

41

Министерство здравоохранения Рязанской области  
Областное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение  
среднего профессионального образования  
«Рязанский медико-социальный колледж»  
Курсовая работа  
на тему: «Постнатальная охрана плода»  
Работу выполнила:  
Ст. гр.  
специальности  
«акушерское дело»  
Проверил преподаватель:  
Рязань 2013  
Содержание

1. Введение
2. Организация работы отделения новорожденных в родильном доме
3. Уход за новорожденным в детском отделении
4. Прививки новорожденных
5. Вскармливание новорожденных
6. Уход за недоношенными новорожденными
7. Асфиксия новорожденного
8. Родовые травмы новорожденных
9. Септические заболевания новорожденных
10. Патронаж к новорожденному
11. Список литературы

Приложение

1. Введение

Новорожденные дети по строению тела и функциональным особенностям резко отличаются от детей более старшего возраста и взрослых.

У новорожденных не закончено развитие многих органов и систем, в частности центральной нервной системы. Ткани новорожденного богаты водой, функционально недоразвиты, легко ранимы, неустойчивы к неблагоприятным воздействиям. Терморегуляция несовершенная, особенно у недоношенных детей. В связи с этим новорожденные дети легко подвергаются охлаждению и перегреванию. Новорожденные дети неустойчивы ко многим видам инфекции, которая может проникнуть через пуповинный остаток, кожу, носоглотку, желудочно-кишечный

тракт.

Период новорожденности является временем приспособления ребенка к новым, внеутробным условиям среды. Приспособление происходит легко, если условия внешней среды являются благоприятными.

Актуальность проблемы.

В постнатальном периоде наибольшее значение в снижении заболеваний и смертности имеет реанимация и интенсивная терапия доношенных новорожденных, родившихся в асфиксии, с гемолитической болезнью, а также недоношенными и с экстремально малой массой тела. Наиболее изученным вопросом является интенсивная терапия доношенных или почти доношенных детей, родившихся в асфиксии и с гемолитической болезнью. Менее изученными остаются вопросы интенсивной терапии недоношенных и родившихся с экстремально малой массой плода.

Цели послеродового наблюдения:

- максимально быстрое возвращение родильницы к нормальной жизни, формирование навыков исключительно грудного вскармливания;
- профилактика послеродовых осложнений;
- сохранение здоровья новорождённого и предотвращение его заболеваний.

Задачи исследования

Предотвратить постнатальную смертность и заболеваемость.

## 2. Организация работы отделения новорожденных в родильном доме

Во всех родильных домах существуют отделения для новорожденных детей, где выделены палаты для здоровых доношенных детей, недоношенных, перенесших родовую травму. Детей, подозрительных на инфекцию, помещают в палату с боксами, больных детей - в изолятор.

Для ухода за новорожденными выделяется специальный штат медицинских сестер. Под отделения (палаты) новорожденных отводят самые светлые, сухие, просторные, хорошо проветриваемые помещения. На каждую койку отводится не менее 2,5 м<sup>2</sup> площади.

В детских отделениях (палатах) находится только необходимое оборудование. Вся мебель и предметы ухода должны быть легко моющимися. В палате для новорожденных помещаются: кровати, весы, пеленальный стол, шкафчик для хранения инструментов, медикаментов и материала, шкафчик для чистого белья, бачок для сбрасывания загрязненных пеленок, кран с горячей и холодной водой, столик для записей в историю развития новорожденных.

Кроватки лучше иметь металлические, окрашенные светлой краской. На сетку кровати кладут тюфячок из волоса или морской травы. Плотную тюфячную наволочку можно набить мягкой стружкой. Перины из перьев не допускаются. На тюфячок кладется клеенка, а на нее - простынка. Подушечка тоненькая, набита волосом или морской травой, можно обойтись и без подушечки.

На каждого ребенка в течении суток требуется 3 распашонки, 3 кофточки, 20 подгузников, 20 легких пеленок, 10 теплых пеленок, 2 пододеяльника, 1 простыня.

Температура в палатах для доношенных детей 20-22°C, для недоношенных - 22-24°C. Необходимо проветривание палат во время каждого кормления новорожденного; летом окна держат открытыми.

Сотрудники детского отделения подвергаются систематическому медицинскому обследованию (включая рентгенологические и лабораторные исследования).

Заболевшие, бациллоносители, соприкасающиеся в быту с инфицированными больными, к обслуживанию детей не допускаются.

### 3. Уход за новорожденным в детском отделении

Уход за новорожденными должен содействовать созданию наиболее благоприятных условий для их развития. К основным принципам ухода относится ограждение новорожденных от неблагоприятных влияний внешней среды, особенно от инфекции.

Уход за новорожденными поручается медицинским сестрам с соответствующей подготовкой; в небольших родильных домах (отделениях) уход за новорожденными производит акушерка. Санитаркам разрешаются уборка и другие виды вспомогательной работы.

Персонал при поступлении на дежурство тщательно моет руки до локтей с мылом и щеткой, после чего дезинфицирует их (спирт, хлорамин и др.). Перед пеленанием каждого ребенка руки вновь моют и протирают дезинфицирующим раствором. Ребенка, поступившего из родовой в детскую палату, одевают в нагретое белье, укладывают в кроватку и внимательно следят за его состоянием. Следует иметь в виду, что у новорожденного могут наступить рвота, нарушение дыхания (цианоз), кровотечение из пуповины.

Два раза в сутки (утром до первого кормления и вечером) производят туалет новорожденных. При этом осматривают ребенка, проверяют все складки кожи, повязку на пуповине, проводят уход за кожей и органами чувств, измеряют температуру, выполняют врачебные назначения. Во время утреннего туалета новорожденных взвешивают.

Уход за кожей имеет очень большое значение. При неправильном уходе на нежной коже ребенка легко образуются опрелости, ссадины и другие повреждения, являющиеся входными воротами для инфекции. В связи с этим на коже возникают гнойные процессы, которые могут привести к септическим заболеваниям.

