Уход за новорожденным в стационаре.

Отделение новорожденных. Отделение патологии доношенных и недоношенных детей.

Содержание.

- □ Базовая помощь новорожденному.
- □Особенности ухода в ОПН.
- ■Уход при критических состояниях.
- □Профилактика гипотермии.

Уход за новорожденными в кувезе.

Уход за ребенком при проведении фототерапии.

Базовая помощь новорожденному в стационаре. Организация деятельности родильного дома.

Приказ Минсоцразвития России № 808н от 2 октября 2009г «Об утверждении порядка оказания акушерско - гинекологической помощи»

В структуру родильного дома входят подразделения:

Комната-фильтр.

Физиологическое родовое отделение.

Отделение анестезиологии и реанимации.

Обсервационное отделение

Физиологическое отделение для новорожденных.

Палата интенсивной терапии и реанимации новорожденных (количество реанимационных коек определяется из расчета 4 койки на 1000 родов)

Кабинет вакцинопрофилактики новорожденных

Кадровое обеспечение медицинской помощи новорожденным в родильном стационаре

Штатное расписание:

Врач неонатолог

Врач анестезиолог-реаниматолог

Врач невролог, врач офтальмолог (для обеспечения оказания помощи недоношенным детям)

Медицинские сестры:

анестезист, палатные и процедурные м/с, обеспечивающие уход в ПИТ, физиологическом отделении, работу процедурного кабинета, молочной комнаты, кабинета вакцинопрофилактики новорожденного, проведения неонатального и аудилогического скрининга, поддержки грудного вскармливания.

Штатные нормативы среднего медицинского персонала

Одна палатная медицинская сестра положена на 15 коек для новорожденных в физиологическом отделении.

на 10 коек в обсервационном отделении (но не менее 1 поста);

на 4 койки по посту интенсивной терапии или в отделении реанимации и интенсивной терапии

В отделении совместного пребывания матери и детей положена 1 медицинская сестра на каждые 10 коек.

Оказание новорожденным ухода и лечения

Помощь врачу при выполнении диагностических и лечебных манипуляций.

Обеспечение санитарнопротивоэпидемического режима.

Обращение с лекарственными средствами.

Наблюдение за правильностью кормления новорожденных матерями и кормление детей, находящихся на смешанном или искусственном вскармливании.

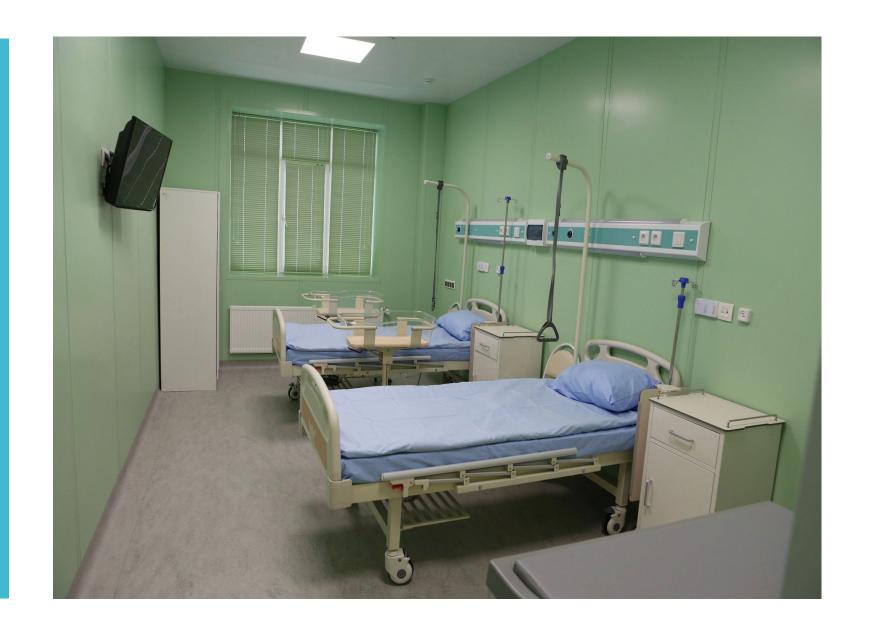
Оформление документов на новорожденных, выписанных из отделения.

