



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Н А К А З

04.04.2005

№ 152

**Про затвердження
Протоколу медичного догляду
за здоровою новонародженою дитиною**

м. Київ



Підготовлено та надруковано за сприяння Проекту «Здоров'я матері та дитини»,
що фінансується Агентством США з міжнародного розвитку



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Н А К А З

04.04.2005

№ 152

м. Київ

***Про затвердження Протоколу
медичного догляду за здоровою
новонародженою дитиною***

На виконання доручення Президента України від 06.03.2003 № 1-1/252 та спільного наказу Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України від 11.09.03 № 423/59, з метою покращення надання медичної допомоги новонародженим в Україні

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною (далі-Протокол), що додається.

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державних адміністрацій:

2.1. Забезпечити впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я Протоколу починаючи з 1 травня 2005 року.

2.2. Щороку до 1 січня направляти до МОЗ України пропозиції щодо внесення змін та доповнень до Протоколу.

3. Департаменту організації та розвитку медичної допомоги населенню та при необхідності готувати пропозиції щодо внесення змін до Протоколу.

Контроль за виконанням наказу залишаю за собою.

В.о. Міністра

С.М. Ханенко

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказ МОЗ України
від 04.04.2005 № 152

Протокол **медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною**

Вступ

Сучасні принципи перинатальної допомоги базуються на концепції ВООЗ щодо фізіологічного ведення вагітності, пологів та фізіологічного догляду за дитиною з обмеженням медичних втручань без належних показань.

Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною, розроблений з метою покращання стану здоров'я дітей, застосування сучасних ефективних технологій фізіологічного догляду за новонародженим, практичної допомоги медичному персоналу щодо їх здійснення.

Протокол базується на основних принципах науково-доказової медицини. Він включає в себе інтеграцію нових знань в практику і процес прийняття рішень з оцінкою потенційного ризику, ефективності та обґрунтованості медичних втручань для новонародженого.

Розробка технологій протоколу базується на використанні систематичних оглядів, рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) бібліотеки Кокрана з оцінкою їх важливості і ступеня достовірності.

Характеристика досліджень, що лягли в основу клінічних рекомендацій (шкала рівнів доказовості).

A – систематичний огляд рандомізованих контрольованих досліджень та/або/ високоякісний мета-аналіз ;

B – високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень „випадок-контроль”, високоякісне когортне дослідження або дослідження „випадок-контроль”, РКД ;

C – когортне дослідження або дослідження „випадок-контроль” без рандомізації, РКД з низькою вірогідністю виникнення систематичних похибок;

D – описування серії випадків або неконтрольоване дослідження, або думка експертів;

При здійсненні догляду за новонародженим використовуються методики та технології усіх рівнів з обов'язковим урахуванням дотримання вимоги поінформованої згоди матері.

1. Послідовність дій при здійсненні медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною в пологовій залі.

1.1 Відразу після народження акушерка викладає дитину на живіт матері, здійснює обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

1.2 Одночасно лікар-педіатр-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог, здійснює первинну оцінку стану новонародженого

Основна мета первинної оцінки стану новонародженого в пологовій залі – отримати відповідь на наступні питання:

- 1) чи немає вроджених вад розвитку і інших патологічних станів, які б вимагали невідкладного обстеження та втручання;
- 2) чи відбулася рання фізіологічна адаптація новонародженого.

Оцінка стану новонародженого та медичний догляд за ним здійснюється відповідно наступного алгоритму.

Таблиця №1

Оцінка стану новонародженого				
	↓	↓	↓	↓
Дихання	нормальне	Нерегулярне або відсутнє	Нормальне	Нормальне
Маса тіла/термін вагітності	>2500; >37 тижнів	<< 2500; <<37 тиж	< 2500; <<37 тиж	>>2500; >>37 тиж
серцебиття	Якщо дитина дихає або кричить, має задовільний м'язовий тонус ЧСС не вимірюється	<100 уд.хв.	>100 уд.хв.	>100 уд.хв.
Вроджена вада розвитку/полог. травма	відсутня	відсутня	відсутня	наявна
Діагноз	Здоровий новонароджений	асфіксія	Мала вага при народженні	Вроджена вада розвитку/пологова травма
Медичний догляд	Медичний догляд за здоровою новонародженою дитиною	Медичний догляд за новонародженою дитиною з асфіксією	Медичний догляд за новонародженою дитиною з малою вагою при народженні	Медичний догляд за новонародженою дитиною з вродженою вагою розвитку/пологов. травм.

Зазначені в таблиці №1 стани (здорова новонароджена дитина, новонароджена дитина з асфіксією, малою вагою при народженні, вродженою вадою розвитку/пологовою травмою) можуть бути в різних сполученнях і тому можуть потребувати сполучення процедур щодо медичному догляду.

При виявленні порушень ранньої фізіологічної адаптації та патологічних станів медичний догляд здійснюється за відповідними протоколами.

1.3 Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину (див. розділ 8), за умови задовільного стану дитини (за результатами первинної оцінки стану новонародженого) перекладає дитину на груди матері.

1.4 Акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря-педіатра-неонатолога, а за його відсутності лікаря-акушера-гінеколога.

1.5 За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

1.6 Через 30 хв. після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Ф097/о).

1.7 Після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» (але не пізніше першої години життя дитини) акушерка після обробки рук (див. розділ 15) проводить новонародженому профілактику офтальмії із застосуванням 0.5% еритроміцинової або 1% тетрациклінової мазі відповідно до інструкції застосування одноразово.

1.8 Контакт "шкіра-до-шкіри" проводиться не менше 2 годин у пологовій залі, за умови задовільного стану матері та дитини.

1.9 Після завершення контакту "шкіра-до-шкіри" акушерка, перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини (див. розділ 8), вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування.

1.10 Лікар-педіатр-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого за схемою (див розділ 4.) і записує дані огляду в карту розвитку новонародженого.

1.11 Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

1.12 Дитина, разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

2. Тепловий ланцюжок.

Найважливішою умовою дотримання теплового ланцюжка є забезпечення температури у пологовій залі (операційній) не нижче ніж 25 °С.

2.1 Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка.

Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5° С-37,5° С при вимірюванні в аксілярній ділянці. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

2.2 Десять кроків теплового ланцюжка.

1) Тепла пологова кімната (операційна). [В].

Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25°С –28°С.

Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2) Негайне обсушування дитини [В].

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

3) Контакт “шкіра –до –шкіри”[С].

Контакт “шкіра-до-шкіри” запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір’ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 годин.

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.

4) Грудне вигодовування. [А].

Грудне вигодовування треба починати як можна раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір’ю в контакт “шкіра-до-шкіри”. Не треба

примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

5) Відкласти зважування та купання. [B].

Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла (21) , тому ці процедури треба відкласти.

Кров та меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома.

Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту “шкіра-до-шкіри” перед переведенням в палату спільного перебування.

6) Правильно одягнути та загорнути дитину. [A].

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи.

У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7) Цілодобове спільне перебування матері та дитини [A]

За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньолікарняної інфекції.

8) Транспортування в теплих умовах. [B]

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення, (палату) медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю.

При народженні дитини шляхом кесарського розтину, новонароджений транспортується в кувезі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9) Реанімація в теплих умовах.

Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

10) Підвищення рівня підготовки та знань.

Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка.

Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

3. Рутинні медичні втручання

3.1 Загальні положення.

