманганата и т.п.), достаточно содержать его сухим и чистым, предохранять от загрязнения мочой, калом, а также от травмирования при тугом пеленании или использовании одноразовых подгузников с тугой фиксацией.

Доказано, что местное использование антисептиков не только не уменьшает частоту инфекций, но и способствует задержке спонтанного отпадения пуповинного остатка. В случае загрязнения пуповинный остаток и кожу вокруг пупочного кольца можно промыть водой, и осушить чистой ватой или марлей.

УХОД ЗА ПУПОВИННЫМ ОСТАТКОМ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Не рекомендуется пользоваться повязками и дополнительным подвязыванием пуповины для ускорения процесса мумификации.

Значительно снижает частоту гнойно-воспалительных заболеваний пупочной ранки ранняя выписка из родильного дома (на 2–4-е сутки после родов), в том числе до отпадения пуповины.

Насильственное удаление (отсечение) пуповинного остатка не рекомендуется, так как 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 новорождённого.

Выписка новорождённого домой ранее отпадения пуповинного остатка возможна.

УХОД ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЁННОГО И ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЖИ

При уходе за здоровой кожей новорождённого следует избегать любых действий, которые могут нарушить защитный барьер кожи (воздействие повышенной влажности, трение, раздражающие вещества, травмы).

Снижению бактерицидных свойств кожи способствуют обезжиривание (спиртом, эфиром), охлаждение, раздражение кожи мочой и калом, приводящее к разжижению водно-липидной мантии эпидермиса.

Следует учитывать, что наличие интенсивного шелушения кожи в течение первых недель жизни является нормой, и не требует обработки специальными средствами.

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

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

Вакцинопрофилактика в родильном доме должна проводиться только после получения добровольного информированного согласия родителей или законных представителей пациента;

Вакцинация БЦЖ и БЦЖ - М. Специфическую профилактику туберкулеза можно проводить только зарегистрированными в Российской Федерации препаратами:

- Вакциной туберкулезной (БЦЖ) сухой для внутрикожного введения и
- Вакциной туберкулезной (БЦЖ-М) сухой (для щадящей первичной иммунизации).

Прививки проводит специально обученная медицинская сестра, прошедшая специальную подготовку по технике и методике проведения внутрикожной пробы Манту и вакцинации (ревакцинации) БЦЖ, получившая допуск сроком на 1 год.

В медицинской карте врачом в день вакцинации должна быть сделана подробная запись с указанием результатов термометрии, развернутым дневником наблюдения, назначением введения вакцины БЦЖ (БЦЖ-М) с указанием метода введения (в/к), дозы вакцины 0,05 (0,025), серии, номера, срока годности и изготовителя вакцины. Паспортные данные препарата должны быть прочитаны врачом на упаковке и на ампуле с вакциной.

ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ

Перед вакцинацией врач и медицинская сестра должны обязательно ознакомиться с инструкцией по применению вакцины, а также предварительно информировать родителей или законных представителей ребенка об иммунизации и местной реакции на прививку и взять у них письменное согласие на проведение вакцинации.

Проведение вакцинации новорожденных в родильном доме (отделении патологии) допускается в детской палате в присутствии врача. В этих случаях формирование укладки для вакцинации производят в специальной комнате.

Все необходимые для проведения вакцинации БЦЖ предметы (столы, биксы, лотки, шкафы и т.д.) должны быть маркированы.

Вакцинацию в родильном доме проводят в утренние часы.

В день вакцинации во избежание контаминации никакие другие парентеральные манипуляции ребенку не проводят, в том числе неонатальный скрининг.

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.

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

Главный врач родильного дома (зав. отделением) выделяет двух медсестер для прохождения специальной подготовки по технике введения вакцины.

При направлении в детскую поликлинику обменной карты (учетная форма N0113/у) родильный дом (отделение) отмечает в ней дату внутрикожной вакцинации, серию вакцины, срок ее годности и название института-изготовителя.

Врач-неонатолог информирует родителей, что через 4 - 6 недель после внутрикожной вакцинации у ребенка должна развиться местная прививочная реакция, при появлении которой ребенка необходимо показать участковому педиатру. Место реакции категорически запрещается обрабатывать любыми растворами и смазывать различными мазями

Детям, родившимся вне родильного дома, а также новорожденным, которым по каким-либо причинам не была сделана прививка, вакцинация проводится в детской поликлинике (в детском отделении больницы, на фельдшерско-акушерском пункте) специально обученной методике внутрикожной вакцинации медицинской сестрой (фельдшером).

