

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 аудиологического 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 санитарно-противоэпидемического 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, anomalies развития и уродства
- гемолитическая 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 (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

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 диагностированном резус-конфликте

❑ При ВИЧ-инфекции у матери.

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

❑ Когда требуются реанимационные мероприятия.



- ❑ Вторичная обработка 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.
- ❑ Для вторичной обработки пуповины используется одноразовый пластмассовый зажим, который накладывается на пуповинный остаток на расстоянии 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

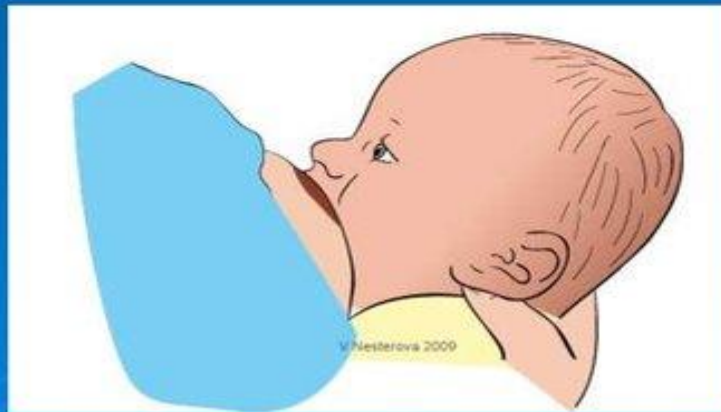
1



2



3



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.

Культия 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 кувеце 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°C**, более 1500 г. - **31-32°C**.
- Влажность в первые трое суток должна быть максимальной (90-100%), затем постепенно снижается до 60-65%.
- Для контроля за температурой тела ее измеряют **каждые 3-4 часа** в течение всего пребывания ребенка в кувеце.
- Подключение в кувез кислорода и длительность его применения зависят от состояния ребенка, степени недоношенности и синдрома дыхательных расстройств.
- Высокая концентрация кислорода в кувеце может оказать на ребенка токсическое действие. Поэтому концентрация кислорода в кувеце не должна превышать **30-38%**.
- При выживании детей в кувеце необходимо строго соблюдать санитарно-гигиенический режим.
- Через каждые 2-3 дня нужно проводить дезинфекцию.
- Дети с малой степенью недоношенности находятся в кувеце **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, хлопнуть 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 согласно 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.
- ❑ **Патологическая желтуха** 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 АВ0-системе – возникает при наличии у матери о (I) группы крови, у ребенка А (II) или В (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 неконъюгационной 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 неконъюгационная гипербилирубинемия, связанная с потреблением грудного молока.
- Сепсис
- Наследственные эритроцитарные энзимдефициты 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%
Снижает 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 лампы 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 °С.
- 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 °С. Хотя при гипотермии основная температура < 36,5 °С, 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 °С, испытывает те же потери тепла, как и обнаженный взрослый человек при 0 °С, 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-хкратно и сразу после перевода в послеродовую палату.