



**Новорождённый и
недоношенный
ребенок.
Особенности ухода
за новорождённым.**

Лектор: к.м.н. Косовская Т.М.

Период новорождённости:

- ▶ **один из самых важных критических периодов человека, во время которого происходит адаптация организма ребёнка к условиям внеутробной жизни.**

Длительность беременности:

- ▶ от первого дня последнего менструального цикла и выражается в полных днях или полных неделях: 40 недель беременности соответствует 280-286 полным дням.

Гестационный возраст:

- ▶ истинный возраст ребёнка, начиная с момента зачатия. В зависимости от срока гестации новорождённых распределяют на доношенных, переношенных и недоношенных.

Перинатальный период:

- ▶ **начинается с 28 недель беременности (259 дней времени, которому соответствует вес плода 1000 г), включает период родов и 7 полных дней жизни новорождённого, или 158 часов после рождения.**
- ▶ **Перинатальный период делится на 3 фазы:**
 - **поздний антенатальный период - от 28-й до 40-й недели беременности.**
 - **интранатальный период – от начало родовой деятельности к моменту рождения ребенка.**
 - **ранний неонатальный период - к 7 полным дням жизни ребенка.**

Доношенный ребенок:

- ▶ Признаком доношенности ребенка есть беременность, которая длится 38—42 недели. Показатели физического развития новорожденного зависят от многих причин: состояние здоровья матери, ее питание, течение беременности, пол ребенка.
- ▶ Поэтому вес и длина его тела имеют широкие границы: от 2500 г и выше (в среднем 3200 г) и от 45 до 58—60 см (в среднем 52 см).
- ▶ Окружность головы (34—36 см) немного больше от окружности грудной клетки (32—34 см).



Зрелый доношенный ребенок:

- ▶ Для характеристики новорожденных детей существует понятие зрелости. Зрелый доношенный ребенок громко кричит, активно сосет, хорошо содержит тепло. Он делает активные движения, у него выражен мышечный тонус, есть такие физиологические рефлексы, как рефлекс сосания и глотания, ладонно-ротовой рефлекс Бабкина (при нажимании на ладони ребенок открывает рот), хапальный рефлекс Робинсона (если положить палец в ладонь ребенка, то он крепко схватывает его), рефлекс ползания или феномен Бауера (ребенок, который лежит на животе, делает попытки ползания), рефлекс автоматической ходьбы (новорожденный переступает с ноги на ногу, если его держать в вертикальном положении) и др.

Особенности доношенного новорожденного:

- ▶ Кожа у новорожденного гладкая, эластичная, немного отёчная гиперемизированная и покрыта слоем сырной смазки. Тонким и нежным есть эпидермальный слой. Соединительная ткань слабо развита, количество мышечных волокон незначительное, но кожа очень васкуляризированная. В ней хорошо развиты сальные железы и плохо потовые. Кожа новорождённого имеет повышенную ранимость и сниженную защитную функцию, поэтому через нее в организм легко попадает любая инфекция. Кожа есть органом дыхания и имеет хорошо выраженные выделительные способности. Через кожу ребенок чувствует тепло и холод, прикосание и боль.
- ▶ Подкожная жировая клетчатка откладывается на протяжении последних двух месяцев перед рождением, и как правило, у доношенных детей хорошо развита.
- ▶ Мышечная система не очень хорошо развита, особенно на конечностях. Отмечается незначительный гипертонус мышц. Преобладает тонус сгибателей, что придает ребенку характерной позы.

Особенности доношенного новорожденного:

- ▶ Нервная система у новорожденного как морфологически, так и функционально еще незрелая, но под влиянием внешних условий она постоянно дифференцируется и совершенствуется. Это некоторым образом влияет на рост и развитие ребенка.
- ▶ Головной мозг ребенка по сравнению с мозгом взрослого относительно больше и тяжелее. Вес его составляет 350—400 г. Кора больших полушарий тонкая, борозды неглубокие, не всегда четко выражены. Серое вещество мозга не достаточно ограничено от белого вещества.
- ▶ Спинной мозг по сравнению с другими отделами центральной нервной системы имеет больше зрелое строение и функционально зрелый.

Новорожденный высокого риска:

- ▶ Ребенок, который перенес неблагоприятные влияния в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах жизни.

Основные группы новорожденных, которые имеют угрозы развития заболеваний в неонатальном периоде:

- ▶ Дети с нарушением адаптации: внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах, СДР, отёчный синдром, состояние после реанимации новорождённых.
- ▶ Недоношенные и дети с задержкой внутриутробного развития.
- ▶ Дети из наследственными врождёнными и эндокринными заболеваниями.

Вес тела при рождении:

- ▶ Первое взвешивание новорождённого или плода, зарегистрированное после рождения. Вес должен быть установлен в течении первого часа жизни. Измерение роста новорождённого (плода) обязательно проводится при вытянутом его положении на горизонтальном ростомере.
- ▶ Вес тела при рождении-меньше, чем 2500 г (до и вкл. 2499г).
- ▶ Очень низкий вес тела при рождении - меньше 1500 г (до и вкл. 1499 г).
- ▶ Экстримальный вес тела при рождении – меньше, чем 1000 г (до и вкл. 999 г).