Більшість новонароджених не потребують проведення рутинних медичних втручань у тому числі оглядів лікарями-спеціалістами. Кожне медичне втручання в т.ч. і огляд лікаря-спеціаліста має бути обґрунтованим та безпечним для дитини і проводитись за дотримання вимоги поінформованої згоди матері.

3.2 Відсмоктування слизу з ротової порожнини та носоглотки. [В].

Більшість здорових новонароджених не потребують проведення відсмоктування слизу з ротової порожнини та носоглотки.

Якщо виникає необхідність забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів у здорового новонародженого, слід застосовувати грушу, оскільки при її використанні вірогідність виникнення ускладнень менша, ніж при відсмоктуванні катетером.

Негативні наслідки рутинного відсмоктування слизу у новонароджених з ротової порожнини та носоглотки:

- 1) розвиток аритмії та брадикардії;
- 2) ларингоспазм;
- 3) високий ризик інфікування.

3.3 Перевірка прохідності стравоходу.

Здорові новонароджені не потребують рутинної перевірки прохідності стравоходу.

Показання для обов'язкової перевірки прохідності стравоходу:

- 1) за наявності у роділлі багатоводдя (полігідроамніон);
- 2) за умови виявлення при ультразвуковому дослідженні вагітної малого шлунку плода або не виявлення його взагалі;
- 3) при наявності наступних клінічних ознак у новонародженої дитини:
 - велика кількість пінистих виділень з ротової порожнини;
 - при спробі годування дитини молоко повертається;
 - приступи кашлю з апное, ціанозом.

3.4 Негативні наслідки рутинної перевірки прохідності стравоходу:

- 1) розвиток аритмії та брадикардії;
- 2) ларингоспазм;
- 3) високий ризик інфікування.

Цитологічне та бактеріологічне дослідження шлункового аспірату.
Цитологічне та бактеріологічне дослідження шлункового аспірату у

новонародженої дитини проводити недоцільно через високий ризик ускладнень та низьку діагностичну значимість.

3.5 Бактеріологічне дослідження фекалій, посівів зі шкіри пуповини, тощо.

Проведення бактеріологічних досліджень фекалій, та посівів зі шкіри, пуповини, тощо у здорових новонароджених недоцільне через низьку діагностичну значимість.

3.6 Додаткове обстеження новонародженого (лабораторні, рентгенологічні, УЗД, консультації лікарів-спеціалістів тощо)

Здорові новонароджені не потребують додаткового обстеження та консультацій лікарів-спеціалістів.

Лабораторне дослідження крові здійснюється у наступних випадках:

1) новонародженим, які були народжені жінками, що мають 0 (I) групу крові та / або Rh негативний тип крові, необхідно визначити групу крові та Rh фактор шляхом дослідження пуповинної крові [B].

2) якщо жінка не обстежена на рівень анти Rh антитіл та має Rh негативний тип крові, необхідно визначити рівень білірубіна пуповинної крові.

3.7 Зважування новонародженого.

3.7.1 Перше зважування новонародженого здійснюють в пологовій залі після проведення контакту “шкіра-до-шкіри” та прикладання дитини до грудей перед переведенням дитини в палату спільного перебування матері та дитини.

3.7.2 При зважуванні дитини дотримуються принципів забезпечення теплового ланцюжка з метою запобігання переохолодження дитини.

3.7.3 Здоровий новонароджений не потребує щоденного зважування.

3.7.4 Щоденне зважування новонародженої дитини проводять за медичними показаннями.

3.7.5 Перед випискою з пологового стаціонару зважування дитини є обов’язковим.

4. Лікарський догляд за новонародженим

4.1 Організаційні умови здійснення лікарського догляду новонародженого

1) Первинна оцінка стану новонародженого здійснюється лікарем-педіатром-неонатологом а у разі його відсутності лікарем-акушером-гінекологом відразу після народження дитини.

2) Первинний лікарський огляд новонародженого здійснюється в пологовій залі лікарем-педіатром-неонатологом (у разі його відсутності лікарем-акушером-гінекологом) перед переведенням дитини в палату спільного перебування матері та дитини.

- 3) Лікар який здійснив первинний лікарський огляд записує результати огляду в медичній документації, забезпечує інформування батьків про стан здоров'я дитини на момент огляду.
- 4) Якщо первинний лікарський огляд новонародженого здійснено лікарем акушером-гінекологом (у разі відсутності лікаря-педіатра-неонатолога), лікар-педіатр-неонатолог оглядає дитину протягом першої доби після народження.
- 5) В подальшому лікар-педіатр-неонатолог оглядає дитину щодня, відмічаючи зміни в динаміці з записом у карті розвитку новонародженого. Він інформує матір щодо стану здоров'я дитини, дає рекомендації стосовно догляду за дитиною.
- 6) Лікарський огляд новонародженого здійснюється посистемно, не допускаючи переохолодження дитини.
- 7) Перед оглядом дитини лікар здійснює миття рук та знезараження фонендоскопа.
- 8) В день виписки дитини з пологового стаціонару огляд лікаря-педіатра-неонатолога обов'язковий.

4.2 Первинний лікарський огляд новонародженого в пологовій залі.

4.2.1 Мета первинного лікарського огляду:

- 1) Визначитись щодо наявності чи відсутності у дитини вроджених аномалій, ознак інфекції, інших патологічних станів, які потребують медичного втручання.
- 2) Здійснити оцінку адаптації новонародженого.
- 3) Здійснити комплексну оцінку стану новонародженого за результатами первинного лікарського огляду та з урахуванням даних анамнезу і зробити відповідні призначення щодо подальшого медичного догляду.

4.2.2 Показники адаптації які необхідно визначити під час первинного лікарського огляду.

Таблиця №2

ОЗНАКИ	НОРМАЛЬНІ МЕЖІ
Частота серцебиття	100-160 за хв.
Частота дихання	30- 60 за хв.
Колір шкіри	рожевий, відсутній центральний ціаноз
Рухи	Активні
М'язевий тонус	Задовільний
Температура новонародженого	36,5-37,5 С

4.2.3 Схема первинного лікарського огляду новонародженого.

- 1) **Колір шкіри.** Відображає успішність кардіореспіраторної адаптації. У здорових новонароджених дітей вся шкіра рожева (еритема новонароджених). Під час крику шкіра може набувати легкого ціанотичного забарвлення. Шкіра

еластична, може бути вкрита родовою змазкою. Доношені новонароджені мають задовільний тургор м'яких тканин, у дітей, які народжені при переношеній вагітності, шкіра суха та може злущуватися, що не потребує лікування. Необхідно звернути увагу на наявність міліа, монголоїдних плям, токсичної еритеми, які не вимагають лікування.

Поява жовтяниці в першу добу є патологічною. Звертають увагу на наявність набряків, пальпують лімфовузли. Перевіряється симптом білої плями: у здорової дитини після натискання на м'які тканини пляма зникає через 3 сек. Утримання плями понад 3 сек. свідчить про порушення мікроциркуляції.

2) **Голова та череп:** форма голови може бути брахіоцефалічна, доліхоцефалічна. Обвід голови 32-38 см у доношених.

За умови наявності родової пухлини або кефалогематоми необхідно відмітити розміри з зазначенням меж, консистенцію.

Визначаються розміри та стан великого тім'ячка та малого тім'ячка (за наявності). Оцінюється стан черепних швів: сагітальний шов може бути відкритий і ширина його не більше 3 мм. Інші шви черепа пальпуються на межі з'єднання кісток.

3) **Обличчя:** загальний вигляд визначається відповідно до положенням очей, носа, рота, визначають ознаки дизморфії.

4) **Ротова порожнина:** оцінюють колір слизової, рожева, симетричність кутів рота, цілісність піднебіння та верхньої губи.

