

Министерство Здравоохранения Украины
Тернопольский национальный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского Министерства Здравоохранения Украины

на правах рукописи

Alevtina Rubinova

магистерская работа

**ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ
ПОМОЩИ И УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ**

магистр сестринского дела

Научный руководитель:

Тернопольского национального
медицинского университета
имени И. Я. Горбачевского

Тернополь – 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1 ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ЗДОРОВЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	8
1.1 Анатомо-физиологические особенности новорожденных, обуславливающие особенности сестринского ухода.....	9
1.2 Медсестринский уход за здоровым новорожденным ребенком.....	12
1.3 Сестринская помощь при налаживании грудного вскармливания.....	24
ГЛАВА 2 ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	29
ГЛАВА 3 НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ.....	30
3.1 Важность неонатального скрининга в диагностике наследственных заболеваний.....	30
3.2 Группы заболеваний, которые подлежат скринингу в США, в зависимости от этиологического фактора и принципов лечения.....	32
3.3 Проведение неонатального скрининга в практике медсестры неонатологического профиля.....	35
ГЛАВА 4 ТРАНЗИТОРНЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В МЕДСЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	38
ГЛАВА 5 МЕНЕДЖМЕНТ МЕДСЕСТРЫ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ МАТЕРЕЙ ЗНАНИЙ ОБ УХОДЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ И РАЗРАБОТКЕ СХЕМЫ ИХ ДОСТУПНОГО И КАЧЕСТВЕННОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ.....	47

5.1 Разработка опросника для матерей для выяснения уровня их осведомленности по актуальным вопросам по уходу за новорожденным.....	47
5.2 Оценка результатов анкетирования.....	49
5.3 Памятка для матери по уходу за новорожденным.....	52
ВЫВОДЫ.....	57
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	58

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Эксперты ВОЗ утверждают [28, 29, 33], что для того, чтобы каждый ребенок выжил [10] и развивался, чтобы полностью реализовать свой потенциал, мы должны сосредоточить внимание на улучшении ухода во время рождения и в первую неделю жизни [1, 21, 31, 33].

Высокий уровень предотвратимой смертности и плохое состояние здоровья и благополучия новорожденных и детей в возрасте до пяти лет [10, 29] являются показателями неравномерного охвата жизненно важными мероприятиями и, в более широком смысле, неадекватного социального и экономического развития. Бедность, плохое питание и недостаточный доступ к чистой воде и санитарии - все это вредные факторы, равно как и недостаточный доступ к качественным медицинским услугам, таким как основной уход за новорожденными [21, 28, 29, 33].

Укрепление здоровья, необходимые меры по профилактике заболеваний (например, вакцинация) [22, 23, 25], скрининг и раннее выявление [3, 4, 7, 9], своевременное лечение распространенных детских болезней необходимы для того, чтобы дети не только выживали, но и росли здоровыми [2, 10, 22].

Правильный уход за новорожденным ребенком – это залог его гармоничного развития, профилактики заболеваний и травм [6, 22, 28]. Малыш, который окружен заботой и комфортом меньше капризничает и плачет, больше улыбается и играет, лучше ест и спит [22], давая матери время на отдых и восстановление. Хорошо, когда мама уже имеет опыт ухода за грудными младенцами, часто это бывает когда рождается второй или третий малыш в семье, либо когда рядом находится опытная женщина – мама или бабушка, которая может подсказать и показать, как правильно обращаться и ухаживать за малышом [28]. Однако динамичная современная жизнь часто вносит свои коррективы, и молодая мама может оказаться без

поддержки своих близких в деле ухода и воспитания малыша. Кроме того, даже опытные представители старших поколений иногда имеют не совсем верные представления о том, как обеспечить уход и гигиену малышу, основываясь на современных медицинских представлениях [6, 22].