Оказание консультативной помощи матерям и обучению уходу за новорожденным.

Оснащение палаты интенсивной терапии для новорожденных.



Оснащение палаты совместного пребывания матери и ребенка.



Противопоказания для совместного пребывания матери и ребенка.

Со стороны матери

- □ Поздние гестозы беременных.
- Экстрагенитальные заболевания в периоде декомпенсации.
- Оперативное вмешательство
- Стремительные или затяжные роды.
- Разрывы или разрезы промежности

Проблемы со стороны ребенка

- недоношенность и незрелость
- длительная внутриутробная гипоксия
- внутриутробная гипотрофия плода II-III степени
- внутричерепная и другие виды родовых травм,
- асфиксия плода при рождении, аномалии развития и уродства
- пемолитическая болезнь новорожденного.

Актуальность совместного пребывания

- Способствует более раннему восстановлению синхронизации адаптационных процессов, происходящих в организме матери и новорожденного после разобщения единой биологической системы «мать-плацента-плод».
- Ведет к снижению материнской и детской заболеваемости, а также увеличению числа грудных детей, находящихся на естественном вскармливании.
- □ Обеспечивает активное участие матери в уходе за новорожденным ребенком (пеленание, туалет кожных покровов и слизистых оболочек, кормление).

Базовый уход за новорожденным в стационаре.





Подготовка стола для новорожденного

- Достать стерильные пелёнки, взять одну пеленку и накрыть стол для новорожденного
 Выложить на стол для подогрева 3 пеленки (для взвешивания и вторичной обработки, не разворачивая), стерильное детское хлопчатобумажное одеяло
- Взять пеленку и накрыть стол для новорожденного сверху
- □ Положить сверху 2 пеленки в развернутом виде для обтирания и накрывания ребенка после Рождения.
- ☐ Подготовить набор для вторичной обработки новорожденного.



Осмотр новорожденного

После обсушивания необходимо оценить состояние ребенка, оценка 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.

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

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.

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 (гримаса, 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

Первичная обработка новорожденного в родильном зале.

Состав укладки для первичной обработки новорожденного (стерильно)

🔲 зажимы Кохера;

🔲 ножницы;

🔲 2-3 марлевых шарика.

Акушерка приняв родившегося обтирает его сухой подогретой стерильной пелёнкой (перед рождением ребенка размещает пеленки на животе матери)

Выложить ребенка на живот матери,

обеспечивая непрерывный кожный и зрительный контакт на срок 10 от минут до 2-х часов (если позволяет состояние матери и ребенка)

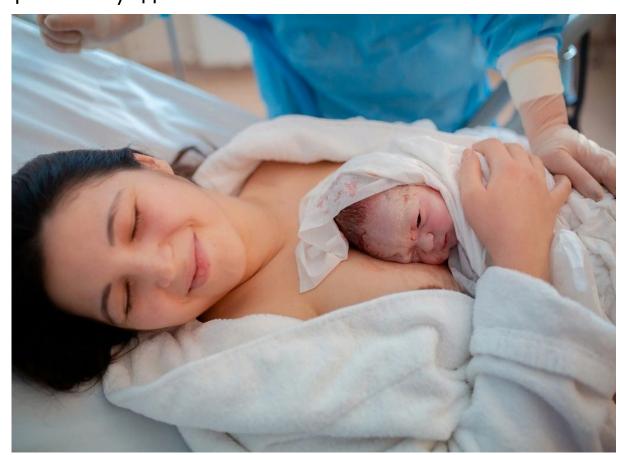


Накрыть новорожденного ребенка сухой подогретой стерильной пелёнкой (при необходимости
проводится повторное обсушивание кожи новорожденного). Надеть шапочку и носочки. Все эти
мероприятия должны быть проведены в первые 40-60 секунд.