5) **Очі:** звертають увагу на наявність чи відсутність аномалій розвитку та крововиливів у склери, колір склер, симетричність і розміри зіниць, можливі прояви кон'юнктивіту, тощо.

6) **Зовнішні органи слуху:** під час проведення огляду вух оглядають зовнішній слуховий прохід, форму та положення вушних раковин. Зміна форми і розташування вушних раковин спостерігається при багатьох дизморфічних синдромах.

7) **Ніс:** звертають увагу на форму носа.

8) **Шия:** при огляді звертають увагу на наявність або відсутність кривоший.

9) **Грудна клітка:** в нормі циліндричної форми. Нижня апертура розвернута, положення ребер симетричне і наближається до горизонтального.

10) **Легені:** звертається увага на відсутність чи наявність втягнень яремної ямки, міжреберних проміжків, мечеподібного відростка при диханні. Під час аускультатії над легенями вислуховується симетричне пуерильне дихання.

11) **Серце:** проводиться аускультация серця дитини, характер тонів, наявність додаткових шумів.

12) **Живіт:** округлої форми, приймає участь в акті дихання, м'який, доступний глибокій пальпації. Пальпаторно визначають нижню границю печінки та селезінки. В нормі печінка може виступати на 1,0 - 2,0 см з-під краю реберної дуги. Край селезінки не пальпується, або може пальпуватися під реберною дугою.

13) **Статеві органи та анус:** статеві органи мають бути чітко сформованими за жіночим або чоловічим типом.

У хлопчиків наявність фімозу є фізіологічним. Яєчка у доношених новонароджених пальпуються в калитці. У доношених дівчаток великі статеві губи прикривають малі. Визначають наявність анусу.

14) **Пахова ділянка :** пульс на стегновій артерії пальпується та перевіряється на симетричність. Зменшення наповнення пульсу може свідчити про коарктацію аорти а збільшення про відкриту артеріальну протоку.

15) **Кінцівки, хребет, суглоби:** звертають увагу на форму кінцівок, можливу клишоногість, кількість пальців з обох сторін на руках та ногах.

Перевіряють відсутність вивиху та дисплазії стегон в кульшових суглобах: при розведенні в кульшових суглобах - розведення повне, симптом “кляцання ” відсутній.

При огляді спини звертають увагу на можливу наявність спино-мозкової грижі, дермальних синусів.

16) **Неврологічне обстеження:** визначається м'язевий тонус – поза дитини флексорна, при вентральному підвішуванні голова на одній лінії з тулубом; перевіряються фізіологічні рефлекси: пошуковий, смоктальний, долонно-ротовий (Бабкіна), хапальний рук, Моро. Пошуковий, смоктальний та ковтальний рефлекси оцінюють під час годування грудьми.

17) Здоровим доношеним новонародженим, у яких маса тіла знаходиться між 10-им та 90-им перцентилями, визначати гестаційний вік за допомогою постнатальних методів немає потреби. Показанням до визначення гестаційного віку на підставі огляду є мала маса тіла та не відповідність фізичного розвитку гестаційному віку, визначеному лікарем-акушером-гінекологом .

Висновок.

У разі фізіологічної адаптації новонародженого (табл. №2), яка перебігає в умовах раннього не обмеженого контакту матері та дитини, раннього початку грудного вигодовування, у разі відсутності вроджених вад розвитку або інших порушень в стані дитини, з врахуванням результатів лікарського огляду, дитину можна вважати здоровою на час огляду.

5. Спільне перебування матері та новонародженого [А].

5.1 Організаційні умови забезпечення спільного перебування матері та новонародженого.

5.1.1 Спільним перебуванням слід вважати спільне перебування матері та її дитини в одній кімнаті протягом 24 годин на добу з моменту народження до моменту виписки з стаціонару.

5.1.2 Спільне перебування включає в себе такі етапи:

- 1) контакт “шкіра-до-шкіри” в пологовій залі;
- 2) спільне транспортування дитини із матір'ю в палату спільного перебування;
- 3) виключно грудне вигодовування на вимогу дитини;
- 4) догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини;
- 5) обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- 6) усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на ФКУ та гіпотиреоз тощо) виконуються в палаті спільного перебування в присутності та за дотримання вимоги поінформованої згоди матері.

5.1.3 Температура тіла дитини вимірюється 2 рази на добу. Медична сестра протягом першої доби навчає термометрії матір, і далі мати сама вимірює температуру тіла дитини.

5.1.4 Догляд за шкірою і підмивання новонародженого під теплою проточною водою здійснює протягом першої доби медична сестра, навчає матір, яка в подальшому робить це самостійно.

5.2 Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини:

- 1) відкрита форма туберкульозу;
- 2) гострі психічні захворювання матері.

6. Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину

6.1 В операційній забезпечується температура не нижче, ніж 25°C, без протягів з вікон чи дверей. Включається підігрів на сповивальному столику і лампа променевого тепла.

6.2 До початку операції (кесарів розтин) акушерка готує набір, в який входить: 3 стерильні пелюшки, чисті шапочка, шкарпетки, сорочечка, ковдра і викладає в операційній на сповивальний стіл під лампу променевого тепла.

6.3 Після народження, дитина передається лікарем-акушером-гінекологом акушерці (медичній сестрі) в стерильну попередньо підігріту суху пелюшку.

6.4 Первинну оцінку стану дитини здійснює лікар-педіатр-неонатолог.

6.5 Акушерка кладе дитину на сповивальний столик з підігрівом під лампу променевого тепла. Проводить обсушування новонародженого сухою стерильною попередньо підігрітою пелюшкою і пелюшка викидається, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, здійснює клемування пуповини, вільно пеленає і вкриває ковдрою. Дитина переводиться в палату спільного перебування де знаходиться під спостереженням медичної сестри.

6.6 У разі проведення операції кесарів розтин із застосуванням епідуральної анестезії роділлі, контакт «шкіра-до-шкіри» дитини і матері здійснюється в палаті спільного перебування за умови задовільного стану матері за висновком лікаря-акушера-гінеколога [В].

6.7 При наявності умов здійснюється контакт “шкіра-до-шкіри” дитини з батьком [В], **або з одним із членів родини жінки.**

6.8 В палаті спільного перебування медична сестра здійснює медичний догляд за новонародженим відповідно до призначення лікаря-педіатра-неонатолога.

6.9 Перше прикладання до грудей та наступні годування за вимогою дитини, догляд за новонародженим в перші дві доби (цей термін залежить від стану матері) здійснюється за допомогою медичної сестри, можлива допомога родичів.

6.10 Виписка здорового новонародженого, який народився шляхом кесаревого розтину, здійснюється за станом матері.

7. Раннє грудне вигодовування.[А].

7.1 Прикладання дитини до грудей матері.

Ознаки правильного прикладання дитини до грудей:

- 1) Підборіддя дитини торкається до груді.
- 2) Рот дитини широко відкритий.
- 3) Нижня губа дитини вивернута назовні.
- 4) Дитина більше захоплює нижню частину ареоли.

7.2 Як допомогти матері правильно прикласти дитину до грудей:

1) Мати повинна сісти чи лягти у зручному положенні і розслабитись. Вона може сидіти, тримаючи дитину перед собою, або лягти поклавши дитину поряд. Якщо їй зручно, вона може покласти дитину на подушку, та притулити дитину близько до себе.

2) Сядьте поряд з матір'ю на одному рівні так щоб вам було зручно. Покажіть їй, як тримати дитину, щоб вона була повернута до неї обличчям.

