

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	6
Глава 1. История развития и организация неонатологической службы. Актуальные проблемы совершенствования неонатальной и перинатальной помощи	13
1.1. История развития неонатологической службы	13
1.2. Организация неонатологической службы	15
1.3. Актуальные проблемы совершенствования неонатальной и перинатальной помощи на современном этапе	16
Глава 2. Организация перинатальной помощи	19
2.1. Организация медицинской помощи новорожденным в перинатальном центре	20
2.2. Общие сведения об организации отделения новорожденных	22
2.3. Уход за новорожденным в родильном отделении	24
2.4. Уход за ребенком в отделении новорожденных	28
2.5. Выписка новорожденного домой	32
2.6. Юридическое оформление ребенка и оформление медицинской документации	33
Глава 3. Неонатальный скрининг	36
3.1. Забор крови для неонатального скрининга	37
3.2. Аудиологический скрининг	37
3.3. Офтальмологический скрининг	38
3.4. Ультразвуковой скрининг	40
Глава 4. Вакцинация новорожденных в родильном доме	42
4.1. Вакцинация против гепатита В	42
4.2. Вакцинация против туберкулеза	43
Глава 5. Диспансерное наблюдение за новорожденным в детской поликлинике	45
5.1. Организация патронажей новорожденного	45
Глава 6. Новорожденный. Оценка состояния новорожденного	49
6.1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного	50
6.2. Переходные состояния новорожденного	65
6.3. Основные потребности новорожденного	72

Глава 7. Организация естественного вскармливания	90
7.1. Преимущества грудного вскармливания	91
7.2. Анатомия и физиология лактации	95
7.3. Физиология кормящей женщины	100
7.4. Программа Всемирной организации здравоохранения и Детского фонда Организации Объединенных Наций «Больница, доброжелательная к ребенку», или «Принципы успешного грудного вскармливания»	103
7.5. Факторы, способствующие грудному вскармливанию . . .	105
7.6. Факторы, препятствующие грудному вскармливанию . . .	110
7.7. Трудности, возникающие при грудном вскармливании, и пути их преодоления	112
Глава 8. Организация искусственного и смешанного вскармливания	125
8.1. Организация смешанного вскармливания	127
8.2. Организация искусственного вскармливания	128
Список литературы	135
Приложения	137
Приложение 1. История развития новорожденного (форма 097/у), первая страница	137
Приложение 2. Медицинское свидетельство о рождении ребенка	138
Приложение 3. Обменная карта беременной и родильницы	140
Приложение 4. Талоны родового сертификата	142
Приложение 5. Комплекс массажа для детей в возрасте 2–6 нед	143
Приложение 6. Перечень манипуляций по междисциплинарному курсу «Сестринский уход за здоровым новорожденным» (МДК.01.03 по специальности 31.02.02 «Акушерское дело»)	145
Приложение 7. Терминологический словарь	165

ВВЕДЕНИЕ

ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

Приступая к изучению междисциплинарного курса «Сестринский уход за здоровым новорожденным», необходимо уточнить ряд основных терминов и понятий, лежащих в основе понимания закономерностей рождения, роста и развития новорожденного, а также организации помощи и ухода за ним.

Неонатология — раздел клинической медицины, изучающий закономерности роста и развития новорожденных, а также методы их лечения и профилактики заболеваний.

В определениях многих терминов, касающихся неонатологии, используют понятие гестационного возраста. Под термином «гестационный возраст» понимают продолжительность срока беременности, которую высчитывают от первого дня последней нормальной менструации и выражают в полных неделях.

Любого ребенка, родившегося после 20 нед гестации (мертворожденного или живорожденного), необходимо взвесить в первые минуты или час после рождения. **Масса тела при рождении** — результат первого взвешивания новорожденного, зарегистрированный в течение первого часа жизни (то есть до того, как в постнатальном периоде произойдет потеря массы). Большинство новорожденных имеют массу тела 2500–4000 г и длину тела 45–52 см.

Доношнным считают ребенка, родившегося на 38–42-й неделе гестации. Большинство доношенных детей имеют массу тела более 2500 г и длину более 45 см, однако у 10% новорожденных отмечают как более низкие, так и более высокие показатели массы и длины тела.

Недоношнным считают ребенка, родившегося до окончания 37-й недели гестации. Подавляющее большинство (70–80%) недоношенных детей имеют массу тела менее 2500 г и длину тела менее 45 см, 20–30% недоношенных детей — массу и длину тела, характерные для доношенных новорожденных. Независимо от массы тела недоношенные дети обычно имеют морфологические и функциональные признаки незрелости.

Переношнным считают ребенка, родившегося на 42-й неделе гестации и более. Масса и длина его тела могут значительно превышать показатели доношенных детей, однако в ряде случаев антропометрические показатели переношенных детей относительно низкие, что

связано с фетоплацентарной недостаточностью, имевшей место во время беременности. Морфологические признаки переносности — сухость, шелушение, мацерация кожи, окрашивание пуповины и оболочек последа меконием, наличие ядер окостенения проксимального эпифиза большеберцовой и плечевой кости.

Независимо от гестационного возраста на основании результата первого взвешивания выделяют следующие категории детей:

- ребенок с низкой массой тела при рождении — любого срока гестации, имеющий при рождении массу тела менее 2500 г;
- ребенок с очень низкой массой тела при рождении — любого срока гестации, имеющий при рождении массу тела менее 1500 г;
- ребенок с экстремально низкой массой тела при рождении — любого срока гестации, имеющий при рождении массу тела менее 1000 г.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Согласно определению, приведенному в Международной классификации болезней и причин смерти десятого пересмотра (МКБ-10), перинатальный период начинается с 22 полных недель беременности (154 дня) и завершается на седьмой полный день после родов. Несмотря на то что перинатальный период заканчивается первой неделей жизни, клинические проявления заболеваний, возникших в это время, могут сохраняться в течение нескольких месяцев, а их неблагоприятные последствия — в течение многих лет жизни и иногда пожизненно. Перинатальные заболевания возникают вследствие воздействия на плод патогенных факторов, тесно связанных с экстрагенитальной или акушерской патологией матери.

Перинатальный период условно разделяется на три периода:

- антенатальный;
- интранатальный;
- ранний неонатальный.