При утреннем и вечернем туалете тщательно осматривают все тело ребенка, обращая внимание на складки кожи, где легко образуется опрелость (за ушами, на шее, в подмышечных и паховых областях и др.)

До отпадения пуповинного остатка новорожденного не купают, потому что через незажившую пупочную рану может проникнуть инфекция. Поэтому до отпадения пуповины и заживления пупочной ранки ограничиваются тем, что личико ребенка обмывают ваткой, смоченной теплой кипяченой водой или 2% раствором борной кислоты: влажной ваткой протирают и обсушивают кожу за ушами, ушные раковины, шейные складки, ладони и подошвы, затем обсушивают все тело.

Если при осмотре обнаруживаются участки покраснения кожи, необходимо смазать их стерильным вазелином или подсолнечным маслом.

Если ребенок помочился или оправился, то перепеленание и туалет производят также между кормлениями. Загрязненные пеленки убирают, нижнюю часть тела ребенка обмывают струей теплой воды. При этом надо следить за тем, чтобы вода не попадала на область пуповинного остатка. После обмывания кожу обсушивают путем прикладывания (не протирания!) чистой пеленки, легко впитывающей влагу. Кожу ягодиц и паховые складки профилактически смазывают стерильным маслом. Опрелость обычно является результатом неправильного ухода за новорожденными. Для ее устранения надо улучшить уход, предохранить кожу от загрязнения мочой и калом. При легкой опрелости (покраснение кожи) ограничиваются смазыванием стерильным маслом. Если появляется мацерация покрасневшей кожи, рекомендуется смазывание этих участков 3% раствором марганцовокислого калия с последующим припудриванием порошком следующего состава: Acidi borici 1,0, Bismuthi subnitrici, Zinci oxydati aa 5,5, Talci veneti, Amili tritici aa 50,0. Особое внимание уделяется профилактике гнойничковых заболеваний. При появлении гнойников ребенка изолируют. Ребенок подлежит врачебному наблюдению.

Уход за органами чувств.

Глаза ребенка промывают ватными шариками, пропитанными раствором фурацилина 1:5000. Каждый глаз протирают отдельной ваткой от наружного угла глаза к внутреннему.

Уход ушами ограничивается протиранием ушных раковин при утреннем туалете; слуховой проход обычно очищать не требуется.

Носовые ходы очищают в том случае, если дыхание затруднено и в носу имеется слизь или корочки. Носовые отверстия осторожно протирают ватным жгутиком, пропитанным вазелиновым маслом.

Слизистую оболочку полости рта протирать категорически запрещается, потому что при этом возможно нарушение ее целостности, что ведет к возникновению ссадин и заболеваний. Даже при молочнице (следствие плохого ухода и вскармливания) слизистую полости рта рекомендуется не протирать, а осторожно смазывать 10% раствором буры с глицерином.

Пеленание новорожденных. У доношенных новорожденных при пеленании в первые дни покрывают головку и ручки, в дальнейшем ручки и головку оставляют открытыми. С 3-4-го дня на ребенка надевают распашонку, распахивающуюся сзади, и теплую кофточку с запахом спереди (распашонка и кофточка имеют завязки из мягкой тесьмы). Рукава кофточки длинные, зашитые на концах. Нижнюю часть тела завертывают в подгузник и пеленки.

Техника пеленания сводится к следующему. Ребенка кладут на подгузник, разостланный на пеленках. Под пеленкой находится одеяло.

Подгузник- квадратная пеленка, сложенная углом в виде треугольника. Широкое основание подгузника достигает области поясицы, нижние кончики протягивают между ножками, наружные концы завертывают вокруг туловища. Большой мягкой пеленкой обвертывают туловище ребенка. Таким же образом ребенка обвертывают теплой пеленкой и одеялом. Между легкой и теплой пеленкой кладут небольшую белую клеенку.

При наличии большого количества белья клеенку можно заменить дополнительной пленкой, сложенной в 6-8 раз. Подобная замена имеет преимущество в отношении профилактики опрелости кожи и кожных заболеваний.

#### 4. Прививки новорожденных

В соответствии со статьями 9 и 10 Федерального закона от 17 сентября 1998г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, №38, ст.4736; 2000, №33, ст.3348; 2003, №2, ст. 167; 2004, №35, ст.3607; 2005, №1 (часть I), ст.25; 2006, №27, ст.2879; 2007, №43, ст.5084; №49, ст.6070; 2008, №30 (часть II), ст.3616; №52, (часть I), ст.6236; 2009, №1, ст.21; №30, ст. 3739; 2010, №50, ст.6599) с целью обеспечения эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации по инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики.

Приказываю

##### 1. Утвердить:

- национальный календарь профилактических прививок согласно приложению №1;
- календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям согласно приложению №2.

##### 2. Признать утратившими силу:

3. -Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 июня 2001г. №229 «О Национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (в соответствии с письмом Минюста России от 31 июля 2001г. №07/7800-ЮД в государственной регистрации не нуждается);

4. -Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 октября 2007г. №673 О внесении изменений и дополнений в Приказ Минздрава России от 27 июня 2001г. №229 « О Национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (в соответствии с письмом Минюста России от 20 ноября 2007г. №01/11905-АБ в государственной регистрации не нуждается).

Министр

Т. Голикова

Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям

Приказ Минздравсоцразвития России

№51н от 31.01.2011г.

Приложение 1

Национальный календарь профилактических прививок

Категория и возраст граждан, подлежащих профилактическим прививкам

Наименование прививки

Порядок проведения профилактических прививок

Новорожденные в первые 24 часа жизни

Первая вакцинация против вирусного гепатита В

Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин новорожденным, в том числе из групп риска:

- 1) родившиеся от матерей- носителей HBsAg;
- 2) больным вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности;
- 3) не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В;
- 4) наркозависимых, в семьях которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами (далее- группы риска)

Новорожденные на 3-7 день жизни

Вакцинация против туберкулеза

Проводится новорожденным вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации) в соответствии с инструкциями по их применению. В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом- вакциной для профилактики туберкулеза.

