Согласовано	Утверждаю
Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по неонатологии, профессор, д.м.н. _____Д.О.Иванов «___»_____2015 г.	Председатель Совета Межрегиональной Ассоциации неонатологов, профессор, д.м.н. _____Д.Н.Дегтярев «___»_____2015 г.

БАЗОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ

Клинические рекомендации

Москва

2015

Коллектив авторов:

Байбарина Елена Николаевна	Главный научный сотрудник ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», д.м.н.
Дегтярев Дмитрий Николаевич	Заместитель директора ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», заведующий кафедрой Неонатологии 1МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор
Зубков Виктор Васильевич	Заведующий отделом неонатологии и педиатрии ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», профессор кафедры Неонатологии 1МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.
Рюмина Ирина Ивановна	Заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», профессор кафедры Неонатологии 1МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.
Тимофеева Лейла Акакиевна	Заведующая отделением новорожденных ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», к.м.н.

Рецензенты:

Афонин Александр Алексеевич - Заместитель директора ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии" Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации

Чаша Татьяна Валентиновна - Заведующая отделом неонатологии и клинической неврологии детского возраста ФГБУ "Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова" Минздрава России, главный внештатный неонатолог Департамента здравоохранения Ивановской области, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации

Оглавление

I. Методология 3
II. Введение 5
III. Базовая помощь новорожденному в родильном зале 6
3.1. Готовность к первичным реанимационным мероприятиям. 6
3.2. Обсушивание новорождённого, осмотр и оценка состояния (IA) 7
3.3. Оценка состояния новорожденного (I,II,IIIA) 7
3.4. Пережатие и отсечение пуповины (IA). 8
3.5. Первое прикладывание к груди (IA) 8
3.6. Вторичная обработка пуповинного остатка 9
3.7. Уход за кожей новорождённого в родильном зале (II,IIIB) 9
3.8. Уход за глазами (IB) 10
IV.Базовая помощь новорожденному в отделении новорожденных 10
и палатах совместного пребывания матери ребенка
4.1Первичный осмотр новорождённого в отделении 10
4.2. Предупреждение потери тепла, профилактика гипотермии (I,II,IIIA). 14
4.3. Пеленание (IB, IIA, IIIA) 15
4.4. Поддержка грудного вскармливания. 16
4.5. Уход за пуповинным остатком в раннем неонатальном периоде (IA) 20
4.6. Уход за кожей новорождённого и профилактика повреждений кожи (IIB) 21
4.7.Вакцинопрофилактика. 22
4.8. Неонатальный скриннинг. 27
4.9. Аудиологический скриннинг. 29
5.0.Общение медицинского персонала и родителей новорождённого
ребенка (консультирование) 30
V. Список литературы 32

I. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных MEDLINE и EMBASE по состоянию на 1 октября 2014 г. Глубина поиска составляла 60 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается)

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Уровни доказательности

1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры РКИ или РКИ с очень низким риском системных ошибок
1+	Качественные мета-анализы, систематические обзоры РКИ с низким риском системных ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры РКИ с высоким риском системных ошибок
2++	Систематические обзоры высокого качества исследований типа случай-контроль или когортных исследований Исследования типа случай-контроль или когортные исследования высокого качества с очень низким риском искажающей систематической ошибки
2+	Исследования типа случай-контроль или когортные исследования высокого качества с низким риском искажающей систематической ошибки
2-	Качественные исследования типа случай-контроль или когортные исследования с высоким риском искажающей систематической ошибки
3	Неаналитические исследования, например описания отдельных клинических случаев, серии случаев
4	Мнение эксперта

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Рейтинговая схема оценки силы рекомендаций представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Рейтинговая схема оценки силы рекомендаций

A	Не менее одного мета-анализа, систематического обзора или РКИ, оцененного как 1++ и непосредственно применимого к целевой популяции; или Доказательная база, состоящая преимущественно из исследований, оцененных как 1+, непосредственно применимых к целевой популяции и демонстрирующих одинаковые результаты
B	Доказательная база, включающая исследования, оцененные как 2++, непосредственно применимые к целевой популяции и демонстрирующие одинаковые результаты; или Экстраполированные данные исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Доказательная база, включающая исследования, оцененные как 2+, непосредственно применимые к целевой популяции и демонстрирующие одинаковые результаты; или Экстраполированные данные исследований, оцененных как 2++
D	Уровень доказательности 3 или 4; или экстраполированные данные исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – GPPs):

рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Методы валидизации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидизации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами.

Получены комментарии со стороны врачей неонатологов из нескольких регионов первого и второго этапов выхаживания новорожденных детей (гг. Москва, Московская область, Ленинградская область, Ярославль) в отношении доступности, доходчивости и возможности применения рекомендаций в повседневной практике.

Все комментарии, полученные от экспертов, анализировались председателем и членами рабочей группы, вносились изменения с учетом рекомендаций.

Консультация и экспертная оценка

Предварительная версия была размещена для обсуждения на сайте http://neonatology-nmo.geotar.ru, для того, чтобы широкий круг лиц имел возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации

Силы рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - goodpracticepoints (GPPs) приводятся в ходе изложения текста рекомендаций.

II.Введение

Существуют два основных направления совершенствования качества помощи новорожденным – это развитие современной, наукоемкой, высокотехнологичной, дорогостоящей помощи (в которой нуждаются по данным разных авторов от 2 до 5% новорожденных) и совершенствование организации медицинской помощи, на основании базовых медицинских и вспомогательных технологий, в которых нуждаются все новорожденные. Оба эти направления важны в равной степени, хотя точка их приложения и конечный результат различны. Базовая неонатологическая помощь рассматривается как важнейший компонент поддержания не только здоровья новорожденного и матери, но и фактор, определяющий высокое качество жизни и здоровый психологический климат семьи: положительная эмоциональная память о родах способствует желанию семьи иметь еще нескольких детей. Кроме того, правильно организованная базовая неонатологическая помощь помогает экономить материальные ресурсы за счет исключения ненужных процедур и излишних лекарственных препаратов, а также средств, расходуемых на лечение заболеваний у новорожденных, которые связаны с нарушениями адаптации.

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

Базовые медицинские технологии эффективно снижают неонатальную смертность и заболеваемость, а также способны значительно уменьшить постнеонатальную заболеваемость и смертность **(A)**. Все рекомендуемые методы не требуют больших затрат, и их можно успешно осуществить без значительных капиталовложений и текущих расходов на их поддержание. Тем не менее, внедрение этих технологий в практику ухода

за новорожденными детьми требует повышения профессионального уровня, знаний и практических навыков медицинских специалистов, включая акушерок, врачей, медсестер, организаторов здравоохранения, эпидемиологов.