3) Голова дитини повинна знаходитись на одній лінії з тілом, а її живіт щільно притулений до живота матері.

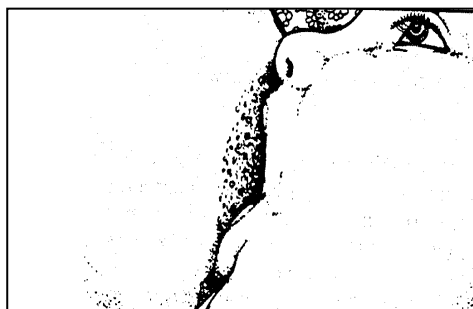
4) Якщо необхідно, підтримайте дитину ззаду за плечі, але не за потилицю. Її голова має вільно рухатись.

5) Мати може доторкнутись соском до губ дитини для стимуляції рефлексу захоплення.

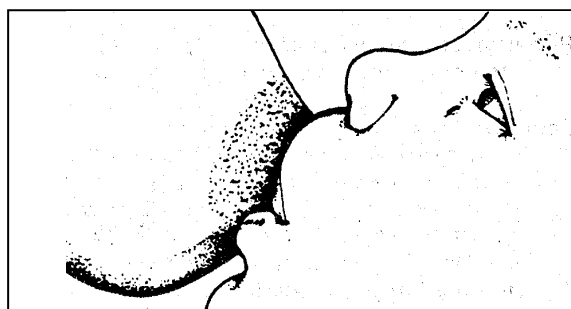
6) Зачекайте поки дитина широко розкриє рот і захоче смоктати, та коли носик дитини буде напроти соску, швидко прикладіть дитину до грудей.

7) Прикладіть дитину до грудей так, щоб її нижня губа була під соском. Таким чином підборіддя дитини буде прилягати до грудей. В такому положенні сосок буде знаходитись трохи вище центру дитячого рота і зможе стимулювати піднебіння.

8) Якщо в цьому є необхідність, матір може підняти груди рукою і дати дитині всю молочну залозу. Треба пам'ятати, що дитина смокче груди, а не сосок. Не потрібно защемляти пальцями сосок чи ареолу і намагатись заштовхнути сосок дитині в рот.



Мал. 1. Дитина правильно прикладена до грудей матері



Мал. 2 Дитина неправильно прикладена до грудей матері

7.3 Основні способи положення дитини біля грудей

I. Як допомогти матері, яка сидить:



Мал. 3



Мал. 4

- переконайтесь, щоб мати сиділа у зручному, розслабленому положенні (низьке сидіння зручніше, особливо при наявності опори для спини). Якщо сидіння досить високе, то варто мати підставку під ноги, але слідкуйте, щоб коліна не були підняті надто високо. Якщо мати сидить у ліжку, їй можна допомогти, використавши подушки, підклавши їх під спину.

- Якщо дитина лежить у матері на колінах, допоможіть підняти дитину вище, щоб їй не треба було нахилитись вниз, щоб прикласти дитину до грудей.

Інші позиції дитини біля грудей в положенні “сидячи”.

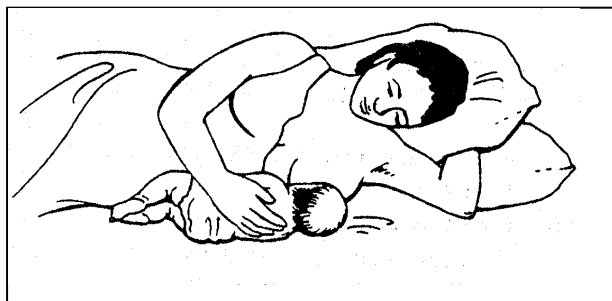
Положення **“з-під руки”** - голова дитини знаходиться на китиці руки матері, але. Це положення може бути корисним для:

- годування близнюків;
- якщо мати має певні проблеми при прикладанні дитини до грудей спереду;
- для лікування лактостазу;
- якщо для матері така позиція є просто зручною

Положення, при якому дитина знаходиться на руці, протилежній груді з якої годується – тулуб дитини лежить на передпліччі матері, китицею руки вона підтримує голову дитини на рівні вух або нижче, але не підштовхує її до грудей знизу. Такий спосіб рекомендується у наступних випадках:

- дитина з малою вагою при народженні;
- дитина ослаблена або з вродженими вадами;
- мати віддає перевагу цьому положенню

II. Як допомогти матері, яка “лежить”



Мати повинна лежати у зручній розслабленій позі (в якій вона може спати), при цьому голова має лежати у дещо підвищеному положенні (краще використовувати високу подушку або класти руку під голову). Дитину при цьому вона підтримує іншою вільною рукою.

Досить частою причиною того, чому дитину важко прикласти до грудей в положенні лежачи є те, що дитина знаходиться занадто високо та далеко від матері, і її голівці приходиться нахилитись вперед, щоб дотягнутися до соска.

Годування в положенні “лежачи” корисно у таких випадках:

- після акушерських втручань, які ускладнюють здійснення годування в положенні сидячи (кесарів розтин, епізіо-, перінеотомія, акушерські щипці та ін.);
- якщо матері хочеться спати, вона може годувати не встаючи з ліжка

III. Інші положення

- мати може годувати стоячи (при неможливості сидіти чи лежати);
- мати може годувати лежачи на спині (дитина зверху) – це положення зручне при лактостазі, а також при надмірній кількості молока у матері;
- якщо дитині важко прилаштуватися до груді, то інколи може допомогти таке положення: мати лягає на живіт, спираючись на лікті, дитина під нею.

Доцільне буде заохочення матерів вибрати ту позицію при грудному вигодуванні, яка буде найбільш комфортабельна, як для матері, так і для дитини.

8. Догляд за пуповиною, пуповинним залишком, пупковою ранкою.

8.1 Організаційні умови та фізіологічне обґрунтування догляду за пуповиною, пуповинним залишком та пупковою ранкою.

8.1.1 Фізіологія: пуповина містить вену, 2 артерії та мукоїдну тканину (Вартонієв студень). Після пологів починається бактеріальна колонізація пуповини та шкіри як результат контакту “шкіра-до-шкіри”. Після перетинання і клеювання пуповини починається її лейкоцитарна інфільтрація, що є одним з етапів відпадання пуповини. Невеличка кількість мутного слизу помилково може бути прийнята за гній. Під дією повітря пуповина підсихає, стає твердою та темною. Фізіологічний термін відпадання пуповинного залишку від 5 до 15 діб, але це може зайняти і більше часу.

8.1.2 Накладання пов'язок на пуповинний залишок та рутинне використання антисептиків зменшує рівень колонізації дитини мікрофлорою матері та лейкоцитарну інфільтрацію пуповини, тому може привести до затягнення строків відпадання пуповини та до інфікування пуповинного залишку госпітальною мікрофлорою [А].

8.1.3 Цілодобове спільне перебування та відмова від рутинного використання антисептиків, пов'язок дуже важливі для фізіологічної колонізації непатогенною флорою та попередження інфікування дитини нозокоміальною флорою від рук медичного персоналу.

8.1.4 Під час перетинання та клеювання пуповини необхідно чітко дотримуватися основних принципів:

- 1) ретельне миття рук;
- 2) використання тільки стерильних інструментів та рукавичок;
- 3) використання чистого одягу дитини;
- 4) не накривати пуповинний залишок, пупкову ранку підгузниками;

5) ретельно стежити за ознаками інфекції: гіперемія; набряк; гнійне або сукровичне виділення, поганий запах.