Антенатальный период

Антенатальный период начинается с момента образования зиготы и заканчивается началом родовой деятельности. Антенатальный период целесообразно делить на:

- эмбриональный (с момента оплодотворения до 12 нед гестации);
- ранний фетальный (13—28 нед гестации);
- поздний фетальный (29—42 нед гестации).

Различные неблагоприятные факторы, воздействующие на организм человека в эмбриональном периоде, могут приводить к врожденным порокам развития и спонтанному прерыванию беременности на ранних сроках.

Неблагоприятные воздействия на плод в раннем фетальном периоде нередко приводят к уменьшению массы органов и тканей плода, а также к недоразвитию или преждевременному старению плаценты. Наиболее типичное клиническое проявление внутриутробных заболеваний в этом периоде — задержка внутриутробного развития плода и выраженная недостаточность маточно-плацентарного кровообращения.

Различные неблагоприятные воздействия на плод в позднем фетальном периоде приводят к нарушению процессов морфологического и функционального созревания плода. Хроническая недостаточность маточно-плацентарного кровообращения сопровождается развитием асимметричной формы задержки внутриутробного развития плода, иммунные и инфекционные факторы вызывают острые врожденные заболевания — гемолитическую болезнь новорожденных, гепатиты, пневмонии, миокардиты, энцефалиты и др.

Интранатальный период

Интранатальный период продолжается от начала родовой деятельности до рождения ребенка. Несмотря на свою непродолжительность, данный период имеет чрезвычайное значение для здоровья плода и новорожденного, так как осложнения процесса родов приводят к неблагоприятным последствиям в виде тяжелой асфиксии плода и родовой травмы.

Неонатальный период

Неонатальный период начинается от момента рождения и заканчивается через 28 полных дней после рождения. В рамках неонатального периода выделяют:

- ранний неонатальный период (0–7-й дни жизни);
- поздний неонатальный период (8–28-й дни жизни).

Чрезвычайно важны определения живорождения и мертворождения. Живорождением называют полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни. Признаки живорождения: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины и явные движения произвольной мускулатуры. При этом не имеет значения, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента. Ребенок считается живорожденным при наличии у него хотя

бы одного из признаков живорождения. Только при отсутствии всех признаков может идти речь о мертворождении.

Для анализа качества акушерской помощи целесообразно выделять антенатальную и интранатальную смерть плода; при этом величина антенатальной смертности характеризует качество помощи на амбулаторном этапе, а интранатальная смертность — качество помощи в родах. Дополнительно предлагают выделять раннюю смерть плода (смерть до 20 нед гестации), промежуточную (смерть в период 20–28 нед гестации) и позднюю (смерть на 28-й неделе гестации и позднее). Аборт (выкидыш) — прерывание беременности сроком до 22 нед при массе плода менее 500 г.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 1687н от 27 декабря 2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» (вступил в силу 3 апреля 2012 г.) **живорождение** — момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 нед и более при массе тела новорожденного 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела новорожденного 25 см и более при наличии у новорожденного признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента).

В соответствии с данным приказом в случае живорождения медицинским организациям предписано выдать матери медицинское свидетельство о рождении и оформить ей листок нетрудоспособности по беременности и родам; ребенка необходимо зарегистрировать в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС) как живорожденного.

Показатель перинатальной смертности в разных странах мира составляет 4–60%. В России за последние 15 лет этот показатель снизился в 1,7 раза и достиг уровня 10%.

Требования к результатам освоения учебного материала

Код	Наименование результата обучения
ПК 1.1	Проводить диспансеризацию и патронаж беременных и родильниц
ПК 1.2	Проводить физиопсихопрофилактическую подготовку беременных к родам, обучение мерам профилактики осложнений беременности, родов и послеродового периода
ПК 1.3	Оказывать лечебно-диагностическую помощь при физиологической беременности, родах и в послеродовом периоде

Окончание табл.

Код	Наименование результата обучения
ПК 1.4	Оказывать акушерское пособие при физиологических родах
ПК 1.5	Проводить первичный туалет новорожденного, оценивать и контролировать динамику его состояния, осуществлять уход и обучать родителей уходу за новорожденным
ПК 1.6	Применять лекарственные средства по назначению врача
ПК 1.7	Информировать пациентов по вопросам охраны материнства и детства, медицинского страхования
ОК 1	Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество
ОК 3	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность
ОК 4	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития
ОК 5	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
ОК 6	Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями
ОК 7	Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий
ОК 8	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации
ОК 9	Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности
ОК 10	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия
ОК 11	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку
ОК 12	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности
ОК 13	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей

По окончании изучения учебного материала обучающийся должен **уметь:**

- выполнять уход, обследование и наблюдение за здоровым новорожденным,
- проводить первичный туалет новорожденного,
- информировать пациентов по вопросам охраны материнства и детства,
- проводить санитарно-просветительскую работу с беременными, роженицами и родильницами;

знать:

- медико-социальные аспекты родовспоможения,
- охрану репродуктивного здоровья, антенатальную охрану плода,
- анатомические и физиологические особенности периода новорожденности, оценку состояния новорожденного,
- основные принципы и преимущества грудного вскармливания,
- вакцинацию против туберкулеза (БЦЖ),
- этические и деонтологические особенности обслуживания женщин и детей в учреждениях родовспоможения с учетом культурных и религиозных различий.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

1.1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Неонатология и педиатрия как науки возникли сравнительно недавно, хотя первые упоминания о лечении детей и сохранении их здоровья появились еще в глубокой древности. Труды ученых Древнего Китая, Индии, Египта, работы Галена, Авиценны и Гиппократов содержали сведения о правильном вскармливании и советы по лечению детей. Однако сведения эти были отрывочны и не систематизированы.

Первые школы педиатров возникли в XVII в. во Франции. В России же педиатрии как науки не существовало вплоть до XVIII в. Заболеваемость и смертность детей были очень высокими. Организованная помощь детям практически отсутствовала. Лечение детей чаще всего занимались бабки-повитухи и знахарки. Только в 1714 г. по указу Петра I в Санкт-Петербурге была открыта богадельня-приют для детей-подкидышей и беспризорников. Она называлась «Фабрика ангелов», смертность там достигала 90%.