Внутрішньоутробний розвиток плода

Прогенез (час дозрівання гамет до запліднення—2-3 тижні)

Кіматогенез (з моменту запліднення і утворення зиготи до народження):

- 1) бластогенез—від запліднення до 15-го дня вагітності, виділення ембріо- та трофобласту;
- 2) ембріогенез— з 16-го до 75-го дня вагітності (до 2,5 міс.), завершення основного органогенезу, утворення амніону та хоріону;
- 3) фетогенез— з 76-го до 280-го дня вагітності, диференціація та дозрівання тканин плода

ранній фетальний (з 76-го до 180 днів)

пізній фетальний (з 181-го до 280-го дня вагітності)

Клинические переходящие состояния новорождённых:

- ▶ Транзиторное изменение кожных покровов (физиологическая эритема, родовая опухоль, токсическая эритема).
- ▶ Транзиторная потеря первичного веса тела.
- ▶ Транзиторное изменение теплового баланса (транзиторная гипотермия и гипертермия).
- ▶ Транзиторная гипербилирубинемия (транзиторная желтуха).
- ▶ Гормональный или половой криз (нагрубание молочных желез, метрорагии и др.).
- ▶ Транзиторные особенности функции почек и неонатального диуреза (транзиторная олигурия, протеинурия, мочекислый инфаркт и инфарктная моча).
- ▶ Транзиторный дизбактериоз (физиологическая диспепсия).

Физиологическая потеря веса тела:

- ▶ Физиологическая потеря веса тела встречается почти у всех новорождённых. В основном она связана с недостаточным поступлением воды в организм и с голоданием ребенка в первые дни жизни. Степень уменьшения веса зависит от условий внутриутробного развития, течения беременности и родов, веса тела и пола ребенка, состояния его здоровья, а также от питания и количества введенной жидкости. Чем раньше ребенка прикладывают к груди, тем меньше снижается и тем быстрее восстанавливается его вес. 70—75 % физиологической потери připадает на воду, которая выводится не только с мочой и испражнениями, но и через легкие и кожу. Поэтому при высокой температуре в палатах или при надмерном укутывании ребенка значительно увеличивается потеря жидкости.
- ▶ Начальное снижение веса тела происходит в первые 3—4 дня жизни и становится в среднем 4—5 % веса при рождении. Если потеря веса превышает 9 %, то это нужно считать патологией. У здоровых доношенных детей при правильном уходе и кормлении вес тела восстанавливается к концу первой — начало второй недели жизни.

Физиологическая желтуха:

- ▶ Физиологическая желтуха новорожденных бывает в 60—80 % случаев. В большинства детей она появляется на вторые-третьи сутки жизни, реже — на первые или четвертые. Последовательность появления желтухи такая: сначала — на кожи лица, потом — на туловище, конечностях, конъюктивах и слизистых оболочках. При этом состояние ребенка не нарушается. Он активный, хорошо сосет грудь. Нет изменений внутренних органов. Цвет мочи и кала не изменяется.
- ▶ Физиологическая желтуха обусловлена усиленным распадом эритроцитов и незрелой функцией печени. Желтуха длится несколько дней, после чего исчезает бесследно. Лечение не требует. Если желтуха появляется раньше, чем обычно, быстро усиливается ее интенсивность, ухудшается общее состояние ребенка, необходимо провести обследование, для исключения гемолитической болезни. Затяжное течение желтухи отмечается у недоношенных детей и тех, которые перенесли в родах гипоксемию, асфиксию или внутричерепную родовую травму. В каждом конкретном случае вопрос о необходимости лечения такой желтухи нужно решать индивидуально.

Физиологическая эритема:

- ▶ Физиологическая эритема проявляется гиперемией кожи с легким синюшным оттенком, который лучше видно на конечностях. Возникновение эритемы связано с расширением капилляров вследствие действия низкой температуры (по сравнению с температурой в утробе матери). У недоношенных детей и новорожденных от матерей с сахарным диабетом эритема кожи выраженная больше. Эритема максимально выраженная в первый день жизни и исчезает через 2—3 или 5—7 дней.

Токсическая эритема:

- ▶ Токсическая эритема встречается в 25—50 % новорождённых. Имеет вид небольших, плотных серовато-белых папул или пузырей с прозрачной жидкостью, по краям которых розовый венчик. Они появляются на 2—3-й день жизни и располагаются группами на конечностях, туловище, волосистой части головы. Токсическую эритему объясняют в большинстве случаев аллергической реакцией на белки молока.