Основные принципы ухода за новорожденным:

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

III.Базовая помощь новорожденному в родильном зале

3.1. Готовность к первичным реанимационным мероприятиям.

Независимо от прогноза и степени риска рождения ребёнка в асфиксии, весь медицинский персонал, участвующий в приёме родов (акушер-гинеколог, акушерка, анестезиолог, неонатолог) должен владеть первичной реанимацией новорождённого в полном объёме. Заведующий родильным блоком является ответственным за обеспечение исправности необходимого оборудования для проведения первичной реанимационной помощи новорожденному. Дежурый врач-неонатолог должен проверить исправность оборудования и наличие медикаментов в родильном зале, необходимых для проведения первичной реанимационной помощи.

3.2. Обсушивание новорождённого, осмотр и оценка состояния (IA)

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

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

3.3. Оценка состояния новорожденного (I,II,IIIA)

После обсушивания необходимо оценить состояние ребёнка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях. При осмотре важно обратить внимание на следующее:

наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений, цвет кожных покровов — оценка этих признаков позволяет определить показания к проведению срочных реанимационных мероприятий в течение 30 с после родов;

выявление врождённых дефектов и признаков заболеваний — позволяет обеспечить своевременное и адекватное лечение;

наличие косвенных признаков незрелости ребенка и задержки внутриутробного развития – более точное определение будет возможно только после уточнения срока родов и измерение антропометрических параметров.

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 1 минуту и через 5 минут после рождения ребенка.

Первый осмотр новорожденного желательно проводить непосредственно после рождения, на груди у матери, с целью исключения тяжелой патологии и контроля адаптации ребенка. Санация верхних дыхательных путей проводится только по показаниям **(IB),** зондирование желудка всем новорожденным проводить не рекомендуется **(IIIB).**

Если состояние ребенка удовлетворительное, после обсушивания кожи его следует

положить на живот матери (эпигастральная область) и прикрыть тёплой пелёнкой.

Масса тела при рождении фиксируется при первом измерении в течение первых часов после родов. Антропометрические параметры в соответствии со сроком гестации дают возможность оценить степень зрелости новорожденного и наличие задержки внутриутробного развития.
Низкой массой тела при рождении считают показатель менее 2500 г.
Срок гестации вычисляют от первого дня последней нормальной менструации, выражая в полных неделях и днях.
Доношенная беременность длится 37–42 полные недели (259–293 дня)

3.4. Пережатие и отсечение пуповины (IA).

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

Раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может привести к снижению уровня гемоглобина и развитию поздней анемии. С другой стороны, слишком позднее пережатие пуповины нередко приводит к развитию гиперволемии и полицитемии, которая может быть причиной респираторных нарушений, гипербилирубинемии.**Пережатие пуповины в конце первой минуты жизни:**

- **Один зажим Кохера наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца**
- **Второй зажим Кохера наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы**
- **Третий зажим наложить на 2 см кнаружи от первого, участок пуповины между первым и третьим зажимами Кохера протереть марлевым шариком, смоченным 70% раствором этилового спирта, пересечь стерильными ножницами.**

3.5. Первое прикладывание к груди (IA)

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

Очень важно обеспечить полноценное общение матери и ребёнка сразу после родов.

Для того, чтобы первое кормление было успешным, необходимо:

- принимая роды, нужно свести объём медицинского вмешательства к минимуму;
- по возможности избегать применения лекарственных средств, проникающих через плаценту и вызывающих сонливость у ребёнка;
- после родов обеспечить ребёнку контакт с матерью «кожа к коже»;

- предоставить матери и ребёнку возможность общаться друг с другом;
- помочь ребёнку найти грудь, показав матери, как правильно приложить его.

Разлучать ребёнка с матерью следует только при тяжелом состоянии ребенка и/или матери.

Необходимые процедуры (взвешивание, вторичная обработка пуповинного остатка, пеленание ребёнка) рекомендуется проводить после первого прикладывания ребенка к груди, после того, как он получит первые капли молозива.

Рождение ребенка и первые минуты, и часы сразу после рождения, требуют от матери большого физического и эмоционального напряжения. Консультирование и помощь в родильном зале по вопросам грудного вскармливания сразу после рождения ребенка закладывают основы правильного вскармливания ребенка в последующем. От того, как быстро и правильно ребенок будет приложен к груди в родильном зале, зависит отсутствие многих проблем с грудным вскармливанием в дальнейшем **(IIB)**. Оказывая медицинскую помощь матери и ребенку, персонал не должен забывать об эмоциональном состоянии матери. Сразу после рождения ребенка:

- **Поздравьте мать с рождением ребенка и спросите о первых ощущениях и переживаниях, спросите, как она себя чувствует, и приободрите ее.**
- **Убедите родившую женщину, что в первые сутки не должно быть ощущения, что грудь полная. Это не означает, что в груди нет молока, молозиво вырабатывается в небольшом объеме, а «зрелое» молоко появится в течение нескольких дней.**
- **Помогите приложить ребенка к груди, обратите внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди).**

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

3.6. Вторичная обработка пуповинного остатка

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

3.7. Уход за кожей новорождённого в родильном зале (II, IIIB)

Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой (*vernix caseosa*),

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

3.8. Уход за глазами (IB)

Для профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого 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).

Раствор нитрата серебра может вызывать химические конъюнктивиты и болевую реакцию у новорожденных. В настоящее время нет исследований, свидетельствующих об эффективности применения препарата 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид) **(IV D).**

IV.Базовая помощь новорожденному в отделении новорожденных и палатах совместного пребывания матери ребенка

4.1. Первичный осмотр новорождённого в отделении

При первичном осмотре ребенка необходимо отметить следующие признаки и описать их в истории развития новорожденного.

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

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

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

Мышечный тонус - здоровый ребёнок имеет физиологический мышечный гипертонус. В вертикальном положении новорождённый способен в течение короткого времени удерживать голову, в положении на животе ненадолго приподнимает голову и

таз.