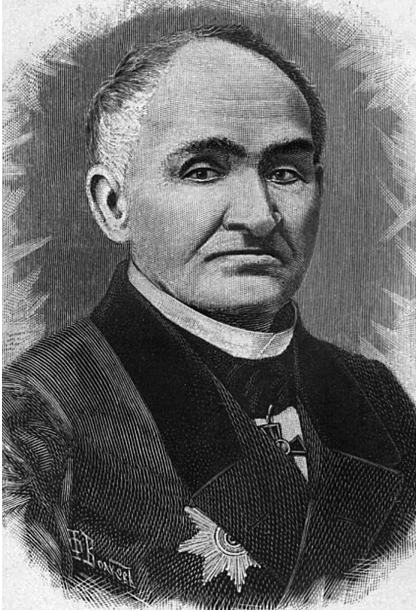


Рис. 1.1. Степан Фомич Хотовицкий (1796–1885)

Следом были открыты подобные приюты и в Москве. Этот период считается **первым этапом** в развитии отечественной педиатрии.

Началом **второго этапа** развития педиатрии считают середину XIX в., когда появились первые научные педиатрические школы. Отцом российской педиатрии считают Степана Фомича Хотовицкого (рис. 1.1) — профессора Петербургской медико-хирургической академии, заведующего кафедрой акушерства, который в 1847 г. впервые на своих лекциях по акушерству начал читать курс педиатрии.

Даже само название этой науки — педиатрия — впервые применил именно профессор С.Ф. Хотовицкий. Он настаивал, что ребенок не является уменьшенной точной копией взрослого,

как ошибочно считали в то время. Вообще неслучайно, что именно акушеры стояли у истоков формирования научных знаний о выхаживании новорожденного. Их усилия и знания требуются для помощи женщине при вынашивании беременности, при родовспоможении, поэтому вполне логичной выглядит забота акушеров о судьбе новорожденного. Практически одновременно с С.Ф. Хотовицким, но только в Париже, в госпитале Шерите, работал французский акушер Пьер Будин. Он впервые предложил изолировать недоношенных и больных новорожденных, что позволило снизить неонатальную смертность, а также доказал влияние грудного вскармливания и энтерального питания на выживание новорожденных. Но главная заслуга Пьера Будина состоит в том, что он сформулировал основные принципы ухода за новорожденным (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Принципы основного ухода за новорожденным Пьера Будина

Тепло	Обеспечить новорожденному тепло, избегать переохлаждения и холодового стресса
Воздух	Очистить дыхательные пути и обеспечивать их свободную проходимость, при необходимости обеспечивать искусственное дыхание
Пища	Способствовать раннему грудному вскармливанию
Гигиена	Соблюдать гигиену во время родов и перерезания пуповины, своевременно лечить инфекции
Любовь	Обеспечить новорожденному контакт с матерью, даже если он нуждается в специальном уходе

Другой отечественный акушер — заведующий кафедрой акушерства, женских и детских болезней Киевского университета А.П. Матвеев — в 1853 г. предложил метод профилактики гонобленнореи у новорожденных: закапывание в глазную щель после рождения 2% раствора азотнокислого серебра (ляписа). Эта мера профилактики не утратила своей актуальности и сегодня.

Октябрьская революция 1917 г. ознаменовала **третий этап** развития отечественной педиатрии и неонатологии.

1.2. ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Организацию медицинской помощи новорожденным можно условно разделить на три звена:

- помощь новорожденным в родильных домах;
- лечение в специализированных педиатрических стационарах (отделениях);
- диспансерное наблюдение за новорожденными в детских поликлиниках.

Помощь новорожденным должна быть адресной. Здоровому новорожденному необходимо создать комфортные (с гигиенической и психологической точки зрения) условия в родовспомогательном учреждении, организовать совместное пребывание с матерью, обеспечить поддержку грудного вскармливания, провести необходимые скрининговые

исследования и вакцинацию. Если ребенок родился больным или недоношенным, он нуждается в специализированной высокотехнологичной помощи, в большинстве случаев экстренной, поэтому очень важна четкая организация процесса лечения и выхаживания новорожденных.

В России наряду с родильными домами для здоровых женщин существует сеть специализированных родильных домов для рожениц с патологией. Основные достоинства данной системы — оптимизация ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с тяжелой соматической патологией (сахарным диабетом, заболеваниями почек и сердца), а также разработка тактики ведения детей, рожденных этими женщинами в раннем неонатальном периоде. В связи с разработкой и внедрением эффективных технологий выхаживания новорожденных, находящихся в критическом состоянии, появилась потребность в оснащении родильных домов сложными и дорогостоящими приборами: аппаратами искусственной вентиляции легких, приборами мониторингового контроля жизненно важных функций, инкубаторами интенсивного ухода, лабораторным оборудованием, передвижными рентгеновскими и ультразвуковыми установками.

1.3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В настоящее время выделяют следующие актуальные проблемы совершенствования неонатальной и перинатальной помощи.

- Создание государственной программы медицинского образования населения, начиная с дошкольных и школьных учреждений.
- Повышение показателей здоровья девочек-подростков. Решение этой задачи возможно при организации тесного сотрудничества педиатра, терапевта, акушера-гинеколога и узких специалистов, которое позволяет разработать индивидуальный комплекс мероприятий по реабилитации в случае болезни девочки.
- Расширение социальных возможностей центров по планированию семьи.
- Улучшение работы перинатальных служб, в том числе совершенствование социальной поддержки беременных, методов контроля

преждевременных родов и состояния плаценты, диагностики и активной терапии патологии беременности.

