Содержание

Введение

Глава 1. Период новорожденности (неонатальный)

1.1 Характеристика неонатального периода

.2 Мероприятия с ребенком в родильном зале

.3 Первичный туалет новорожденного ребенка

.4 Организация первого кормления новорожденного ребенка

.5 Антропометрия новорожденного ребенка

.6 Оформления документации. История развития новорожденного

Глава 2. Организация ухода за новорожденным ребенком

2.1 Иммунопрофилактика новорожденного ребенка

.2 Оценка состояния новорожденного ребенка

.3 Физиологические состояния новорожденного ребенка

.4 Уход за слизистыми оболочками и кожей новорожденного ребенка

.5 Скрининг-тестирование

Глава 3. Исследование проблем новорожденных детей поликлиники №4 г. Батайска

Заключение

Список литературы

Введение

Неонатология - раздел педиатрии, изучающий физиологические особенности и болезни детей первого месяца жизни. Развитие неонатологической помощи на современном этапе характеризуется созданием узкоспециализированных служб для семьи, беременных женщин, новорожденных, младенцев и детей раннего возраста, объединенных в перинатальные центры. Этапы медицинской помощи новорожденным детям обеспечены работой акушерской и педиатрических служб.

Персонал отделений акушерского (иногда - и гинекологического) профиля отвечает за жизнь и матери, и ребенка. В акушерско-гинекологических отделениях медсестра должна быть готова оказать неотложную акушерско-гинекологическую помощь женщинам, а в некоторых случаях - и новорожденным до прибытия врача. Ей приходится также работать в отделении патологии беременных, а иногда и в родильном блоке, заменяя акушерку[1].

Персонал акушерско-гинекологических отделений обязан хорошо владеть методами психологической терапии, так как в преддверии родов надо внушить женщине уверенность в собственных силах; необходимо учитывать психологический статус пациентов, чтобы избежать преждевременного прерывания беременности, эклампсии, обострения экстрагенитальной патологии (гипертонической болезни, сердечной недостаточности).

Медицинскую помощь новорождённым начинают оказывать с родильного блока. Обследование новорождённого в родильном зале представляет важный, так называемый первичный фильтр, на основе которого выявляется большинство серьезных отклонений от нормы, в неотложных случаях даются показания к соответствующей терапии, и определяется характер дальнейшей помощи в случае перевода ребёнка в соответствующее отделение. Следует учитывать то, что медицинскую помощь мы оказываем детям не только в родильном зале, но и в акушерском стационаре. От того, как будут соблюдаться санитарно - гигиенические правила, акушерское пособие в родах, первичный туалет новорождённого, ежедневный уход за малышом, будет зависеть его здоровье в дальнейшем. Поэтому, профессиональное медицинское обслуживание новорождённого в акушерском стационаре очень важно.

Целью данной курсовой работы является исследование деятельности медперсонала в неонатальном периоде и определение важности соблюдения всех норм и правил по уходу за новорожденным ребенком для его здоровья в дальнейшем.

Задачи - расширить и закрепить знания по организации медицинского обслуживания новорождённых, по соблюдению санитарно-эпидемического режима в акушерском стационаре, провести анализ теоретических источников по проблеме исследования, разработать памятку по сестринскому уходу за новорожденными детьми.

Глава 1. Период новорожденности (неонатальный)

1.1 Характеристика неонатального периода

Период новорожденности (неонатальный) - подразделяется на ранний и поздний неонатальный периоды. Начинается с рождения ребёнка и продолжается 4 недели.

Ранний неонатальный период - с момента рождения по 7-е сутки жизни.

Происходит основная адаптация организма к жизни в новых условиях. Скорость адаптивных процессов в организме в этот период самая высокая и никогда больше в жизни не бывает такой. Начинает функционировать дыхательная система, перестраивается система кровообращения, включается пищеварение.

Все органы и системы находятся в состоянии неустойчивого равновесия, поэтому ребёнок нуждается в особенно тщательном уходе.

В этом периоде у ребёнка могут быть обнаружены дефекты развития, гемолитическая болезнь, синдром дыхательных расстройств и другая патология. Кроме патологи у новорожденного проявляются различные физиологические состояния, отражающие процессы адаптации. К ним относятся: физиологический катар кожи, физиологическая желтуха, половой криз. В связи с преобладанием процессов торможения в ЦНС новорожденный почти непрерывно спит. К концу этого периода все системы организма приходят в достаточно устойчивое равновесие, газообмен устанавливается на уровне взрослого человека, начинается прибавление массы тела. К концу первой недели жизни налаживается тесный контакт новорожденного с матерью, особенно если ребёнок находится на естественном вскармливании. Большую часть этого периода ребёнок находится в роддоме.

Поздний неонатальный период - с 8-го дня по 28 день жизни. Характеризуется дальнейшей адаптацией к окружающей среде. В это время полностью заживает пупочная ранка, интенсивно увеличивается масса тела и длинна тела, развиваются анализаторы, начинают формироваться условные рефлексы и координация движений.

Гестационный возраст или истинный возраст новорожденного считается неделями гистации от первого дня последней менструации. В зависимости от срока гистации новорожденные подразделяются на:

доношенных (38-42 нед.)

недоношенных (менее 38 нед.)

переношенных (более 42 нед.).

Признаки доношености:

цикл внутриутробного развития 38-42 недели;

масса тела не менее 2500 г;

длина тела не менее 45 см;

имеют все признаки зрелости: удерживает постоянную температуру тела, имеет выраженные глотательный и сосательный рефлексы, устойчивый и правильный ритм дыхания и сердцебиения, активно реагирует на внешние раздражители.

.2 Мероприятия с ребенком в родильном зале

Первая задача после извлечения ребёнка и его отделения от матери состоит в том, чтобы избежать лишней теплоотдачи, особенно у детей с низкой массой тела и у новорождённых, нуждающихся в особой помощи, какой является реанимация, продолжительное обследование и т. п. Новорождённого следует поместить под источник лучистого тепла и его кожу надо осторожно осушить заготовленными нагретыми пеленками.

В соответствии с общепринятой схемой следует одновременно провести отсасывание полости рта, глотки и носовых ходов. Этот традиционный прием действует как мощный рефлекторный стимул, обычно вызывающий первый вдох типа гаси, и его применение, поэтому обосновано.

Наличие и качество этого рефлекторного ответа является также признаком, служащим для подсчета баллов при оценке жизненных функций. Отсутствие этой реакции указывает на возможность торможения дыхательных центров. Роль отсасывания в освобождении дыхательных путей не следует переоценивать, так как количество отсосанного содержимого обычно незначительно и для дыхательной функции несущественно.