- Накрыть ребенка подогретым стерильным хлопчатобумажным одеялом.
- □ Через 1-3 минуты (при стабильном состоянии ребенка) после рождения наложить на пуповину два зажима Кохера на расстоянии 5-10 см друг от друга и пересечь ножницами.

Пережатие пуповины в течение первых нескольких секунд после рождения выполняют

- □ При внутриутробно диагносцированном резус-конфликте
- 🔲 При ВИЧ-инфекции у матери.



В этом случае нужно произвести отжатие пуповинной крови от ребенка к матери.

□ Когда требуются реанимационные мероприятия.

	<u>Вторичная обработка</u> новорождённого проводится на животе у матери или на столе с
	подогревом, не ранее, чем через 40-60 минут и не позже, чем через 2 часа после рождения.
	Кожа ребенка в родильном зале не обрабатывается, не обмывается, смазка не снимается. При необходимости достаточно протирания кожи теплой пеленкой.
ОД	Для вторичной обработки пуповины используется на пуповиный остаток на
	асстоянии от пупочного кольца до 1 см.

- После наложения зажима ткань пуповины выше зажима отсекают, вытирают кровь.
- Затем проводят антропометрические измерения.



Взвешивание

- На весы выкладывается стерильная теплая пеленка.
- □ Пеленку, на которой происходит взвешивание малыша нужно класть на выключенные весы, так не придется тарировать их.



Измерение новорожденного

Измерения проводят при помощи одноразовой стерильной ленты.

□ Рост ребенка

измеряют от затылка до пяточных бугров.

□ Окружность головы

по линии, проходящей через лобные бугры и затылок в области малого родничка.

Окружность груди

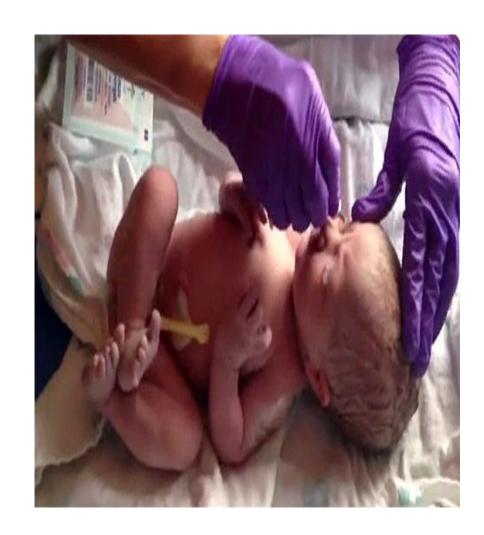
по линии сосков подмышечных впадин.

- На руки ребенка надевают браслетки, а поверх одеяла кладут медальон, на которых написаны:
- фамилия, имя, отчество матери
- 🔲 номер истории родов,
- □ пол ребенка, масса, рост, окружность головы, груди
- 🔲 дата и час его рождения.
- □ для недоношенных указывают срок гестации.



Уход за глазами.

- Для профилактики инфекционных заболеваний глаз рекомендуется использовать:
- 1% мазь тетрациклина гидрохлорида (однократное закладывание за нижнее веко)
- мазь эритромицина фосфата 10 000 ЕД в 1 г (однократное закладывание за нижнее веко).



Первое прикладывание к груди. Сразу же после рождения здоровый ребёнок инстинктивно начинает поиск пищи. Очень важно обеспечить полноценное общение матери и ребёнка сразу после родов.

Чтобы первое кормление было успешным, необходимо:

- по возможности избегать применения лекарственных средств, проникающих через плаценту и вызывающих сонливость у ребёнка.
- после родов обеспечить ребёнку контакт с матерью «кожа к коже»
- •помочь ребёнку найти грудь, показав матери, как правильно приложить его. Через 20-30 минут активизируется поисковый, а затем сосательный рефлекс.



Первое прикладывание к груди.