Физиологические рефлексы новорождённого:

- Рефлекс Моро возникает в ответ на резкий звук или на отклонение головы новорождённого кзади. У здорового ребёнка рефлекс живой и симметричный.
- Хватательный рефлекс вызывают надавливанием пальцами на ладонь или стопу новорождённого. Обычно сила хватательного рефлекса такова, что новорождённого можно слегка приподнять от поверхности, вложив свои пальцы в кулачки ребёнка. Движение головы младенца при этом запаздывает. Во время проверки хватательного рефлекса не следует одновременно касаться тыльных поверхностей кисти, это раздражение вызывает рефлекс выпрямления пальцев.
- Поисковый и сосательный рефлексы. Прикосновение к коже вокруг рта ребёнка вызывает движение головы в сторону касающегося предмета. Если вложить кулачок ребёнка или сосок в рот ребёнку, возникает сосательный рефлекс значительной силы. Сосание и глотание — скоординированный акт, требующий последовательного сокращения приблизительно 30 мышц.
- При соприкосновении стопы с твёрдой поверхностью ребёнок начинает выполнять медленные примитивные движения, напоминающие ходьбу.

Во время родов **череп** новорождённого подвергается интенсивному воздействию, приводящему к наползанию костей друг на друга. Физиологическое смещение костей легко отличить от патологического синостоза, слегка надавив на область шва и ощутив подвижность костей. При синостозе подвижность ограничена. Диастаз между костями сагиттального шва в норме составляет около 5 мм. Больший диастаз свидетельствует о повышении внутричерепного давления, либо о нарушении остеогенеза при задержке внутриутробного развития.

Размер **большого родничка** в норме варьирует от одного до нескольких сантиметров. Когда новорождённый спокоен в положении на спине, большой родничок мягкий, несколько запавший. В вертикальном положении втяжение родничка выражено сильнее. Малые размеры большого родничка без других нарушений не следует считать патологией, однако необходимо динамическое наблюдение за увеличением окружности головы ребёнка по мере его роста. Малые размеры родничка не связаны с питанием матери во время и после беременности, не указывают на необходимость ограничения кальция и витамина D в питании ребёнка. Размеры малого родничка обычно составляют 1–2 мм. Между большим и малым родничками иногда можно нащупать третий родничок

в области теменных костей, его наличие — вариант нормы.

Родовая опухоль — мягкая припухлость тестоватой консистенции, образующаяся на предлежащей части в результате отёка кожи и рыхлой клетчатки.В мягких тканях прилежащей части сосуды усиленно наполняются кровью, возникает венозная гиперемия и серозное пропотевание в клетчатку, окружающую сосуды. При затылочном предлежании родовая опухоль образуется в области малого родничка, преимущественно на одной из теменных костей.

Около 10% новорождённых имеют **кефалогематомы** различной степени выраженности. При первом осмотре диагностировать кефалогематому достаточно сложно, обычно диагноз ставят на вторые сутки жизни, когда исчезает родовая опухоль. Кефалогематома — кровоизлияние под надкостницу теменной или затылочной кости, не превышающее площади кости. Кровотечение может продолжаться в течение 2 дней после рождения; в это время показано бережное ведение. Большинство кефалогематом возникает после вакуум-экстракции, однако появление образования возможно и без инструментального пособия в родах. В случаях, когда кефалогематома возникла после наложения акушерских щипцов, необходима рентгенография костей черепа для исключения переломов. Кефалогематома рассасывается в течение 6 недель, приподнятость выступающего края кости может быть заметна на протяжении нескольких лет. При большом размере гематомы резорбция вызывает повышение содержания непрямого билирубина, что может потребовать проведения фототерапии. Не показана пункция и аспирация гематом — возрастает риск тяжёлых инфекционных осложнений **(C)**. Наличие кефалогематомы не влияет на психомоторное развитие, не описаны также какие-либо неврологические последствия этого состояния.

Кожа здорового доношенного ребёнка обычно имеет цианотичный оттенок, однако после первого крика в течение нескольких минут кожа становится розовой; стопы и ладони могут быть цианотичными более продолжительное время (несколько часов) вследствие вазоконстрикции и/или наличием фетальных коммуникаций. Выраженность вазоконстрикции выше, если ребёнок мёрзнет и имеет симптоматику холодового стресса.

Если роды протекают с дистоцией плечиков или обвитием пуповины вокруг шеи часто возникают петехиальные кровоизлияния в кожу лица, шеи, головы и спины новорождённого. Нередко петехии сочетаются с субконъюнктивальными кровоизлияниями. Кровоизлияния следует дифференцировать с токсической эритемой, бледнеющей при нажатии. Локальные петехиальные кровоизлияния также требуют дифференциального диагноза с генерализованной петехиальной сыпью при

тромбоцитопении.

«Феномен арлекина» — эритема одной половины туловища, возникающая в положении на боку преимущественно у недоношенных детей. Эритема имеет чёткую ровную границу по средней линии туловища. Предположительный механизм возникновения — дисбаланс автономной регуляции сосудистого тонуса. У доношенных детей при воздействии холода, может возникать мраморный рисунок кожи, представляющий собой сосудистую венозную сеть и считающийся вариантом нормы.

Внутриэпидермальные пузыри — элементы диаметром около 1,5 см, заполненные жидкостью, которые лопаются с формированием поверхностных эрозий. Располагаются пузыри обычно в области мошонки, могут встречаться на других участках тела.. Содержимое пузыря стерильно. Считают, что состояние связано с десквамацией кожи на поздних сроках беременности.

Для того чтобы осмотреть **глаза** ребёнка следует организовать умеренное освещение, осторожно наклоняя голову ребёнка вверх и вниз, что вызовет рефлекторное открывание глаз новорождённого. Доношенный ребёнок способен фиксировать взгляд на короткий период времени. У здорового новорождённого глазные яблоки могут двигаться несодружественно, особенно во время сна, это нормально. Быстрые беспорядочные движения глазных яблок, нистагм требуют пристального внимания.

Серповидные субконъюнктивальные кровоизлияния вокруг радужки, как правило, имеют травматический характер, часто возникают после рождения через естественные родовые пути. При офтальмоскопии сетчатки ребёнка после вакуум-экстракции плода часто обнаруживают небольшие кровоизлияния. Все перечисленные выше кровоизлияния не опасны и регрессируют спонтанно в течение нескольких недель.

Новорождённый дышит преимущественно через **нос** с закрытым ртом. Затруднение носового дыхания приводит к развитию дыхательных нарушений, сопровождающихся втяжением межрёберных промежутков.

Твёрдое нёбо здорового новорождённого обычно высокое, по средней линии имеет скопления эпителиальных клеток в виде «нёбных жемчужин» (жемчужины Эпштейна).