По принципиальным соображениям время отсасывания не следует слишком затягивать, так как длительное раздражение верхних дыхательных путей может рефлекторно вызвать брадикардию или апноэ. Через 1 мин после полного извлечения плода врач проводит балльную оценку основных жизненных функций новорождённого по шкале Апгар.

.3 Первичный туалет новорожденного

Первичный туалет новорождённого - одна из первых процедур, которая проводится медперсоналом сразу после рождения ребёнка.

Первой процедурой является отсасывание содержимого ротовой полости и носоглотки. Она проводится как только появляется головка ребёнка в родовых путях, для предотвращения аспирации околоплодных вод. Отсасывание содержимого проводится с помощью стерильной резиновой груши или отсоса.

Следующей процедурой является перевязка пуповины и ее обработка. Этот элемент ухода за новорождённым состоит из двух этапов. Сразу после рождения ребёнка в течении первых десяти-пятнадцати секунд на пуповину накладывают два стерильных зажима Кохера. Расстояние между ними - 2 см. Первый зажим накладывается в 10 см от пупочного кольца. Пуповина между зажимами обрабатывается 5% спиртовым раствором йода или 96% этилововым спиртом и пересекается стерильными ножницами. Окончательная перевязка пуповинного остатка проводится главным образом во избежание вторичного кровотечения из сосудов пуповины.

Она должна быть асептической, так как засыхающий остаток и демаркационная зона являются главным местом проникновения инфекции, которая может перейти по сосудам вглубь и вызвать пупочный сепсис. С механической и гигиенической точек зрения оптимальным для закрытия пуповинного остатка является сжатие при помощи зажима.

Производимые в настоящее время зажимы, как правило, пластмассовые, имеют мелкое острое рифление, благодаря чему сохраняют упругость при сгибании и не могут соскальзывать с остатка пуповины.

Преимуществом этого зажима является стойкое упругое давление, которое обеспечивает стабильность сжатия остатка в процессе его мумификации. Закрытие остатка стерильной тесемкой, которая к тому же просачивается секретами и создает питательную почву для микроорганизмов, является менее выгодным.

Хорошие результаты дает также дезинфекция распылителем Polybaktrin (полимиксин, бацитрацин, неомицин), которая, однако, связана с риском сенсибилизации. Обработанный пуповинный остаток оставляют открытым или накладывают на него легкую воздушную повязку. После истечения 2 сут и позже мумифицированную часть культи отсекают ножом на границе здоровой ткани. Затем ребёнка заворачивают в стерильную теплую пеленку и помещают на пеленальный стол, который должен обогреваться сверху источником лучистого тепла. Это позволяет избежать охлаждения ребёнка а так же уменьшает потери тепла с испаряющейся околоплодной жидкостью. После этого продолжают обработку пуповинного остатка, то есть переходят ко второму этапу. Пуповину обрабатывают салфеткой, смоченной в спиртовом растворе, а затем, сухой стерильной марлевой салфеткой. Далее, на расстоянии 0,2-0,3см от пупочного кольца на пуповину накладывают специальную скобу Роговина. На расстоянии 1,5см от скобы производят пересечение пуповины. Место пересечения обрабатывают 5% раствором калия перманганата, и накладывают стерильную марлевую повязку Чистяковой.

Следующим этапом первичного туалета новорождённого является обработка кожи ребёнка. Стерильной марлевой салфеткой, предварительно смоченной в стерильном вазелиновом или растительном масле, удаляется избыточная первородная смазка и слизь.

Немало важным при проведении первичного туалета новорождённого является профилактика гонобленореи. она проводится 20% раствором натрия сульфата (альбуцидом) сразу после рождения, в первые минуты жизни. Закапывают по одной капле раствора под конъюнктивы нижних век. Повторяют через 2 часа. Можно для этого так же использовать 1% тетрациклиновую глазную мазь. Девочкам в половую щель однократно закапывают 1-2 капли 1-2% раствора нитрата серебра. Профилактика гонорейной инфекции глаз (кредеизация) является в РФ обязательной. Согласно первоначальному, существующему почти 100 лет предложению Креде, основным профилактическим методом остается закапывание в конъюнктивальный мешок 1 % раствора Argentum nitricum или Argentum aceticum. Эффект весьма надежен, но его недостаток заключается в том, что раствор оказывает иногда химически раздражающее действие и при случайной высшей концентрации для глаз токсичен.

Раствор следует хранить в плотно закрытом флаконе из темного стекла и менять его на свежеприготовленный через каждую педелю. Менее раздражающим является закапывание раствора Ophthalmo-Septonex, однако действие этого препарата на гонококки является спорным.

Профилактику следует провести очень аккуратно, чтобы дезинфицирующий раствор проник в весь конъюнктивальный мешок. Опыт показывает, что это условие не всегда соблюдается. Определением массы и длины тела заканчивается первичный уход за новорождённым в родильном зале. Установление линейных параметров (длина голова - пятки, окружность головы и грудной клетки) непосредственно после рождения бывает не слишком надежным, потому что головка может быть деформирована родовой опухолью и сдавливанием в родовых путях, нижние конечности находятся в тоническом положении флексии.

Если требуется получить точные данные, например, с целью исследования и статистики, то лучше измерение линейных параметров повторять после исчезновения послеродовых изменений, т. е. через 3-4 дня.

Купание новорождённого в родильном зале, являвшееся в прошлом привычным, в настоящее время уже не производится. Кожу ребёнка только осторожно протирают мягкой пеленкой, чтобы устранить смазку и кровь, или первородный кал. У новорождённых, требующих особого ухода, главным образом обеспечения респирации, первичная обработка осуществляется только после нормализации состояния; некоторые же процедуры проводятся только тогда, когда ребёнок уже находится в соответствующем отделении.

.4 Организация первого кормления

Если ребёнок родился доношенным и роды у матери протекали нормально, первое прикладывание к груди матери рекомендуется сразу же после рождения. Важно еще в отделении новорождённых установить режим кормления ребёнка. Последующие кормления проводят через 3 -3\*/2 ч- В большинстве родильных домов принято 7-кратное кормление новорождённых. Перед кормлением медицинская сестра тщательно осматривает новорождённых, при необходимости меняет пеленки, затем детей развозят на специальных каталках или разносят на руках по материнским палатам. Перед кормлением мать тщательно моет руки, ватным тампоном осторожно обмывает сосок раствором фурацилина (1:5000) или 0,5% раствором нашатырного спирта. Рукой мать сцеживает несколько капель молока для удаления случайного загрязнения выводных протоков молочных желез. Необходимо следить, чтобы ребёнок при сосании захватил в рот не только сосок, но и околососковый кружок. В первые 2 - 3 дня мать кормит ребёнка лежа. Ребёнка прикладывают только к одной груди. На 3 - 4-й день мать начинает кормить ребёнка сидя. Кормление грудью продолжается 20-30 мин. С установлением лактации ребёнок остается у груди матери 15 - 20 мин, за это время он высасывает все необходимое количество молока. По окончании кормления грудь обмывают кипяченой водой и обсушивают марлевой салфеткой или ватой.