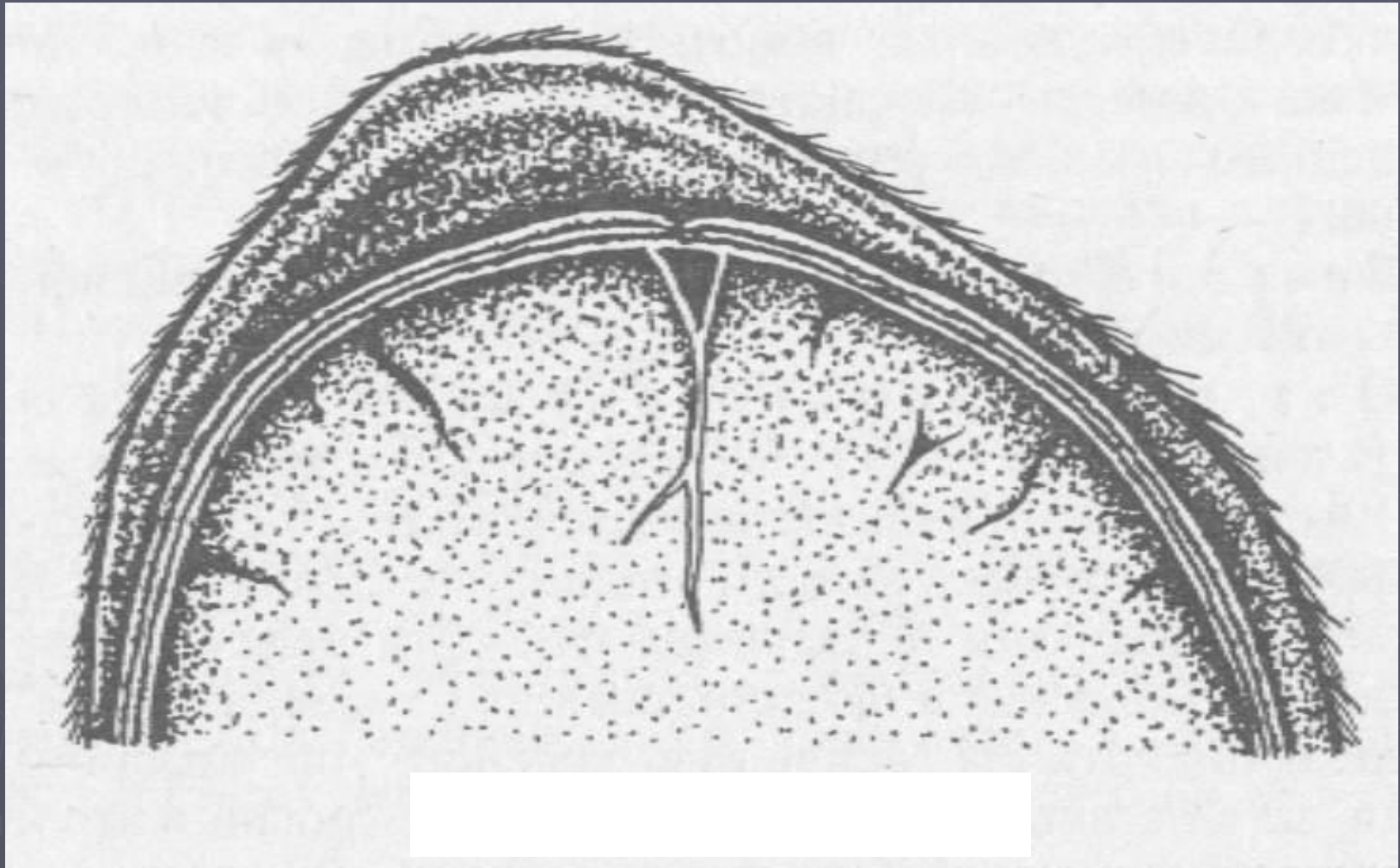
Токсическая эритема.



Родовая опухоль.



Родовая опухоль.





Кефалогематома.

Основные особенности терморегуляции у новорожденных:

- ▶ **Более высокая теплоотдача в сравнении с теплопродукцией.**
- ▶ **Резко ограничена способность увеличивать или уменьшать теплопродукцию при перегревании и переохлаждении.**
- ▶ **Невозможность давать типичную реакцию лихорадки, как у взрослых (то есть перестраивать тепловой гомеостаз так, что повышенная температура считается теплорегуляционными центрами как нормальная).**

Причины транзиторных особенностей функции почек:

- ▶ **Относительное обезвоживание новорожденного.**
- ▶ **Катаболическая напряженность обмена веществ и повреждение большого количества клеток.**
- ▶ **Функциональная слабость почек с повышением проницаемости эпителия клубочков и канальцев.**
- ▶ **Неспособность новорожденных продуцировать гипертоническую по отношению к крови мочу.**

Физиологическая олигурия:

- ▶ В первые 2—4 дня после рождения отмечается физиологическая олигурия (мало мочи), обусловленная недостаточным поступлением в организм жидкости. Поэтому мочеиспускания становятся чаще до 20—25 раз в сутки, но каждый раз выделяется 10—15 мл мочи. Первые порции мочи бесцветные или имеют желтый оттенок. После этого моча становится ярко-желтого цвета, а в дни, когда вес тела самый меньший, — почти коричневого. С 4—5-го дня жизни и к концу первого месяца она прозрачная и бесцветная.