8.2 Перетинання та клемування пуповини в пологовій залі (операційній):

8.2.1 Замінити використані рукавички на стерильні перед тим, як накласти стерильні затискачі на пуповину приблизно через 1 хвилину після народження дитини.

8.2.2 Перерізати пуповину стерильними ножицями.

8.2.3 Через 2 години після народження дитини на пеленальному столі накласти стерильну одноразову клеми на 0,3- 0,5 см від пупкового кільця.

8.2.4 Обробка культі пуповини антисептиками, антибіотиками недоцільна [А].

8.3 Догляд за пуповинним залишком [А].

8.3.1 Обов'язкове та ретельне миття рук медперсоналом та матерями.

8.3.2 Пуповинний залишок не треба накривати пов'язками або підгузниками [А].

8.3.3 Нема необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини “шкіра-до-шкіри” з подальшим спільним перебуванням [А].

8.3.4 За умови відсутності раннього контакту “шкіра до шкіри ” матері і дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку та пуповинної ранки розчином брилиантової зелені [В].

8.3.5 Одяг дитини повинен бути чистим.

8.3.6 При забрудненні пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою.

8.3.7 Необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим.

8.3.8 Стежити за імовірними ознаками інфекції.

8.4 Догляд за пуповинним залишком (пупковою ранкою) після виписки з пологового стаціонару.

8.4.1 Дитину можна виписувати додому з пуповинним залишком, який не має ознак інфекції, при умові проведення медичним персоналом пологового стаціонару навчання та освоєння матір'ю навичок догляду за пуповинним залишком [А]

8.4.2 Необхідно підтримувати пуповинний залишок (пупкову ранку) завжди сухими та чистими.

8.4.3 Не накривати пуповинний залишок (пупкову ранку) підгузниками.

8.4.4 До загоєння пупкової ранки купати дитину у кип'яченій воді.

8.4.5 Ретельно стежити за ймовірними ознаками інфекції.

9. Догляд за шкірою

9.1 Загальні положення.

Догляд за шкірою дитини в періоді новонародженості потребує особливої уваги. Оскільки шкіра є захисним органом і кожне порушення її цілості може створювати можливості проникнення інфекції. Дитина вкрита vernix caseosa, комбінацією секрету сальних залоз та продуктів розпаду епідермісу, що вважається захистом шкіри новонародженого.

9.2 Організаційні умови здійснення догляду за шкірою.

9.2.1 Підмивання дитини здійснюють під теплою проточною водою так, щоб тіло не торкалось раковини, дівчаток спереду в напрямку до сідниць.

9.2.2 Огляд шкіри проводиться щоденно лікарем педіатром-неонатологом.

9.2.3 Не доцільно без медичних показів використовувати для догляду за шкірою присипки, мазі, тощо.

9.2.3 Одяг новонародженого повинен бути чистим і сухим.

9.2.4 Перше купання новонародженого слід здійснити в домашніх умовах.

10. Профілактика геморагічної хвороби новонародженого [А]

Причиною виникнення геморагічної хвороби новонародженого є дефіцит К.

Вітамін К призначається всім новонародженим з метою профілактики геморагічної хвороби.

Профілактичне введення: Вітамін К 1,0 мг внутрішньом'язово вводиться в першу добу після народження одноразово.

При наявності пероральної форми вітаміну К рекомендується доза препарату 2 мг., яку вводять в першу та сьому добу життя [1Б].

11.Вакцинація

11.1 Вакцинація новонароджених проти гепатиту В.

11.1.1 Організаційні умови вакцинації новонароджених проти гепатиту В.

1) Вакцинація здійснюється за дотримання вимоги поінформованої згоди матері.

2) Вакцинації проти гепатиту В підлягають всі здорові новонароджені до виписки з пологового будинку.

- 3) Вакцинацію новонароджених проводять безпосередньо у палаті після огляду дитини лікарем-педіатром-неонатологом з письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в карті розвитку новонародженого (Ф097/о)
- 4) Дітям, народженим від матерів з невизначеним або позитивним HBsAg статусом щеплення проводиться відразу після народження (краще в перші 12 годин після народження).
- 5) Дітям, що народились від матерів з позитивним HBsAg статусом при наявності специфічного імуноглобуліну проти гепатиту В рекомендовано одночасне його введення з вакциною. При цьому введення імуноглобуліну і вакцини здійснюється не пізніше першого тижня життя і у різні ділянки тіла.
- 6) Недоношеним новонародженим, які народились з масою тіла менше 2000 г від матерів з негативним HBsAg статусом вакцинація проводиться при досягненні дитиною маси тіла 2000 г або через 1 місяць.
- 7) Якщо дитина в тяжкому стані, проводити імунізацію слід після покращання стану дитини перед випискою з лікарні.
- 8) У тих випадках, коли дитина не була щеплена при народженні, її варто прищепити протягом одного місяця без попереднього обстеження крові на наявність HBsAg.
- 9) Дані про перше щеплення, отримане в пологовому будинку (дата, доза, серія, термін придатності) записуються у виписку із карти новонародженого (Ф.097/1/о), варто вказати характер загальних і місцевих реакцій, якщо вони мали місце.
- 10) Перед випискою з пологового стаціонару лікар-педіатр-неонатолог інформує матір про необхідність подальшої імунізації дитини згідно з діючим календарем щеплень в Україні.
- 11) Для вакцинації немовлят використовуються рекомбінантні вакцини, зареєстровані і дозволені до застосування в Україні.

11.1.2 Техніка введення відповідно до інструкції використання вакцини. Новонародженим вакцина вводиться внутрішньом'язово, в передньобоківу поверхню стегна (чотириглавий м'яз) .

11.1.3 Побічні реакції при застосуванні вакцини проти гепатиту В нечасті, слабо виражені і зникають протягом 2-3 тижнів. Можуть спостерігатися симптоми в місці ін'єкції вакцини (гіперемія, больова реакція), субфебрильна температура.

11.2 Вакцинація новонароджених проти туберкульозу.

11.2.1 Організаційні умови вакцинації новонароджених проти туберкульозу:

- 1) Вакцинація здійснюється за умови додержання інформованої згоди матері.
- 2) Вакцинація проти туберкульозу проводиться всім новонародженим на 3 - 5-ту добу життя за винятком:

а) Якщо дитина хвора, імунізація проводиться після одужання та обов'язково до виписки з лікарні.

б) Якщо мати дитини хвора на активний туберкульоз легень і отримувала лікування менш ніж за 2 місяці до пологів або у жінки діагностовано туберкульоз після народження дитини, враховуючи високий ризик інфекції у новонародженої дитини, вакцинація не проводиться. Рекомендована профілактична доза ізоніазиду 5 мг/ кг ентерально 1 раз на добу.

в) При народженні недоношеної дитини вагою менше 2000г вакцинація проти туберкульозу здійснюється по досягненні дитиною маси тіла 2000 г обов'язково до виписки із лікарні.

3) Щеплення проводить спеціально підготовлений медичний персонал лікувально-профілактичних закладів.

4) Вакцинацію новонароджених проводять безпосередньо у палаті після огляду дитини лікарем педіатром-неонатологом з письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в карті розвитку новонародженого (Ф097/о)

5) Дані про перше щеплення, отримане в пологовому будинку (дата, доза, серія, термін придатності)) записуються у виписку із карти новонародженого (Ф.097/1/о), варто вказати характер загальних і місцевих реакцій, якщо вони мали місце.

6) Вакцину БЦЖ зберігають у спеціально призначеній кімнаті (кімнаті БЦЖ) в холодильнику. У цій кімнаті проводять розведення вакцини.