- Расширение возможностей женских консультаций и перинатальных центров по диагностике и лечению урогенитальной инфекции у женщин.
- Разработка критериев изучения и систематизации так называемого семейного диагноза (родословные, конституциональные и фенотипические особенности родителей и др.). Индивидуализация ведения беременной на основании данных семейного анамнеза и подбор питания, что особенно актуально для женщин с аллергическими диатезами (определение оптимального времени начала элиминационной диеты и влияния этой диеты на становление иммунологической реактивности ребенка).
- Расширение возможностей диагностики наследственных и врожденных патологий плода и новорожденного методами молекулярной биологии. Создание так называемого генетического паспорта ребенка.
- Совершенствование методов первичной помощи новорожденному.
- Разработка минимально инвазивных методов мониторинга состояния ребенка и хирургических вмешательств.
- Использование в диагностике и лечении лишь методов и способов, прошедших проверку методиками доказательной медицины, катамнестический анализ результативности направленных на защиту мозга, глаз и слуха методов лечения; расширение исследований по неонатальной клинической фармакологии и изучение отдаленных последствий неонатальных медикаментозных воздействий.
- Расширение исследований по оценке отдаленных последствий событий перинатального периода.
- Выявление новых возбудителей, ответственных за перинатальные инфекционные процессы.
- Совершенствование перинатального ведения детей, рождающихся от матерей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.
- Организация центров поддержки семей с больным ребенком, разработка социальных механизмов помощи семьям с больными детьми, детьми-инвалидами.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В какой стране и когда появились первые педиатрические школы?
2. Перечислите этапы становления и развития отечественной педиатрии.
3. Назовите принципы ухода за новорожденным Пьера Будина.
4. Расскажите о вкладе С.Ф. Хотовицкого в развитие отечественной неонатологии.
5. Перечислите актуальные проблемы совершенствования неонатальной и перинатальной помощи в Российской Федерации на современном этапе.

● ГЛАВА 2

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Современная организация перинатальной (в том числе неонатальной) помощи предусматривает три уровня сложности.

Первый уровень — оказание простых форм помощи матерям и детям: первичная помощь новорожденному, выявление состояний риска, ранняя диагностика заболеваний и направление пациентов в другие медицинские организации.

Второй уровень — обеспечение всей необходимой медицинской помощью при нормально протекающих и осложненных родах. Учреждения этого уровня должны располагать высококвалифицированным персоналом и специальным оборудованием. В таких организациях есть возможность обеспечить короткий курс искусственной вентиляции легких, клиническую стабилизацию состояния тяжелобольных и глубококондоношенных детей и направить их в стационары третьего уровня.

Третий уровень — оказание медицинской помощи любой степени сложности. Такие организации требуют целенаправленного обеспечения кадрами высокой квалификации, лабораториями и современной аппаратурой.

Несмотря на то что центральное звено данной системы — перинатальный центр (третий уровень), родильный дом или родильное отделение общего типа (первый уровень) также играют очень важную роль.

2.1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Зарубежный опыт и тенденции развития здравоохранения в России подсказывают необходимость перехода к новой для нашей страны организационной форме охраны материнства и детства — перинатальным центрам. Эта форма зарекомендовала себя наиболее прогрессивной и перспективной. Медицинская помощь в организациях, где находятся беременные высокого риска, начинается на уровне плода и продолжается после рождения в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Одна эта организационная мера позволяет в два раза и более снизить риск смертности среди новорожденных с очень низкой массой тела. Известно, что в нашей стране более половины пациентов, умерших в неонатальном периоде, погибают в первые сутки жизни. Таким образом, организационная стратегия должна заключаться в максимальном приближении высококвалифицированной реанимации и интенсивной терапии к первым минутам и часам жизни. Несмотря на то что первичная помощь и реанимация новорожденных независимо от организационного уровня родовспомогательного учреждения работают по единой схеме (Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.04.2010 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»), наибольшие возможности для ее эффективного осуществления имеются в перинатальном центре. При своевременной и разумной реанимационной и интенсивной помощи, как правило, удается восстановить адекватное дыхание, нормальные частоту сердечных сокращений и цвет кожных покровов, после чего ребенка переводят в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных для последующего лечения. Туда же поступают новорожденные с неадекватным самостоятельным дыханием, шоком, судорогами и разлитым цианозом, недостаточностью кровообращения, нарушениями сердечного ритма, гипербилирубинемией и другими метаболическими расстройствами.

Современная концепция интенсивной терапии и реанимационной помощи новорожденным в перинатальном центре предусматривает организацию двух реанимационно-интенсивных блоков, расположенных на территории учреждений первого и второго этапов лечения. Выделение двух блоков позволяет разделить потоки детей, родившихся в перинатальном центре и переведенных из других акушерских ста-

ционаров. Предполагается не более чем десятидневное пребывание новорожденных в отделении реанимации первого этапа. В случае необходимости продолжения реанимационной помощи такие пациенты переводятся в отделение реанимации второго этапа. Подобное разделение позволяет существенно снизить риск внутрибольничной инфекции и повысить эффективность реанимационной помощи новорожденным.

Отделения решают следующие задачи:

- оказание высококвалифицированной помощи новорожденным, как родившимся в перинатальном центре, так и переведенным из других родовспомогательных учреждений;
- проведение реанимационно-интенсивного лечения новорожденным с хирургической патологией в пред- и послеоперационный периоды;
- организация консультативно-транспортной ургентной службы в регионе;
- обеспечение санитарно-противоэпидемических мероприятий на современном уровне и профилактики госпитальной инфекции;
- проведение санитарно-просветительской работы с матерями и родственниками новорожденных и оказание им эмоциональной поддержки.

Для успешного решения поставленных задач отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных должно в полной мере владеть следующими лечебно-диагностическими и профилактическими технологиями:

- обеспечение комфортного лечебного режима, в том числе для пациентов в критическом состоянии, включая детей с экстремально низкой массой тела;
- мониторинг жизненно важных функций с использованием полифункциональных мониторов;
- проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, включающих биохимические, микробиологические и иммунологические методы, рентгенографию органов грудной и брюшной полости, эхокардиографию, доплерометрию кровотока в магистральных сосудах, ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов;
- респираторная терапия (все современные модификации искусственной вентиляции легких, включая высокочастотную осцилляторную и триггерную, методики спонтанного дыхания под постоянным положительным давлением, а также ингаляцию оксида азота);

- искусственное вскармливание специальными смесями, в том числе зондовое вскармливание недоношенных детей, проведение полного или частичного парентерального питания;
- фототерапия, в том числе интенсивная;
- инфузионно-трансфузионная терапия, в том числе использование компонентов донорской крови и аутокрови, а также проведение обменного переливания крови;
- иммунозаместительная терапия;
- коррекция гемостаза, в том числе физико-химических нарушений;
- анестезиологическое пособие при хирургических вмешательствах у новорожденных;
- ранняя диагностика и лечение ретинопатии недоношенных в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных;
- проведение скрининга на врожденные и перинатальные инфекции, генетические аномалии;
- дистанционный контроль состояния пациентов в других медицинских организациях территории;
- предтранспортировочная стабилизация состояния новорожденных и их транспортировка «на себя».