Мочекислый инфаркт почек:

- ▶ У некоторых новорожденных на 3—4-й день жизни с мочой выделяется много солей мочевой кислоты, мочекислового аммония и натрия, щавлевокислого кальция. Количество мочи в первые дни жизни ребенка небольшое. Вследствии этого мочекислые соли задерживаются и откладываются в почечных канальцах. Из увеличением диуреза эти соли с почек вымываются. При мочекислом инфаркте наблюдается высокий удельный вес мочи, а на пеленках от нее остается красноватый осадок. Общее состояние ребенка не изменяется. Необходимо давать больше жидкости.

Половые кризы:

- ▶ Половые кризы возникают вследствие действия гормонов, которые надходят от матери в организм ребенка в последние недели внутриутробного развития. При этом независимо от пола ребенка на 5—7-й день жизни нагрубеют грудные железы до размеров горошка или ореха. При нажатии из них выделяется немного водянистого или молочного цвета жидкости. Выдавливать секрет нельзя. Рекомендуют сухую тугую повязку. Со 2—3-й недели железы начинают уменьшатся и к концу месяца нагрубание исчезает. У девочек бывают кровянисто-слизистые выделения с половой щели, которые вскоре проходят. При этом необходимо придерживатся гигиены. У мальчиков иногда оттекает мошонка и половой член. Лечения не требует.

Нагрубание грудных желез.



Транзиторный дизбактериоз и транзиторный катар кишок:

- Бывают у всех новорожденных. При неосложненной беременности плод стерильный. Но уже в момент рождения на кожу и слизистые оболочки заселяется флора с родовых путей матери. Далее источником инфицирования есть воздух, руки персонала, предметы ухода, материнское молоко. На коже, слизистых оболочках, кишечнике оседают как неопасные бактерии — *B. bifidus*, молочнокислый стрептококк, так и условно-патогенные стафилококки, кишечная палочка и разные штаммы протей. Во второй половине первой недели и на второй недели жизни с кожи, слизистых оболочек носа, горла, с кала в 60—70 % новорожденных можно выделить и стафилококки, энтеробактерии. Молоко матери способствует размножению *B. bifidus*, что приводит к резкому уменьшению патогенной флоры.

транзиторные состояния новорожденных

- ▶ Транзиторные особенности кровообращения (закрытие фетальных коммуникаций, повышение давления в аорте, кардиореспираторная адаптация к условиям внеутробной жизни).
- ▶ Транзиторная полиглобулия и полицитемия.
- ▶ Транзиторная гипервентиляция и особенности акта дыхания.
- ▶ Транзиторные особенности метаболизма (катаболические обменные процессы, активизация гликолиза и липолиза с гипогликемией и увеличением уровня жирных кислот, "кетоновых тел", транзиторный ацидоз, транзиторные гипокальциемия и гипомагниемия).
- ▶ Транзиторные особенности раннего гемостаза и гемопоеза (дефицит витамин-К-зависимых факторов свертывания крови, высокая активность эритро- и миэлопоеза при рождении с постепенным их уменьшением, сниженная активность лимфоцитопоеза с постепенным его увеличением).

Принципы лечебно-профилактической помощи новорожденным детям:

- ▶ Этапность лечебно-профилактической помощи.
- ▶ Создание оптимальных условий внешней среды.
- ▶ Гигиена и осмотр персонала отделений новорожденных.
- ▶ Тщательный бактериологический контроль за отделением новорожденных.
- ▶ Организация оптимального режима выкармливания и ухода.
- ▶ Противоэпидемические мероприятия.
- ▶ Профилактика гнойно-септических заболеваний и внутригоспитальных инфекций.
- ▶ Постоянный анализ заболеваемости и смертности новорожденных и разработка мероприятий по их снижению.

Противопоказания к совместному пребыванию матери и ребенка: Со стороны матери:

- ▶ **Тяжкие поздние токсикозы беременности.**
- ▶ **Экстрагенитальные болезни в стадии декомпенсации.**
- ▶ **Оперативные вмешательства с нарушением гомеостаза.**
- ▶ **Острые инфекционные заболевания.**
- ▶ **Разрыв промежности III ст.**

Противопоказания к совместному пребыванию матери и ребенка:

Со стороны ребенка:

- ▶ Недоношенность ІУ ст.**
- ▶ Врожденная гипотрофия ІІІ ст.**
- ▶ Асфиксия (умеренная и тяжелая).**
- ▶ Родовая травма с нарушением деятельности жизненноважных органов.**
- ▶ Тяжелые врожденные пороки.**
- ▶ Гемолитическая болезнь новорожденного тяжелой степени.**
- ▶ Синдром дыхательных расстройств ІІ-ІІІ ст.**

Уход за новорожденным:

- ▶ Основной уход за новорожденным — это строгое соблюдение чистоты и стерильности (асептики). Очень важным есть циклическое заселение палат, ежедневная уборка их, проветривание, кварцевание, контроль за температурным режимом и т.д.
- ▶ Персонал должен тщательно соблюдать личную гигиену. Его не допускают к работе, если есть острые респираторные заболевания, повышение температуры тела, гнойники на коже. Перед началом работы следует принять душ, одеть чистый халат, платок или шапочку и маску. Нельзя одевать шерстяные вещи. Руки тщательно моют щеткой с мылом под проточной водой. Дальше их обрабатывают дезинфицирующим средством (0,5 % раствор хлорамина и др.). Медицинский персонал, который работает с новорожденными, ежедневно перед началом работы осматривает врач или старшая медицинская сестра.