Дети в 1 месяц жизни

Вторая вакцинация против вирусного гепатита В

Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, в том числе из групп риска

По истечении 3-х суток жизни проводится перинатальный скрининг на заболевания: гепатитиоз, муноцидоз, адреногенетический синдром и т.д.

Вакцинация БЦЖ

Проводится на 4-7 день жизни непосредственно в палате после осмотра педиатра.

Проводится на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча после предварительной обработки кожи 70%-ным раствором этилового спирта.

Вакцину вводят строго внутрикожно в объеме 0,1 мл. На месте введения образуется папула беловатого цвета, 6-8 мм в диаметре. Через 15-20 минут папула исчезает и кожа приобретает нормальную окраску.

Введена также щадящая иммунизация препаратом вакцины БЦЖ-М, используемая у недоношенных детей, а также у новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями, гемолитической болезнью новорожденных. Тяжелыми родовыми травмами, генерализованными кожными заболеваниями.

Вакцинация против паротита

Вакцинируются дети с 12 месяцев до 7 лет, ранее не болевшие. Вакцинация обязательна для мальчиков, так как одним из осложнений после перенесенного паротита может быть орхит и впоследствии бесплодие. Вакцина вводится подкожно, под лопатку или в область плеча. Иммунитет сохраняется в течении 8 лет.

Профилактика кори

Предусматривает введение противокоревой вакцины всем детям в 12 месяцев и в 7 лет, а с 1990г. тем, у кого не будет обнаружено противокоревых антител.

Показания к проведению прививок:

- 1) Плановые прививки для детей по календарю и военнослужащих;
- 2) Внеплановые прививки при угрозе профессионального заболевания, проживании и предстоящей поездки на эпидемиологическую территорию, экстренной вакцинопрофилактике лиц, контактирующих с источником инфекции.

Противопоказания к проведению прививок:

- 1) сильная реакция (повышение температуры тела, в месте введения вакцины отек, гиперемия при первом или повторном введении);
  - 2) осложнения при первом или повторном введении
  - 3) иммуносупрессия;
  - 4) иммунодефицитное состояние;
  - 5) злокачественные болезни крови. Новообразования;
  - 6) прогрессирующие заболевания нервной системы;
  - 7) беременность;
  - 8) аллергические реакции, анафилактический шок.
5. Вскармливание новорожденных

Нормальным питанием для новорожденных детей является грудное молоко матери. Только грудное вскармливание обеспечивает вполне правильное развитие ребенка. Заболеваемость и смертность детей, вскармливаемых грудью матери, во много раз ниже, чем у детей, находящихся на искусственном питании.

Поэтому медицинские работники разъясняют женщинам роль грудного вскармливания и принимают все меры к тому, чтобы каждая мать кормила своего ребенка грудью.

Эта задача разрешается довольно легко потому, что большинство женщин (80-90%) способны вскармливать своих детей грудью, особенно в течении первых недель и месяцев жизни. Успех вскармливания грудью в большей мере зависит от соблюдения правил и техники кормления.

Доношенных детей кормят грудью 6-7 раз в сутки, через 3-3,5 часа с 6-часовым ночным перерывом.

При кормлении соблюдают меры предупреждения инфицирования новорожденных:

- 1) с целью профилактики капельной инфекции - рот и нос матери во время кормления закрывают маской;
- 2) родильница моет руки перед каждым кормлением теплой водой с мылом;
- 3) перед каждым кормлением соски обмывают кипяченой водой.

Во время кормления новорожденного укладывают на специальную пеленку, которую расстилают на постели матери.

Большое значение имеет техника прикладывания ребенка к груди. В первые дни после родов при необходимости мать кормит ребенка лежа, слегка повернувшись к лежащему ребенку и придерживая его рукой. Впоследствии родильница кормит ребенка сидя на постели. В дальнейшем мать при кормлении садится на стул или табуретку, поставив ногу на скамеечку, поддерживает одной рукой головку и спинку ребенка, лежащего у нее на коленях.

Перед кормлением женщина сцеживает свободной рукой несколько капель молока, чтобы устранить загрязнение молочных протоков. После этого она захватывает сосок указательным и большим пальцами и вкладывает его в рот ребенка вместе с околососковым кружком. Захватывание соска вместе с околососковым кружком способствует правильному сосанию и предупреждает заглатывание ребенком воздуха. При кормлении надо следить за тем, чтобы ноздри ребенка не



соприкасались с грудью матери; закрытие ноздрей мешает дыханию ребенка. После окончания кормления родильница высушивает сосок и надевает чистый лифчик, поддерживающий молочные железы в приподнятом положении.

При каждом кормлении следует прикладывать ребенка только к одной груди. Прикладывание ко второй груди допускается только в первые дни после родов, когда еще мало молока, а также при пониженной секреции молока (гипогалактия). Каждое кормление продолжается 15-20 минут; хорошо сосущий ребенок в первые 5 минут высасывает около 50% необходимого количества молока. При каждом кормлении грудь должна максимально освобождаться от молока. Установлено, что неполное опорожнение молочных желез при кормлении ведет к понижению продукции молока.

Молоко, оставшееся в груди после кормления, необходимо сцедить руками или прокипяченным молокоотсосом.

При плоских и втянутых сосках и при трещинах на сосках рекомендуется кормить через стеклянную накладку с резиновой соской.

Большое значение для новорожденного имеет количество молока, получаемого при кормлении. Для определения необходимого количества молока пользуются следующим расчетом. В течении первых 8-9 дней новорожденный при каждом кормлении должен получать молоко в количестве, равном числу дней жизни. Умноженному на 10. Так, на второй день жизни ребенок при каждом кормлении должен получить 20 мл молока, на третий- 30 мл, на пятый- 50 мл и т.д. Суточная потребность молока для ребенка этого возраста определяется по формуле:  $X=10 \times n$ , где X-суточная потребность в молоке, n-день жизни ребенка.