В первые дни после рождения ребёнок высасывает из груди матери от 5 до 30 - 35 мл молока, т. е. в сутки в среднем около 150 - 200 мл. С 3 -4-го дня количество получаемого ребёнком молока увеличивается, достигая к 8 -9-му дню 450 - 500 мл в сутки. Количество необходимого ребёнку молока в течение первых дней жизни можно вычислить по формуле:

\* n \* 7

где n- день жизни ребёнка, 7 - число кормлений.

Педиатр и медицинская сестра тщательно следят за состоянием новорождённого, движением кривой массы его тела. Если необходимо определить, достаточна ли лактация у матери, проводят контрольное взвешивание ребёнка до и после кормления. Разница в массе тела показывает количество высосанного молока. Более полное представление о состоянии лактации можно получить после 2 - 3 контрольных взвешиваний в течение дня. Одним из основных условий полноценной лактации кормящей матери является регулярное прикладывание ребёнка к груди и соблюдение времени и продолжительности кормлений.

После 10 дней жизни ребёнок должен получать в сутки количество молока, равное 1/5 массы его тела.

Различают три вида вскармливания детей 1-го года жизни: грудное (естественное), смешанное (докорм) и искусственное.

Естественное вскармливание - это вскармливание, когда ребенок в течение первых 5 мес. жизни получает только молоко матери, а после 5 мес. до 1 года наряду с грудным молоком получает и прикорм.

Материнское молоко является самой лучшей пищей для ребенка 1-го года жизни, оно имеет ряд преимуществ. Грудное молоко содержит все необходимые для ребенка пищевые ингредиенты и притом в таких количествах и соотношениях, которые наиболее полно удовлетворяют в этот период все потребности интенсивно растущего детского организма. Белки, жиры и углеводы в грудном молоке находятся в таком сочетании (1:3: 6), которое создает оптимальные условия для их переваривания и всасывания.

Смешанное вскармливание - это такой вид вскармливания, когда ребенок вследствие тех или иных обстоятельств в первой половине года наряду с молоком матери получает докорм в виде молочных смесей, причем смеси должны составлять более '/5 суточного рациона ребенка. Наиболее частым показанием к переводу ребенка на смешанное вскармливание со стороны матери является развивающаяся (постепенно или быстро) гипогалактия - недостаточное количество грудного молока.

Искусственное вскармливание - такой вид вскармливания, когда ребенок в первую половину года не получает материнского молока или его количество составляет менее 1/5общего объема пищи. Основаниями к переводу ребенка на искусственное вскармливание является тяжелое заболевание матери или полное отсутствие молока у нее. Этот вид вскармливания детей 1-го года жизни применяется редко. При современном уровне знаний правильно проводимое искусственное вскармливание, как правило, дает хороший эффект.

.5 Антропометрия новорожденного

После проведения первичного туалета обязательным элементом ухода за новорождённым является антропометрия ребёнка. Антропометрия включает в себя: определение массы и длины тела, измерение окружности головки и грудной клетки. По окончании антропометрии на запястье ребёнка надевают марлевые завязки с клеёнчатыми браслетками. На них указываются: ФИО матери, дата и время родов, пол ребёнка, масса и длина.

Ребёнок остается в родильном зале в течение 2 часов под наблюдением акушера-гинеколога или педиатра, потом переводится в палату (отделение) для новорождённых. Перед переводом в отделение новорождённых врач повторно осматривает ребёнка, проверяет состояние пупочной ранки. При наличии кровотечения пуповину необходимо вновь перевязать.

При приеме новорождённого в детской палате врач или медицинская сестра сверяет паспортные данные браслета и медальона с записями в истории его развития и отмечает в ней время приема ребёнка.

.6 Оформление документации. История развития новорожденного

. При оформлении истории развития новорожденного номер истории развития ребенка обязательно должен соответствовать номеру материнской истории родов.

. В соответствующих графах истории развития ребенка подробно отражаются сведения о:

заболеваниях матери в течение беременности по триместрам и течении родов, длительности I и II периодов родов раздельно, длительности безводного промежутка, характере околоплодных вод, лекарственной терапии матери в родах, особого внимания при этом заслуживает информация о проведении стероидной профилактики и антибактериальной терапии с указанием названия препарата, даты назначении и отмены, пути введения, длительности курса и разовой дозы препарата. Отдельный акцент делается на информацию из туберкулезного диспансера об эпидемиологической ситуации по данному вопросу у женщины.

. При оперативном родоразрешении указываются показания к нему, характер обезболивания и оперативного вмешательства.

. Врач-неонатолог в соответствующих графах на 2 странице истории развития новорожденного дает развернутую оценку состояния ребенка по шкале Апгар в конце 1 минуты и через 5 минут, а также согласно Методическим рекомендациям Минздравсоцразвития России N 15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» через 10 минут, если оценка по шкале Апгар через 5 минут после рождения не достигла 7 баллов.

. Всем новорожденным детям в обязательном порядке в родильном зале осуществляется заполнение вкладыша-карты первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, предусмотренной Приложением N5 Методических рекомендаций Минздравсоцразвития России N15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям».

Возможно использование дополненного варианта вкладыша-карты, на обратной стороне которого добавлены графы для краткого описания осмотра ребенка в родильном зале сразу же после рождения (приложение 21).

. В истории развития новорожденного приводятся показатели массы и роста ребенка, окружности головы и груди, указывается способ обработки пуповины. Делается особая отметка о профилактике гонобленореи.

. При преждевременных родах в случае превышения массы тела ребенка при рождении и роста средних величин для указанного срока гестации врачом неонатологом совместно с врачом акушером-гинекологом оформляется акт (вариант оформления акта представлен в приложении 22).

. При наличии группы крови О (I) и/или отрицательного резус-фактора у матери, а также при наличии резус-конфликта делается отметка о взятии крови из пуповины на группу и резус- принадлежность, билирубин.

. В истории развития новорожденного ведется мониторинг температуры тела ребенка в течение всего периода нахождения его в родильном зале, а также указывается способ сохранения тепла (метод кенгуру или контакт «кожа к коже»). Результаты заносятся в карту контроля температуры тела ребенка в родильном зале (приложение 6).