Для вакцинации новорожденных внутрикожным методом в детской комнате родильного дома (отделения) необходимо иметь:

Холодильник для хранения вакцины БЦЖ и БЦЖ-М при температуре не выше +8 °С.

Шприцы 2 -5-граммовые одноразового применения для разведения вакцины -2 -3 шт.

Шприцы одноразовые туберкулиновые с хорошо пригнанным поршнем и тонкой короткой иглой с коротким косым срезом - не менее 10 -15 шт. на один день работы.

Иглы инъекционные N840 для разведения вакцины -2 -3 шт.

Этиловый спирт (70%), регистрационный N74/614/11(12).

Дезинфекционные растворы, действующие в отношении возбудителей инфекций бактериальной (в том числе

Все необходимые для внутрикожной вакцинации предметы должны храниться в закрытом отдельном шкафчике. Использование их для каких-либо других целей категорически запрещается.

Вакцину **БЦЖ** и **БЦЖ-М** вводят строго **внутрикожно** на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча после предварительной обработки кожи 70° спиртом.

При правильной технике введения должна образоваться папула беловатого цвета диаметром не менее 7 -9 мм, исчезающая обычно через 15 -20 мин.

Введение препарата под кожу недопустимо, так как при этом может образоваться холодный абсцесс.

Запрещено наложение повязки и обработка йодом и другими дезинфицирующими растворами места введения вакцины.

РЕАКЦИЯ НА ВВЕДЕНИЕ

На месте внутрикожного введения вакцины БЦЖ-М развивается специфическая реакция в виде папулы размером 5 -10 мм в диаметре.

У новорожденных нормальная прививочная реакция проявляется через 4 -6 недель.

Реакция подвергается обратному развитию в течение 2 -3-х месяцев, иногда и в более длительные сроки.

Место реакции следует предохранять от механического раздражения, особенно во время водных процедур.

Осложнения после вакцинации встречаются редко и обычно носят местный характер.



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ:

Противопоказания к вакцинации БЦЖ:

Недоношенность (при массе тела при рождении менее 2500 г).

Вакцинацию откладывают при острых заболеваниях и обострениях 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.) до исчезновения клинических проявлений заболевания.

Иммунодефицитное состояние (первичное).

Генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье.

ВИЧ-инфекция у матери.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ - М:

Недоношенность - масса тела при рождении менее 2000 г.

Вакцинацию откладывают при острых заболеваниях и обострениях 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.) до исчезновения клинических проявлений заболевания.

Иммунодефицитное состояние (первичное).

Генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье.

ВИЧ-инфекция у матери.

Лица, временно освобожденные от прививок, должны быть взяты под наблюдение и учет и привиты после полного выздоровления или снятия противопоказаний. Дети, не вакцинированные в период новорожденности, получают вакцину БЦЖ –М после отмены противопоказаний.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИНЫ БЦЖ И БЦЖ - М

Причинами возникновения осложнений после иммунизации туберкулезной вакциной, могут являться:

- биологические свойств штамма
- нарушения техники внутрикожного введения препарата,
- наличие противопоказаний к проведению прививки
- 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 часов жизни (перед прививкой БЦЖ).

В исключительных случаях возможно продление срока начала иммунизации до 24 часов жизни.

Техника введения.

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 редки, слабо выражены и преходящи. 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 (форма 112/у) и карту профилактических прививок (форма 063/у).

В медицинских документах также отражают характер, сроки общих и местных реакций, если они возникли.

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

ВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Временными противопоказаниями к введению вакцины новорожденным следует считать:

1. Массу 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;
 - дети из группы высокого риска по развитию ГБН.
 - 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.



ОСОБО ВЫСОКАЯ ГРУППА РИСКА ПО ИНФИЦИРОВАНИЮ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В

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

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

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Проводится только после получения информированного добровольного согласия родителей или официальных представителей пациента на медицинское вмешательство;

Обследования новорожденных детей (далее -неонатальный скрининг) на наследственные заболевания (адреногенитальный синдром, галактоземию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, фенилкетонурию) в целях их раннего выявления, своевременного лечения, профилактики инвалидности и развития тяжелых клинических последствий, а также снижения летальности от наследственных заболеваний.