О достаточном количестве получаемого молока свидетельствует хорошее самочувствие ребенка, спокойный сон, активное сосание. Если возникают сомнения в достаточности высасываемого молока, назначается контрольное взвешивание ребенка до и после кормления (разница в весе показывает количества полученного молока ребенком). С первых дней жизни ребенку рекомендуют давать ежедневно 30-50 мл кипяченной воды или чая. В жаркое время года количество воды доводят до 100-120 мл.

Хорошим показателем правильности вскармливания и развития является весовая кривая новорожденного. У новорожденных в течении первых 3-4 дней жизни наблюдается физиологическое снижение веса. Доношенные новорожденные теряют в весе около 100-300 гр, что составляет 6-8% первоначального веса. С 4-5-го дня вес ребенка начинает нарастать. К моменту выписки из родильного дома вес новорожденного достигает первоначального уровня (при рождении) или превышает его.

#### 6. Уход за недоношенными новорожденными

При определении недоношенности и ее степени учитывают анамнез, данные акушерского исследования, а главное- данные исследования ребенка.

Недоношенные дети вялые, сонливые, крик слабый, дыхание поверхностное, нередко регулярное, рефлексы понижены. При незначительной незрелости отсутствуют

сосательный и глотательный рефлексы. У недоношенных слабо развита терморегуляция, в связи с чем при охлаждении температура тела у них понижается, при перегревании - повышается.

Иммунитет у недоношенных детей понижен, отсюда их повышенная восприимчивость к заболеваниям, связанным с инфекцией (грипп, пневмония, пиодермия, сепсис).

Выживание и развитие недоношенных детей в значительной степени зависят от ухода и вскармливания. Недоношенных детей тщательно оберегают от охлаждения. Первый туалет производят осторожно и быстро, на утепленном столике (грелки, нагретые пеленки), под обогревательной лампой, завертывают в согретые пеленки и одеяло. В дальнейшем пеленание и туалет производят при обязательном согревании ребенка.

Для обогрева недоношенных детей предложены кувезы и грелки. Кувезы имеют разную автоматическую регуляцию температуры, влажности и др.

При отсутствии кувезов обходятся грелками, в которые наливают воду, нагретую до 60°C. По грелке кладут с каждой стороны и одну - в ножном конце кровати. Грелки не следует подкладывать под ребенка, смену их необходимо производить не сразу, а по очереди.

Недоношенные дети чувствительны к перегреванию. При перегревании ребенок проявляет беспокойство, температура повышается, кожа краснеет, появляется потливость. В таких случаях надо снизить температуру грелок (или в кувезе). Недоношенных детей тщательно оберегают от инфекции, чему способствует их выделение в специальные палаты. В маленьких учреждениях, где специальную палату выделить не удастся, недоношенного ребенка приходится держать в общей палате новорожденных за застекленной перегородкой. При уходе за недоношенными детьми правила асептики и антисептики соблюдаются самым тщательным образом. Исключительно важно для недоношенного ребенка вскармливание женским, лучше всего материнским молоком. Способ вскармливания недоношенных новорожденных зависит от степени их незрелости, общего состояния, способности к сосанию и глотанию. Первое кормление целесообразно назначить через 4-6 часов после рождения. Количество кормлений в сутки зависит от особенностей ребенка. А.Ф.Тур рекомендует кормить детей при весе 2000-2500 гр 7-8 раз в сутки, при весе 1500-2000 гр 8-10 раз, при весе 1000-1500 гр 10-14 раз.

Если недоношенный ребенок сосет удовлетворительно, его кормят грудью, соблюдая общепринятые правила. Если ребенок сосет плохо, скоро утомляется, то прикладывание к груди можно чередовать с кормлением из бутылочки через резиновую соску. Прикладывание к груди производится в начале 1-2 раза в сутки; когда ребенок окрепнет, прикладывают к груди чаще, а впоследствии отказываются от соски совсем. Если ребенок не берет грудь и не может сосать соску, его кормят сцеженным подогретым молоком из ложечки небольшими порциями. Пользуются небольшой чайной ложкой; лучше всего иметь ложечку с оттянутым кончиком. До и после кормления ребенку дают вдыхать кислород. Слабых детей можно кормить молоком из пипетки. Молоко из пипетки капают на верхнюю губу ребенка

поблизости к ноздрям. Молоко стекает через носоглотку и попадает в пищевод. Наиболее слабых детей, у которых отсутствует способность к сосанию и глотанию, кормят через зонд. Для этого используются мягким катетером №13-15, который соединяют посредством стеклянной трубочки с воронкой. Зонд вводят в пищевод ребенка через рот без всякого насилия. Кончик зонда перед введением смазывают стерильным вазелиновым маслом. Молоко должно поступать непрерывно, чтобы в желудок не попадал воздух.

Тщательно следят за температурой, весом, кожей, органами чувств, действием кишечника, общим состоянием и поведением недоношенного ребенка.

Недоношенных детей держат в родильном доме не меньше 7 дней, затем переводят в специализированное отделение для длительного выхаживания. При выписке матери дают подробные наставления об уходе и вскармливании недоношенного ребенка.

Детскую консультацию оповещают о выписке недоношенного ребенка заранее.

#### 7. Асфиксия новорожденного

Состояние новорожденного оценивается по шкале Апгар, предложенной в 1950 году. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар проводится на 1-й и 5-й минутах после его рождения. Удовлетворительное состояние ребенка при рождении оценивается 8-10 баллами.

Легкая асфиксия (оценка по шкале Апгар на 1-й минуте после рождения 6-7 баллов). Дети, родившиеся в этом состоянии, специального лечения обычно не требуют. При стабильном состоянии к концу 2-го часа после рождения вопрос о переводе ребенка решается в общем порядке.