- В первые сутки не должно быть ощущения, что грудь полная, т.к. молозиво вырабатывается в небольшом объеме, а «зрелое» молоко появится в течение нескольких дней.
- □ Помочь приложить ребенка к груди. Признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди).
- Кормление грудью способствует сокращению матки и остановке послеродового кровотечения.
- Во время первых кормлений грудью женщина может почувствовать болезненные сокращения матки и увеличение объема кровянистых выделений. Это нормальный процесс, обусловленный окситоцином, который способствует выделению молока и сокращению матки.

Техника прикладывания к груди

1 Nesserova 2009

2



Уход за новорожденным в палате.

Перевод родильницы и ее новорожденного в палату осуществляется через 2 ч после родов и осмотра новорожденного.

Первый туалет новорожденного ребенка и уход за ним в 1-е сутки осуществляет медицинская сестра отделения новорожденных и мать.

Медицинская сестра обучает мать пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами.

Контроль за культей пуповины и пупочной ранкой осуществляет врач-педиатр или (по его назначению) медицинская сестра.

Уход за кожей новорожденного, пеленание, профилактика гипотермии.

Кормление новорожденных детей, их докорм осуществляется под контролем медицинской сестры.

Набор для ухода за новорожденным В палате располагают тумбочки для хранения белья

новорожденного (25 пеленок) и размещения на них лоток с набором медикаментов по уходу за кожей и слизистыми оболочками новорожденного

В каждую палату медицинская сестра отделения новорожденных приносит набор со стерильным материалом (ватным шарики, бинты, палочки с ватой) и пополняет набор по мере использования.

Одноразовые подгузники.

Средства по уходу за кожей ребенка

Туалет новорожденного

Проводится ежедневно (утром и вечером), спустя 30-40 минут после кормления ребенка.

- Остатки слизи, первородной смазки из глубоких складок кожи удаляют мягкой стерильной салфеткой, смоченной в стерильном масле (вазелиновое, подсолнечное), которое индивидуально для каждого ребенка в отдельном пузырьке по 15 мл.
- Лицо и глазки обтирают стерильной салфеткой (ватным диском), смоченной в кипяченой воде.
- Для каждого глаза, отдельная салфетка. Обработку начинают от наружного уголка глаза к переносице, движением в одном направлении.
- Носовые ходы ватными жгутиком на глубину 1,0-1,5 см, аккуратно вращательными движениями, смоченным стерильным вазелиновым маслом.
- Тщательно осмотреть кожу в складках (краснота, шелушение)
- Подмывание ребенка теплой кипяченой водой (36-37,0 С), от половых органов к заднему проходу.
- Осушить кожу, надеть подгузник., предварительно использовав крем под подгузник

Уход за пупочной ранкой

Врач при ежедневно осматривает ранку пупочного канатика.

При закрытом методе повязку, если она чистая, не трогают в течение первых двух дней.

Культя пуповины высыхает и мумифицируется без повязок, перевязывания или бандажей (на 3-5 сутки)

В случае загрязнения пуповинный остаток промывают чистой водой и высушивается стерильной ватой или марлей.

При использовании памперса следить за тем, чтобы область пуповины оставалась открытой. Для этого подворачивают памперс спереди, или делают в нем круглый вырез необходимой глубины.

После отпадения пуповинного остатка ведение пупочной ранки осуществляется открытым способом.

УХОД ЗА ПУПОЧНОЙ РАНКОЙ.

- пупочную ранку ежедневно обрабатывают 3% раствором перекиси водорода,
- □ 5%раствором калия перманганата, 5% спиртовым раствором йода или спиртовым раствором красителей:

бриллиантовый зеленый 0,1%

этиловый спирт 70% 10 мл

□ до полной эпителизации, которая наступает обычно через 2 дня.

УХОД ЗА РЕБЕНКОМ В КУВЕЗЕ.



Наиболее эффективным методом выживания недоношенных детей является инкубационный (кувезный) метод с индивидуальным микроклиматом и оксигенотерапией.