. Спустя 2 часа после рождения врач неонатолог делает в истории развития новорожденного запись о состоянии ребенка (при переводе его в отделение для новорожденных) в разделе «Первичный осмотр новорожденного» с обязательным указанием даты и точного времени (часы и минуты) осмотра. В случае необходимости по тяжести состояния или другим объективным причинам запись первичного осмотра новорожденного может быть выполнена ранее 2 часов после рождения с обязательным указанием даты и точного времени (часы и минуты) осмотра.

. При появлении у новорожденного клиники дыхательной недостаточности в первые минуты и часы после родов врач неонатолог дает оценку состояния дыхательной функции новорожденных на момент перевода по шкале Сильвермана (бланк представлен в приложении 23).

. Согласно приказу МЗ РФ N 921н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» в течение первых суток жизни в физиологическом отделении ребенок осматривается детской медицинской сестрой через каждые 3-

,5 часа для оценки состояния новорожденного и при необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи с обязательным внесением результатов осмотра в медицинскую документацию (вариант карты осмотра в приложении 6.

. Согласно приказу МЗ РФ N 921н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» врач неонатолог осматривает новорожденного ежедневно, а при ухудшении состояния ребенка с такой частотой, которая определена медицинскими показаниями, но не реже одного раза в три часа. Результаты осмотра заносятся в историю развития новорожденного с указанием даты и времени осмотра.

. Ежедневные записи врача-неонатолога (см. выше, параграф 1, раздел 2, пункт 2.8). Ежедневные назначения в истории развития новорожденного выносятся лечащим врачом-неонатологом на поля справа с соблюдением необходимых требований (см. выше, параграф 2, раздел 2, пункт 2.20).

. Для соблюдения необходимой преемственности в курации новорожденного между родильным домом и детской поликлиникой врач-неонатолог родильного дома обязан отметить в выписном эпикризе:

− основные сведения о матери: состояние ее здоровья, особенности течения беременности и родов, имевшие место оперативные вмешательства,

− оценку новорожденного по шкале Апгар, мероприятия, проводимые в родзале (если ребенок в них нуждался),

− особенности течения раннего неонатального периода: время отпадения пуповины и состояние пупочной ранки, масса тела и состояние на момент рождения и при выписке, дата вакцинации и серия вакцины против гепатита В и БЦЖ-М (если не делали - обоснование ее отвода), данные проведения неонатального скрининга и аудиоскрининга, данные лабораторных и других обследований,

− в случае несовместимости крови матери и новорожденного по резус-принадлежности или по АВО-системе в обменной карте отмечают резус-принадлежность, группу крови матери и ребенка и показатели крови в динамике,

− при гипогалактии у матери об этом указывают в обменной карте, даются рекомендации по решению данной проблемы,

− в случаях асфиксии, родовой травмы, заболевания ребенка в обменной карте указывают не только диагноз, данные обследования ребенка и проведенное лечение, но и рекомендации по дальнейшему ведению ребенка, вскармливанию, проведению лечебных мероприятий.

. Наряду с выписным эпикризом, выдаваемым матери на руки, старшая медицинская сестра отделения новорожденных уточняет домашний адрес матери и сообщает в день выписки ребенка по телефону в детскую поликлинику по месту его проживания (кроме иногородних) основные сведения о выписанном ребенке - для проведения более быстрого первого патронажа на дому - и отмечает в журнале отделения (палаты) для новорожденных детей и в конце истории развития новорожденного дату выписки и фамилию сотрудника поликлиники, принявшего телефонограмму.

Инструкция по заполнению вкладыша-карты первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале

. Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале (приложение N 5 Методических рекомендаций №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям») заполняется на каждого новорожденного во всех лечебно-профилактических учреждениях, в которых оказывается родовспомогательная помощь, врачом (неонатологом, педиатром, акушером-гинекологом, анестезиологом- реаниматологом) или, при отсутствии врача, акушеркой после завершения комплекса первичных реанимационных мероприятий [4]. Является вкладным листом к форме 097/у «История развития новорожденного».

. Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале содержит сведения:

− о характере амниотических вод;

− о состоянии новорожденного по признакам живорождения (самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения мускулатуры), а также по цвету кожных покровов, в динамике;

− о проводимых первичных и реанимационных мероприятиях;

− об исходе первичной и реанимационной помощи.

Глава 2. Организация ухода за новорожденным ребенком

2.1 Иммунопрофилактика

В роддоме новорождённому малышу делают две прививки. В первые сутки жизни вводится вакцина против гепатита В. Затем, в течение последующих 3-7 дней делается прививка против туберкулеза - БЦЖ или БЦЖ-М.

Первичную вакцинацию осуществляют здоровым доношенным новорождённым детям в первые четыре дня жизни и недоношенным по достижении массы тела 1,5 килограммов. К вакцинации допускаются новорождённые после осмотра педиатром, с оформлением допуска к прививке в истории новорождённого.

Прививки новорождённым проводят в прививочном кабинете, оснащенным холодильником, термоконтейнером, одноразовыми туберкулиновыми шприцами, прививочным материалом, препаратами противошоковой терапии. Вакцинацию новорождённых проводит медицинская сестра прививочного кабинета, имеющая допуск к проведению прививок, на основании врачебного назначения, в присутствии мамы ребёнка. Полученная прививка, данные о вакцине (производитель, серия, доза, срок годности, дата прививок) заносятся в историю новорождённого и обменную карту, которая после выписки ребёнка из роддома передается в лечебное учреждение по месту жительства.

В период пребывания матери в роддоме ее обучают срокам дальнейших прививок, которые ребёнок будет получать после выписки из роддома и вручают Прививочный паспорт с внесенными в него прививками, полученными в роддоме.

Вакцина БЦЖ вводится строго внутрикожно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча в объеме 0,05 мл для детей до одного года и в объеме 0,1 мл для детей старше года, прививаемых вакцинами зарубежных стран. Российская вакцина вводится в объеме 0,1 мл независимо от возраста.

Для получения прививочной дозы, равной объему 0,05 мл, в флакон (ампулу) 20-дозной расфасовки вносят 1,0 мл стандартного растворителя, для разведения 40-дозной вакцины требуется 2,0 мл растворителя. Разведенная вакцина должна давать равномерную взвесь в течение одной минуты.

В связи с высокой чувствительностью БЦЖ вакцины к дневному и солнечному свету, она должна храниться в темном месте, для чего используют цилиндр из черной бумаги.

БЦЖ вакцина может быть использована только в течение шести часов с момента разведения, поэтому на этикетке проставляется время и дата вскрытия вакцины. Неиспользованная вакцина уничтожается кипячением в течение 30 минут или погружением в 5 % хлорсодержащий дезинфицирующий раствор на два часа или сжиганием в печи.

Перед применением вакцины необходимо внимательно изучить наставление, приложенное к ней, проверить маркировку и целостность ампулы (флакона) соответствие препарата прилагаемой инструкции.