7) Препарат зберігають при температурі не вище +4° С.

11.2.2 Спосіб застосування та дозування.

Вакцину БЦЖ застосовують відповідно до інструкції внутрішньошкірно.

11.2.3 Нормальна реакція на введення: на місці внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ розвивається специфічна реакція у вигляді папули розміром 5-10 мм у діаметрі. У новонароджених нормальна вакцинальна реакція з'являється через 6-8 тижнів. Реакція має зворотній розвиток протягом 2-3 міс, інколи й у більш тривалий термін. У 90-95 % вакцинованих на місці щеплення повинен утворитись поверхневий рубчик 5-10 мм у діаметрі.

11.2.4 Побічні реакції та ускладнення: ускладнення після вакцинації та ревакцинації БЦЖ відмічаються порівняно рідко та звичайно носять місцевий характер. Ускладненнями вважаються: підшкірні холодні абсцеси; виразки на місці внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ; лімфаденіти регіонарних лімфатичних вузлів, келоїдні рубці. Можливі БЦЖ-остити, генералізована БЦЖ-інфекція у дітей з вродженими імунодефіцитними станами.

12. Скринінгове обстеження.

12.1 Обстеження новонародженого на фенілкетонурію (ФКУ).

12.1.1 Загальні положення.

Фенілкетонурія – спадкове захворювання, зумовлене порушенням амінокислотного метаболізму, що веде до ураження насамперед центральної нервової системи. Хворі діти нерідко народжуються від здорових батьків, які є гетерозиготними носіями мутантного гена. Родинні шлюби різко підвищують можливість появи хворої дитини. Частота захворювання 1: 5571.

12.1.2 Організаційні обстеження новонародженого на фенілкетонурію.

- 1) Обстеження здійснюється за вимоги поінформованої згоди матері.
- 2) Мета скринінгу: раннє виявлення захворювання та призначення дієтичного лікування хворим до досягнення 8-тижневого віку. Ці терміни початку лікування дозволяють забезпечити повноцінний психічний розвиток дитини.
- 3) Показання: обстеження здійснюється всім новонародженим у віці 48-72 годин життя (обов'язковою умовою скринінгу слід вважати отримання дитиною грудного молока або суміші не менш ніж 24 години до забору крові).
- 4) Протипоказань нема.

12.1.3 Методика забору крові для скринінгового обстеження на ФКУ та гіпотеріоз.

- 1) Процедура, як правило, виконується медсестрою:
- 2) Відповідний бланк заповнюється кульковою ручкою уважно.
- 3) Місцем пункції є латеральна поверхня п'яти від лінії, проведеної від проміжку між 4-м та 5-м пальцями та п'ятою новонародженого. Якщо пункцію буде проведено в місці проекції п'яточної кістки, можливе ушкодження окістя, що призведе до ускладнення – п'яточного остеомієліту. Місце пункції зігрівають протягом 3-5 хв., потім протирають тампоном, змоченим в 70% розчині спирту, після чого необхідно добре просушити це місце стерильним тампоном, щоб уникнути гемолізу. При заборі крові одноразовий скарифікатор необхідно направляти перпендикулярно до поверхні, глибина пункції не більше ніж 2,5 мм (виникає небезпека розвитку остеомієліту). Не допускається проведення масажу п'ятки (виникає небезпека гемолізу, промішування інтерстиціальної та внутрішньоклітинної рідини). Першу краплю крові витирають, потім прикладають бланк перпендикулярно наступній краплі крові та просочують бланк кров'ю наскрізь. Краплею крові насичується спеціальний бланк із паперу. Діаметр кров'яної плями повинен бути рівним діаметру кола на фільтрованому папері з насиченням кров'ю зворотного боку. Кров наноситься на папір безпосередньо з п'ятки.

Дозволити крові просохнути на кімнатному повітрі в горизонтальному положенні протягом двох або більше годин. Не складати докупи вологі бланки.

Уникати дії тепла і прямого сонячного світла. Захищати бланки від випадкового контакту з рідиною.

12.1.4 Результати тестування і подальші дії:

Скринінгова лабораторія негайно повідомляє лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання та спостереження дитини у разі позитивного результату після виписки з пологового стаціонару. У разі позитивного результату тесту здійснюється огляд новонародженого лікцем-генетиком та проводиться повторний аналіз крові. Якщо діагноз ФКУ підтверджується, необхідно терміново починати лікування, що дозволяє попередити тяжкі наслідки психічного розвитку дитини.

12.2 Обстеження новонародженого на вроджений гіпотиреоз.

12.2.1 Загальні положення.

Вроджений гіпотиреоз (ВГТ) – група захворювань, що супроводжуються зниженою продукцією тиреоїдних гормонів. У 90% хворих ВГТ виникає в результаті ураження зачатку щитовидної залози. Причиною понад 10% випадків ВГТ є генний дефект синтезу тиреоїдних гормонів або тканинних рецепторів до них.

Недостача тиреоїдних гормонів плоду веде до порушення диференціювання мозку. Ці зміни є незворотними при пізньому виявленні та початку лікування після 2-3 тижневого віку. [A,B].

12.2.2 Організаційні умови обстеження новонародженого на вроджений гіпотиреоз.

- 1) Обстеження здійснюється за дотримання вимоги поінформованої згоди матері.
- 2) Мета скринінгу: раннє виявлення захворювання та призначення лікування хворим новонародженим.
- 3) Показання: обстеження здійснюється всім новонародженим у віці 48-72 години життя до виписки з пологового будинку, (з тим, щоб у випадку сумнівного результату повторити тест, а у випадку повторного позитивного тесту – забрати кров з вени для визначення рівня ТСТ та гормонів щитовидної залози в сироватці та одразу (не пізніше 3-го тижня життя) розпочати замісну терапію [A,B].
- 4) Протипоказань нема.

12.2.3 Результати тестування і подальші дії. У разі позитивного або слабо-позитивного результату обстеження на гіпотиреоз скринінгова лабораторія, повідомляє лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання дитини та пологовий (інший) стаціонар де були взяті аналізи.

13. Критерії фізіологічної жовтяниці.

13.1 В післяпологовому відділенні при огляді новонародженого важливо своєчасно виявити жовтяницю, для чого медперсоналу слід слідкувати за її появою не рідше, ніж кожні 8-12 годин [D].

13.2 Виявленню жовтяниці сприятимуть огляд новонародженого за умови достатнього (оптимально, денного) освітлення й оцінка кольору шкіри після легкого натискування на неї.

13.3 Жовтяниця, як правило, спочатку з'являється на обличчі і, зростаючи, поширюється на шкіру тулуба і кінцівок.

13.4 Важкість жовтяниці, оцінена візуально, може не співпадати з рівнем гіпербілірубінемії.

13.5 У разі виявлення значної жовтяниці (табл. 3), медична допомога новонародженому надається згідно з відповідним протоколом.

13.6 Критерії „значної” жовтяниці новонародженого

Таблиця 3

Вік дитини (години)	Локалізація жовтяниці	Висновок
До 24	Будь-яка	„Значна” жовтяниця
24-48	Кінцівки	
> 48	Стопи, кисті	

13.7 Недостатнє забезпечення калоріями і (або) дегідратація, пов'язані з недостатнім споживанням грудного молока, можуть спричинити розвиток важкої гіпербілірубінемії, тому збільшення частоти годувань грудьми запобігає цьому. Мати дитини повинна знати про необхідність годувати дитину грудним молоком в перші дні життя щонайменше 10-12 разів [C].