В первые дни после рождения малыша бывает, что матери не понятно даже как взять ребенка на руки, как малыша правильно купать, умывать и подмывать, очищать ушки и глазки, ухаживать за пупком, переодевать. Простая смена памперса на первых порах может выглядеть как проблема.

В этом случае на помощь приходит опытная медсестра, которая проводит практическую подготовку [2, 6, 8, 22, 31]. Она должна провести не просто беседу или теоретическую лекцию, а осуществлять живое общение с матерью ребенка, где в практическом режиме ей показать и дать самой применить навыки, избавляющие от страхов и неуверенности в своих действиях. Медицинская сестра показывает именно те приемы ухода за ребенком, которые являются правильными с медицинской точки зрения и одновременно облегчают заботу о новорожденном, приносят ему пользу и делают общение с ним максимально приятным и комфортным для мамы [16, 28].

Цель исследования. Изучить особенности работы медсестры в неонатологическом отделении, особенности строения и функционирования организма здорового новорожденного, с целью проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями, правильной и качественной организации ухода за ними. Проанализировать основные проблемы матерей, которые возникают у них при контакте с новорожденным из-за отсутствия опыта и помочь их решить.

Задания исследования.

1. Ознакомиться с особенностями строения и функционирования организма новорожденного.

2. Проанализировать методику правильного ухода за новорожденными и научить этому маму.

3. Проработать вопрос важности грудного вскармливания, обучать матерей, как правильно и комфортно кормить ребенка грудью.

4. Рассмотреть вопрос скринингового обследования новорожденных, ознакомиться с методикой правильного забора крови и оформления бланка для успешной дальнейшей диагностики и выявления больных младенцев.

5. Ознакомиться с преходящими состояниями новорожденных и особенностями ухода за малышом при их возникновении.

6. Провести исследование осведомленности матерей относительно базовых навыков ухода за новорожденным с помощью созданного нами опросника.

Объект исследования. Новорожденные неонатологического отделения, не имеющие нарушений в состоянии здоровья.

Предмет исследования. Особенности сестринского ухода за здоровыми новорожденными, их обследование для раннего выявления возможных заболеваний, обучение матерей, как правильно проводить ежедневный туалет новорожденного, кормить малыша грудью и отличать преходящие состояния от заболеваний, при которых необходимо обращаться к врачу.

Методы исследования: опрос, осмотр, наблюдения, уход, ознакомление с медицинской документацией, диагностические и клинические методы, анкетирование, а также статистический метод.

Научно-практическое значение исследования. Изучены особенности работы медсестры неонатологического профиля, проведено исследование таких актуальных проблем качественного ухода за новорожденными как грудное вскармливание, скрининговое обследование, преходящие состояния; разработан специальный опросник для мам; проведено исследование осведомленности матерей об особенностях ухода

за младенцами, обучено их, как правильно удовлетворять базовые потребности новорожденного, а также консультирование родителей по вопросам состояния здоровья, роста и развития ребёнка на первом месяце жизни.

ГЛАВА 1

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ЗДОРОВЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Несмотря на достаточно хорошие показатели здоровья новорожденных и детей в экономически развитых странах мира, смертность новорожденных составляет 45% всех смертей среди детей в возрасте до пяти лет во всем мире, что приводит к гибели 2,7 миллиона жизней каждый год [10, 29, 32]. Кроме того, 2,6 миллиона младенцев умирают в последние 3 месяца беременности или во время родов (мертвоорожденных), и ежегодно происходит 303 000 случаев материнской смерти [29].

За сведениями ВОЗ, в 2016 году 2,6 миллиона детей умерли в первый месяц жизни от состояний и заболеваний, связанных с отсутствием качественного ухода при родах или квалифицированного ухода и лечения сразу после рождения [29]. Чтобы улучшить ситуацию 194 государства-члена Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения одобрили План действий (резолюция WHA 67.10). План действий для каждого новорожденного (Every Newborn Action Plan - ENAP), возглавляемый ЮНИСЕФ и Всемирной организацией здравоохранения, основывался на рекомендациях экспертов и партнеров, а также на консультациях с участием многих заинтересованных сторон и онлайн-консультации с более чем 300 комментариями заинтересованных сторон. Генеральному директору ВОЗ было предложено отслеживать прогресс в достижении глобальной цели и задач, периодически отчитываясь перед Всемирной ассамблеей здравоохранения до 2030 года.