В борьбе с вирусным гепатитом В, основная роль отводится активной специфической иммунизации - вакцинации против гепатита В, которая в России введена в Национальный календарь прививок и закреплена законодательно. Существует несколько схем вакцинации против этого вируса, состоящих из введения 3 или 4 доз прививки (по таким схемам прививают и у нас в стране).

Традиционный вариант:

В обычных условиях курс вакцинации состоит из 3 прививок (по схеме 0-1-6):

-я прививка (первая доза вакцины) вводится, в так называемый, 0 день (первые 12 часов жизни).

-я прививка (вторая доза вакцины) вводится через 1 месяц после первой.

-я прививка (третья доза вакцины) вводится через 6 месяцев после первой прививки (то есть когда малышу исполняется полгода).

Для создания полноценного иммунитета следует придерживаться рекомендованных сроков введения вакцины. Тогда эффективный иммунитет против гепатита В формируется не менее, чем у 95% привитых. Однако в ряде случаев (заболевания ребёнка, смена места жительства, отсутствие вакцины) прививочный график нарушается. При этом надо помнить, что интервал между первой и второй дозами вакцины не должен превышать 2-3 месяца, а введение третьей прививки не должно быть позже, чем через 12-18 месяцев с начала вакцинации.

Вакцины против гепатита В обычно переносятся хорошо. Побочные эффекты (покраснение, уплотнение и болезненность в месте инъекции, нарушение самочувствия и небольшое повышение температуры тела до 37,5 градусов С) встречаются редко, носят кратковременный характер, обычно слабо выражены и, как правило, не требуют медицинской помощи. Крайне редко могут появляться выраженные аллергические реакции: анафилактический шок или крапивница.

.2 Оценка состояния новорожденного

Оценка состояния ребёнка проводится на первой и пятой минутах жизни. Результат записывается дробью, например - 8/9. Шкала Апгар - это оценка состояния здоровья именно новорождённого и никаких прогнозов о дальнейшем состоянии ребёнка по ней делать нельзя. На момент проведения результаты оцениваются так:

7-10 баллов - отклонений в состоянии здоровья не выявлено;

5-6 баллов - небольшие отклонения;

3-4 балла - серьезные отклонения от нормального состояния;

0-2 балла - состояние, угрожающее жизни новорождённого.

Если возможно (это зависит главным образом от состояния роженицы), акушер-гинеколог проводит беглый осмотр новорождённого, обращая внимание на его жизненные функции и наличие серьезных пороков развития или родовой травмы.

Для оценки физического развития новорожденных используют статистические показатели основных параметров в зависимости от гестационного возраста или перцентильные оценочные таблицы. Параметры физического развития новорожденного, расположенные в интервале М ± 2 s (s - среднее квадратичное отклонение) или Р10 - Р90 относятся к нормальным физическим показателям для данного гестационного возраста. Параметры физического развития новорожденных зависят от параметра и возраста его родителей, особенностей питания, условий жизни и порядкового номера беременности у женщины. Имеет значение характеристика пропорциональности телосложения и питания новорожденных.

Доношенный новорожденный - ребенок, родившийся при сроке беременности 37-42 недели. У доношенного новорожденного из-за превалирующего развития мозга голова составляет 1/4 часть тела. Особое значение имеет определение окружности головы при рождении (и в динамике) массы тела, а так же ее формы. К вариантам нормальной формы относят следующие: долихоцефалическая - вытянутая в передне-заднем направлении, брахиоцефалическая - в поперечном, и башенный череп. Кости черепа податливы, могут заходить друг на друга по сагитальному и венечному швам. Особенности отражены в таблице зрелости.

Недоношенный новорожденный - ребенок, родившийся при сроке ниже 37 недель беременности. Родившиеся живыми при сроке гестации 22 - 28 недель и выжившие в первые 168 часов жизни. К нормальным параметрам развития в сроки 28-37 недель относят детей с массой тела от 1000,0 до 2500,0 г, длиной 38-47 см, окружностью головы 26-34 см и груди 24-33 см. По статистическим данным разных стран недоношенными рождаются от 6 до 13% детей. Масса тела не может быть основным критерием недоношенности. Существует понятие "низкая масса тела при рождении" или "маловесные" - это дети с массой менее 2500,0 г при рождении, которые родились в срок.

К переношеннм новорожденным относят детей, родившихся после 294 дней или42 недель гестации. Частота рождения таких детей от 8 до 12%. У детей наблюдают клинические признаки трофических нарушений: снижение тургора кожи, истончение подкожно-жирового слоя, десквамация, сухость и шелушение кожи, отсутствие смазки, плотные кости черепа, нередко с закрытыми швами.

При сопоставлении гестационного возраста и показателей физического развития выделяют следующие группы:

новорожденные с крупной массой тела, которая выше средней к данному сроку на 2s или 90 перцентилей и больше;

с нормальным физическим развитием для данного гестационного возраста;

с низкой массой тела по отношению к гестационному возрасту или с задержкой внутриутробного развития.

Встречаются следующие типы ЗВУР: незрелость или "small for date", диспластический или асимметричный и поздний тип или внутриутробная гипотрофия. Сочетания различных типов ЗВУР могут встречаться у одного ребенка. Патогенез задержки развития и роста у плода многообразен. При отставании лишь массы тела от гестационного возраста плода неблагоприятные факторы, как правило, взаимодействуют в последнем триместре беременности. При отставании в массе и длине тела от гестационного возраста - неблагоприятные условия существования плода наблюдаются в конце первого и начале второго триместра беременности. Нарушение пропорции тела, часто сочетающиеся с дисэсбриогенетическими стигмами и пороками развития, относят к диспластическому типу и наблюдают у детей с хромосомными и геномными нарушениями, а так же при внутриутробных, генерализованных инфекциях. Различные типы ЗВУР встречают у доношенных, недоношенных и переношенных новорожденных.

Зрелость новорожденного определяют по совокупности клинических, функциональных и биохимических параметров. В каждый возрастной период, начиная с зиготы, особенности адаптации плода, новорожденного и младенца соответствуют его календарному возрасту в совокупности со средой, окружающей его и взаимодействующей с ним. Состояние центральной нервной системы является информативной характеристикой зрелости. При исследовании ребенка оценивают позу, положение, спонтанную моторику лица, эмоциональные реакции, врожденные безусловные рефлексы и активность сосания. По клиническим признакам зрелость новорожденного определяют с помощью оценочных таблиц по сумме балов каждого признака.

.3 Физиологические состояния новорожденного

У некоторых новорожденных наблюдаются специфические для этого возраста преходящие состояния, зависящие от изменений условий внешней и внутренней среды, наступающих после рождения.