Асфиксия средней тяжести (оценка по шкале Апгар 4-5 баллов через 1 минуту после рождения). У большинства детей, родившихся в этом состоянии отмечается нарушение функции ЦНС (повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, высокая судорожная готовность и др.). Кожные покровы у этих детей имеют «мраморный» рисунок; имеются дыхательные нарушения, нарушения функции желудочно-кишечного тракта и т.д. Решение о необходимом объеме лечения принимает неонатолог.

Тяжелая асфиксия (оценка по шкале Апгар через 1 минуту после рождения 0-3 балла). У детей этой группы нарушены практически все жизненные функции. Оказание помощи таким новорожденным должно происходить в строгой последовательности:

1. прогнозирование необходимости реанимационных мероприятий и подготовка к их выполнению;
2. оценка состояния ребенка сразу после его рождения;
3. восстановление проходимости дыхательных путей (удаление слизи отсосом);
4. восстановление дыхания;
5. восстановление сердечной деятельности;
6. введение лекарственных средств.

При решении вопроса о начале лечебных мероприятий следует определить наличие признаков живорожденности: самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация

пуповины, произвольные движения. При отсутствии всех 4 признаков ребенок считается мертворожденным и реанимации не подлежит. Если присутствует хотя бы один признак, необходимо начать реанимационные мероприятия.

Когда прогнозируется рождение ребенка в тяжелой асфиксии, в родильном зале должна присутствовать реанимационная бригада из двух человек - неонатолога и детской медицинской сестры.

Реанимация в родильном зале является лишь первым этапом оказания помощи. Дальнейшее лечение проводится в палате интенсивной терапии детского отделения. Новорожденные, перенесшие асфиксию, нуждаются в особо тщательном наблюдении. У таких детей может развиваться рецидив асфиксии, могут появиться признаки внутричерепных кровоизлияний.

#### 8. Родовые травмы новорожденных

При патологических родах могут возникнуть различные повреждения плода: вывихи, переломы костей, гематомы, парезы и параличи, повреждения позвоночника и др. Наиболее часто встречающимся повреждением является внутричерепная родовая травма новорожденных.

Типичным проявлением внутричерепной травмы являются кровоизлияния, локализующиеся в мозговых оболочках, в веществе мозга и его желудочках. Реже внутричерепная травма возникает в связи со сдавливанием мозга и протекает без кровоизлияний. Внутричерепная травма может развиваться на почве кровоизлияний, связанных с асфиксией. Однако наиболее частой причиной внутричерепной родовой травмы является сочетание асфиксии со сдавливанием головки плода стенками родовых путей. Возникновению внутричерепных и других родовых травм способствуют сложные и неправильно выполненные акушерские операции.

Клинические признаки внутричерепных родовых травм проявляются сразу после рождения или несколько позднее (на 2-3-й день жизни). Симптомы различны в зависимости от величины и локализации внутричерепных кровоизлияний.

Наиболее ранним симптомом является возбуждение ребенка. Новорожденный беспокоен, вскрикивает, производит автоматические движения; бывают общие судороги или судорожные подергивания отдельных мышц, чаще всего лица.

Возбуждение вскоре сменяется сонливостью, новорожденный перестает кричать, вяло сосет или совсем не берет грудь. Дыхание нерегулярное, замедленное, пульс замедлен. Бывает аритмия. Кожа бледна или несколько цианотична, конечности холодные. Температура тела понижается; реже наблюдается повышение температуры тела.

У недоношенных детей симптомы внутричерепной родовой травмы неотчетливые, возбуждение и судороги наблюдаются редко; травма проявляется тяжелым общим состоянием (неправильное дыхание, цианоз, понижение температуры, общая вялость, нарушение акта сосания и глотания и др.). Тяжелые внутричерепные родовые травмы могут закончиться гибелью новорожденного.

При правильном уходе выживает большинство детей, родившихся с признаками внутричерепной родовой травмы. Уход направлен в первую очередь на прекращение

внутричерепного кровотечения. С этой целью ребенку создается общий покой. Новорожденного укладывают в кроватку так, чтобы верхняя часть тела была приподнята, к головному концу кроватки подвешивают пузырь со льдом (пузырь должен висеть близко от головки, но не давить на нее). Ребенка хорошо укутывают, к ножкам кладут грелку температурой 600 С.

В первые 3-4 дня ребенка к груди матери не прикладывают, кормят в кроватке сцеженным сырым материнским молоком из бутылочки или ложечки. При расстройстве глотания ребенка кормят через зонд. Пеленание и туалет производят бережно. По назначению врача проводят лечение. Внутрь дают кровоостанавливающие и общеукрепляющие средства; проводят седативную (или противосудорожную терапию).

Профилактика внутричерепных кровоизлияний основывается на борьбе с асфиксией и бережном ведении родов. Большое значение имеет бережное оживление детей, родившихся в асфиксии.

9. Септические заболевания новорожденных  
новорожденный прививка вскармливание асфиксия

Сопrotивляемость новорожденных к распространенным микробам (стрептококки, стафилококки, кишечная палочка и др.) значительно ниже, чем у детей старшего возраста и у взрослых.

При неблагоприятных условиях микробы могут проникнуть через пупочную ранку, дыхательные пути, кожу, желудочно-кишечный тракт ребенка и вызвать различные инфекционные заболевания. Возникшие местные инфекционные процессы (например, нагноение пупочной ранки, гнойничковые заболевания кожи) у новорожденных нередко являются источником общих септических заболеваний.

Септические заболевания у новорожденных протекают при явлениях резкой интоксикации организма и поэтому называют токсикоинфекционными.

Токсикоинфекционные заболевания новорожденных начинаются обычно с 4-8-го дня жизни. При легкой форме у ребенка наблюдаются обычно вялость, понижение активности сосания, вторичное снижение веса. При более резко выраженных формах ребенок вял и беспокоен, кожа бледная или серовато-желтушная, бывает цианоз; вес снижается, ребенок плохо сосет или не берет грудь, срыгивает, появляется понос.