Нижняя челюсть относительно небольших размеров, зубной ряд расположен на несколько мм кзади от зубного ряда верхней челюсти. У некоторых детей уздечка языка короткая и достигает его кончика. При плаче кончик языка выглядит раздвоенным, что беспокоит родителей. Обычно подрезания короткой уздечки в неонатальном периоде не требуется, состояние регрессирует самостоятельно в течение первых лет жизни ребёнка.

При первичном осмотре новорождённого необходимо уделить особое внимание

оценке деятельности **бронхо-легочной и сердечно-сосудистой системы.** Внимательный осмотр позволяет обнаружить признаки снижения эластичности лёгочной ткани: участие вспомогательной дыхательной мускулатуры, раздувание крыльев носа, втяжение податливых мест грудной клетки, экспираторное «хрюканье», тахипноэ (в норме число дыхательных движений у новорождённого не превышает 60 в минуту). Следует оценить симметричность экскурсии грудной клетки, провести перкуссию и аускультацию. Проводные хрипы и единичные влажные хрипы в первые минуты жизни могут выслушиваться и у здоровых детей.

Частота сердечных сокращений у новорождённого обычно составляет 120–140 в минуту. У 60% здоровых новорождённых можно выслушать низкоамплитудный систолический шум над областью сердца, причина которого неизвестна. У некоторых новорождённых непродолжительно слышен шум, связанный с турбулентным током крови, проходящей через закрывающийся артериальный проток. Такой шум обычно систолический, а не систолодиастолический, как у старших детей, поскольку сразу после рождения диастолического тока через открытый артериальный проток нет.

При первичном осмотре необходимо тщательно пальпировать **живот**. Следует оценить размеры печени, селезёнки.

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

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

4.2. Предупреждение потери тепла, профилактика гипотермии (I,II,IIIA).

Основной симптом наличия холодового стресса у ребёнка — понижение температуры ступней и ладоней на ощупь; вне этого состояния у новорождённого стопы и ладони тёплые. Существует подтверждённый практикой и данными доказательной медицины перечень мероприятий, направленных на профилактику и лечение гипотермии. Концепция «тепловой цепочки», предложенная Всемирной Организацией Здравоохранения, представляет собой последовательность взаимосвязанных процедур, снижающих вероятность развития гипотермии и способствующих хорошему самочувствию ребёнка.

«Тепловая цепочка» состоит из нескольких звеньев:

- обучение персонала родовспомогательных учреждений мерам профилактики гипотермии новорождённого;

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

Влияние кожного контакта с отцом (IB)

Кожный контакт новорожденного с отцом стимулирует сосательный рефлексу ребенка, и уменьшает частоту и продолжительность плача, способствует более быстрому засыпанию. Рекомендуется при невозможности выложить ребенка на грудь матери.

4.3. Пеленание (IB, IIA, IIIA)

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

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

- блокированию движений диафрагмы, что затрудняет вентиляцию лёгких;
- нарушению циркуляции крови в конечностях;
- дисплазии тазобедренных суставов, особенно когда ноги ребенка жестко фиксируют в положении разгибания и приведения;
- уменьшению воздушной прослойки между телом ребёнка и одеждой, что ухудшает термоизоляцию; повышает риск как перегревания, так и гипотермии
- ограничению движений конечностей ребёнка, что снижает возможности развития нервно-мышечной координации;
- затруднению правильного прикладывания к груди и грудного вскармливания

(ребёнку трудно достаточно широко открыть рот и повернуть голову), что уменьшает вероятность успешной лактации.

4.4. Поддержка грудного вскармливания.

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

В первые дни после рождения ребёнка молочные железы роженицы вырабатывают молозиво — густое желтоватое молоко. В молозиве содержится больше белка, антител и других факторов защиты, чем в зрелом молоке. Молозиво обладает мягким послабляющим эффектом, способствует своевременному очищению кишечника новорождённого от мекония. Молозиво также способствует развитию и нормальному становлению функций кишечника ребёнка после рождения, предупреждает развитие в дальнейшем аллергических реакций и непереносимость другой пищи. По своему витаминному составу молозиво отличается от зрелого молока. Особенно много в нем витамина А. Учитывая уникальный состав молозива, очень важно, чтобы ребёнок получал его с первых часов жизни. Молозиво содержит все необходимые питательные компоненты, и полностью обеспечивает потребности ребёнка в питательных веществах до появления зрелого молока у матери.

Зрелое молоко появляется в течение нескольких дней после рождения ребёнка в гораздо большем количестве, чем молозиво. Различают «переднее» и «заднее» молоко. «Переднее» молоко ребёнок получает в начале кормления, оно имеет голубоватый цвет. «Переднее» молоко вырабатывается в большом количестве и содержит много сахара (лактозы), белка. «Заднее» молоко выделяется в конце кормления, имеет насыщенный белый, иногда желтоватый цвет. В «заднем» молоке содержится больше жира, чем в переднем. Большое количество жира делает «заднее» молоко высокоэнергетическим, поэтому нельзя отнимать ребёнка от груди преждевременно, необходимо позволить ему высосать все «заднее» молоко, иначе он будет голодным.

Грудное вскармливание способствует формированию между матерью и ребёнком близких, нежных взаимоотношений, привязанности, формирует глубокую эмоциональную связь, сохраняющуюся на всю жизнь. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, более спокойные, меньше плачут, они чувствуют большую защищённость, и это сказывается на поведении ребенка.

Основные условия успешного грудного вскармливания в раннем неонатальном периоде:

- Нет необходимости перед каждым кормлением мыть грудь, обрабатывать соски, особенно с мылом.
- Частое прикладывание ребенка к груди способствует «прибыванию» молока
- В течение первой недели после родов грудь выглядит набухшей, женщина может испытывать чувство «распирания» в груди. Это проходит достаточно быстро, если часто прикладывать ребенка к груди.
- Здоровому ребенку достаточно только грудного молока, и нет необходимости давать ему воду.
- Частота и продолжительность кормлений должны определяться желанием ребенка и ему необходимо дать возможность сосать, пока сам не отпустит грудь.
- Необходимо дать возможность ребенку высосать одну грудь, перед тем, как дать вторую, для того, чтобы он получил достаточно «заднего» молока, содержащего жиры в высокой концентрации.

В период становления лактации матери необходима психологическая поддержка и практическая помощь. Нужно показать матери несколько основных приемов, которые способствуют тому, чтобы ребенок правильно взял грудь и эффективно сосал.