Уход за новорожденным:

- ▶ Отделение новорожденных следует изолировать от других помещений родильного дома.
- ▶ Площадь на одного ребенка — 2,4 м².
- ▶ Необходимо выделить палаты для травмированных детей, недоношенных и для интенсивной терапии. Для лучшего наблюдения за детьми, между палатами должны быть скляные перегородки.
- ▶ В помещении для доношенных детей должна быть температура 22—24 °С и относительная влажность воздуха 60 %.
- ▶ В каждой палате должны быть пеленальный столик, медицинский шкаф, весы, столик для предметов ухода за детьми и бак с клейончатым мешком для грязных пеленок, бутылочки, соски, щетки для мытья рук и дезинфицирующие растворы.
- ▶ Палаты следует обеспечить горячей и холодной водой.

Уход за новорожденным:

- ▶ После пеленания каждого ребенка стол протирают 1 % раствором перекиси водорода или 1 % раствором хлорамина.
- ▶ После взвешивания новорожденных, весы протирают 3 % раствором перекиси водорода или 1 % раствором хлорамина.
- ▶ После каждого пеленания проводят влажную уборку палаты с использованием дезинфицирующих средств: моют пол, влажной тряпкой протирают мебель, предметы ухода за детьми; выносят грязные пеленки.
- ▶ Перед кормлением детей палаты проветривают и излучают бактерицидными лампами на протяжении 15—20 мин.
- ▶ После выписки всех детей проводят генеральную уборку.

Уход за новорожденным:

- ▶ Как только ребенок поступил в отделение, его осматривает врач-неонатолог вместе с детской медицинской сестрой. Остатки сыровидной смазки снимают стерильной ватой, смоченной в стерильном вазелине или растительном жире. Каждого дня с утра перед кормлением ребенка умывают теплой проточной водой с мылом одноразового использования. Лицо моют раствором фурацилина (1: 5000). Каждый глаз протирают с внешнего к внутреннему углу отдельным тампоном, смоченным в растворе фурацилина. Нос и уши чистят джгутиками с ваты, смоченными растительным жиром. Дальше измеряют температуру тела в паховом участке и взвешивают ребенка. Результаты измерений записывают в историю развития. Ребенка умывают при каждом пеленании, а кожу ягодиц смазывают 1% таниновой мазью, для того чтобы избежать опрелостей.

Доношенный новорожденный:

- ▶ Доношенный новорожденный- ребенок, который родился в сроке гестации от 37 полных к меньше, чем 42 недели гестации.

Особенности новорожденного:

- ▶ У доношенного новорожденного голова составляет $1/4$ часть тела. Большой размер ее связан с большим развитием мозга. Важное значение имеет форма головы и окружность черепа при рождении. На протяжении первых 2-3 дней жизни у ребенка сохраняется конфигурация черепа, что обусловлено прохождением головки через родовые пути.
- ▶ К вариантам нормы относят:
 - Долихоцефалический череп (вытянут в переднезаднем направлении),
 - брахицефалический (вытянут в поперечном направлении), череп в виде башты.

Кости черепа немного эластичные, может быть дубликатура в участке сагитального и винцевого швов. Теменные кости могут находить на затылочную и лобную кости.

Особенности новорожденного:

- ▶ Окружность черепа в доношенных детей 33-36 см и может превышать окружность грудной клетки на 1-2 см.
- ▶ Передний (большой) родничок открыт, его размеры не превышают 2,5-3см. Задний (маленький) родничок – не больше 0,5 см.
- ▶ У доношенного новорожденного хорошо развит жировой слой, кожа розовая, бархатная, покрыта пушистыми волосами (лануго), главным образом на плечевом поясе, хорошо развита ареола молочной железы (1 см и более в диаметре), поперечные складки занимают 2/3 ее поверхности; хрящ ушных раковин плотный, ногти плотные.
- ▶ Пупочное кольцо находится на середине между лоном и мечеобразным отростком, половые железы есть зрелыми.
- ▶ Крик ребенка громкий. Мышечный тонус и физиологические рефлексы новорожденного хорошо выражены. Поза флексорная.
- ▶ Функция сосания хорошо выражена.

Недоношенный новорожденный:

- ▶ Недоношенный новорожденный - ребенок, который родился в сроке гестации меньше 37 недель.
- ▶ Недоношенными называют детей, которые родились между 28-й и 38-й неделями внутриутробного развития и которые имеют вес тела меньше, чем 2500 г, а длину меньше, чем 45 см. Роды, которые состоялись раньше 28 недель, называют выкидышем, а новорожденного, у которого вес тела становится меньше, чем 1000 г, — плодом.

Зрелость новорожденного:

- ▶ Зрелость недоношенного ребенка зависит от гестационного внутриутробного возраста и веса тела при рождении. Выделяют 4 степени недоношенности или зрелости детей.
- ▶ При недоношенности I степени вес тела ребенка становит 2001—2500 г, II — 1501—2000 г, III — 1001—1500 г, IV — 1000 г и меньше. Недоношенных детей III и IV степени называют глубоконедоношенными. Для выхаживания их необходимы особые условия.