2.2. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Отделение для новорожденных в родильных домах должно иметь количество коек, равное 110% акушерских послеродовых коек. В физиологическом и обсервационном послеродовых отделениях новорожденных располагают в палатах типа «мать и дитя», поскольку многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о благоприятном влиянии раннего контакта матери и ребенка на формирование биоценоза у новорожденного, становление его иммунитета, формирование материнских чувств и психологической связи между матерью и ребенком.

Кроме того, в физиологическом и обсервационном отделениях выделяют и отдельные палаты для новорожденных (для размещения детей при противопоказаниях для совместного пребывания, например для детей от кесарева сечения, которых на одни сутки отделяют от матерей). Однако современный отечественный опыт показывает, что как после кесарева сечения, так и при нетяжелых заболеваниях матери

и ребенка совместное пребывание не только возможно, но существенно улучшает прогноз для обоих.

В физиологическом отделении выделяют палату интенсивной терапии новорожденных для недоношенных, для детей, родившихся в асфиксии, новорожденных с клиническими проявлениями церебральных поражений, дыхательных нарушений, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию. Сюда же помещают детей, родившихся при перенесенной беременности, с клинической картиной гематологической резусной и групповой сенсибилизации. В рядовых родильных домах число коек для такого поста обычно соответствует 15% числа коек послеродового отделения.

Число коек для новорожденных наблюдационного отделения обычно соответствует числу послеродовых коек и должно составлять не менее 20% общего числа коечного фонда в стационаре. Наблюдационное отделение (палату) следует располагать так, чтобы оно не имело связи с другими отделениями новорожденных (лучше, если они будут расположены на разных этажах). Здесь находятся дети, рожденные необследованными матерями, поступившие в родовспомогательное учреждение после родов, произошедших вне родильного дома. Сюда же помещают новорожденных, переведенных из физиологического отделения в связи с заболеванием матери, детей с тяжелыми пороками развития, «отказных» детей, подлежащих усыновлению или переводу в лечебные стационары и дома ребенка. В наблюдационном отделении для таких пациентов выделяют изолятор на 1–3 койки. Дети с гнойно-воспалительными заболеваниями подлежат переводу в больничные стационары в день постановки диагноза.

Принципиально важно выделить в отделении новорожденных отдельные помещения для пастеризации грудного молока (в физиологическом отделении), хранения вакцин против туберкулеза и гепатита В, хранения чистого белья и матрацев, санитарные комнаты и комнаты для хранения инвентаря. Сестринские посты отделений новорожденных целесообразно полностью изолировать друг от друга, разместив их в разных концах коридора и максимально удалив от туалетных комнат и буфета.

При раздельном пребывании для соблюдения цикличности детские палаты должны соответствовать материнским палатам; в одной палате помещают детей одного и того же возраста (допускается разница до 3 сут). С общим коридором детские палаты сообщаются через шлюз, где устанавливают стол для медицинской сестры, два стула и шкаф для хранения суточного запаса автоклавированного белья. Каждый

медицинский пост должен иметь разгрузочную палату для детей, матери которых задерживаются после выписки основного контингента новорожденных и родильниц.

2.3. УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Организация медицинской помощи новорожденным начинается с родильного блока, где для этой цели необходимо выделить манипуляционно-туалетные комнаты при родовых палатах. Поскольку в этих помещениях проводят не только уход за новорожденными, но и реанимационные мероприятия, они должны иметь специальное оборудование, в том числе пеленальный стол с подогревом и приспособления для оказания первичной и реанимационной помощи. Оптимальный вариант для обеспечения теплового комфорта — источники лучистого тепла, которыми снабжены современные реанимационные и пеленальные столы.

Рядом с пеленальным столом располагают столик с предметами ухода за новорожденным: банки с широким горлом и притертыми пробками для 95% этилового спирта и 5% раствора калия перманганата, флаконы со стерильным растительным маслом в индивидуальной расфасовке по 30 мл, лоток для отработанного материала, стерильные пинцеты и корнцанги. Предпочтительно использовать одноразовые пластиковые зажимы для пуповины.

Вблизи пеленального стола размещают тумбочку с весами — лотковыми или электронными. Использование последних очень удобно для взвешивания новорожденных с очень низкой (менее 1500 г) и экстремально низкой (менее 1000 г) массой тела.

Для оказания экстренной помощи новорожденному необходимо иметь специальное оборудование и медикаменты.

- Оборудование для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей:
 - баллончик или приспособление типа Mucus Extractor, катетер De Lee;
 - катетеры для отсасывания № 6, 8 и 10;
 - желудочные зонды № 8;
 - тройники;
 - электрический или механический отсасыватель.
- Оборудование для респираторной терапии:
 - источник кислорода;
 - ротаметр;

- увлажнитель кислородно-воздушной смеси;
 - соединительные кислородные трубки;
 - саморасправляющийся мешок Амбу;
 - лицевые маски;
 - аппарат для механической искусственной вентиляции легких типа Neo-Puff для проведения вентиляции с помощью Т-адаптера и маски.
- Оборудование для интубации трахеи:
- ларингоскопы с прямыми клинками № 0 для недоношенных и № 1 для доношенных новорожденных;
 - запасные лампочки и элементы питания для ларингоскопа;
 - эндотрахеальные трубки с внутренним диаметром 2,5; 3,0; 3,5 и 4,0 мм;
 - проводник (стиллет) для эндотрахеальной трубки.
- Медикаменты:
- раствор 1:10 000 эпинефрина (Адреналина гидрохлорид-Виал[®]);
 - 0,9% раствор натрия хлорида;
 - 4% раствор натрия гидрокарбоната;
 - стерильная вода для инъекций.
- Инструментарий для введения медикаментов:
- шприцы объемом 1, 2, 5, 10, 20, 50 мл;
 - иглы размером 25G, 21G и 18G;
 - пупочные катетеры №6 и 8;
 - спиртовые салфетки.

Кроме того, для оказания первичной и реанимационной помощи необходимы часы с секундной стрелкой или так называемый Апгартаймер, стерильные перчатки, ножницы, лейкопластырь шириной 1–1,5 см, фонендоскоп.