Способы оценки достаточности получаемого ребёнком количества молока (IIB)

Потребности детей в пище индивидуальны. Состав молока в течение дня и всей лактации меняется вслед за потребностями ребёнка. Большинство детей способно регулировать количество потребляемого грудного молока.

Рекомендуется прикладывать ребёнка к груди, как только он проявляет признаки голода или беспокойства, днём и ночью, с первого дня и до конца грудного вскармливания. Иногда придется кормить 10–12 раз в день, иногда 6–8 раз. Не стоит ждать, пока ребёнок начнёт плакать от голода.

Если ребёнку дают соску или туго пеленают, очень трудно распознать признаки голода. Голодные дети двигают головой, ручками, подносят их ко рту, у них появляется слюна, они причмокивают языком, делая сосательные движения ртом и языком. У детей есть множество способов показать свой голод; крик и плач — последний, самый отчаянный метод.

Грудное молоко легче и быстрее переваривается, чем искусственное детское питание, поэтому и кормить ребёнка следует чаще, чем при искусственном вскармливании.

Большинство детей нуждаются в кормлении по ночам. Ради удобства матери

можно поставить кроватку ребёнка рядом с постелью матери. Не рекомендуется спать матери в одной постели с ребенком.

Иногда дети наедаются быстро, иногда медленно. Ребёнок может требовать кормления в несколько приёмов, отдыхая в промежутках между сосанием, иногда предпочитает непрерывное кормление. Мать научится понимать по звукам, продолжает ли ребёнок сосать или просто дремлет у груди. Если ребёнку комфортно, он не повредит сосок даже при частом и длительном кормлении.

Если ребёнок самопроизвольно бросает грудь, следует сделать перерыв, затем попробовать предложить ему ту же самую грудь, чтобы убедиться, что ребёнок получил «заднее» молоко. Если он отказывается, надо предложить вторую грудь; если он снова откажется, то он сыт. При следующем кормлении лучше предлагать грудь, «отдыхавшую» при предыдущем кормлении. Если у ребёнка заметна склонность к «любимой» груди, это не проблема. Практически молока одной груди достаточно, чтобы насытить ребёнка; есть женщины, с успехом выкормившие только грудью близнецов и даже тройню.

Факторы, влияющие на лактацию (I,II,IIIA)

Масса тела матери не влияет на успешность лактации. Требования к рациону питания кормящей матери варьируют в достаточно широком диапазоне. Потребность женщины в этот период в белках, жирах, углеводах, витаминах и минеральных веществах повышена, но если эти потребности в дополнительной энергии и питательных веществах не удовлетворять, синтез грудного молока будет происходить за счёт ресурсов матери. Нормально питающаяся женщина накапливает во время беременности необходимые запасы, используемые для компенсации возросших потребностей в первые месяцы лактации.

Распространённое мнение о том, что для нормальной лактации необходимо значительное увеличение потребления жидкости, не подтверждено научными исследованиями. Когда матери не хватает жидкости, моча становится концентрированной, женщина испытывает жажду. Поэтому обычно женщина сама регулирует поступление жидкости.

Форма и размер груди также не влияют на количество молока и возможности грудного вскармливания. Часто причину неудачного прикладывания ребёнка к груди объясняют формой сосков. В большинстве случаев плоские соски не препятствуют грудному вскармливанию. Причину неудачного кормления следует искать в неправильном прикладывании ребёнка к груди. Необходимо помочь матери правильно приложить ребёнка к груди как можно раньше, лучше всего в первый день после родов,

до того как «прибудет молоко» и грудь станет полной. Если по каким-то причинам ребёнок не может сосать грудь, следует рекомендовать матери сцеживать молоко и кормить его из чашки. Не следует кормить ребёнка из бутылочки, так как это затрудняет в дальнейшем прикладывание ребёнка к груди.

Противопоказания к грудному вскармливанию

Для ребёнка противопоказанием к грудному вскармливанию может стать невозможность сосания груди (тяжёлое общее состояние, недостаточная масса тела при рождении).

Для матери противопоказанием к кормлению может стать тяжёлое состояние, приём некоторых медикаментов, ВИЧ-инфекция. Наличие импланта в грудной железе не является противопоказанием для кормления ребенка грудью.

Если мать получает лекарственное средство, противопоказанное при грудным вскармливании, следует попытаться найти аналог препарата, допускающий грудное вскармливание, прежде чем поспешно переводить ребёнка на питание искусственной смесью.

Трудности при кормлении грудью

- Психологические факторы чаше других вызывают трудности при кормлении ребёнка. Стресс, семейные конфликты, отсутствие взаимопонимания между женой и мужем, значительные нагрузки, испытываемые женщиной после родов (особенно если в семье несколько детей), отсутствие заботы и помощи со стороны близких — реальные причины, снижения выработки молока у матери новорождённого.

Чтобы активировать рефлекс окситоцина, необходимо помогать матери психологически и практически — устранить любые источники боли или тревоги, стараться вызывать приятные мысли и позитивные эмоции по отношению к ребёнку.

- Редкие кормления строго по часам. Отмена ночного кормления ребёнка также может привести к снижению количества молока, особенно если мать прекращает кормление раньше, чем ребёнок проявит признаки насыщения.
- Непродолжительное кормление приводит к тому, что ребёнок не получает достаточного количества «заднего молока», а недостаточное опорожнение груди приводит к снижению выработки молока.
- Неправильное прикладывание к груди вызывает неэффективное сосание, в дальнейшем приводящее к недостаточной выработке молока, возникновению трещин, затрудняющих вскармливание.
- Ребёнок, получающий питание из бутылочки, или пустышку, может иметь трудности при сосании, так как неправильно захватывает грудь.

- Повреждения молочных желёз при грудном вскармливании, как правило, связаны с неправильным прикладыванием ребёнка, нагрубанием, закупоркой молочных протоков и присоединением воспаления, возможно развитие абсцесса.

Наполнение груди молоком происходит на 2–5-й день после родов. Воспаление и трещины сосков чаще всего возникают в первые дни, когда правильное прикладывание к груди и частота кормлений ещё не отработаны. Слишком частое мытьё сосков (чаще одного раза в день) удаляет защитную плёнку, провоцирует возникновение трещин.

Ограничение грудного вскармливания и неправильное прикладывание ребёнка к груди могут привести к закупорке молочных протоков, образованию твёрдого, болезненного образования в ткани молочной железы, покраснению кожи над ним; возможна лихорадка и озноб. Такое состояние иногда называют неинфицированным маститом. Состояние женщины можно улучшить частым прикладыванием ребёнка к груди, полным опорожнением путём сцеживания молока, оставшегося после кормления.