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАБОРУ ОБРАЗЦОВ КРОВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАССОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:



1. Забор образцов крови при проведении массового обследования новорожденных детей на наследственные заболевания осуществляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период родов, специально подготовленным работником.
2. В случае отсутствия в документации новорожденного ребенка отметки о заборе образца крови при его поступлении под наблюдение в детскую поликлинику по месту жительства или переводе по медицинским показаниям в больничное учреждение забор образца крови для проведения исследования осуществляется в учреждении специально подготовленным работником.

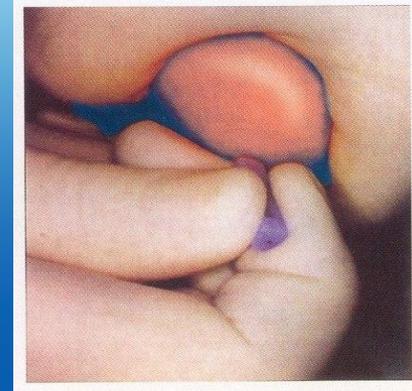
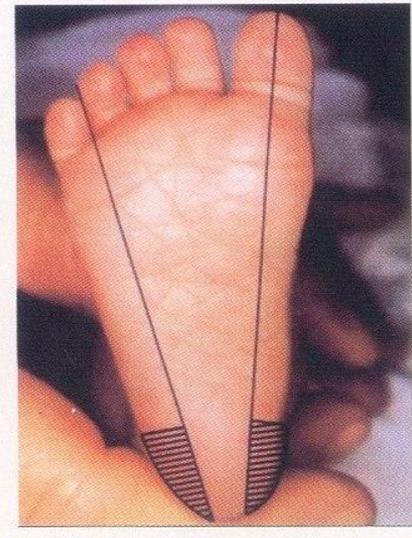
3. Образец крови берут из пятки новорожденного ребенка через 3 часа после кормления на 4 день жизни у доношенного и на 7 день - у недоношенного ребенка.

4. Забор образцов крови осуществляется на специальные фильтровальные бумажные тест -бланки (далее -тест-бланк), которые выдаются медико-генетической консультацией (центром) государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь женщинам в период родов, по количеству ежегодного числа родов и, при необходимости, государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь детям.

5. Перед забором образца крови пятку новорожденного ребенка необходимо вымыть, протереть стерильной салфеткой, смоченной 70-градусным спиртом. Во избежание гемолиза крови обработанное место следует промокнуть сухой стерильной салфеткой.

6. Прокол пятки новорожденного ребенка осуществляется одноразовым скарификатором, первая капля крови снимается стерильным сухим тампоном. Мягкое надавливание на пятку новорожденного ребенка способствует накоплению второй капли крови, к которой перпендикулярно прикладывается тест-бланк, пропитываемый кровью полностью и насквозь в соответствии с указанными на тест-бланке размерами. Вид пятен крови должен быть одинаковым с обеих сторон тест-бланка.

7. Тест-бланк высушивается в горизонтальном положении на чистой обезжиренной поверхности не менее 2 часов без применения дополнительной тепловой обработки и попадания прямых солнечных лучей.



ТЕСТ - БЛАНК

8. Работник, осуществляющий забор образцов крови, на тест-бланке, не затрагивая пятен крови, шариковой ручкой, разборчиво, записывает следующие сведения:

наименование учреждения здравоохранения, в котором произведен забор образцов крови у новорожденного ребенка;

- фамилия, имя, отчество матери ребенка;
- адрес выбытия матери ребенка;
- порядковый номер тест-бланка с образцом крови;
- дата родов;
- номер истории родов;
- дата взятия образца крови;
- состояние ребенка (здоров/(болен -диагноз));
- доношенный/недоношенный/срок гестации;
- вес ребенка;
- фамилия, имя, отчество лица, осуществляющего забор крови.

9. Тест-бланки ежедневно собираются и проверяются на качество забора крови и правильность их заполнения медицинским работником, назначенным главным врачом учреждения здравоохранения.