В шкафу или на отдельном столе помещают биксы со стерильным материалом: пакеты вторичной обработки пуповины, пипетки и ватные шарики (для вторичной профилактики гонобленнореи новорожденных), наборы для пеленания детей, медальоны и браслеты, собранные в индивидуальные пакеты. В набор для вторичной обработки пуповины входят завернутые в пленку ножницы, два пластиковых зажима для пуповины, шелковая или марлевая лигатура диаметром 1 мм и длиной 10 см, марля для покрытия культи пуповины, сложенная треугольником, деревянная палочка с ватой, 2–3 ватных шарика, лента для измерения новорожденного.

В манипуляционно-туалетной комнате для новорожденных должны быть емкости с антисептиками для обработки рук персонала.

Пеленальный стол, весы и кровати перед поступлением каждого нового пациента обрабатывают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

В родильном зале врач проводит первый осмотр новорожденного, после чего заполняет историю его развития. Все медицинские манипуляции с новорожденным проводят после получения письменного информированного согласия матери.

Акушерка проводит первичную обработку пуповины.

Первичная обработка пуповины

- Пуповину протирают 96% спиртом на расстоянии 10–15 см от пупочного кольца.
- Накладывают зажим Кохера на 10–12 см от пупочного кольца.
- Второй зажим Кохера накладывают на 2 см ниже первого.
- Пуповину между зажимами обрабатывают 5% раствором йода.
- Стерильными ножницами пересекают пуповину между двумя зажимами Кохера.
- Срез детской культы обрабатывают 5% раствором йода.
- Первый зажим перекалывают ближе к половой щели (на уровне входа во влагалище).

После отделения ребенка от матери необходимо:

- сменить перчатки;
- ребенка обернуть стерильной пеленкой, показать матери и перенести на отдельный столик с источником лучистого тепла;
- произвести профилактику гонобленнореи.

Профилактику гонобленнореи проводят с помощью 20% раствора сульфацидамида (Альбуцида[®]) или 1% мази тетрациклина либо эритромицина.

Профилактика гонобленнореи

- Вымыть руки, обработать их спиртом, надеть стерильные перчатки.
- Протереть глазки новорожденного одновременно отдельными стерильными марлевыми (ватными) салфетками от наружного к внутреннему углу глаза.
- Взять стерильную марлеву салфетку, оттянуть нижнее веко и нанести в конъюнктивальный мешок пипеткой 20% раствор сульфацидамида (Альбуцида[®]) трижды с интервалом 10 мин; другой вариант — заложить за нижнее веко 1% тетрациклин (Тетрациклина гидрохлорид[®]) или эритромицин (глазная мазь, 10 000 ЕД в 1 г, полоска длиной до 1 см).
- Так же обработать второй глаз.

- Девочке закапать 2–3 капли 20% раствора сульфацила (Альбуцид[®]) в половую щель.
- Через 2 ч повторно закапать раствор сульфацила (Сульфацил натрия[®]) в конъюнктивальные мешки и в половую щель.

Обслуживание новорожденного в манипуляционно-туалетной комнате осуществляет акушерка, которая после тщательной санитарной обработки рук проводит вторичную обработку пуповины. Среди известных методов этой обработки предпочтение следует отдать методу Роговина или наложению пластикового зажима.

Вторичная обработка пуповины

- Положить новорожденного в стерильной пеленке на пеленальный стол.
- С помощью стерильной марлевой салфетки отжать пуповинный остаток от основания к периферии и протереть его марлевым шариком, смоченным 70% этанолом (Спиртом этиловым[®]).
- Наложить одноразовую стерильную скобку на расстоянии 0,5 см от пупочного кольца.
- Стерильными ножницами отсечь пуповину на 5 мм выше наложенной скобки.
- При резус-отрицательной крови у матери, изосенсибилизации матери по системе АВ0, объемной пуповине, а также недоношенным и маловесным детям, новорожденным в тяжелом состоянии (когда сосуды пуповины могут понадобиться для проведения повторной инфузионной терапии) на пуповину следует наложить одноразовую скобку на расстоянии 4 см от пупочного кольца и отсечь пуповину на 5 мм выше скобки.
- Поверхность среза, основание пуповины и кожу вокруг пупочного остатка обработать палочкой с ватой, смоченной 5% раствором калия перманганата.
- После обработки пупочного остатка наложить на него стерильную марлевую повязку-треугольник.

Вслед за обработкой пуповины акушерка стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным растительным или вазелиновым маслом, проводит первичную обработку кожных покровов, удаляя с кожи ребенка кровь, слизь и меконий. После обработки кожу осушают стерильной пеленкой и проводят антропометрические измерения.

На браслетах и медальоне акушерка записывает фамилию, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, массу и длину его тела, час и дату рождения. Новорожденного пеленают, укладывают в кроватку, наблюдают в течение 2 ч; после осмотра педиатра

акушерка переводит его в отделение для новорожденных. Все большее распространение получает методика выкладывания ребенка на живот матери и раннего прикладывания к груди.

2.4. УХОД ЗА РЕБЕНКОМ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Перевод ребенка из родильного зала в отделение новорожденных зависит от его состояния. При приеме новорожденного в детское отделение медицинская сестра сличает надписи на браслетах и медальоне с историей родов матери, вывешивает на кровати ребенка номер, в истории развития новорожденного отмечает дату и час поступления, пол ребенка, массу тела, состояние и температуру. Аналогичную запись необходимо сделать и в журнале регистрации отделения новорожденных.

Перед обработкой и пеленанием каждого новорожденного персонал должен мыть руки и обрабатывать их антисептиком. Ежедневный туалет новорожденных проводят медсестры в определенной последовательности: умывают лицо ребенка теплой водой, обрабатывают глаза, нос, уши. Складки кожи обрабатывают стерильным вазелиновым или растительным маслом. Область ягодиц и промежность обмывают теплой проточной водой с детским мылом (лучше со специальным гелем для мытья новорожденных во флаконе с дозатором), подсушивают промокательными движениями стерильной пеленкой и смазывают стерильным вазелиновым маслом. Глаза новорожденных обрабатывают стерильными ватными шариками, смоченными в дистиллированной воде. Туалет носовых ходов осуществляют с помощью стерильных турунд, смоченных стерильным вазелиновым маслом; ушей — сухими стерильными шариками.