Эти состояния, являясь физиологическими, наблюдаются только у новорожденных и никогда в дальнейшем не повторяются. Однако эти состояния граничат с патологией и при неблагоприятных условиях могут перейти в болезненные процессы.

Наиболее частыми являются следующие физиологические состояния.

Кожа новорожденного покрыта сыровидной смазкой - ver-nix caseosa. Эта смазка состоит из почти чистого жира, гликогена, экстрактивных веществ, углекислых и фосфорнокислых солеи а также холестерина, пахучих и летучих кислот. Цвет ее при нормальных условиях серовато-белый. Если она имеет желтый, желто-зеленый или грязно-серый цвет, то это свидетельствует о внутриутробных патологических процессах (гипоксии, гемолитических процессах и др.). Сыровидную смазку в первые 2 дня, как правило, не удаляют, так как она предохраняет тело от охлаждения и кожу от повреждений, содержит витамин А, обладает полезными биологическими свойствами. И только в местах скопления (паховые, подмышечные складки) смазка подвергается быстрому разложению, поэтому здесь излишек ее должен быть осторожно удален стерильной марлей, смоченной в стерильном растительном масле.

У доношенного ребенка на кончике и крыльях носа довольно часто отмечаются желтовато-белые точки, слегка возвышающиеся над кожей. Их происхождение объясняют избыточным выделением секрета сальных желез, особенно в последние месяцы внутриутробного развития плода. К концу 1-й недели или на 2-й неделе они исчезают при смене эпидермиса и открытии протоков.

Эритема новорожденных, или физиологический катар кожи, развивается как следствие раздражения кожи, которому она подвергается в новых условиях окружающей среды, при этом кожа становится ярко гиперемированной, иногда с легким синюшным оттенком. Гиперемия наблюдается от нескольких часов до 2-3 сут, затем появляется мелкое, редко крупное шелушение, особенно выраженное на ладонях и стопах. При обильном шелушении кожу смазывают стерильным маслом (касторовое, подсолнечное, оливковое, рыбий жир). При отсутствии эритемы у новорожденного в первые часы и дни жизни необходимо выяснить причину этого: она отсутствует при ателектазе легких, внутриутробной токсемии, вследствие различных патологических состояний матери во время беременности, внутричерепных кровоизлияний.

Физиологическая желтуха появляется обыкновенно на 2-3-й день после рождения и наблюдается у 60-70 % новорожденных. Общее состояние детей хорошее. При этом проявляется более или менее выраженное желтушное окрашивание кожи, слизистых оболочек полости рта и несколько меньше-склер. Из-за сильной красноты кожных покровов в первые дни желтуха может быть вначале незаметна, но легко обнаруживается, если на какой-нибудь участок кожи надавить пальцем. Испражнения нормальной окраски, моча не содержит желчных пигментов. Со стороны внутренних органов никаких отклонений от нормы не наблюдается. Дети при этом активно сосут.

Появление желтухи обусловлено возникающим дисбалансом между ферментативной возможностью печени (недостаточность глюкоронилтрансферазы) и усиленным распадом эритроцитов (количество которых в период внутриутробного развития увеличено). Незрелая ферментативная система печени не в состоянии обеспечить переработку и выделение большого количества билирубина.

Физиологическая желтуха продолжается несколько дней, причем интенсивность ее постепенно уменьшается, и к 7-10-му дню, редко к 12-му, она исчезает. Гораздо реже желтуха держится 2-3 нед. Затяжное течение желтухи часто наблюдается у детей, родившихся преждевременно или в тяжелой асфиксии, получивших травму в родах.

Прогноз при физиологической желтухе благоприятный. Лечения не требуется. При сильно выраженной желтухе детям дают 5-10 % раствор глюкозы, изотонический раствор хлорида натрия-50-100 мл/сут со 100-200 мг аскорбиновой кислоты. При очень рано появившейся желтухе, быстром усилении окраски кожных покровов и длительном течении необходимо усомниться в физиологическом характере ее, подумав прежде всего о гемолитической болезни новорожденных, и показать ребенка врачу.

Физиологический мастит-набухание молочных желез наблюдается у некоторых новорожденных независимо от пола. Обусловлено оно переходом эстрогенных гормонов от матери к плоду во внутриутробном периоде. Набухание молочных желез бывает обычно двусторонним, появляется в первые 3-4 дня после рождения, достигает максимальной величины к 8-10-му дню. Иногда набухание бывает незначительным, а в некоторых случаях может быть величиной со сливу и более. Припухшие железы подвижны, кожа над ними почти всегда нормальной окраски. Из соска может выделяться жидкость, напоминающая молозиво. По мере освобождения организма от материнских гормонов исчезает и набухание желез. Всякое надавливание категорически запрещается из-за опасности трав-мирования, инфицирования и нагноения желез. Физиологический мастит лечения не требует.

Катаральный вульвовагинит проявляется у некоторых новорожденных девочек. Он возникает под воздействием фолликулярных гормонов матери. В первые дни после рождения плоский эпи гелий выделяется вместе с железистой тканью шейки матки в виде слизистого, вязкого секрета, иногда могут быть кровянистые выделения из половой щели. Помимо этого, могут отмечаться набухание вульвы, лобка и общий отек половых органов. К нормальным явлениям, возникающим под влиянием гормонов матери, относится наблюдающийся иногда у мальчиков отек мошонки. Все эти явления могут наблюдаться на 5-7-й день жизни и продолжаться 1-2 дня. Особого лечения при этом не требуется. Девочек следует только чаще подмывать теплым раствором перманганата калия (растворять кипяченой водой в пропорции 1:5000-1:8000), выжимая его из ваты.

Физиологическое падение массы наблюдается у всех новорожденных и составляет 3-10 % массы при рождении. Максимальное падение массы отмечается к 3-4-му дню жизни. У большинства новорожденных масса тела восстанавливается к 10-му дню жизни, а у некоторых-даже к концу 1-й недели, только у небольшой группы детей первоначальная масса тела восстанавливается лишь к 15-му дню. Перегревание, охлаждение, недостаточная влажность воздуха и другие моменты увеличивают потерю массы тела. На величину физиологической убыли массы оказывают влияние также течение родов, степень доношенности и зрелости, длительность желтухи, количество высасываемого молока и получаемой жидкости. Физиологическое падение массы тела у новорожденных обусловлено следующими обстоятельствами: 1) недоеданием в первые дни; 2) выделением воды через кожу и легкие; 3) потерей воды с мочой и испражнениями; 4) несоответствием между количеством получаемой и выделяемой жидкости; 5) нередко срыгиванием околоплодных вод, незначительной потерей влаги при высыхании пуповинного остатка. При потере более 10 % первоначальной массы тела необходимо уточнить причину этого. Всегда необходимо помнить, что нередко большое падение массы тела является одним из первоначальных симптомов того или иного заболевания. Предупредить большую потерю массы тела можно при соблюдении следующих условий: правильный уход, раннее прикладывание детей к груди-не позднее 12 ч после рождения, введение достаточного количества жидкости (5-10 % по отношению к массе тела ребенка).