Температура обычно не повышается или повышается незначительно. При тяжелом течении заболевания возникают пневмония, отит, энтерит; падение веса бывает резким, отмечается бурное развитие токсических явлений.

Токсикоинфекционные заболевания опасны не только для каждого заболевшего, но и для окружающих здоровых новорожденных, так как распространяются по типу эпидемических заболеваний. При отсутствии хорошей изоляции заболевших возможно заражение здоровых детей.

К родовспомогательным учреждениям предъявляются строгие требования в отношении предупреждения токсикоинфекционных заболеваний новорожденных; возникновение их расценивается как чрезвычайное событие. Установлено, что токсикоинфекционные заболевания возникают вследствие грубого нарушения санитарно-гигиенического режима родильного дома. При правильной организации

работы, в частности при соблюдении правил асептики и антисептики при ведении родов и ухода за новорожденным, токсикоинфекционных заболеваний практически не бывает. Имеет большое значение личная гигиена медицинского персонала, санитарно-гигиенический режим детских палат и своевременная изоляция заболевших матерей и новорожденных детей.

Родильницы, имеющие признаки инфекции (повышение температуры, насморк, кашель, гиперемия зева и др.), изолируются от здоровых матерей; при кормлении ребенка они особенно тщательно закрывают рот и нос маской, моют руки и молочную железу. Заболевших детей изолируют немедленно при появлении первых, даже нерезко выраженных признаков. Заболевших детей помещают в бокс, где имеются индивидуальные предметы ухода за ними и специальные халаты для врача и акушерки.

При возникновении токсикоинфекционных заболеваний родильный дом закрывают для дезинфекции.

Самостоятельно работающая акушерка должна немедленно сообщить врачу о всех, даже нерезко выраженных, заболеваниях новорожденных.

#### 10. Патронаж к новорожденному

##### Первый патронаж к новорожденному

После выписки новорожденного из родильного дома сведения по телефону передаются в детскую поликлинику, где в журнале посещения новорожденных записывают Ф. И. О. матери, адрес и дату рождения ребенка. В течение первых трех дней после выписки из родильного дома участковый врач и медицинская сестра выполняют первый патронаж новорожденного. Дети с факторами риска, врожденными аномалиями и заболеваниями, недоношенные или переношенные, а также первый ребенок в семье должны быть осмотрены в первый день после выписки из родильного дома.

Анамнез включает сбор социальных, биологических и генеалогических сведений. В обменной карте содержатся сведения о беременности и родах, состоянии ребенка при рождении (оценка по шкале Апгар), основные параметры физического развития (масса тела, длина тела, окружность головы и грудной клетки), группа здоровья и группа риска.

Объективное обследование проводится по системам: кожные покровы, поза, голова, грудная клетка, живот, гениталии, конечности, нервное и психическое развитие. Проводят инструктаж родителей по вопросам ухода за ребенком, вскармливания и воспитания.

Рекомендации по уходу. Детскую кроватку следует поставить в светлом месте комнаты, но не на сквозняке. Новорожденного кладут в кроватке на бок, без подушки.

Купание производится ежедневно в специальной детской ванночке, которую не используют для стирки пеленок или детского белья. Продолжительность купания - 10 мин. Хорошо добавить в воду отвары трав (череды, ромашки). Ребенка следует постепенно погружать в воду, завернутым в пеленку, чтобы не вызвать беспокойства.

Утренний туалет - каждое утро после первого кормления ребенка умывают ватным тампоном, смоченным теплой кипяченой водой, глаза - от наружного угла к внутреннему, отдельным тампоном каждый глаз. Нос очищают ватными турундами, смоченными вазелиновым маслом.

Пеленание - важный момент ухода за новорожденным. Рекомендуют свободное и широкое пеленание. Для свободного пеленания ребенку надевают распашонку с зашитыми рукавами. Ноги укладывают в пеленку.

Правильное вскармливание новорожденного обеспечивает его своевременное гармоничное развитие и формирует иммунитет. Прикладывание ребенка к груди сразу после рождения стимулирует лактопоэз. Необходимо разъяснить матери преимущества грудного вскармливания и на период становления лактации рекомендовать грудное кормление по требованию ребенка.

При отсутствии женского молока могут быть назначены его заменители - адаптированные к женскому молоку смеси.

С первых дней жизни малышу необходим правильный режим дня (чередование во времени основных физиологических потребностей: сна, бодрствования, питания, прогулок, гигиенических и закаливающих мероприятий). Это способствует формированию определенного ритма жизни.

При первом патронаже новорожденного необходимо рассказать матери о состояниях, требующих срочной медицинской помощи, и сообщить, куда надо обращаться за помощью при заболеваниях.

Второй патронаж к новорожденному

Второй патронаж к новорожденному осуществляется на 14-й день жизни ребенка. Его цель - повторное обследование новорожденного по органам и системам для установления состояния здоровья, контроль выполнения рекомендаций, ответы на вопросы матери в связи с возникшими проблемами, инструктаж.

При сборе анамнеза необходимо выяснить вопросы вскармливания, режима дня, поведения новорожденного.

Объективное обследование проводится поэтапно.

Необходимо оценить, как ребенок прибавляет в массе. Если бывают срыгивания, то следует объяснить матери, что у детей до 1 года имеется физиологическая недостаточность в работе сфинктерного аппарата желудочно-кишечного тракта.

При заглатывании воздуха во время кормления ребенка следует подержать вертикально 10 мин после кормления. Если срыгивания упорные, постоянные, бывает рвота фонтаном, ребенок плохо прибавляет в весе, то его необходимо обследовать в стационаре.

С двухнедельного возраста у детей могут возникать схваткообразные боли в животе (колики), что обусловлено адаптацией ЖКТ к новым условиям жизни. Это проявляется внезапным беспокойством ребенка.