Двадцать восемь «целевых стран» были нацелены на сбор данных с использованием инструмента отслеживания прогресса. Такое систематическое отслеживание прогресса позволяет оценить статус реализации стратегий ENAP, выявить потребности в технической помощи и

выявить препятствия на пути реализации в соответствии с основными этапами и рекомендациями ENAP [29].

Еще одно направление работы - это качество сети обслуживания. Основная цель сети - расширить фокус внимания с доступа к медицинской помощи, чтобы включить ее качество, на охрану здоровья матери, новорожденного и ребенка, чтобы сократить предотвратимые заболевания и смертность матерей и новорожденных, а также улучшить качество обслуживания каждой матери.

1.1 Анатомо-физиологические особенности новорожденных, обуславливающие особенности сестринского ухода

Новорожденный – ребенок в возрастном периоде с момента рождения, первого вдоха и перевязки пуповины до окончания адаптации организма к новым условиям внеутробной жизни (28 дней) [1, 10].

Главная особенность периода новорожденности – переход ребенка в первые минуты жизни от внутриутробных к внеутробным условиям существования.

Период новорожденности характеризуется рядом морфологических, функциональных и биохимических изменений, возникающих при переходе от внутриутробной жизни к внеутробной. С первым вдохом начинают функционировать органы дыхания. Изменяется кровоток, включается малый круг кровообращения: запусеваются пупочные сосуды, закрывается венозный проток (аранциев проток, соединяющий пупочную и воротную вену), сообщение между предсердиями, артериальный (боталлов) проток – между легочной артерией и аортой, активизируется кровоснабжение печени, функция иммунной системы, включаются в действие механизмы терморегуляции. Происходит принципиальная замена питания ребенка. Если до рождения плод получал питательные вещества через плаценту, то после рождения основной путь их поступления – пероральный, с молоком

матери. Одновременно формируются выделительные функции. В период новорожденности происходит адаптация метаболических процессов, что занимает продолжительное время [2, 10, 22].

Приспособление ребенка к окружающей среде происходит постепенно. Функции основных органов и систем находятся в состоянии неустойчивого равновесия, в связи с чем некоторые физиологические процессы могут легко переходить в патологические. Слабо выраженная иммунологическая защита ведет к повышенной заболеваемости новорожденных тяжелыми септическими и токсико-септическими заболеваниями. Поэтому до приобретения ребенком собственного местного и общего иммунитета естественное вскармливание [2, 8, 16, 31], асептика и антисептика являются решающими в борьбе за снижение неонатальной заболеваемости и смертности [10, 29]. Одна из особенностей неонатального периода – наличие у ребенка так называемых пограничных (парафизиологических) состояний, связанных с первичной адаптацией его к окружающей среде.

В зависимости от гестационного возраста новорожденный может быть доношенным (при сроке беременности 37-42 недели), недоношенным (менее 37 недели) и переношенным (более 42 недели). Кроме того, по степени зрелости, т.е. по функциональному состоянию органов и систем, способных обеспечить внеутробное существование, новорожденных делят на зрелых и незрелых.

Доношенному новорожденному свойствен определеннный комплекс морфофункциональных признаков: масса тела 2700 – 4000 г, длина тела 46 – 53 см, массоростовой показатель более 60, окружность головы 34 – 36 см, окружность груди 32 – 34 см, пропорции тела: высота головы 25% от длины тела (у взрослых 12-13%), длина ноги – 40% от длины тела (у взрослых 50%).

