

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКИХ
УЧИЛИЩ
И КОЛЛЕДЖЕЙ

Д.И. Зелинская
Е.С. Кешишян
Р.Н. Терлецкая

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	5
Предисловие	6
Глава 1. Актуальные аспекты охраны здоровья новорожденных	9
Глава 2. Принципы консультирования родителей по уходу за новорожденным	21
Глава 3. Вскармливание	28
3.1. Рекомендации по кормлению	30
3.2. Проблемы грудного вскармливания новорожденного	36
3.3. Консультирование матери по проблемам грудного вскармливания	42
3.4. Кормление новорожденного при невозможности грудного вскармливания	44
3.5. Оценка грудного вскармливания и питания новорожденного	47
3.6. Памятка для матери	48
Глава 4. Уход в целях развития	52
4.1. Развитие ребенка в период новорожденности	53
4.2. Принципы ухода в целях развития	56
4.3. Составляющие ухода за новорожденным в целях развития	57
4.4. Оценка развития новорожденного	59
4.5. Консультирование по вопросам развития	61
Глава 5. Физическое развитие новорожденных	67
5.1. Определение физического развития и методы его оценки	67
5.2. Оценка физического развития при рождении ребенка	75
5.3. Оценка физического развития новорожденного в течение 1-го месяца жизни	78
5.4. Консультирование при нарушении физического развития	80
5.5. Примеры оценки физического развития доношенного новорожденного	80
Глава 6. Уход за кожей и слизистыми оболочками. Гигиенические принципы	83
6.1. Особенности кожи и слизистых оболочек новорожденного	83
6.2. Оценка проблем со стороны кожи и слизистых оболочек ребенка 1-го месяца жизни	88

6.3. Принципы ухода за кожей и слизистыми оболочками в период новорожденности.	94
6.4. Техника проведения процедур ухода за новорожденным . . .	96
6.5. Памятка для матери по уходу за кожей и слизистыми оболочками новорожденного.	104
Глава 7. Уход при нарушениях со стороны желудочно-кишечного тракта.	110
7.1. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта новорожденного	110
7.2. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта	114
7.3. Особенности стула у новорожденного	121
7.4. Памятка для родителей	122
Глава 8. Желтухи новорожденных	124
8.1. Механизм возникновения желтухи новорожденных	124
8.2. Виды желтух в периоде новорожденности	126
8.3. Принципы лечения гипербилирубинемии	132
8.4. Наблюдение за ребенком с желтухой новорожденных в амбулаторно-поликлинических условиях.	133
Глава 9. Сестринское обследование новорожденного	138
Тесты	147
Эталоны ответов	159
Рекомендуемая литература	160
Дополнительная литература	161
Приложение 1. Правила мытья рук медицинской сестры	162
Приложение 2. Массовое обследование новорожденных на наследственные заболевания (неонатальный скрининг)	169
Предметный указатель	174

поэтому необходимо приложить все усилия для создания благоприятных социально-экономических условий жизни и охраны их здоровья, чтобы женщины могли рожать здоровых детей и хотели иметь их много.

Это отражено в государственной политике РФ по основному направлению стратегического развития «Здравоохранение»: приоритетный проект в структуре этого направления — национальный проект «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации» («Технологии и комфорт — матерям и детям»).

Важные и можно считать кардинальные изменения, имеющие прямое отношение к обеспечению медицинской помощью женщин в период беременности, родов, после родов и новорожденных, произошли в области регистрации рождения детей. Живорожденным стали считать ребенка при наличии одного из следующих признаков: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента (ранее живорожденным считался ребенок только при наличии дыхания). С 2012 г. к этим признакам были добавлены срок беременности 22 нед и более, изменены показатели массы и длины тела ребенка при рождении — к живорожденным отнесли детей с массой тела 500 г и более (менее 500 г при многоплодных родах), если масса неизвестна — длина тела 25 см и более.

В последнем регламенте (2019) случай живорождения, когда срок беременности менее 22 нед, представлен так: «Срок беременности менее 22 нед или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, длина тела ребенка при рождении менее 25 см, при продолжительности жизни более 168 ч после рождения (7 сут)».

Новорожденные, родившиеся с массой тела до 2500 г, считаются новорожденными с низкой массой тела при рождении, до 1500 г — с очень низкой массой тела при рождении, до 1000 г — с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ).

Помимо того что введенные изменения поставили новые задачи перед системой здравоохранения, приблизили наш подход в определении живорождения к европейскому и рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, они имеют и правозащитную нагрузку, касающуюся права ребенка и плода (ребенка во внутриутробной жизни, как сейчас считается в европейском мире) на жизнь и охрану здоровья.