	В кузеве поддерживается оптимальная температура и влажность.
	Нуждаются дети 2-3-4 степени недоношенности.
	Температура в кузове для детей с массой тела 1200-1500 г равна 32-33°С, более 1500 г 31 -32°С.
	Влажность в первые трое суток должна быть максимальной (90-100%),
за	тем постепенно снижается до 60-65%.
	Для контроля за температурой тела ее измеряют каждые 3-4 часа в течение всего пребывания ребенка
	кувезе.
	Подключение в кувез кислорода и длительность его применения зависят от состояния ребенка, степен
	недоношенности и синдрома дыхательных расстройств.
	Высокая концентрация кислорода в кувезе может оказать на ребенка токсическое действие. Поэтому
	концетрация кислорода в кувезе не должна превышать 30-38%.
	При выживании детей в кувезе необходимо строго соблюдать санитарно-гигиенический режим.
	Через каждые 2-3 дня нужно проводить дезинфекцию.
	Дети с малой степенью недоношенности находятся в кувезе 2-4 дня или несколько часов, глубоко
	недоношенные дети с массой 1500г 8-14 дней, а с массой 1750г 7-8 дней.

	Обработать руки гигиеническим способом. Надеть перчатки.
	Установить инкубатор не ближе 1 метра от окна и стен, фиксировать его не допускается опираться на кувез, ставить любые предметы,
_	хлопать окошками во время открывания.
	Перед включением проверить целостность шнуров исправность.
	Застелить матрац фланелевой пеленкой. На нее положить 2 ситцевые пеленки в 6-8 сложений в виде квадрата под голову и тазовую область ребенка.
	В середину пеленки используемую под тазовой областью вложить подкладную клеенку. При применении валика или головного
_	«бублика» покрыть их пеленкой.
	Пеленки должны быть стерильными при уходе за ребенком менее 2-х недель от родов.
	Закрепить на кувезе этикетку с данными о ребенке: ФИО, пол роддом из которого доставлен, дата рождения и вес при
	рождении. Основной этап выполнения манипуляций.
	Снять с ручки новорожденного браслетки, надетые в роддоме, положить их в пакет и хранить в инкубаторе. В случае перевода
	в другое отделение вновь надеть на ребенка.
	Поддерживать параметры кувеза согласна назначению врача в листе наблюдения.
	В кувезе ребенок в шапочке, варежках, носочках, допускается памперс.
	Все магистрали, проведенные через дверцы доступно, от аппарата энтеральной и парентеральной инфузии должны
	максимально находится в кувезе. Пережатие трубок недопустимо.
	Дверцы доступа должны быть закрыты. Факт открытия колпака инкубатора фиксируют. Ограничивают открывание окошек.
	Все манипуляции в кувезе.
	Взвешивание в кувезе (в них встроены весы).
	Грязные пеленки быстро удаляют из кувеза.
	У детей с массой ниже 1000 г взвешивание проводят 1 раз в 3 дня, ЭКГ монитор не подключают, подсоединяют только
	пульсоксиметр.
	Положение в инкубаторе меняют через 2 часа, переворачивая на другой бок и живот.

Для обработки применяют стерильную ветошь, стерильную на каждом этапе обработки.

Кувез, в котором находится ребенок, обрабатывается снаружи и внутри не менее 2 раз в сутки. С применением дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в педиатрии.

Ребенок находится в одном и том же кувезе не более, чем 3 суток.



Уход за новорожденным при фототерапии



Неонатальная желтуха

Неонатальная желтуха — появление видимого желтушного окрашивания кожных покровов и слизистых новорожденного вследствие повышения уровня общего билирубина в сыворотке крови.

- Физиологическая желтуха новорожденных: Обычно появляется после 36 часов жизни ребенка. Пиковое значение уровня общего билирубина сыворотки обычно приходится на 3–4-й день у доношенного ребенка и на 5–7-й день у недоношенного ребенка.
- □ <u>Патологическая желтуха</u> новорожденных:
 - Ранняя желтуха проявляется в первые 36 часов жизни. Желтуха, проявившаяся в первые 24 часа после рождения - всегда признак патологии;
 - Затяжная желтуха желтуха, сохраняющаяся более 14 дней у доношенных и более 21 дня у недоношенных;
 - Поздняя желтуха проявляется после 7 дня жизни новорожденного ребенка и всегда требует тщательного обследования.