Мочекислый инфаркт почек встречается у половины новорожденных и проявляется в том, что с мочой выделяется большое количество мочекислых солей. Моча становится мутной, более ярко окрашенной и в дни наибольшего падения массы тела принимает коричневый оттенок. При стоянии в моче появляется значительный осадок, растворяющийся при нагревании. О большом количестве мочекислых солей в моче можно судить по красноватому цвету осадка и по красновато-коричневым пятнам, остающимся на пеленках. Все это связано с выделением уратов в результате мочекислого инфаркта почек, в основе которого лежит повышенное образование в организме новорожденного мочевой кислоты вследствие усиленного распада клеточных элементов и особенностей белкового обмена. При назначении большого количества жидкости и при выделении большого количества мочи инфаркт исчезает примерно в течение первых 2 нед жизни. Как правило, он не оставляет последствий и не требует лечения.

К физиологическим состояниям относится и переходный стул после выделения из кишечника мекония.

Меконий - первородный кал, который образуется с IV месяца внутриутробной жизни. Он представляет собой темно-оливковую, тягучую, густую, лишенную запаха массу, которая состоит из выделений зародышевого пищеварительного тракта, отделившегося эпителия и проглоченных околоплодных вод; первые порции его не содержат бактерий. К 4-му дню жизни меконий полностью удаляется из кишечника. Переход к нормальным молочным испражнениям у ребенка происходит при правильном кормлении не сразу. Часто этому предшествует так называемый переходный стул. При этом испражнения богаты слизью коричневато-зеленоватой окраски, водянистые, иногда пенистые. У новорожденных часто возникают скопление газов и вздутие кишечника, что вызывает беспокойство ребенка, частота испражнений резко колеблется, а вид испражнений меняется. Стул бывает 2-6 раз в сутки, гомогенный, цвета растертой горчицы, кашицеобразной консистенции.

.4 Уход за слизистыми оболочками и кожей новорожденного ребенка

После поступления ребёнка в палату для новорождённых медсестра постоянно контролирует характер его поведения, крика, особенности сосания, срыгивания. Особое внимание уделяется уходу за кожей, слизистыми оболочками, культей пуповины.

Ежедневно перед утренним кормлением проводят туалет новорождённого в определенной последовательности: умывание, обработка глаз, носа, ушей, кожи и, в последнюю очередь, промежности. Умывают ребёнка проточной теплой водой. При наличии раздражения конъюнктивы или выделений из глаз применяют раствор фурацилина (1:5000), причем каждый глаз промывают отдельным ватным тампоном движением от наружного угла глаза к внутреннему. Туалет носа и ушных раковин производят отдельными стерильными фитильками, смоченными раствором фурацилина или стерильным маслом (подсолнечным или вазелиновым). Применять с этой целью палочки, спички и другие твердые предметы нельзя.

Складки кожи (шейные, подмышечные, подколенные) в течение первых 2 дней смазывают при помощи ватного шарика, смоченного в 1% спиртовом растворе йода, а в последующие дни смазывают стерильным вазелиновым или растительным маслом. Применение присыпок у новорождённого не рекомендуется, так как они могут вызвать мацерацию кожи.

Чтобы подмыть новорождённого, медсестра укладывает его спиной на свою левую руку так, чтобы голова находилась у локтевого сустава, а кисть сестры держала бедро новорождённого. Область ягодиц и промежности обмывают теплой проточной водой с детским мылом в направлении спереди назад, подсушивают промокательным движением стерильной пеленкой и смазывают стерильным вазелиновым маслом.

Уход за пуповинным остатком осуществляют открытым способом. Культю пуповины обрабатывают 1-2 раза в сутки 70% этиловым спиртом, 2% раствором перекиси водорода. Обработка пупочной ранки проводится до ее заживления (в среднем от 10 дней до 2 недель). До отпадения пуповины рекомендуется использование только стерильных пеленок и подгузников. В это время нежелательно пользоваться подгузниками типа "памперс" в связи с возможными реактивными изменениями в результате трения кромки подгузника о ранку.

Взвешивание новорождённых проводится ежедневно перед первым кормлением. Раздетого ребёнка кладут на пеленку и производят взвешивание, затем из полученной цифры вычитают массу пеленки и получают чистую массу тела новорождённого.

Пеленать новорождённого следует перед каждым кормлением и после каждого мочеиспускания во избежание образования опрелостей. Одежда ребёнка должна быть легкой, удобной, теплой. В первый комплект белья новорождённого входят 4 стерильные пеленки, распашонка и одеяло.

Детская медицинская сестра должна уметь правильно пеленать ребенка. При этом нужно помнить, что одежда должна защищать новорожденного от большой потери тепла и в то же время не стеснять его движений и не препятствовать испарению с кожных покровов.

Доношенного новорожденного первые 2-3 дня пеленают с ручками, а в последующие дни при соответствующей температуре воздуха в палате ручки выкладывают поверх одеяла.

Общепринятый метод пеленания имеет следующие недостатки: насильственно изменяется физиологическая поза ребенка, стесняются его движения, затрудняется дыхание, нарушается кровообращение. Учитывая это, в родильных домах ввели специальную одежду для новорожденных. На ребенка надевают две кофточки с длинными рукавами (одну легкую, вторую фланелевую в зависимости от времени года). Затем его свободно заворачивают в три пеленки, оставляя открытой голову и руки, не стесняя ног. В таком виде новорожденного помещают в конверт из хлопчатобумажной ткани, в который вкладывают мягкое байковое одеяло, сложенное в 3 раза. В случае необходимости поверх конверта кладут второе байковое одеяло. При этом способе пеленания движения новорожденного не ограничиваются и, в то же время, под одеждой лучше сохраняется тепло.

При пеленании ребенка кладут таким образом, чтобы верхний край пеленки доходил до подмышек. Подгузник помещают на промежность, после чего ребенка заворачивают в тонкую пеленку. Подкладывают полиэтиленовую пеленку (клеенку) размером 30x30 см (верхний край на уровне поясницы, нижний - до уровня колен). Затем ребенка заворачивают в теплую пеленку. При необходимости ребенка накрывают сверху одеялом. С 1-2-месячного возраста на время дневного "бодрствования" пеленки заменяют ползунками, с 2-3-месячного возраста начинают использовать одноразовые подгузники (обычно на прогулках), которые меняют каждые 3 ч, а в 3-4 мес. когда начинается обильное слюнотечение, поверх распашонки надевают надгрудничск. Косынку или шапочку из хлопчатобумажной ткани надевают на голову лишь после ванны и на время прогулки. В 9-10 мес. распашонки заменяют рубашкой, а ползунки - колготками (зимой с носками или пинетками).