Если состояние женщины ухудшается, назначают антибактериальные препараты (полусинтетические пенициллины, эритромицин). Лечение данными антибактериальными препаратами не препятствует грудному вскармливанию.

Острый инфекционный процесс в молочной железе — показание для прекращения кормления ребёнка этой грудью, но кормление ребёнка здоровой грудью допустимо. В случаях стафилококкового мастита кормление способствует разрешению процесса, если вскармливание прервать, может сформироваться абсцесс. Следует рекомендовать продолжить грудное вскармливание под прикрытием антибактериальной терапии. Часто мастит возникает вследствие лактостаза в начале лактации, когда мать только учится кормить ребёнка.

4.5. Уход за пуповинным остатком в раннем неонатальном периоде (IA)

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

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

Не рекомендуется обрабатывать пуповинный остаток какими-либо антисептиками (растворы анилиновых красителей, спирт, раствор калия перманганата и т.п.), достаточно содержать его сухим и чистым, предохранять от загрязнения мочой, калом, а также от травмирования при тугом пеленании или использовании одноразовых подгузников с тугой фиксацией. Доказано, что местное использование антисептиков не только не уменьшает частоту инфекций, но и способствует задержке спонтанного

отпадения пуповинного остатка. В случае загрязнения пуповинный остаток и кожу вокруг пупочного кольца можно промыть водой, и осушить чистой ватой или марлей.

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

Значительно снижает частоту гнойно-воспалительных заболеваний пупочной ранки ранняя выписка из родильного дома (на 2–4-е сутки после родов), в том числе до отпадения пуповины. Насильственное удаление (отсечение) пуповинного остатка не рекомендуется, так как подобная процедура опасна, и может осложниться кровотечением, ранением стенки кишки при не диагностированной грыже пупочного канатика, инфицированием. Эффективность процедуры не доказана; насильственное удаление пуповинного остатка следует признать необоснованным инвазивным вмешательством, потенциально опасным для жизни новорождённого. Выписка новорождённого домой ранее отпадения пуповинного остатка возможна.

4.6. Уход за кожей новорождённого и профилактика повреждений кожи (IIB)

При уходе за здоровой кожей новорождённого следует избегать любых действий, которые могут нарушить эпидермальный барьер (воздействие повышенной влажности, трение, раздражающие вещества, травмы). Снижению бактерицидных свойств кожи способствуют обезжиривание (спиртом, эфиром), охлаждение, раздражение кожи мочой и калом, приводящее к разжижению водно-липидной мантии эпидермиса. Следует учитывать, что наличие интенсивного шелушения кожи в течение первых недель жизни является нормой, и не требует обработки специальными средствами.

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

При необходимости рекомендуется искупать ребёнка в тёплой воде, не добавляя никаких дезинфицирующих средств; ежедневное использование шампуней, пены для ванны и других моющих средств не показано. Купать ребенка ежедневно в настоях трав так же не целесообразно, это может привести к нарушению эпидермального барьера и способствовать возникновению аллергических реакций на коже нворожденного.

Многие присыпки содержат частицы, вызывающие раздражение кожи, а также отдушки, провоцирующие аллергические реакции. Не содержащие тальк присыпки можно использовать для обработки шейных, подмышечных и паховых складок при пелёночной сыпи вследствие нерационального использования подгузников. Необходимо избегать широкого использования вазелина (растительного масла), задерживающего

влагу и являющегося активным аллергеном. Средства по уходу за кожей необходимо наносить очень бережно, не растирать. Следует учесть, что смягчающие средства препятствуют приклеиванию пластыря, защитных плёнок, поэтому их необходимо удалить с кожи пред использованием фиксирующих материалов.

При каждом осмотре ребёнка необходимо оценивать состояние кожных покровов и фиксировать результаты осмотра в истории развития новорождённого.

При неправильном уходе за кожей возникает пелёночный дерматит, который представляет собой раздражение кожи в области, контактирующей с подгузником. Основная причина развития пеленочного дерматита — дефекты ухода (редкая смена подгузника, тугое пеленание). Пелёночный дерматит не представляет серьёзной угрозы для здоровья ребёнка, но раздражение кожи очень болезненно, вызывает страдание и беспокойство ребёнка, что отражается на его самочувствии.

Независимо от типа подгузников (одноразовые или многоразовые), необходимо соблюдать правила ухода за ребёнком:

- менять подгузник при его наполнении;
- сразу менять подгузник после дефекации ребёнка;
- использовать «дышащие» подгузники;
- организовывать воздушные ванны как можно чаще в течение дня.

В настоящее время в акушерских стационарах разрешено использование одноразовых подгузников промышленного производства.

Уход за кожей при использовании одноразовых и многоразовых подгузников отличается.

При использовании одноразовых подгузников кожа должна быть сухой; не рекомендуется применять жирные мази, кремы, создающие эффект компресса, что провоцирует развитие дерматита. Если на кожу нанесена мазь или крем, перед надеванием подгузника избыток средства необходимо удалить салфеткой. Рекомендуется использовать для ухода за кожей новорожденного крем на водной основе, лосьоны, молочко.

При использовании многоразовых подгузников можно применять кремы и мази, так как создание прослойки между кожей и подгузником уменьшает риск раздражения.

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

Вакцинация БЦЖ и БЦЖ-М.

Специфическую профилактику туберкулеза можно проводить только

зарегистрированными в Российской Федерации препаратами - вакциной туберкулезной (БЦЖ) сухой для внутрикожного введения и вакциной туберкулезной (БЦЖ-М) сухой (для щадящей первичной иммунизации).

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

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

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

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

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

Вакцинацию в родильном доме проводят в утренние часы.

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

В связи с ранней выпиской из акушерских стационаров, при отсутствии противопоказаний, вакцинация новорожденных против туберкулеза может проводиться с третьих суток жизни; выписка возможна после вакцинации в тот же день при отсутствии реакции на нее.

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

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

3. При направлении в детскую поликлинику обменной карты (учетная форма N 0113/у) родильный дом (отделение) отмечает в ней дату внутрикожной вакцинации, серию вакцины, срок ее годности и название института-изготовителя.

4. Врач-неонатолог информирует родителей, что через 4 - 6 недель после

внутрикожной вакцинации у ребенка должна развиться местная прививочная реакция, при появлении которой ребенка необходимо показать участковому педиатру. Место реакции категорически запрещается обрабатывать любыми растворами и смазывать различными мазями.