13.8 У разі наявності жовтяниці лікарський огляд повинен включати оцінку стану дитини після народження; адекватності об'єму молока, що споживається; кількості сечовипускань і випорожнень; наявності і важкості жовтяниці.

13.9 Приблизно 5-10 % немовлят на грудному вигодовуванні до 3 дня життя втрачають $\geq 10\%$ маси тіла при народженні, що вказує на необхідність динамічного спостереження за їх станом. Крім відсутності втрати маси тіла понад 10 %, ознакою адекватного грудного вигодовування також вважаються 4-6 сечовипускань (повністю мокрі 4-6 підгузників за добу) і 3-4 дефекації за добу, починаючи з 4-го дня життя дитини.

13.10 Напування новонароджених водою або глюкозою не запобігає розвитку гіпербілірубінемії і не знижує рівень білірубіну сироватки [B].

13.11 Під час виписки батьки дитини повинні бути проінформовані лікарем-педіатром-неонатологом про причини і необхідність спостереження за появою (динамікою) неонатальної жовтяниці [D].

14. Виписка новонародженого з пологового стаціонару

14.1 Новонароджена дитина може бути виписана з пологового стаціонару на третю добу життя, якщо загальний стан дитини, рівень підготовки та інформування матері з питань догляду та контролю за станом дитини відповідають наступним критеріям:

- 1) Пуповинний залишок або ранка повинні бути сухими та чистими, без ознак запалення.
- 2) Дитина підтримує температуру свого тіла в межах 36,5° С-37,5°С.
- 3) Дитина має добрий смоктальний рефлекс.
- 4) Проведена вакцинація проти туберкульозу та гепатиту В, обстеження на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз.
- 5) Дитина має задовільний стан.
- 6) Мати або члени сім'ї мають достатні навички догляду за дитиною.
- 7) Мати проінформована про попередження синдрому раптової смерті.
- 8) Мати проінформована про загрозливі стани дитини, при яких негайно треба звертатися за медичною допомогою:
 - Дитина погано смокче груди.
 - Судоми.
 - Порушення дихання (часте або утруднене).
 - Гіпо- або гіпертермія.
 - Пупкова ранка почервоніла або почала нагноюватися.
 - Гіпотонія або підвищена збудливість дитини.
 - Блювота або діарея.

9) В день виписки проведено зважування дитини та огляд педіатра-неонатолога, поінформовано лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання дитини про виписку з пологового стаціонару.

10) Виписка із карти новонародженого (Ф097/о) заповнена правильно, містить необхідний обсяг інформації та рекомендації для забезпечення спадкоємності при здійсненні медичного догляду за здоровою новонародженим медичними працівниками лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання дитини.

14.2 У перші дві доби після виписки додому всі новонароджені оглядаються вдома лікарем-педіатром дільничним (лікарем загальної практики-сімейним лікарем) з метою оцінки їх стану в .ч. і наявності жовтяниці. Час проведення такого огляду визначається тривалістю госпіталізації в пологовому будинку. У випадку виписки дитини на 3-тю добу життя такий огляд рекомендується провести до досягнення немовлям віку 120 год (5 днів) [С].

15. Правила миття рук

15.1 Основні види обробки рук.

Вид обробки	Мета обробки
1. Звичайне миття рук з милом	Видалення бруду та транзиторної флори, яка контамінує шкіру рук медичного персоналу в наслідок контакту з інфікованими або контамінованими об'єктами
2. Гігієнічна антисептика	Видалення та знешкодження транзиторної мікрофлори рук

15.2 Звичайне миття рук з милом.

15.2.1 Загальні положення.

- Звичайне миття рук з милом дозволяє видалити більшу частину (до 99%) транзиторної мікрофлори з забруднених рук.
- Дуже важливо дотримуватись техніки миття рук, дослідження показали, що при рутинному митті рук подушечки пальців та внутрішні поверхні залишаються контамінованими.

15.2.2 Основні показання для миття рук.

- Перед та після контакту з пацієнтом.
- Після користуванням туалетом.
- Перед і після прийому їжі.
- У всіх випадках коли руки забруднені.

15.2.3 Рекомендована техніка миття рук.

- Зняти персні та інші прикраси, так як вони затрудняють ефективне видалення мікроорганізмів.
- Під помірним тиском теплої води слід енергійно намити руки і терти одна об одну не менше 15 сек., після чого руки сполоснути. Треба намагатися охопити всі поверхні долонь і пальців.
- Висушити руки паперовим рушником, яким закрити кран.[1Б].
- Не слід користуватись для висушуванням рук загальним рушником багаторазового користування.
- Персні, лак для нігтів затрудняють видалення мікроорганізмів.
- Використовувати для миття рук необхідно рідке мило з дозатором. Дозатори багатократного використання з часом контамінуються, тому не слід добавляти рідке мило в частково заповнений дозатор. Дозатор необхідно вимити, висушити і тільки після того наповнювати свіжою порцією мила.

15.3 Гігієнічна антисептика.

15.3.1 Загальні положення.

Використовуються антисептичні препарати. Спиртові антисептики більш ефективні, чим водні розчини антисептиків.

15.3.2 Показання для гігієнічної антисептики рук:

- Перед виконанням інвазійних процедур
- Перед і після маніпуляцій з ранами
- Перед і після маніпуляцій з катетерами
- Перед використанням рукавичок і після їх зняття
- Після контакту з виділеннями і предметами, які містили кров або мають вірогідність мікробної контамінації

15.3.3 Рекомендована техніка проведення гігієнічної антисептики.

- При сильному забрудненні рук їх необхідно вимити спочатку з водою рідким милом, а потім нанести антисептик.
- Спиртовий антисептик 5мл нанести на руки і втирати до висихання (втирати руки не слід).

15.4 Використання рукавичок.

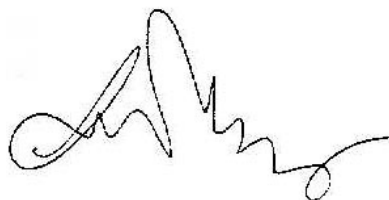
15.4.1 Загальні положення.

- 1) Використання рукавичок не замінює миття та антисептичну обробку рук.
- 2) Після догляду за пацієнтом рукавички необхідно зняти.
- 3) Не дозволяється використання однієї пари рукавичок для догляду за двома пацієнтами, навіть при умові миття та антисептичної обробки рукавичок.[1Б].

15.4.2 Показання для використання рукавичок[Б]:

- У всіх випадках, коли можливий контакт з кров'ю або іншими потенційно контамінованими матеріалами, слизовими оболонками.
- Рукавички знижують ризик професійного зараження при контакті з інфікованими пацієнтами і їх виділеннями.
- Рукавички знижують ризик зараження пацієнтів мікробами, які є частиною резидентної флори рук медичних працівників.
- Рукавички знижують ризик контамінації рук персоналу транзиторними збудниками і наступної їх передачі пацієнтам.