Для доношенного новорожденного характерны бархатистая розовая кожа, покрытая первородной смазкой и незначительным количеством пушковых волос, хорошо выраженная подкожная основа, пупочное кольцо

расположено между мечевидным отростком грудины и лобком, кости эластичные, голова может быть вытянута, туловище и конечности короткие, одинаковые по длине, малый родничок обычно закрыт, грудная клетка имеет вид усеченного конуса, физиологичная частота дыхательных движений – 40-60 в минуту, частота сердцебиений – 140 – 160 в минуту, артериальное давление – 70/35 мм рт. ст., у мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы прикрыты большими. Необходимо отметить, наблюдающийся у новорожденных гипертонус мышц-сгибателей и в связи с этим характерная флексорная поза. Незрелостью головного мозга в новорожденного обусловлены беспорядочные, хаотичные, не носящие целевого характера движения. При рождении у детей имеются только безусловные рефлексы, такие как: сосательный, глотательный, кашлевой, дефекации и др. При осмотре новорожденного с целью оценки выраженности и симметричности безусловных рефлексов могут быть использованы: ладонно – ротовой рефлекс (Бабкина), поисковый, опоры, автоматической походки, ползания по Бауэру, хватательный (Робинсона), Моро и другие.

Из-за преобладания процессов торможения над процессами возбуждения в коре головного мозга, сон новорожденного составляет около 20 – 22 часов в сутки [22].

Незрелость желудочно - кишечного тракта новорожденного (низкая ферментативная активность, слабость гладкой мускулатуры может приводить к функциональным расстройствам пищеварения, срыгиваниям. Частота дефекаций у новорожденных составляет, в среднем, 3-4 раза в сутки, частота мочеиспусканий - 20-25 раз в сутки [1, 5, 6].

1.2 Медсестринский уход за здоровым новорожденным ребенком

Уход за новорожденным имеет очень важное значение для его дальнейшего здоров'я [22, 28]. При при обычном ежедневном уходе за малышом медсестра осуществляет ряд важных задач:

- проводит осмотр новорожденного и может обнаружитьстораживающие признаки в состоянии ребенка;
- учит маму правильному обращению с новорожденным, показывает, как правильно ухаживать за ребенком;
- облегчает работу врача выполнением сортировочной функции, дает возможность врачу выделить больше времени на больных детей.

1. Уход за кожей.

Уход за кожей новорождённых - это не только гигиеническая потребность, а необходимость, так как риск поражения кожи и развития инфекции очень велик.

Факторы, влияющие на состояние кожи ребёнка:

- использование пелёнок, подгузников, пластиковых трусов, под которыми неизбежно возникает более влажная и тёплая среда, нарушается кислотный и водный баланс кожи, увеличивается активность бактерий, что приводит к возникновению раздражения кожи;
- трение между кожей и подгузниками или одеждой, которое увеличивается при влажной коже;
- нарушение нормального состояния кожи из-за недостаточного поступления воздуха, воздействия влаги, мочи, фекалий, частого протирания значительных поверхностей кожи.

Эти факторы ведут к нарушению целостности эпидермиса, увеличению потери влаги кожей, повышению проницаемости кожи для инородных субстанций.

Особенности кожных покровов у новорождённых обуславливают необходимость особого и тщательного ухода. Он должен быть направлен:

- на предотвращение раздражения или повреждения эпидермиса;
- на поддержание необходимой микрофлоры на коже.

В связи с этим при уходе за ребёнком необходимо выполнять следующие задачи:

- предотвращать контакты кожи с выделениями ребёнка (мочой и энзимами кала);
- устранять механические факторы (трение);
- уменьшить воздействие физических факторов (солнечные лучи, влага);
- исключить применение раздражающих и сенсibiliзирующих веществ в уходе за кожей;
- обеспечить приток свежего воздуха к ягодицам;
- создать условия для исключительно грудного вскармливания.