Причины возникновения

- Гемолитическая болезнь новорожденных по резус-фактору возникает при наличии у матери Rh (-) группы крови, у ребенка Rh (+).
- Гемолитическая болезнь новорожденных по ABo-системе возникает при наличии у матери о (I) группы крови, у ребенка A (II) или B (III) группы крови.

Клинически ГБН может протекать в нескольких формах – внутриутробная смерть плода с мацерацией, отечная, желтушная и анемическая.

- Желтуха грудного вскармливания раннее наступление ухудшения физиологической неконьюгационной гипербилирубинемии, которое является результатом нефизиологичного осуществления грудного вскармливания, выражающееся в недостаточной частоте грудных кормлений.
- Желтуха грудного молока периодически возникающая на более поздних сроках более длительная неконьюгационная гипербилирубинемия, связанная с потреблением грудного молока.
- Сепсис
- Наследственные эритроцитарные энзимодефициты и мембранопатии.
- Наследственные нарушения метаболизма билирубина.
- Атрезия желчевыводящих путей.
- Врожденный гипотиреоз.

	Дети с «физиологической желтухой» не нуждаются в специальном лечении, но нуждаются в исключительно
	грудном вскармливании. Матери ребенка необходимо объяснить, что исключительно грудное вскармливание
	(так часто и так долго как хочет ребенок, днем и ночью, но не менее 8-12 раз в сутки) помогает ребенку быстрее
	преодолеть желтуху.
	Фототерапия представляет собой наиболее эффективный метод снижения уровня билирубина в случае
	желтухи новорожденных .
	Своевременная и правильная фототерапия снижает потребность в заменном переливании крови до 4%
CH	нижает риск осложнений желтухи новорожденных.

Стандарты проведения фототерапии

- Фототерапия это процедура, при которой под воздействием синего и холодного белого света на глубине 2 мм кожного покрова происходят химические реакции, в результате чего свободный (непрямой) билирубин превращается в нетоксичную форму (прямой билирубин) и выводится через кишечник и почки.
- 🔲 Процедура проводится медицинской сестрой или врачом.
- Цель: снизить уровень непрямого билирубина в сыворотке крови.

Виды фототерапии

- Обычная проведение фототерапии с использованием одного источника света – люминесцентные лампы голубого света.
 Показана для лечения доношенных новорожденных
- LED фототерапия фототерапия с использованием светодиодов, обеспечивает меньшие потери жидкости организмом
- Фиброоптическая фототерапия процедура с использованием одного источника света с волоконно-оптическим кабелем, через который световой луч проходит на гибкую светящуюся поверхность, на которую помещается ребенок или может быть обернута вокруг него (не требует защиты глаз).
- Комбинированная фототерапия осуществляется с помощью двух и более источников света (две и более единицы или сочетание ламп обычной и фиброоптической фототерапии). Показана для лечения как доношенных, так и недоношенных новорожденных при наличии хотя бы одного признака: о если почасовой прирост ОБС > 8,5 мкмоль/л/час; о если через 72 часа уровень ОБС находится на уровне менее 50 мкмоль/л; если после проведения фототерапии в течение 6 часов уровень ОБС повышается или не снижается.

Режимы фототерапии

- □ Непрерывная проводится в течение суток непрерывно, допустимы лишь перерывы на кормление и манипуляции (не более 30 минут). Более предпочтительна
- □ Прерывистая фототерапия проводится с определенными временными интервалами (не рекомендуется).

Показания к началу проведения ФТ.

Во время ФТ - повторить определение уровня билирубина в сыворотке крови через 6-12 часов от начала ФТ.

Повторять определение уровня билирубина в сыворотке крови каждые 6-12 часов, до тех пор, пока он не перестанет повышаться или не начнет снижаться.

Прекращение ФТ.