Причины недоношенности:

- ▶ В этиологии недоношенности большую роль имеет дисфункция яичников, аборт, воспалительные процессы матки и придатков и др.
- ▶ Большой удельный вес в невынашивании имеют заболевания беременной женщины: инфекционные (грипп, острые респираторные инфекции, инфекционный гепатит, туберкулез, сифилис), соматические (гипертоническая болезнь, порок сердца, заболевания печени, почек), эндокринные (сахарный диабет, гиперфункция надпочечных желез).
- ▶ Частыми причинами преждевременного прерывания беременности есть тяжелые поздние токсикозы, особенно нефропатия, многоплодие, аномалии положения плаценты и плода, криминальные вмешательства.

Причины недоношенности:

- ▶ К этиологическим факторам следует отнести неполноценное питание матери, недостаток в ее питании полноценных белков, витаминов (аскорбиновой кислоты, ретинола, токоферола, пиридоксина, рибофлавина, тиамина), некоторых микроэлементов.
- ▶ Преждевременному прерыванию беременности могут способствовать психические травмы, злоупотребление алкоголем, курение, профессиональные вредности, несовместимость матери и плода по резус-фактору или группе крови, внутриутробное инфицирование.
- ▶ При наличии выше перечисленных факторов, а особенно при их сочетании, беременных женщин выделяют в группу риска по невынашиванию. Они требуют дифференцированного наблюдения врача и патронажной акушерки, а иногда и стационарного лечения.

Диагностические признаки недоношенности:

- ▶ вес тела от 1000г до 2500г., рост 38-47см, окружность головы – 26-34см, окружность грудной клетки – 24-33см;
- ▶ функциональная и морфологическая незрелость основных систем органов;
- ▶ снижение соотношения лецитин/сфингомиелин в околоплодных водах, бронхиальном и желудочном аспиратах;
- ▶ внешние признаки незрелости (кожа тонкая, хрящ ушных раковин недоразвит и др.);
- ▶ функциональная недостаточность процессов саморегуляции и гомеостаза;
- ▶ высокие показатели (фетопротеина; поздний старт созревания защитных морфо-функциональных структур);
- ▶ высокая частота отечного синдрома в первые дни жизни (40%), СДР (60-70%), внутричерепных кровоизлияний, длительная конъюгационная гипербилирубинемия.

Недоношенный ребенок:

- ▶ Для недоношенного ребенка характерна диспропорция отдельных частей тела — относительно большие по отношению к росту голова и туловище, короткая шея и ноги, низкое расположение пупка. Мозговой череп преобладает над лицевым. Роднички (передний, задний, нередко сосковидный и клиновидный) открыты, черепные швы расходятся. Кости черепа мягкие, податливые, надвигаются одна на другую. Ушные раковины недоразвиты, мягкие. Хрящи носа также недоразвиты.

Особенности подкожно-жирового слоя:

- ▶ Подкожно-жирового слоя нет. Кожа тонкая, морщинистая, яркого- или темно-красного цвета, иногда глянцевая, блестящая; на лбу, щеках, плечах, спине, бедрах покрыта пушком (лануго). Поскольку кожа тонкая, видно сеть подкожных вен, а сквозь брюшную стенку можно увидеть движение кишок. Сыровидная смазка покрывает не только участки физиологических складок, но и всю поверхность туловища. Ногти на пальцах конечностей развиты плохо, не выходят за край ногтевого ложа.

Недоношенный ребенок:

- ▶ У девочек в связи с недостаточным развитием больших половых губ зияет половая щель, хорошо виден клитор, у мальчиков мошонка ярко-красного цвета, пустая, яичка содержатся в паховых каналах или даже в брюшной полости.
- ▶ Ребенок сонливый, млявый, слабый крик. Движения некоординированные, хаотические. Мышечный тонус снижен. Физиологические рефлексы ослаблены. В глубоконедоношенных детей может отсутствовать глотательный и сосательный рефлексы.

Мероприятия по оказанию медицинской помощи недоношенным детям:

- ▶ 1. Госпитализация женщин с преждевременными родами в специализированные родовые дома.
- ▶ 2. Применение методов осторожного родоразрешения.
- ▶ 3. Создание оптимальных условий для выхаживания недоношенного ребенка в родильном доме (I этап).
- ▶ 4. Создание оптимальных условий для выхаживания здоровых недоношенных детей (II этап) и лечение больных недоношенных детей.
- ▶ 5. Диспансерное наблюдение за недоношенными детьми в условиях детской поликлиники.

Особенности ухода за недоношенным ребенком:

- ▶ В родильном зале за женщиной с преждевременными родами необходим тщательный уход. Роды ведут обычно естественным путем, осторожно, без защиты промежности, обязательно врач-акушер и неонатолог. Особенное внимание следует уделять предупреждению, своевременной диагностике и лечению внутриутробной гипоксии, а также предупреждать охлаждению ребенка. Температура в родильном зале должна быть 22—24 °С. Нужно обязательно проводить профилактику асфиксии за Николаевым. Сердцебиение плода в первом периоде выслушивают каждые 15 мин, во II периоде — каждые 5 мин.