10. Во избежание загрязнения тест-бланки упаковываются, не соприкасаясь пятнами крови, герметично, в чистый конверт и в специальной упаковке с соблюдением температурного режима (+2 -+8 °С) доставляются для проведения исследований в медико-генетическую консультацию (центр) не реже одного раза в 3 дня.

11. Исследование образцов крови проводится в медико-генетической консультации (центре) в срок до 10 дней после забора образца крови.



АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ



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

Программа аудиологического скрининга включает 2 этапа
1 этап (скрининговый). На этом этапе проводится обследование слуха в роддомах у всех новорожденных в возрасте 3-4 дней с помощью регистрации вызванной отоакустической эмиссии (звук, генерируемый в наружном слуховом проходе колебаниями наружных волосковых клеток улитки).

2 этап (диагностический). Он проводится в сурдологическом центре в возрасте до 3 месяцев с помощью более глубоких методов детям, у которых отоакустическая эмиссия не была зарегистрирована на 1-ом 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 беременности
- Токсикозы беременности
- Тяжелая ante - и интранатальная гипоксия плода
- Асфиксия новорожденного
- Глубокая степень недоношенности
- Переношенность
- Очень низкая и экстремально низкая масса тела при рождении
- Врожденная патология челюстно-лицевого скелета
- Внутрочерепная родовая травма
- Тяжелое гипоксически-ишемическое поражение ЦНС
- Тяжелое гипоксически - геморрагическое поражение ЦНС
- Гемолитическая болезнь новорожденного
- Стойкая и/или выраженная гипербилирубинемия
- Использование для лечения новорожденного ребенка лекарственных препаратов с потенциальным ототоксическим эффектом.





Аудиологический скрининг новорожденных должны проводить медицинские работники родовспомогательных учреждений, прошедшие тематическое усовершенствование.



Медицинский работник родовспомогательного учреждения и отделения для новорожденных, осуществляющий аудиологический скрининг, должен записывать сведения о проведении и результатах аудиологического скрининга в историю родов, историю развития новорожденного (историю болезни), выписную справку.



В случае отсутствия в документации новорожденного отметки о проведении аудиологического скрининга при его поступлении под наблюдение в детскую поликлинику по месту жительства аудиологический скрининг проводится в детской поликлинике.



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

ОБЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И РОДИТЕЛЕЙ НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЕНКА (КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ)



Рождение ребёнка вызывает в семье значительный эмоциональный всплеск, чаще радости и счастья, в случае рождения больного или недоношенного ребёнка — тревоги, страха и отчаяния.



Задача медицинских работников при общении с молодой матерью и членами её семьи в первом случае заключается в том, чтобы ничем не омрачить радости, не вызвать необоснованной тревоги за здоровье ребёнка, а во втором случае - поддержать родителей, постараться уменьшить чувство вины, настроить на положительное эмоциональное восприятие ребёнка.



Если врач считает, что нужно обратить внимание родителей на какую-либо деталь при осмотре новорождённого, следует также разъяснить её значение.

Консультирование пациента (в педиатрической практике — матери или родителей ребёнка) по различным вопросам — не менее важный аспект медицинской деятельности, чем диагностические процедуры или назначение лекарственных средств.

Консультирование матери или родителей ребёнка — диалог медика и матери (семьи) ребёнка с целью предоставления исчерпывающей информации о состоянии здоровья ребенка, основных принципах ухода за ним, обеспечения его безопасности.

Даже если роды прошли благополучно, родителям важно, чтобы рядом был понимающий человек, при необходимости оказывающий практическую помощь и не делающий при этом критических замечаний.

Родильницу необходимо хвалить за правильные действия, настойчиво убеждать в том, что она может быть хорошей матерью, в состоянии кормить новорождённого грудным молоком, давать советы, когда в них возникает необходимость.



Важно дать понять матери и членам семьи, что независимо от их характера, социального положения, этнических и религиозных особенностей врач или медицинская сестра настроены доброжелательно и благосклонно.

Консультирование невозможно, если мать не доверяет медицинскому работнику.

Следует помнить, что в течение первых недель после родов все матери более эмоциональны и чувствительны, чем обычно.

Любая информация, сообщаемая медицинским работником, должна быть последовательна, изложена понятным пациенту языком.

Психологическая удовлетворённость родителей общением с медицинским персоналом — важная часть качественной медицинской помощи.

С РОЖДЕНИЕМ НОВОГО ЗНАНИЯ!



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!