В постсоветский период был внесен большой вклад в развитие в России службы охраны здоровья матери и ребенка. Была реализована

стратегия снижения младенческой смертности (МС), основополагающими в которой стали следующие положения:

- реализация комплексных региональных программ по снижению МС для территорий с высоким, средним и сравнительно низким ее уровнем;
- пренатальная диагностика патологии плода;
- внедрение ультразвукового пренатального скрининга;
- внедрение неонатального скрининга;
- диагностика внутриутробных инфекций;
- расширение Национального календаря вакцинации за счет внедрения новых эффективных и безопасных иммунобиологических препаратов;
- развитие и внедрение на всех этапах реанимации и интенсивной терапии новорожденных, широкое использование сурфактантов¹;
- изменение организационной структуры работы акушерских стационаров, их интеграции в структуру больничных комплексов; создание учреждений нового типа — перинатальных центров.

По всем перечисленным положениям к 2019 г. достигнуты определенные позитивные изменения.

Создание сети перинатальных центров позволяет перейти в рамках всей страны к полноценной и эффективно функционирующей трехуровневой системе оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным, что повышает ее качество во всех без исключения родовспомогательных учреждениях (строительство, оснащение, подготовка кадров, обеспечивающие возможность внедрения современных технологий, например хирургия новорожденных в первые дни жизни в условиях перинатального центра и др.). Сейчас в России уже функционирует 74 перинатальных центра, программа их развития не закрыта, предположительно в скором времени количество центров увеличится до 90.

Разработаны порядки, стандарты и протоколы оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям различных возрастов; внедрены эффективные организационные, перинатальные технологии; усовершенствованы методы диагностики и лечения, восстановления репродуктивной функции, снижения акушерских гнойно-септических

¹ Сурфактант предупреждает спадение альвеол, образуется в легких доношенного плода непосредственно перед родами. Система сурфактантов у недоношенных детей не развита, что может привести к развитию респираторного дистресс-синдрома новорожденных (тяжелое расстройство дыхания, обусловленное незрелостью легких и первичным дефицитом сурфактанта).

осложнений. В 2000 г. после проведения многоцентровых рандомизированных клинических испытаний для лечения респираторного дистресс-синдрома новорожденных был разрешен сурфактант.

Ведущими причинами как младенческой, так и детской смертности считают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, которые делают дальнейшее снижение смертности детей этой возрастной группы чрезвычайно сложной задачей. Отсюда резерв снижения младенческой и детской смертности — проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение генетического груза популяции, то есть внедрение пренатальной диагностики.

Пренатальный скрининг — важная составная часть всех профилактических мероприятий, позволяющих снизить риск рождения ребенка с врожденными и наследственными заболеваниями. Полный цикл пренатального скрининга включает ультразвуковое исследование и биохимический анализ крови в I и II триместрах беременности. Пренатальный скрининг I триместра позволяет с большой точностью определить, насколько высок риск рождения большого плода, II триместра — вероятность рисков возникновения наследственных и генетических заболеваний плода.

Своевременное выявление наследственных заболеваний в настоящее время может обеспечить **неонатальный скрининг**, считающийся одной из основных обязанностей государственной системы здравоохранения развитых стран. Это самый действенный метод диагностики и профилактики наследственных заболеваний, позволяющий выявить патологию и определить генетический риск наследственного заболевания для родственников диагностированных младенцев.

Так называемое «массовое просеивание» (скрининг) имеет фундаментальное значение для улучшения состояния здоровья больных детей, поскольку оно может выявить тяжелые инвалидизирующие заболевания на доклинических стадиях развития патологии, а следующая за ним патогенетическая терапия способна остановить развитие изменений в различных органах и системах больного ребенка до того, как они станут необратимыми, то есть сохранить для дальнейшей социализации самого пациента и членов его семьи. В большинстве развитых стран скрининг новорожденных осуществляется при полной поддержке государства на региональном и федеральном уровнях.