Необходимо ежедневно осматривать подмышечные впадины, область ягодиц, особенно подверженные опрелостям и гнойничковым заболеваниям. Указанные места после обмывания промокают мягким полотенцем или салфеткой. Смазывать детским кремом нужно только тогда, когда имеется сухость кожи, появляются краснота и раздражение. В этих случаях можно использовать и специальные косметические средства для новорождённых, содержащие пантенол, цинк, экстракты трав (календулы, ромашки, алоэ, череды).

Особого ухода требуют кожные складки новорожденного, поскольку в местах естественных складок часто возникают опрелости и раздражения [10, 22, 23].

Алгоритм обработки естественных складок кожи:

- вымыть руки;
- легко вытереть смоченной в чистой кипяченой воде салфеткой места естественных складок малыша;
- промокнуть насухо;

- выдавить немного детского крема из тюбика на руки или высыпать немного присыпки на руки;
- растереть крем или присыпку в руках (дозирование крема или присыпки руками);
- протереть все складки в следующем порядке:
 - заушные;
 - шейная;
 - подмышечные;
 - локтевые,
 - лучезапястные;
 - подколенные;
 - голеностопные;
 - паховые;
 - ягодичные;
- вымыть руки.

Обилие средств и приспособлений для ухода за младенцем позволяет сохранять кожу малыша бархатистой, гладкой, хорошо пахнущей. Однако наличие в них в большом количестве пахучих ароматизаторов может стать источником больших аллергологических и дерматологических проблем для ребёнка [1, 25].

Для того чтобы этого не случилось, необходимо выполнять несколько простых правил.

1. Перед использованием надо изучить состав средства и оценить, нет ли аллергической реакции у кого-то из семьи на какой-либо компонент. Особенно внимательно надо относиться к наличию и ассортименту травяных экстрактов и пахучих веществ.

2. Каждое новое средство мама должна сначала попробовать на себе и оценить все предполагаемые эффекты: насколько сохранилась влажность, нет ли ощущения плохой впитываемости, не появилось ли раздражение на коже.

3. После этого можно нанести средство на небольшой участок кожи малыша и оценить его реакцию.

4. Только после проведения теста можно использовать данное средство для обработки больших участков кожи ребёнка.

В целом современные рекомендации по уходу за кожей детей раннего возраста можно сформулировать следующим образом: стараться как можно меньше раздражать и как можно больше предохранять кожу младенца. Это значит, что если кожа бархатистая и увлажнённая, складочки чистые, промежность сухая, то достаточно проведения общих гигиенических процедур без использования разнообразных косметических средств. При обнаружении малейших признаков раздражения или покраснения необходимо локальное использование средств целенаправленного действия, рекомендованных врачом, по следующим принципам:

- при отсутствии нарушения целостности кожи нанести лечебный крем;
- при нарушении целостности кожи необходимо сначала обработать поверхность дезинфицирующим средством и лишь после этого нанести лечебный крем.

Для уменьшения распространения повреждения и кожной инфекции необходимо все инфицированные участки кожи обрабатывать антисептическим раствором. Перед прогулкой на кожу лица необходимо наносить крем, который сохраняет влагу в коже и уменьшает нарушение целостности верхнего слоя (защитный крем). После прогулки ребёнка следует умыть или обтереть влажной салфеткой, что предпочтительнее, так как высокая жёсткость воды также провоцирует сухость, шелушение и нарушение целостности эпидермиса.

2. Уход за пупочным остатком [6, 22, 28? 33].

Особое внимание необходимо уделять пупочной ранке. Пупочная ранка в норме должна быть сокращенной, т.е. края ранки должны быть сомкнуты. Выделения из ранки могут быть в норме серозно-сукровичными.

Это не опасно, но нужен повторный туалет ранки. Края ранки должны быть такого же цвета, как и окружающая кожа.

Обработка пупочной ранки.