Мать обязана сообщить о таких симптомах участковому врачу, который оценивает, являются ли данные изменения функциональными отклонениями или обусловлены органической патологией.

Инструктаж проводится матери о значении массажа и гимнастики для

новорожденного. Массаж и гимнастику подключают к закаливающим и оздоровительным мероприятиям.

Основными приемами массажа являются поглаживание, растирание, разминание, поколачивание, вибрация. На начальных этапах массаж должен быть легким, из всех приемов применяют преимущественно поглаживание, так как оно способствует расслаблению мышц.

Первое упражнение: ребенок лежит на спине, мать дает ему ухватиться руками за свои большие пальцы, затем разводит руки новорожденного в стороны и сводит их вместе, скрестив на груди. Упражнение помогает расслабить мышцы грудной клетки и плечевого пояса.

Второе упражнение: ребенок лежит на спине, мать поднимает его руки над головой и опускает через стороны вниз. Упражнение расслабляет мышцы плечевого пояса, верхних конечностей.

Третье упражнение: ребенок лежит на спине, мать берет его за голени и плавно пригибает колени к животу, затем разгибает ноги. Упражнение расслабляет мышцы ног, помогает ребенку освободить кишечник от газов.

Четвертое упражнение: ребенок лежит на животе, мать подпирает ступни ребенка руками, это заставляет малыша выпрямлять ноги и ползти вперед (рефлекторное ползание). Упражнение способствует развитию мышц ног, рук и спины.

Для воспитания и развития зрительного сосредоточения новорожденного над кроваткой на расстоянии 40-50 см от лица подвешивают игрушки.

Третий патронаж к новорожденному проводится на 21-й день жизни ребенка.

## 11. Список литературы

1. В.И. Бодяжина, И.Б. Семенченко «Акушерство»;
2. Интенсивная терапия доношенных или почти доношенных детей, родившихся в асфиксии и с гемолитической болезнью. (Сидельникова В.М., 1986, Савельева Г.М., 1990, Коноплянников А.Г., 1993, Антонов А.Г., 1998, Володин Н.Н., 1998, Кудашов Н.И., 1998 и др.);
3. Интенсивная терапия недоношенных и родившихся с экстремально малой массой плода (Эверстова Т.Н., 1995, Антонов А.Г., 1998);
4. Приказ Минздравсоцразвития России №51н от 31.01.2011г. «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;
5. Федеральный закон от 17 сентября 1998г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
6. Приказ №754 от 25.06.2013г. «Об оказании акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовый период и неонатологической мед. помощи на территории Ряз. об-ти.»;
7. Приказ №924н от 15.11.2012г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю неонатологии».

Приложение



## Акушерское дело в послеродовом отделении

1. Контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима (согласно Пр.№408, \*5 Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях) и перинатальных центрах изложены в главе IV.

10.6.1 Для оказания акушерской помощи создаются организации трех типов: перинатальные центры, родильные дома, родильные отделения.

10.6.2 В послеродовых отделениях предусматриваются палаты совместного и раздельного пребывания родильниц и новорожденных. Соотношение тех и других палат определяется заданием на проектирование. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских.

10.6.3 Количество коек в послеродовых палатах раздельного пребывания должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных.

10.6.4 Во вновь строящихся, а также реконструируемых родовспомогательных лечебных учреждениях (отделениях) необходимо предусмотреть послеродовые палаты вместимостью не более 2 материнских коек. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным.

10.6.5 В отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток.

10.6.6 В акушерских стационарах и отделениях, при наличии обсервационных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляется через блок помещений обсервационного приема.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых обсервационное отделение в структуре учреждения не выделяется. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат.

10.6.7 В составе акушерского стационара выделяется родильный блок. Помещение для обработки рук и переодевания персонала (подготовительная) следует размещать перед родовыми палатами или между ними.

10.6.8 Допускается размещать палаты новорожденных между палатами родильниц. Перед входом в палату новорожденных необходимо предусматривать шлюз.

10.6.9 Отделения второго этапа выхаживания предусматриваются только в составе перинатальных центров и детских стационарах, при соответствующей планировочной изоляции.

10.7 Палатные отделения стационара для лечения детей

10.7.1 В стенах и перегородках, отделяющих детские палаты (без матерей) от коридоров, а также в стенах и перегородках между палатами для детей в возрасте до 7 лет следует предусматривать остекленные проемы, размеры которых определяются заданием на проектирование.

10.7.2 Вместимость палат для детей до 1 года (кроме новорожденных) должна быть не более чем на 2 койки. Палаты объединяются в отсеки, не более чем по 8 коек.

10.7.3 В отделениях второго этапа выхаживания и отделений для детей до 3 лет предусматриваются палаты для совместного круглосуточного пребывания матерей, фильтр для их профилактического осмотра и переодевания, а также помещения для отдыха и приема пищи проходящих родителей.

10.7.4 В детских палатах кровать для матери или другого сопровождающего лица может устанавливаться без соблюдения требования трехстороннего подхода.

10.7.5 В детских отделениях стационара предусматриваются помещения для обучения и игровые комнаты.

10.8 Отделения для лечения инфекционных больных.

10.8.1 Инфекционные отделения следует размещать в отдельно стоящем или пристроенном здании с отдельным приемным отделением.

10.8.2 Процентное соотношение коек в боксах, боксированных палатных инфекционных отделениях следует принимать по таблице 2.

10.8.3 В туберкулезном стационаре необходимо предусмотреть наличие боксированных палат для пациентов с туберкулезом, вызванным возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью.

10.8.4 В целях профилактики распространения туберкулеза с учетом высокой устойчивости и длительностью сохранения возбудителя во внешней среде перепрофилирование медицинских организаций для лечения больных туберкулезом запрещается.

10.9 Палатные отделения для иммунокомпрометированных пациентов (отделения для пациентов с ВИЧ инфекцией, муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами).