При охвате неонатальным скринингом до 95% новорожденных в течение уже довольно длительного периода (охват 95% и выше считается эффективным) за период 2010–2018 гг. было выявлено 11 359 детей с врожденными и наследственными заболеваниями (рис. 1.2). Чаше

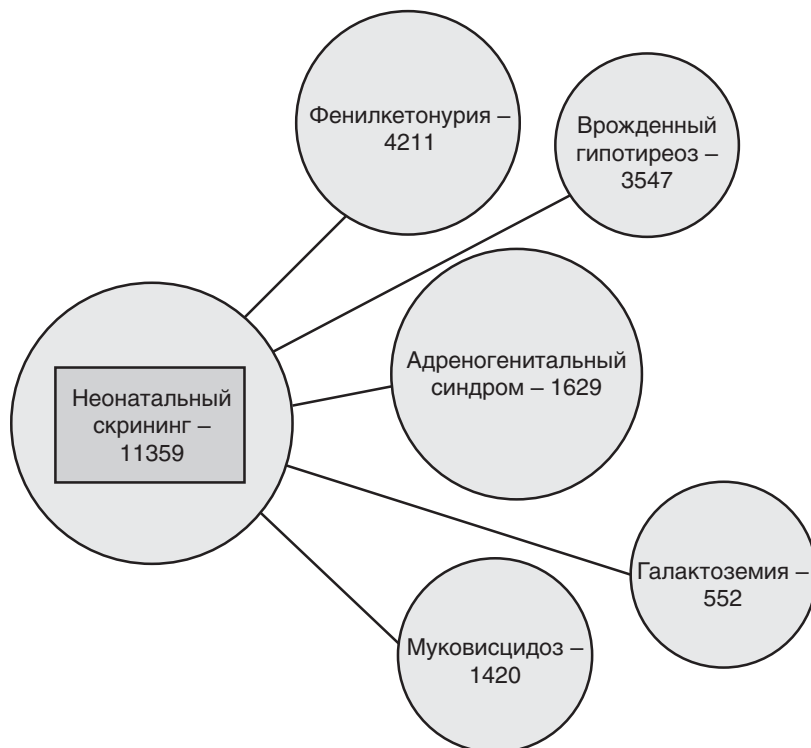


Рис. 1.2. Число больных детей, выявленных в результате неонатального скрининга (2010–2018 гг., абс.)

всего выявлялись врожденный гипотиреоз и фенилкетонурия. Охват аудиологическим скринингом повысился в последние годы и стал превышать 99%. За указанный период выявлено 28 300 новорожденных с нарушением слуха. Все дети, выявленные в результате неонатального и аудиологического скрининга, поставлены на диспансерный учет и обеспечены наблюдением и лечением.

В перспективе предполагается расширение скрининга на врожденные и наследственные болезни обмена в неонатальном периоде, а также дополнение его некоторыми наиболее распространенными нозологическими формами редких (орфанных) болезней.

Исходя из частоты встречаемости орфанных болезней, а также наличия патогенетической терапии при некоторых из них (например, болезнь Помпе и болезнь Гоше), подсчитано, что ежегодно возможно рождение более 500–600 детей с такой патологией (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Частота встречаемости орфанных болезней, предлагаемых для включения в неонатальный скрининг

Нозологическая форма	Максимальная частота встречаемости	Среди родившихся в 2015 г. (1,941 млн человек)	Среди родившихся в 2018 г. (1,604 млн человек)
Тирозинемия	1:100 000	20	16
Болезнь «кленового сиропа»	1:185 000	11	9
Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью: – изовалериановая ацидемия; – метилмалоновая ацидемия; – пропионовая ацидемия	1:70 000 1:48 000 1:350 000	28 40 6	23 34 5
Нарушения обмена жирных кислот	1:8000	243	201
Гомоцистинурия	1:50 000	40	32
Глютарикацидурия	1:50 000	40	32
Болезнь Фабри	1:40 000	49	40
Мукополисахаридоз I типа	1:90 000	22	18
Мукополисахаридоз II типа	1:34 000	57	47
Мукополисахаридоз VI типа	1:300 000	7	5
Болезнь Гоше	1:50 000	40	32
Болезнь Помпе	1:140 000	14	12
Всего за 1 год	617	506	506

Выявление этих состояний в неонатальном периоде, на доклинической стадии, позволит в подавляющем большинстве случаев не допустить тяжелую инвалидизацию больных детей, сократив количество госпитализаций и их продолжительность вплоть до перевода детей на амбулаторное лечение.

Новорожденных детей прививают от туберкулеза и от гепатита В, так как эффективность вакцинации в этом возрасте очень высокая в отличие от более старшего возраста (табл. 1.2).

Таблица 1.2. Вакцинопрофилактика новорожденных

Наименование профилактической прививки	Возраст
Первая вакцинация против вирусного гепатита В	В первые 24 ч жизни
Вакцинация против туберкулеза	На 3–7 день жизни
Вторая вакцинация против вирусного гепатита В	1 мес