Директор Департаменту
організації та розвитку медичної
допомоги населенню



В.М. Таран

Література:

1. Andersson G.C. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Review. Cochrane library, issue 1, 2004
2. Care of the Umbilical Cord: A Review of the Evidence. Geneva, WHO (document WHO/RHT/MSM/98.4)/ WHO (1999).
3. Christensson 1992 et al. CRR “Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a coat”.
4. Delange F. Neonatal screening for congenital hypothyroidism: results and perspectives. *Horm Res.* 1997; 48(2):51-61.
5. B. Erenz, M. Jerzykowska, E. Wieja, A. Smorawińska, E. Korman. Wyniki badań przesiewowych w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy u noworodków w Wielkopolsce [Результати скринінгу новонароджених щодо вродженої недостатності щитоподібної залози в Великопольщі] / *Postępy w Neonatologii.* Nr 9. problemy endokrynologiczne okresu noworodkowego. Poznań 1998.- S. 6
6. Essential newborn care. Report of a Technical Working Group Trieste, 25-29 April 1994/ WHO/FRH/MSM/96.13. Geneva, 1996.
7. G.M.Gandy. Examination of the neonate including gestational age assessment / *Textbook of Neonatology.* Ed by N.R.C. Robertson. Churchill Livingstone. Edinburgh London Madrid Melbourne New York and Tokyo, 1992, - P. 199-215
8. St. Geme J., Polin R. Neonatal sepsis. Progress in diagnosis and management // *Drugs.* - 1988. - V. 36. - P. 795-796
9. Halliday, H.L., Endotracheal intubation at birth for prevention of mortality and morbidity in vigorous, meconium - stained infants born at term.
10. Harbour, K., Miller I., A new system for grading recommendations in evidence-based clinical guidelines. *BMJ* 2001; 323-334.
11. *Intedreted Management of pregnancy and childbirth “ Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice.* WHO, Geneva 2003. Weigh and asses weight gain. K-7., Delivery and immediate postpartum care. D11;
12. Karlsson H. Skin-to-skin care: heat balance. *Arch DisChild*, 75: F 130-F 132, 1996/
13. Keith Kronemer, MD, Instructor, Department of Radiology, Section of Pediatric Radiology, Washington University Medical Center “Esophageal Atresia/Tracheoesophageal Fistula”
14. Kramer L.I. Advancement of dermal icterus in the jaundiced newborn. *Am J Dis Child.* 1969; 118:454-458.
15. Linda Tietjen, Debora Bossemeyer, Noel McIntosh “Infection prevention guidelines for Healthcare facilities with limited resources”. стр.25-10.
16. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation: clinical practice guideline / American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. *Pediatrics.* 2004; 114:297-316.
17. *Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses and midwives.* World Health Organization, 2004. C-51-52; F-155; (F-11);
18. W. Maskiewicz, E. Majewska, M. Kirdejczyk. Masowe badania przesiewowe noworodków w kierunku wrodzonej niedomogi tarczycy w latach 1995-1997 w

- regionie Wrocławsko-Opolskim [Масовий скринінг новонароджених щодо вродженої недостатності щитоподібної залози в 1995-1997 рр у регіоні Вроцлава і Ополе] / Postępy w Neonatologii. Nr 9. problemy endokrynologiczne okresu noworodkowego. Poznań 1998.- S. 62-67.
19. Routine umbilical cord care after delivery. Harroldo Capurro/ RHL practical aspects. WHO RHL # 7, 2004/
 20. Rovet J, Daneman D. Congenital hypothyroidism: a review of current diagnostic and treatment practices in relation to neuropsychologic outcome. Paediatr Drugs. 2003; 5(3):141-9.
 21. Thermal protection of the Newborn: a practical guide. WHO/RHT/MSM/97.2. Geneva.1997;стор 15.
 22. Topical umbilical cord care at birth. Zupan J., Garner P. Cochrane review. Cochrane Library, issue 4, 2003.
 23. Yurdakok K et al. Swaddling and acute respiratory infection. AJPН, 80:873-874, 1990.
 24. Беникова Е.А., Бужиевская Т.И., Сильванская Е.М. Генетика эндокринных заболеваний. -К.: Наукова думка, 1993. С.42-57.
 25. Берман Р.Е., Воган В.К. Руководство по педиатрии. –М.: Медицина, 1994. – Т.6. – С.400-410.
 26. Досвід впровадження системи інфекційного контролю в лікувально-профілактичних закладах. СПб:2003.223-230.
 27. В.Д. Кохран. Анамнез та об'єктивний огляд новонародженого / Посібник з неонатології: Пер. з англ./ Джон Клоерті, Енн Старк (Ред.). –К.: Фонд допомоги дітям Чорнобиля, 2002. – С.31-36.
 28. Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание. Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002.стор.138; стор. 60; стор.63;
 29. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002. стор.5--9. Модуль 18.
 30. Посібник з неонатології: Пер. з англ./ Джон Клоерті, Енн Старк (Ред.). –К.: Фонд допомоги дітям Чорнобиля, 2002. –772с.
 31. Практичний посібник з неонатології / За ред. С.Езутачана, Д.Добрянського: Пер. з англ. –Львів: 2002. –344с.
 32. Реанімація новонароджених // Американська Кардіологічна асоціація, Американська Академія педіатрії (підручник за редакцією Дж. Катвінкель). – Львів, 2004.
 33. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Мэррей Энкин, Марк Кейрс, Джеймс Нейлсон , 2000, стр.380, 458
 34. Фенілкетонурия, клініка, діагностика, лікування. МОЗ України. Український центр наукової медичної інформації і патентно - ліцензійної роботи. 2001.С.26-27.
 35. Шабалов Н.П. Детские болезни. -СПб: Питер Ком, 1999. -1088с.

**Склад робочої групи
по розробці протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою
дитиною**

- | | | |
|------------------|---|---|
| Моїсеєнко Р.О. | - | начальник управління організації медичної допомоги дітям і матерям МОЗ України |
| Педан В.Б. | - | заступник управління організації медичної допомоги дітям і матерям МОЗ України |
| Жилка Н.Я. | - | заступник начальника управління організації медичної допомоги дітям і матерям МОЗ України |
| Єфіменко О.В. | - | головний спеціаліст управління організації медичної допомоги дітям і матерям МОЗ України |
| Сало Н.Я. | - | головний спеціаліст управління організації медичної допомоги дітям і матерям МОЗ України |
| Шунько Є.Є. | - | головний спеціаліст з питань неонатології МОЗ України |
| Добрянський Д.О. | - | професор кафедри факультетської та шпитальної педіатрії Львівського медичного університету ім. Данила Галицького |
| Дудіна О.О. | - | завідувач відділенням охорони здоров'я Інституту громадського здоров'я |
| Єфременко О.Н. | - | старша медична сестра відділення новонароджених Донецької міської клінічної лікарні №3 |
| Знаменська Т.К. | - | завідуюча відділом неонатології Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України |
| Іркіна Т.К. | - | експерт з клінічних питань проекту «Здоров'я Матері та Дитини» |
| Клименко Т.М. | - | завідуюча кафедрою неонатології Харківська медична академія післядипломної освіти |
| Коржинський Ю.С. | - | завідувач кафедри педіатрії та неонатології факультету післядипломної освіти Львівського медичного університету Д. Галицького |
| Король О.Г. | - | зав відділом інтенсивної терапії новонароджених Української дитячої спеціалізованої лікарні "Охматдит" |
| Курак О.І. | - | заступник головного лікаря Луцького пологового будинку |
| Лінчевський Г.Л. | - | завідувач циклом з неонатології Донецького медичного університету |
| Матвієнко І.В. | - | завідуюча неонатологічним відділенням Донецької міської клінічної лікарні №3 |
| Муравйова Н.Т. | - | головний неонатолог управління охорони здоров'я Київської міської держадміністрації |
| Подольчак Н.В. | - | асистент з питань педіатрії проекту «Здоров'я Матері та Дитини» |
| Суліма О.Г. | - | професор кафедри неонатології Київської медичної академії післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика |
| Хілобок О.В. | - | завідуюча неонатологічним відділенням клініки "Ісіда" |
| Шишук Г. І. | - | головна акушерка Луцького міського пологового будинку |