Здоровая пупочная ранка, по современным представлениям, должна обрабатываться только 1 раз в день в течение 10 дней с использованием 3% раствора перекиси водорода и 70% раствора этилового спирта. 1% раствор бриллиантового зелёного или 5% раствор перманганата калия использовать не рекомендуют, так как эти средства окрашивают кожу, поэтому не всегда можно вовремя заметить признаки воспаления пупка. При этом необходимо лишь осторожно обработать края ранки, а «корочку» отмачивать и удалять не нужно, так как именно под ней активнее всего идёт эпителизация раневой поверхности [33].

Алгоритм обработки пупочной ранки:

- вымыть руки;
- обмакнуть ватную палочку в 3% раствор перекиси водорода;
- промочить ранку.

При этом может появиться немного пенистых выделений. Обильные пенящиеся выделения - настораживающий признак. В этом случае необходимо взять сухую ватную палочку и промокнуть выделения. Потом повторно провести обработку 3% раствором перекиси водорода новой ватной палочкой;

- скинуть ватную палочку;
- новой ватной палочкой промочить ранку 70% спиртом;
- скинуть ватную палочку;
- вымыть руки.

Зияющая пупочная ранка, наличие отёчного края, гиперемия края, особенно распространение гиперемии на околопупочную область, гнойные выделения при надавливании на околопупочную область являются грозными патологическими симптомами, и требуется незамедлительно оповестить врача, так как омфалит может привести к развитию сепсиса

новорождённого. Врач должен решить вопрос о возможности купания ребёнка.

Воспалительные заболевания пупка у новорождённых развиваются по следующим причинам:

- в следствие инфицирования, чаще патогенным стафилококком;
- при нарушении асептики;
- при неудовлетворительной технике обработки пупочного канатика.

В норме пупочная ранка после отпадения остатка пупочного канатика заживает в течение 7-10 дней. При инфицировании заживление пупочной ранки происходит позже, в этой области и в окружающих тканях развивается различной интенсивности воспалительный процесс – омфалит [6, 33]. При омфалите наряду с местными проявлениями наблюдаются и общие симптомы:

- вялость;
- плохое сосание;
- недостаточная прибавка массы тела;
- изменения в периферической крови.

При омфалите показаны антибиотики широкого спектра действия в соответствии с чувствительностью к ним микроорганизмов, выделенных из очага воспаления. Ранку обрабатывают перекисью водорода с закапыванием 96% спирта, возможно также местное применение антибиотиков. Пупочную ранку лучше оставлять открытой. Применяют ультрафиолетовое облучение пупка [6, 28, 33].

3. Уход за слизистой оболочкой ротовой полости новорождённого.

Слизистая оболочка полости рта у младенца очень нежная, легкоранимая, она не требует специальной обработки. В норме у ребёнка на языке и нёбе может быть белёсая слизистая оболочка, что связано с грудным вскармливанием, так же как и присоска на нижней губе в виде небольшого белёсого пузыря. Это следует отличать от творожистого налёта, при снятии которого появляется эрозивная поверхность (снять естественную белёсость

слизистой оболочки невозможно), которая указывает на наличие молочницы.

Молочница - это проявление грибкового воспаления на языке, дёснах и внутренней стороне щёк. Она может возникнуть в результате инфицирования слизистой оболочки ротовой полости при прохождении инфицированных грибком родовых путей, после антибиотикотерапии, но может быть и проявлением становления микробиоценоза ротовой полости, при использовании с первых дней жизни кисломолочных смесей, при недостаточной дезинфекции сосок (особенно в лечебных учреждениях). Это заболевание в целом не очень опасно, однако может мешать ребёнку полноценно сосать. Также при молочнице ребёнок постоянно инфицирует грудь матери. В связи с этим молочница требует своевременного лечения. Питательной средой для роста грибков является молоко, поэтому при появлении во рту ребёнка (на слизистой оболочке щёк, губ и языка) белого творожистого налёта необходимо после каждого кормления удалять остатки молока. Лечение состоит в обработке полости рта противогрибковыми средствами [22, 28].