Уход за остатком пуповины осуществляют открытым способом, повязку снимают на следующий день после рождения. Обработка остатка пуповины — врачебная процедура, именно с этого врач начинает ежедневный осмотр. Культю пуповины обрабатывают 70% этанолом или 3% раствором водорода пероксида, затем 5% раствором калия перманганата. После отпадения остатка пуповины (чаще на 4–6-й день жизни) пупочную ранку обрабатывают раствором 3% водорода пероксида с последующим применением 5% калия перманганата. Обработку пупочной ранки проводят ежедневно до полного заживления. Корочки пупочной ранки подлежат удалению при обработке. Хирургическое иссечение пуповинного остатка — потенциально опасная процедура,

поэтому сегодня ее не рекомендуют. Использование препаратов йода для ежедневного туалета новорожденного и обработки пупочной ранки исключено из-за возможности резорбции препарата и риска угнетения функции щитовидной железы новорожденного.

В отделении новорожденных родильного дома используют только стерильное белье; новое белье предварительно стирают и автоклавируют. Пеленают новорожденных не менее 6–7 раз в сутки, то есть перед каждым кормлением. Тугое пеленание ребенка нарушает микроциркуляцию крови, поэтому рекомендуют нетугое пеленание со свободными ручками. Ежедневно в определенное время перед кормлением ребенка взвешивают.

Температуру тела измеряют 2 раза в день: в 5:00–6:00 и в 17:00–18:00. Температура воздуха в палатах для новорожденных должна быть 22–24 °С, а в палате для недоношенных — 24–26 °С. Палаты должны быть обеспечены теплой водой, стационарными бактерицидными лампами, подводкой кислорода. Палаты следует регулярно проветривать (в промежутках между кормлениями) и кварцевать (по 30 мин 5–6 раз в день).

Все изделия медицинского назначения, в том числе инструменты, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и др.), подлежат дезинфекции и стерилизации. Лекарственные формы для новорожденных используют в мелкой или однократной расфасовке. Строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в отделениях новорожденных — непременное условие работы. Особенно важно уделять внимание мытью рук персонала. Важный элемент уменьшения возможности инфицирования новорожденных — применение персоналом латексных или полиэтиленовых перчаток.

В последнее время менее жесткими стали требования в отношении масочного режима. Использование масок целесообразно лишь в условиях эпидемически неблагоприятных ситуаций (например, эпидемия гриппа в регионе) и при проведении инвазивных манипуляций. Ослабление масочного режима при соблюдении прочих санитарно-эпидемиологических правил не привело к сколько-нибудь заметному росту неонатальных инфекций.

При неосложненном течении послеродового периода у родильницы и раннего неонатального периода у новорожденного, а также при положительной динамике прибавки массы тела мать с ребенком могут быть выписаны домой на 3–6-е сутки после родов.

Для выписки детей в роддоме должны быть две выписные комнаты (отдельно для физиологического и обсервационного отделения). После

выписки родильниц и новорожденных в освобожденной палате проводят заключительную дезинфекцию с обязательной камерной обработкой постельных принадлежностей.

ПОСЛЕРОДОВОЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ. СОВМЕСТНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Совместное пребывание родильницы и новорожденного в палате послеродового отделения родильного дома имеет преимущества перед отдельным пребыванием: снижается заболеваемость внутрибольничной инфекцией и интенсивность циркуляции госпитальных штаммов, колонизация различных биотопов ребенка осуществляется материнскими штаммами.

Койки послеродового физиологического отделения следует по возможности располагать в палатах совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация таких палат в наблюдательном отделении. Противопоказания к совместному пребыванию определяют в каждом конкретном случае врачи акушер-гинеколог и неонатолог. Для совместного пребывания матери и ребенка используют одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режимы отделения соответствуют режиму физиологического отделения с отдельным пребыванием.

При совместном пребывании матери и ребенка по желанию родильницы допускается использование для новорожденных подгузников промышленного производства.

Вне зависимости от условий пребывания новорожденного (совместно или отдельно с матерью) следует избегать использования в рационе новорожденных иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

Грудное вскармливание «по требованию ребенка» наиболее рационально и его необходимо пропагандировать во всех родовспомогательных учреждениях.

Таким образом, преимущества совместного пребывания в палатах «мать и дитя» следующие:

- профилактика послеродовых осложнений у женщины вследствие частого прикладывания ребенка к груди, что способствует сокращению матки;

- обсеменение ребенка материнской микрофлорой и, как следствие, профилактика гнойно-септических заболеваний новорожденных и внутрибольничных инфекций;
- оптимальное становление микробиоты кишечника новорожденного при тесном контакте с матерью и организации кормлений «по требованию»;
- совместное пребывание помогает матерям овладеть правилами и методами ухода за новорожденным;
- установление тесной психологической связи между матерью и ребенком;
- совместное пребывание, кормление «по требованию» и тесный телесный контакт матери и ребенка — профилактика послеродовых депрессий у матерей.

ПРИМЕРНЫЙ РАСПОРЯДОК ДНЯ ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

4:30–6:00 — утренний туалет детей, взвешивание, измерение температуры тела, подготовка к кормлению, выполнение назначений; влажная уборка коридора и подсобных помещений.

6:00–6:30 — первое кормление детей, влажная уборка палат.

7:00–8:00 — стерилизация предметов ухода, обработка пеленального стола, медицинских столиков, весов.

8:45–9:30 — пеленание детей.

9:30–10:00 — второе кормление детей, получение чистого белья; приготовление дезинфицирующих растворов.

10:00–13:00 — врачебный обход, обработка и пеленание детей.

13:00–13:30 — третье кормление детей, влажная уборка палат, смена кузезов.

13:30–15:00 — выполнение дневных назначений, оформление историй развития новорожденных и другой медицинской документации; выписка детей домой.

15:00–15:45 — сбор и передача матрацев в дезинфекционную камеру после выписки детей, дезинфекция палат (экспозиция 2 ч).

15:45–16:30 — пеленание детей, измерение температуры тела.

16:30–17:00 — четвертое кормление детей.

17:30–18:45 — мытье палат после дезинфекции, обработка кузезов и предметов кислородотерапии.

18:45–20:00 — пеленание и вторичная обработка детей.