Уход за недоношенным ребенком:

- ▶ Детям, которые родились в асфиксии, проводят комплекс реанимационных мероприятий (отсасывание слизи, ИВЛ, непрямой массаж сердца, введение в вену пуповины 20 % раствора глюкозы, 10 % раствора кальция хлорида, кокарбоксилазы, этимизола, АТФ, аналептической смеси, преднизолона). Манипуляции, связанные с оживлением недоношенного ребенка, перевязка пуповины, профилактика гонобленореи, первичный туалет, проводят при обязательном дополнительном обогревании его тепловой лампой, на подогретом пеленальном столике. Пеленки, руки акушерки также должны быть теплыми. После восстановления самостоятельного дыхания ребенка сразу передают в отделение новорожденных.

Палаты для недоношенных детей:

- ▶ В палатах родильного дома для выхаживания недоношенных детей (I этап) температура должна быть 23—26 °С. Функционально незрелых детей, вес которых меньше, чем 1800 г, помещают в закрытый кувез типа «Инка», «Медикор», где есть возможность поддерживать необходимую температуру, влажность (65—70 %) и в случае необходимости использовать кислород. Детей, вес которых при рождении меньше, чем 1200 г, держат в кувезе, температура в котором на протяжении первой недели становится 36 °С, с 7-го к 12-му дню — 35 °С, с 12-го к 15-му дню — 34 °С, с 15-го к 20-му дню — 33 °С, после 20-го дня — 32 °С. Для детей, вес которых становится 1200—1500 г, температура соответственно должна быть 35°, 34, 33, 32 °С; для детей, вес которых больше 1500 г, температура с первых дней не должна превышать 33—34 °С. Длительность пребывания недоношенного ребенка в кувезе зависит от способности его приспособиться к условиям внешней среды и обозначается способностью удерживать постоянную температуру тела. В среднем дети, которые имеют вес больше 1200 г, пребывают в кувезе 3—14 дней, а при весе, меньше, чем 1200 г — от 14 до 30 дней. Детей, вес которых больше 1800—2000 г, удерживают в открытых кувезах с дополнительным обогреванием грелками (температура воды в грелках 50—60 °С) на протяжении первых 5—6 дней.

Уход за недоношенными детьми:

- ▶ Манипуляции, пеленание, осмотр недоношенных детей в палате нужно проводить при обязательном дополнительном обогревании из строгим соблюдением правил асептики и антисептики.
- ▶ Большое внимание принадлежит профилактике приступов вторичной асфиксии и синдрому дыхательных расстройств. Значительную роль имеет правильное несильное пеленание ребенка, обеспечение максимального покоя, назначение 2—3 раза в сутки горчичников на грудную клетку, применение кислорода в 40—50 % концентрации, этимизола, ингаляции с веществами, которые стабилизируют сурфактант (глицерин — 1 мл, гепарин—50 ЕД/кг веса, изотонический раствор натрия хлорида— 3 мл) 3—4 раза на протяжении суток.
- ▶ Если у недоношенных детей диагностировано заболевание, проводят лечение их на первом этапе и в специализированных отделениях.

II этап выхаживания недоношенных детей:

- ▶ На II этап выхаживания переводят детей, вес которых на 7-10-й день жизни меньше чем 2000 г. Главные задачи этого этапа: 1) создание оптимальных условий внешней среды; 2) рациональное питание; 3) профилактика рахита и анемии; 4) массаж, ЛФК; 5) лечение разных патологических состояний.

Уход за недоношенными детьми:

- ▶ Особенное внимание уделяется санитарно-гигиеническому режиму и уходу за недоношенными детьми.
- ▶ В палатах температура 24—25 °С, делают влажную уборку, проветривание.
- ▶ Купают недоношенных детей в кипяченной воде (температура 38—40 °С) в течении 5 мин. После ванны ребенка вытирают сухой пеленкой, пеленают в теплое чистое белье и через 30-40 мин пеленают повторно.
- ▶ У кувезах глубоконедоношенные дети пребывают до тех пор, пока они самостоятельно не удерживают постоянную температуру тела. Для согревания детей в обычных палатах используют грелки, температура воды в них не должна превышать 60 °С. Одну грелку кладут под одеяло на ноги и две грелки вдоль тела ребенка с обеих сторон сверх одеяла.

Профилактика рахита и анемии в недоношенных детей:

- ▶ Для профилактики рахита с 8—10-го дня жизни назначают эргокальциферол (витамин D) в масляном или спиртовом растворе по 20 000 МЕ в сутки на протяжении 25 дней (на курс 500 000 МЕ) и препараты кальция. Вместо использования эргокальциферола можно провести УФО (25 сеансов).
- ▶ Для профилактики анемии целесообразно ввести в пищевой рацион ребенка с трехнедельного возраста микроэлементы. До грудного молока или смеси один раз в день добавляют миди сульфат (0,01 % раствор по 1 мл/кг веса) и кобальта сульфат (0,001 % раствор по 0,2 мл/кг веса) на протяжении 6—10 недель. Препараты железа (гемостимулин, лактат железа и др.) назначают с восьминедельного возраста на протяжении 3—5 мес.