Для обработки полости рта при появлении молочницы необходимо открыть ротик ребёнка. Легче всего это сделать, используя приём под названием «рефлекс Бабкина» - нажать на ладони ребёнка и он откроет ротик. Можно нажать большим пальцем на подбородок ребёнка, чтобы он открыл рот.

Алгоритм обработки ротовой полости:

- вымыть руки;
- накрутить на палец стерильный бинт или мягкую чистую ткань;
- обмакнуть обёрнутый палец в противогрибковое средство, которое назначил врач;
- обработать тщательно ротик ребёнка, не стараясь снять налёт, а лишь нанести на него лечебное средство;
- сбросить бинт или ткань;

- вымыть руки;
- процедуру повторять перед каждым кормлением ребёнка;
- соски матери после кормления также необходимо обрабатывать теми же средствами.

Если у мамы нет молока и усилия по сохранению лактации оказались безуспешными, соски, бутылочки для кормления ребёнка следует тщательно кипятить. Стерильные пустышки (их должно быть 5-6) следует менять несколько раз в день, держать в стерильной баночке с закрытой крышкой.

4. Уход за носовыми ходами.

Носовые ходы чистят ватными жгутиками. Каждую ноздрю прочищают отдельным жгутиком.

Алгоритм обработки носа:

- приготовить тугий ватный жгутик;
- смочить жгутик в стерильном растительном масле;
- вращательными движениями продвинуть жгутик вглубь носового хода на 1-1,5см.

5. Уход за слизистой оболочкой глаз.

Если патологии нет, то туалет глаз стоит проводить однократно утром после сна, протирая каждый глазик смоченным в воде ватным тампоном по верхнему и нижнему веку в направлении от наружного к внутреннему углу глаза. Каждый глаз следует обрабатывать отдельным тампоном.

При наличии выделений нужно промыть глаза. Для обработки глаз, как правило, используют 1% раствор фурацилина. Раствор хранится одни сутки, и каждый день надо готовить новый из расчёта 1 таблетка фурацилина на стакан кипяченой воды. Промывание глаз можно проводить многократно, по мере необходимости, т.е. по мере образования выделений.

Алгоритм обработки глаз:

- вымыть руки;

- смочить ватный тампон в растворе и промыть один глаз от наружного угла глаза к внутреннему;
- выбросить использованный ватный тампон;
- взять другой тампон;
- смочить в растворе;
- промыть другой глаз от наружного угла глаза к внутреннему;
- выбросить использованный тампон;
- вымыть руки.

При появлении гнойного отделяемого из глаз необходимо проконсультироваться с врачом. При назначении глазных капель закапывание в глаза проводят следующим образом: положить ребёнка на пеленальный столик, держа флакон с каплями в руке, надо положить руку ему на лоб и закапывать в открытый глаз. Если есть необходимость поднять веки (а это особенно сложно, когда ребёнок плачет), удобнее сделать это большим и указательным пальцами, поместив их у самого края век. Не надавливать на глазное яблоко - для того чтобы поднять веки, достаточно незначительных усилий. Закладывание мази в глаза: мазь закладывается за нижнее веко. Для этого необходимо раскрыть глаз, оттянуть нижнее веко и аккуратно выдавить из тюбика немного мази, распределяя её по всей конъюнктиве от одного угла до другого, закрыть глаз. После закладывания мази глазки младенца будут закрытыми. Процедуру можно повторять не более 2 раз в день.

Если есть риск развития какого-либо глазного заболевания (например, при недоношенности), то первую консультацию проводят ещё в родильном доме [23, 25]. Плановые консультации окулиста у детей без явной патологии проводятся в возрасте одного месяца.

6. Уход за ушными раковинами.

Ушные раковины моют во время купания и протирают наружную часть, если там имеются какие-то отложения, что часто бывает при «затекании» в ушные раковины молока после срыгивания.