- 20:00–20:30 — пятое кормление детей, влажная уборка палат.
20:30–21:30 — мытье клеенчатых чехлов и фартуков.
21:30–23:30 — пеленание детей, выполнение назначений, влажная уборка коридоров и подсобных помещений.
23:30–24:00 — шестое кормление детей, влажная уборка палат.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КОМНАТЫ ДЛЯ СБОРА, ПАСТЕРИЗАЦИИ И ХРАНЕНИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА

В послеродовых физиологических отделениях выделяют помещения для сбора, пастеризации и хранения грудного молока. Перед каждым кормлением медицинская сестра раздает матерям стерильную посуду и собирает ее со сцеженным после кормления молоком. Молоко от матерей с трещинами сосков и от родильниц обсервационного отделения сбору не подлежит.

Собранное грудное молоко разливают в бутылочки по 30–50 мл для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют на водяной бане (не более 5–7 мин после закипания воды), уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Пастеризованное молоко, молочные смеси и питьевые растворы используют для новорожденных только по назначению врача при наличии показаний. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в холодильнике не более 12 ч. Вода и растворы для питья должны быть в стерильной индивидуальной разовой расфасовке.

Запрещено кормление нескольких детей из одной бутылочки. Докормливание или допаивание при показаниях осуществляют из индивидуального разового сосуда или ложки.

2.5. ВЫПИСКА НОВОРОЖДЕННОГО ДОМОЙ

Здорового новорожденного можно выписывать из родильного дома домой после полных 3 сут, прошедших после рождения.

Обязательные условия выписки:

- удовлетворительное состояние ребенка (способность хорошо сосать, дышать атмосферным воздухом, не впадая в гипоксию, и поддерживать температуру тела, а также отсутствие воспаления в области пуповинного остатка или пупочной ранки и отсутствие заболеваний);

- появление тенденции к набору массы тела после физиологической убыли массы;
- готовность семьи принять ребенка.

Желательно проведение неонатального скрининга и вакцинаций от гепатита В и туберкулеза. Однако при ранней выписке неонатальный скрининг можно провести в детской поликлинике по месту жительства.

В день выписки новорожденного из родильного дома в детскую поликлинику по месту выписки обязательно отправляют телефонограмму с информацией о появлении новорожденного на педиатрическом участке.

2.6. ЮРИДИЧЕСКОЕ ОФОРМЛЕНИЕ РЕБЕНКА И ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Историю развития новорожденного (форма 097/у) (приложение 1) заполняют на всех новорожденных, прошедших через родильный дом (стационар), как родившихся в родильном доме (стационаре), так и поступивших в родильный дом после домашних или дорожных родов, а также переведенных из других родильных домов.

В этом документе указывают:

- сведения о медицинском обслуживании новорожденного, включая сведения о матери;
- сведения о характере родов, состоянии при рождении, наличии пороков развития и родовой травмы;
- подробное описание состояния новорожденного во время пребывания в родильном доме, текущие наблюдения и состояние при выписке.

Сведения из истории развития новорожденного служат для заполнения данных о нем в **журнале отделения (палаты) новорожденных (форма 102/у)** и **отчета № 32** (годовой статистический отчет родильного дома).

При выписке из родильного дома оформляют следующие документы.

- **Справка о рождении**, или медицинское свидетельство о рождении ребенка (приложение 2), — первый документ новорожденного, который выдают в родильном доме. Справка о рождении подтверждает, что ребенок был рожден конкретной женщиной, указаны дата рождения и основные данные о новорожденном

- (пол ребенка, дата и время рождения, город, регион и сведения о родильном доме). Данная справка действительна в течение 1 мес и необходима для оформления свидетельства о рождении ребенка. Справку выдают на руки матери при выписке из родильного дома.
- **Обменная карта** (приложение 3), второй и третий листы. **Второй лист** содержит сведения родильного дома или родильного отделения больницы о родильнице. Это информация о течении родов, послеродового периода и о состоянии здоровья женщины. Второй лист подлежит передаче в женскую консультацию, где женщина наблюдалась во время беременности. **Третий лист** обменной карты содержит сведения родильного дома или родильного отделения больницы о новорожденном. Это информация о состоянии ребенка — пол, длина, масса тела при рождении и при выписке, оценка состояния ребенка, сведения о вакцинации и вскармливании. Третий лист обменной карты необходимо предоставить детской поликлинике другой медицинской организации, где ребенка будут наблюдать в первый год жизни. Второй и третий листы обменной карты после их оформления выдают на руки женщине при выписке из родильного дома. Первый лист обменной карты, в котором содержатся сведения женской консультации о беременной, остается в родильном доме.
 - **Талон родового сертификата** (приложение 4). Его не выдают в том случае, если ведение беременности и родов проводили вне системы обязательного медицинского страхования. Талон № 3-1 предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за первые полгода диспансерного наблюдения ребенка. Талон № 3-2 предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые полгода диспансерного наблюдения ребенка. Талоны также выдают на руки женщине при выписке из родильного дома. Их необходимо предоставить в поликлинику, где будут наблюдать ребенка.

Свидетельство о рождении ребенка — главный документ, удостоверяющий личность ребенка до достижения им возраста 14 лет. Свидетельство о рождении ребенка оформляют органы ЗАГС в течение 1 мес после рождения ребенка. В этом документе указывают имя, отчество и фамилию ребенка, поэтому родители ребенка должны решить эти вопросы до прихода в ЗАГС. В ЗАГС может обратиться один из родителей ребенка. При оформлении свидетельства о рождении не предусмотрено никаких пошлин. Для получения свидетельства о рождении ребенка родители должны предоставить органам ЗАГС следующие документы:

- справку о рождении из родильного дома;
- документы, удостоверяющие личности родителей или одного из них, если семья неполная;
- свидетельство о браке, если оно имеется.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите уровни оказания перинатальной помощи на современном этапе.
2. Какие задачи призваны решать перинатальные центры?
3. Перечислите порядок действий при первичной обработке пуповины.
4. Перечислите порядок действий при вторичной обработке пуповины.
5. В чем заключается профилактика гонобленнореи?
6. Назовите преимущества совместного пребывания в палате «мать и дитя».
7. Перечислите принципы организации и работы комнаты для сбора, хранения и пастеризации грудного молока.
8. Назовите критерии выписки новорожденного из родильного дома домой.
9. Перечислите основную медицинскую документацию, оформляемую в родильном доме.