При снижении уровня билирубина сыворотки крови на 50 мкмоль/л ниже порогового уровня для начала фототерапии

Для выявления возможного повторного нарастания билирубина – необходимо повторить определение его уровня через 12-18 часов после прекращения ФТ.

Уход за ребенком во время фототерапии.

- Фототерапию проводят с использованием инкубатора или в теплой кроватке, в комнате, защищенной от сквозняков
- Глаза ребенка должны быть защищены светонепроницаемой повязкой.
- Для того, чтобы сделать фототерапию максимально эффективной, устанавливают лампу на рекомендуемое расстояние и своевременно меняют источники света.
- Контроль температуру тела ребенка и температуры воздуха под лампой каждые 3 часа.
- Поддерживать температуру тела на уровне 36,5–37,5 °C.
- Переворачивайте ребенка каждые 3 часа.
- Взвешивать ребенка как минимум один раз в день.
- В ходе фототерапии стул ребенка может быть жидким и иметь желтый цвет. Это нормально и не требует лечения.
- Продолжайте грудное вскармливание по требованию, без ночных перерывов, не менее 8 раз в день.
- Если ребенок во время фототерапии получает сцеженное грудное молоко или внутривенное введение растворов, рекомендуется увеличить объем молока/растворов до 10% от общей суточной потребности.
- Определять уровень ОБС каждые 12 часов.



Осложнение фототерапии.

увеличение неощутимых потерь жидкости от 30 до 100% гипертермия 🔲 изменение характера и частоты стула (зеленый цвет) 💄 поражение глаз 🔲 транзиторная сыпь на коже Сонливость синдром «бронзового ребенка» (нарастание в сыворотке крови продуктов фотодеструкции меди и накопление их в коже, что придает ей бронзовый оттенок) 🔲 тромбоцитопения

Противопоказания к проведению фототерапии.

□ Врожденная порфирия или порфирия в семейном анамнезе.

Наследственное заболевание, в основе которого лежит нарушение биосинтеза гема, в результате чего в организме накапливаются порфирины (токсические в-ва) и усиленным их выделением с калом и мочой.

□ Механическая желтуха.

Профилактика гипотермии новорожденного

- Нормальная ректальная температура у доношенных и недоношенных детей составляет от 36,5 до 37,5 °C. Хотя при гипотермии основная температура < 36,5 °C, может быть стресс от холода и при более высоких температурах, когда потери тепла требуют увеличения метаболической выработки тепла.
- □ Новорожденные не могут испытывать дрожь, более того, обнаженный новорожденный, подверженный воздействию температуры окружающей среды 23 °C, испытывает те же потери тепла, как и обнаженный взрослый человек при о °C, поэтому контроль температуры тела ребенка является важной составляющей его первичной адаптации, хотя холодовой стресс в ряде случаев может быть даже необходим, например при инициировании самостоятельного дыхания или как защитный механизм в отношении головного мозга при асфиксии. Тем не менее следует избегать длительного воздействия холода, особенно у недоношенных детей.

Алгоритм профилактики гипотермии новорожденных. Тепловая цепочка.

подготовка теплого родового зала (температура 26-28 градусов)
включение источника лучистого тепла за 30 минут до родов
поверхности, на которые выкладывают ребенка, должны быть чистыми и теплыми. Необходимо
заранее подготовить согретые пеленки для обсушивания ребенка, теплые пеленки и одеяла;
после рождения немедленно обсушить тело ребенка. Необходима смена мокрой пеленки и её
замена на сухую и теплую.
осмотр новорожденного и оценка по шкале Апгар.
первое прикладывание ребенка к материнской груди в родзале.
обеспечение раннего контакта «кожа-к-коже» новорожденного и матери: ребенок должен быть
обсушен, укрыт теплой сухой пеленкой и/или одеялом, мать и ребенка укрывают одним одеялом.
на голове у ребенка должна быть надета шапочка
длительность контакта – от 40 мин. до 2-х часов.
термометрия всем новорожденным должна проводиться в родзале в течение 2-х часов 4-х кратно и
сразу после перевода в послеродовую палату.