Пеленание производят перед каждым кормлением, а у детей с раздраженной кожей или с опрелостями - чаще.

Пеленальный стол и клеенчатый матрац на нем после пеленания каждого ребенка тщательно протирают дезинфицирующим раствором. На пеленальном столе пеленают здоровых детей. В случае изоляции ребенка пеленание производят в кроватке.

.5 Скрининг-тестирование

Скрининг новорождённых- это анализ на распространенные наследственные заболевания: фенилкетонурию, муковисцидоз, галактоземию, врожденный гипотиреоз и адреногенитальный синдром.

Неонатальный скрининг - это государственная программа обследования всех новорождённых младенцев.

Ее цель - как можно раньше обнаружить некоторые серьезные генетические заболевания.

Скрининг новорождённых включает группу достаточно распространенных среди малышей проблем. При условии, что они обнаружены рано и их лечение начато вовремя, эти болезни или не развиваются вовсе, или не дают тяжелых осложнений. Диагностировать их без помощи специального лабораторного исследования практически невозможно, так как их признаки могут не проявляться до определенного возраста. Лечить же болезнь, которая уже развилась, бывает слишком поздно.

Анализ берется в роддоме на 4-е сутки у доношенных и на 7-е сутки у недоношенных младенцев. Несколько капель крови из пяточки малыша наносятся на специальную тест-полоску, которая высушивается и отправляется в лабораторию. В том случае, если роды проходили дома, анализ, как правило, проводится в детской поликлинике по месту жительства.

В России проводится скрининг на 5 заболеваний: муковисцидоз, фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, галактоземию и адреногенитальный синдром.

Муковисцидоз - это одно из самых распространенных наследственных заболеваний, при котором страдает дыхательная и пищеварительная система ребёнка, нарушается его рост. Вовремя назначенное лечение препаратами в специализированном центре позволяет избежать тяжелых осложнений.

Фенилкетонурия - серьезное нарушение, при котором прежде всего страдает головной мозг - у ребёнка развиваются серьезные неврологические нарушения, умственная отсталость. Обнаружив эту проблему у малыша, специалисты назначают ему длительную диету, соблюдение которой позволяет ребёнку развиваться нормально.

Врожденный гипотиреоз - заболевание, при котором, из-за врожденной недостаточности гормонов щитовидной железы, задерживается физическое и психическое развитие ребёнка. Вовремя начатое лечение гормонами щитовидной железы приводит к полному восстановлению роста и интеллектуального развития малыша.

Галактоземия - проблема, из-за которой при употреблении молока и молочных продуктов у ребёнка может развиться тяжелое поражение внутренних органов (печени, нервной системы и других). Соблюдение безмолочной диеты (и, возможно, вовремя начатое лечение специальными препаратами) поможет избежать этих проблем.

Адреногенитальный синдром связан с повышенной выработкой гормонов андрогенов корой надпочечников.Если болезнь не лечить, у малышей начинается слишком быстрое половое развитие, рост замедляется, а в будущем развивается бесплодие. Прием необходимых гормонов налаживает нормальный ритм развития и снимает другие проявления болезни.

В том случае, если результаты скрининга показывают, что ребёнок здоров, мама не получает никаких извещений. Если же выясняется, что ребёнок относится к группе риска по какому-то из пяти перечисленных заболеваний, анализ проводят снова. После лабораторного подтверждения диагноза, мама с малышом приходит на прием к врачу-генетику, который рассказывает, как можно предупредить развитие болезни и, при необходимости, назначает лечение.

Заключение

Средний медицинский персонал играет огромную роль в неонатальных отделениях, выполняя значительный объем работы по уходу за новорожденными, медицинские манипуляции, профилактике внутрибольничных инфекций.

Тщательное наблюдение за состоянием новорожденного с первых дней его жизни, создание оптимальных условий для его развития, правильный уход за ним, организация режима, соответствующее грудное (естественное) вскармливание обеспечивают нормальное развитие ребенка в этот период жизни, когда его органы и системы особенно легко ранимы.

Широкое распространение во всем мире получила иммунологическая профилактика инфекций, что позволило значительно снизить заболеваемость туберкулезом, полиомиелитом, коклюшем, дифтерией, корью и столбняком, а натуральную оспу благодаря вакцинации удалось искоренить полностью. Неоспоримое достижение последних лет - вакцинация детей с хроническими заболеваниями, использование инактивированных вакцин. Составлен достаточно большой перечень хронических нарушений здоровья у детей, рассматриваемых как серьезные показания к вакцинации против гриппа и пневмококковой пневмонии. Только при вакцинации лиц с нарушениями здоровья можно охватить прививками 95℅ детей первых лет жизни, что является обязательным условием для поддержания заболеваемости управляемыми инфекциями лишь на спорадическом уровне. Перед медиками поставлена задача глобального искоренения полиомиелита, кори (к 2010г.), краснухи, паротита, гемофильной инфекции (сроки уточняются). Только совсем недавно перестали использовать витамин D2, заменив его витамином D3. Витамин D3 в дозе 400-500 МЕ рекомендуют давать ребенку осенью и зимой, когда нет активного солнца.

Внимание к малышу в семье и в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения - залог его здоровья. При этом необходимо как использовать достижения науки в этой области, так и не пренебрегать опытом предыдущих поколений. Интерес к новому и умеренный консерватизм - вот основа подхода к проблемам ухода за ребенком и его воспитания.

Данная работа помогает расширить и закрепить знания по организации медицинского обслуживания новорождённых, по соблюдению санитарно-эпидемического режима в акушерском стационаре.

неонатальный антропометрия новорожденный иммунопрофилактика

Список литературы

1. Тульчинская В.Д. Здоровье детей. Учебное пособие.- Ростов-на-Дону, Феникс, 2014.

. Шабалов Н.П. Неонатология. Учебное пособие в 2 т. - Москва, МЕДпресс-информ, 2013.

. Цереградская Ж.В. Новорожденный. Уход и воспитание. Методическое пособие. - Рожана, Рожана, 2010.

. Шабалов Н.П. Педиатрия. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - Санкт Петербург, СпецЛит, 2009.

. Вальман Б., Томас Р. Первый год жизни ребенка. Руководство для врачей, специальность: Педиатрия/Неонатология. - Москва, Бином, 2012.

. Зелинская Д.И. Сестринский уход за здоровым новорожденным ребенком в амбулаторно-поликлинических условиях. Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей. - Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010.