10.9.1 Вместимость палат указанных подразделений должна быть не более 2 коек.

10.9.2 Работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.

10.9.3 Палаты в отделениях должны быть со шлюзом и туалетом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой, обеспечивающей чистоту воздуха в соответствии с требованиями приложения 3. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции, должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую частоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальной палатки, оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента.

10.9.4 По заданию на проектирование смежно с палатой для пациента предусматривается помещение/палата для пребывания лиц по уходу.

10.10 Отделения физиотерапевтического и восстановительного лечения.

10.10.1 Отделение восстановительного и физиотерапевтического лечения может быть общим для всех структурных подразделений организации, за исключением отделений инфекционного профиля.

10.10.2 Установку и эксплуатацию аппаратуры, являющейся источником электромагнитных полей (ЭМП), проводят в соответствии с санитарными правилами по требованиям к электромагнитным полям в производственных условиях.

10.10.3 Физиотерапевтическая аппаратура устанавливается в изолированных кабинках, каркасы которых выполняются из пластмассовых или деревянных стоек либо из металлических (никелированных) труб, свободных от заземления (изоляция от стен и пола).

10.10.4 В кабине допускается размещение не более одного аппарата. Кабина должна иметь следующие размеры: высота стоек - 2,0 м, длина - 2,2 м, ширина - 1,8 м. При использовании аппаратов индуктотермии, микроволновой терапии, УВЧ-генераторов мощностью более 200 Вт ширина кабины принимается не менее 2 м.

10.10.5 Аппараты для проведения УВЧ и СВЧ-терапии с дистанционным, в том числе и с универсальным расположением конденсаторных пластин излучателей, требуют организации специально выделенных помещений либо кабин, экранированных тканью с микропроводом.

10.10.6 Требования к размещению и эксплуатации лазерных аппаратов и приборов в ЛПО определяются в соответствии с классом лазерной опасности. Внутренняя отделка помещений должна быть выполнена из материалов с матовой поверхностью. Запрещается использование зеркал и других отражающих поверхностей. Для аппаратов 1 и 2 класса лазерной опасности отдельных помещений не требуется. Аппараты 3 и 4 классов опасности должны размещаться в отдельных кабинетах, оснащенных наружным табло "Не входить, работает лазер", знаком лазерной опасности, внутренним запорным устройством; на данные кабинеты оформляется санитарный паспорт. При работе с лазерными аппаратами 2 - 4 классов опасности необходимо использовать индивидуальные средства защиты органов зрения для пациентов и персонала. Работа с источниками лазерного излучения должна проводиться в соответствии с действующими санитарными правилами.

10.10.7 В составе солярия, предназначенного для искусственного ультрафиолетового облучения людей, следует предусматривать место для раздевания. Площади для размещения солярия следует предусматривать в соответствии с руководством пользователя на конкретный тип солярия, но не менее 12 кв.м.

Пациенты должны обеспечиваться защитными очками. После каждого пациента необходимо использовать дезинфицирующие средства для очищения акриловых стекол, подушек для головы и ног, защитных очков или лицевых пластин, а в случае вертикального солярия - также пола. Следует соблюдать режим облучения, учитывая тип кожи пациента и отсутствие противопоказаний для облучения. При солярии организуются пост медицинской сестры (оператора).

10.10.8 Кабинеты, использующие аэроионизирующее оборудование (электрические аэроионизаторы, гидроаэроионизаторы, галогенераторы, галокамеры, спелеоклиматические камеры, электростатические фильтры), а также кабинеты гипокситерапии не допускается размещать в жилых зданиях. Рабочее место персонала оборудуется за пределами лечебных помещений, которые оборудуются механической системой вентиляции. Кратность воздухообмена определяется по расчету для обеспечения гигиенических показателей.

10.10.9 Кабинеты гипокситерапии в случае использования азота для газовой гипоксической смеси должны размещаться преимущественно на первом этаже. В

кабинетах предусматриваются противозумовые мероприятия от работы компрессора и естественное проветривание. Принимается площадь 4 кв.м на человека, но кабинет не менее 10 кв.м. Для мойки и дезинфекции масок и шлангов предусматривается помещение не менее 4 кв.м.

Между сеансами устраивается перерыв для проветривания (10 минут). После окончания рабочей смены предусматривается уборка с применением моющих и дезинфицирующих средств, а также дезинфекция воздуха.

10.10.10 При кабинете гидроколлотерапии предусматривается санузел.

10.11 Эндоскопические отделения.

10.11.1 В составе отделения выделяется кабинет приема врача, процедурные, помещения для обработки эндоскопического оборудования и вспомогательные помещения. Для проведения бронхоскопии, эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта и нижних отделов пищеварительного тракта выделяются отдельные процедурные. Проведение этих манипуляций в одной процедурной не допускается. При процедурной для исследования нижних отделов пищеварительного тракта предусматривается санитарный узел.

10.11.2 Для соблюдения противозидемического режима, эндоскопические отделения должны быть оснащены достаточным количеством эндоскопов, обеспечивающим возможность проведения циклов дезинфекции, очистки, стерилизации или дезинфекции высокого уровня (перед следующим использованием).

10.12 Отделения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), других вспомогательных репродуктивных технологий

10.12.1 Состав помещений определяется технологическим процессом и мощностью учреждения. Минимальные площади специализированных и вспомогательных помещений представлены в приложении 1.

10.12.2 Помещения для амбулаторно-консультативного приема могут располагаться как в едином блоке с помещениями ЭКО, так и вне его. Количество и специализация консультативных кабинетов определяется заданием на проектирование.

10.12.3 В помещении криохранилища не должно быть водопроводных труб, кранов и другого водосодержащего сантехнического оборудования. Предусматривается приточно-вытяжная вентиляция с вытяжкой из нижней зоны. Помещение оборудуется датчиками для контроля содержания кислорода. Индикаторы должны быть выведены из рабочего помещения в места постоянного присутствия персонала.