Выхаживание недоношенных детей:

- ▶ При выхаживании недоношенных детей следует считать характерный для них дефицит железа и витаминов. С первых дней жизни им необходимо назначать ретинол, токоферол, тиамин, рибофлавин, пиридоксин, рутин, аскорбиновую и никотиновую кислоты.
- ▶ Недоношенных детей выписывают домой тогда, когда они достигли веса тела 2000—2500 г при удовлетворительном общем состоянии.

Уход за недоношенными детьми на участке:

- ▶ Наблюдение за недоношенными детьми на участке должно проводиться участковым педиатром с помощью патронажной сестры. Детей, вес которых при рождении ниже 1700 г, медицинская сестра посещает 4 раза в месяц к возрасту 7 месяцев, детей с весом тела больше 1700 г — дважды в месяц к 4-м месяцам, а дальше — раз в месяц.

Основные принципы диспансеризации недоношенных детей:

- ▶ 1) динамическое наблюдение за физическим и психомоторным развитием;
- ▶ 2) контроль за рациональным вскармливанием;
- ▶ 3) профилактика, ранняя диагностика и лечение рахита, анемии;
- ▶ 4) своевременное выявление и лечение неврологических и ортопедических нарушений.

Питание недоношенных детей:

- ▶ Питание недоношенных детей зависит от возраста, веса тела при рождении, степени зрелости, общего состояния.
- ▶ Первое кормление здоровых недоношенных детей назначают через 6-12 часов, детям с проявлениями синдрома дыхательных расстройств (СДР) < асфиксии, родовой травмы — через 24 часа после рождения. В период голодания во внутрь через зонд или внутривенно назначают 10 % раствор глюкозы с расчета 30-50 мл/кг веса тела.

Питание недоношенных детей:

- ▶ Техника питания обозначается наличием сосательного и глотательного рефлексов и общим состоянием ребенка. Наиболее слабых детей нужно кормить через постоянный полиэтиленовый зонд фабричного производства с округлым гладким концом или через резиновые катетеры № 9 и № 10. Полиэтиленовый зонд вводят через носовые ходы, резиновый— только через рот. При введении зонда в желудок, фиксируют его над верхней губой и на лице лейкопластирем оставляют на 48—72 часа, вытягивают, кипятят и в случае необходимости вставляют опять. Молоко вводят в желудок каплями, после введения всего количества зонд промывают 1—2 мл 10 % раствора глюкозы. Этот метод кормления используют на первой-второй недели жизни к появлению сосательного рефлекса, после комбинируют одноразовое введение зонда с кормлением с бутылочки, постепенно переходят на кормление с бутылочки, а после грудью.

Кормление недоношенных детей:

- ▶ Детей с хорошо выраженным сосательным и глотательным рефлексом, вес тела которых меньше, чем 1700 г, кормить нужно с бутылочки. Если ребенок активно сосет, не срыгивает и не устает при кормлении его можно прикладывать к груди 1—2 раза в сутки с постепенным переходом на кормление грудью.

Кормление недоношенных детей:

- ▶ Здоровых недоношенных детей, вес тела которых больше 1700 г, нужно как можно раньше прикладывать к груди матери.
- ▶ Кормление грудным молоком проводится при обязательном контрольном взвешивании. Если ребенок высасывает недостаточное количество грудного молока, то нужно докармливать грудным молоком с бутылочки.
- ▶ Наиболее рационально кормить недоношенного ребенка через 3 часа, сначала 8 раз в сутки (без ночного перерыва), а позже 7 раз в сутки (с 6-часовым ночным перерывом).
- ▶ Суточное количество молока лучше всего определять за таким методом: в первые сутки кормление детей, которые имеют вес меньше, чем 1500 г, должны получать 25-40 мл молока; дети, вес которых больше 1500 г — 50-80 мл. В последующие дни суточное количество молока детям, вес которых меньше, чем 1500 г, увеличивают каждый день на 15—30 мл, а детям с весом тела больше, чем 1500 г — на 40-60 мл. На 10-14-й день жизни количество молока, необходимое ребенку в сутки, должно становить $\frac{1}{5}$ веса его тела.

Вскармливание недоношенных детей:

- ▶ Женское молоко есть идеальной пищей для недоношенного ребенка, но оно не может заменить потребность в белке, а иногда и в жире детей, что родились весом тела, меньше 2000 г. В этих случаях проводят коррекцию питания смесями. Если нет грудного молока, недоношенным детям можно давать адаптированные смеси (“Нан”, “Нутрилон”, «Детолакт»).

Переношенный новорожденный:

- ▶ Переношенный новорожденный – ребенок, который родился в срок гестации 42 и больше недель.

Вопросы:

- ▶ 1. Особенности питания недоношенных детей.
- ▶ 2. Уход за пупочной раной новорожденного.
- ▶ 3. Признаки недоношенности.

Спасибо за внимание!