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

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

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

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

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

Иглы инъекционные N 840 для разведения вакцины - 2 - 3 шт.

Этиловый спирт (70%), регистрационный N 74/614/11(12).

Дезинфекционные растворы, действующие в отношении возбудителей инфекций бактериальной (в том числе туберкулез) этиологии;

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

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

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

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

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

Реакция на введение.

На месте внутрикожного введения вакцины БЦЖ-М развивается специфическая

реакция в виде папулы размером 5 - 10 мм в диаметре.

У новорожденных нормальная прививочная реакция проявляется через 4 - 6 недель. Реакция подвергается обратному развитию в течение 2 - 3-х месяцев, иногда и в более длительные сроки.

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

Осложнения после вакцинации встречаются редко и обычно носят местный характер.

Противопоказания к вакцинации БЦЖ:

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

2) Вакцинацию откладывают при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний (внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т.п.) до исчезновения клинических проявлений заболевания.

3) Иммунодефицитное состояние (первичное).

4) Генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье.

5) ВИЧ-инфекция у матери.

Противопоказания для вакцинации вакциной БЦЖ-М новорожденных:

1. Недоношенность - масса тела при рождении менее 2000 г.

2. Вакцинацию откладывают при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний (внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т.п.) до исчезновения клинических проявлений заболевания.

3. Иммунодефицитное состояние (первичное).

4. Генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье.

5. ВИЧ-инфекция у матери.

Лица, временно освобожденные от прививок, должны быть взяты под наблюдение и учет и привиты после полного выздоровления или снятия противопоказаний.

Дети, не вакцинированные в период новорожденности, получают вакцину БЦЖ-М после отмены противопоказаний.

Осложнения после введения вакцины БЦЖ и БЦЖ-М

Причинами возникновения осложнений после иммунизации туберкулезной вакциной, помимо биологических свойств штамма, могут являться нарушения техники внутрикожного введения препарата, показаний к проведению прививки, а также сопутствующая патология у ребенка до прививки и в период развития местной прививочной реакции.

Профилактика вирусного гепатита В

Вакцинация против гепатита В проводится по схеме 0,1,6 месяцев.

Первое введение вакцины против гепатита в проводится всем новорожденным при рождении в течение первых 12 часов жизни (перед прививкой БЦЖ). В исключительных случаях возможно продление срока начала иммунизации до 24 часов жизни.

Техника введения. Новорожденным и грудным детям вакцина вводится внутримышечно, при сниженной свертываемости крови - подкожно, в передне-боковую поверхность бедра. Побочные реакции при применении вакцины против гепатита В редки, слабо выражены и преходящи. Могут наблюдаться симптомы в месте инъекции вакцины (гиперемия, болевая реакция) и субфебрильная температура.

Сведения о первой прививке, полученной в родильном доме (дата, доза, серия, срок годности) указываются в обменной карте родильницы. В дальнейшем данные о проведенной вакцинации вносятся в историю развития ребенка (форма 112/у) и карту профилактических прививок (форма 063/у). В медицинских документах также отражают характер, сроки общих и местных реакций, если они возникли.

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

Временными противопоказаниями к введению вакцины новорожденным следует считать:

- Массу тела ребенка при рождении менее 1500 г, независимо от состояния ребенка при рождении.
- Выраженные нарушения ранней неонатальной адаптации, независимо от массы тела, вызванные:
  - клиническими проявлениями врожденной или перинатальной инфекции;
  - синдромом дыхательных расстройств;
  - асфиксией новорожденного;
  - дети из группы высокого риска по развитию ГБН.
  - отечной или желтушной формой гемолитической болезни новорожденного;
  - тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС;

- другими врожденными и перинатальными заболеваниями, сопровождающимися тяжелой дыхательной, сердечно-сосудистой, острой почечной или полиорганной недостаточностью.

Особо высокую группу риска по инфицированию вирусом гепатита в представляют новорожденные, родившиеся у матерей - носителей вируса гепатита В. Для иммунизации новорожденных у матерей - носителей вируса и больных гепатитом в необходимо применять другую схему вакцинации: 0, 1, 2 и 12 месяцев жизни ребенка.

Для повышения профилактической эффективности у лиц особо высокого риска ВОЗ рекомендует активно-пассивную иммунизацию - одновременное применение вакцины против гепатита В и специфического иммуноглобулина, содержащего в высоком титре антитела к HBsAg.

Проведение активно-пассивной иммунизации в родильном доме показано новорожденным, родившимся у матерей:

- с острым гепатитом В;
- ранних реконвалесцентов гепатита В;
- с наличием в крови HBsAg;

В случаях, когда ребенок, рожденный у матери - носительницы вируса гепатита В, не может быть своевременно вакцинирован из-за тяжести состояния или других временных противопоказаний, показано раннее введение специфического иммуноглобулина против гепатита В (не позднее чем через 12 ч после рождения) с обязательным проведением активной иммунизации сразу после стабилизации состояния.

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

4.8. Неонатальный скрининг на наследственные заболевания проводится только после получения информированного добровольного согласия родителей или официальных представителей пациента на медицинское вмешательство;

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

Рекомендации по забору образцов крови при проведении массового обследования новорожденных детей на наследственные заболевания:

1. Забор образцов крови при проведении массового обследования новорожденных

детей на наследственные заболевания осуществляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период родов, специально подготовленным работником.

2. В случае отсутствия в документации новорожденного ребенка отметки о заборе образца крови при его поступлении под наблюдение в детскую поликлинику по месту жительства или переводе по медицинским показаниям в больничное учреждение забор образца крови для проведения исследования осуществляется в учреждении специально подготовленным работником.

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

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

5. Перед забором образца крови пятку новорожденного ребенка необходимо вымыть, протереть стерильной салфеткой, смоченной 70-градусным спиртом.

Во избежание гемолиза крови обработанное место следует промокнуть сухой стерильной салфеткой.

6. Прокол пятки новорожденного ребенка осуществляется одноразовым скарификатором, первая капля крови снимается стерильным сухим тампоном.

Мягкое надавливание на пятку новорожденного ребенка способствует накоплению второй капли крови, к которой перпендикулярно прикладывается тест-бланк, пропитываемый кровью полностью и насквозь в соответствии с указанными на тест-бланке размерами. Вид пятен крови должен быть одинаковым с обеих сторон тест-бланка.

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

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

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

- фамилия, имя, отчество матери ребенка;

- адрес выбытия матери ребенка;

- порядковый номер тест-бланка с образцом крови;

- дата родов;

- номер истории родов;

- дата взятия образца крови;

- состояние ребенка (здоров/(болен - диагноз));

- доношенный/недоношенный/срок гестации;

- вес ребенка;

- фамилия, имя, отчество лица, осуществляющего забор крови.

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

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

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

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

Программа аудиологического скрининга включает 2 этапа

1 этап (скриниговый).

На этом этапе проводится обследование слуха в роддомах у всех новорожденных в возрасте 3-4 дней с помощью регистрации вызванной отоакустической эмиссии.

2 этап (диагностический).

Он проводится в сурдологическом центре в возрасте до 3 месяцев с помощью регистрации ВОАЭ, коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) и других методов детям, у которых отоакустическая эмиссия не была зарегистрирована на 1-ом этапе, а также всем детям, имеющим факторы риска по тугоухости.

Факторы риска тугоухости:

• Отягощенная наследственность по слуху

• Наследственная синдромальная патология

• Инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности • Токсикозы беременности

• Тяжелая анте- и интранатальная гипоксия плода

• Асфиксия новорожденного
• Глубокая степень недоношенности
• Переношенность
• Очень низкая и экстремально низкая масса тела при рождении
• Врожденная патология челюстно-лицевого скелета
• Внутричерепная родовая травма
• Тяжелое гипоксически-ишемическое поражение ЦНС
• Тяжелое гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС
• Гемолитическая болезнь новорожденного
• Стойкая и/или выраженная гипербилирубинемия
• Использование для лечения новорожденного ребенка лекарственных препаратов с потенциальным ототоксическим эффектом.

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

Медицинский работник родовспомогательного учреждения и отделения для новорожденных, осуществляющий аудиологический скрининг, должен записывать сведения о проведении и результатах аудиологического скрининга в историю родов, историю развития новорожденного (историю болезни), выписную справку. В случае отсутствия в документации новорожденного отметки о проведении аудиологического скрининга при его поступлении под наблюдение в детскую поликлинику по месту жительства аудиологический скрининг проводится в детской поликлинике.

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

5.0. Общение медицинского персонала и родителей новорождённого ребенка (консультирование)

Рождение ребёнка вызывает в семье значительный эмоциональный всплеск, чаще радости и счастья, в случае рождения больного или недоношенного ребёнка — тревоги, страха и отчаяния. Задача медицинских работников при общении с молодой матерью и членами её семьи в первом случае заключается в том, чтобы ничем не омрачить радости, не вызвать необоснованной тревоги за здоровье ребёнка, а во втором случае - поддержать родителей, постараться уменьшить чувство вины, настроить на положительное эмоциональное восприятие ребёнка.

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

Консультирование пациента (в педиатрической практике — матери или родителей ребёнка) по различным вопросам — не менее важный аспект врачебной деятельности, чем диагностические процедуры или назначение лекарственных средств. Консультирование матери или родителей ребёнка — диалог врача и матери (семьи) ребёнка с целью предоставления исчерпывающей информации о состоянии здоровья ребенка, основных принципах ухода за ним, обеспечения его безопасности. Даже если роды прошли благополучно, родителям важно, чтобы рядом был понимающий человек, при необходимости оказывающий практическую помощь и не делающий при этом критических замечаний.

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

Важно дать понять матери и членам семьи, что независимо от их характера, социального положения, этнических и религиозных особенностей врач или медицинская сестра настроены доброжелательно и благосклонно. Консультирование невозможно, если мать не доверяет медицинскому работнику. Следует помнить, что в течение первых недель после родов все матери более эмоциональны и чувствительны, чем обычно.

Любая информация, сообщаемая медицинским работником, должна быть последовательна, изложена понятным пациенту языком. Психологическая удовлетворённость родителей общением с медицинским персоналом — важная часть качественной медицинской помощи.

V. Литература

1.Базовая помощь новорожденному – международный опыт. Под редакцией Н.Н.Володина, Г.Т.Сухих, Е.Н.Байбариной, И.И.Рюминой. Москва, ГЭОТАР –Медиа, 2008, 203 с.

2.Письмо Минздравсоцразвития России от 01.04.2008 г. № 2383-РХ «О проведении универсального аудиологического скрининга детей первого года жизни»

3.Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 “О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации”

4.Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 N 185 "О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания"

5.Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 921н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"»

6.Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 252н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»

7.Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630 – 10

8.Anand KJ, Runeson B, Jacobson B. Gastric suction at birth associated with long-term risk for functional intestinal disorders in later life. J Pediatr. 2004 Apr;144(4):417-20.,J Pediatr. 2005 Jan; 146 (1):152-3; author reply 153.

9.Bernstein GA, Davis JP, Katcher ML. Prophylaxis of neonatal conjunctivitis. An analytic review. 1982 Sep; 21 (9):545-50.

10. Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. Birth 2007; 34:105-114.Essential newborn care course. World Health Organization, 2010

11.Gungor S, Kurt E, Teksoz E, Goktolga U, Ceyhan T, Baser I. Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal and term infants delivered by elective cesarean section: prospective randomized controlled trial. Gynecol Obstet Invest 2006; 61:9-14.

12.Hamilton P. ABC of labour care: Care of the newborn in the delivery room. BMJ 1999; 318:1403-1406.

13.Horta B et al. Evidence on the long term effects of breastfeeding. Systematic Review and Meta-analyses. Geneva:WHO, 2007.

14.Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates. Systematic review and meta-analysis of controlled trials. JAMA 2007; 297:1241-1252.

15.Laga M, Plummer FA, Piot P, Datta P, Namaara W, Ndinya-Achola JO, Nzanze H, Maitha G, Ronald AR, Pamba HO, et al. Prophylaxis of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. A comparison of silver nitrate and tetracycline. 1988 Mar 17;318(11):653-7.

16.Renfrew, M.J. and Lang S. Early versus delayed initiations of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews

17.Neontology. A Prctical Approach to neonatal Diseases/ Editors: G. Bionocore, R.Bracci, M. Weindling. Springer-Verlag. Italy. 2012, 1348p.

18.Saloojee H. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL commentary (последняя версия от 4 января 2008 г.). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

19.Van Sleuwen BE, Engelberts AC, Boere-Boonekamp MM, Kuis W, Schulpen TWJ, L'Hoir MP. Swaddling: A Systematic Review. Pediatrics 2007; 120:e1097-e1106.