Алгоритм обработки ушей:

- приготовить тугие ватные жгутики для каждого уха;
- смочить жгутик стерильным растительным маслом;
- продвинуть его вращательными движениями в глубь слухового прохода на 1-1,5 см.

Категорически запрещается очищать слуховой проход твёрдыми предметами (ватными палочками, например).

7. Уход за ногтями.

Медсестра должна научить маму, как ухаживать за ногтями новорожденного. Если ребенок здоров, он долго не задерживается в больнице, поэтому, как правило, первый раз эту процедуру выполняют уже в домашних условиях. Наиболее подходящим временем для подрезания ногтей является время после купания. Удобнее всего стричь ногти маленькими ножницами или специальными щипчиками. На ручках ногти нужно стричь закруглённо, тогда как на ножках - ровно. В противном случае по бокам ногтей может нарастать кожный валик, а ногти могут врастать. Ногти нельзя стричь коротко, близко к самой коже.

Алгоритм ухода за ногтями малыша:

- обработать режущую часть ножниц спиртом;
- подстричь ногти малыша: на руках - округло, на ногах - прямолинейно.

- Ногти необходимо постригать по мере отрастания, но не реже одного раза в 7-10 дней.

- Стричь ногти нужно маленькими ножницами с закруглёнными или загнутыми концами.

8. Контакт с раздражающими веществами.

Воздействие раздражающих веществ может быть уменьшено путём частой смены подгузников и лёгким очищением кожи [6, 22, 28]. Однако нужно избегать чрезмерной обработки кожи, потому что это может вызвать раздражение, особенно у детей, склонных к аллергическим реакциям. Кроме

этого, полезно нанесение барьерного продукта для уменьшения трения и защиты от раздражающих веществ: детского крема, детской присыпки с крахмалом. При пользовании одноразовыми подгузниками одевать их сразу после нанесения крема нельзя, так как это может только сильнее нарушить целостность кожи ребёнка. Лучше дать ей несколько минут подсохнуть на воздухе или протереть салфеткой с лосьоном. Предпочтительнее использовать тальк или тальк-крем, который лучше всасывает остатки влаги и уменьшает трение и повышенную влажность. Применение крахмала, содержащего более крупные частицы, может привести к его «скатыванию» в области паховых складок и раздражению. Потому после нанесения крахмала и обработки кожи все остатки необходимо удалить.

Но основным в профилактике пелёночного дерматита является предоставление коже возможности свободного поступления свежего воздуха [25, 28]. Однако не всегда можно снять пелёнки, нижнюю одежду малыша, и в этом случае реальную альтернативу представляют современные одноразовые воздухопроницаемые подгузники. Они изготовлены из материала, который позволяет обмениваться газу и парам с окружающей атмосферой, обеспечивает высокую сухость кожи и её минимальное увлажнение. Новейшие изделия имеют суперслой с микропорами, позволяющими поступать и выходить воздуху из подгузника.

Необходимо соблюдать ряд простых правил использования подгузников:

- вовремя менять;
- подбирать их с учётом массы тела ребёнка (эта информация указана на упаковке);
- чередовать смену подгузников с воздушными ваннами. Одноразовые подгузники не вызывают аллергии, более того, защищают кожу ребёнка от раздражения в отличие от тканых пелёнок, которые стирают с различными порошками и мылом.

Менять подгузник необходимо по мере его заполнения (как правило, это приходится делать около 6 раз в день), но каждый раз после опорожнения кишечника младенца. При появлении специфического запаха, при беспокойстве ребёнка, перед сном нужно проверять состояние его кожи и половых органов. Периодичность смены подгузников в значительной мере зависит от возраста ребёнка и объёма его мочевого пузыря. У новорождённого объём мочевого пузыря около 30 мл, а количество мочеиспусканий может быть более 20.

Качественный и своевременный уход за новорожденным [1, 6, 22, 28], обучение мамы основам ухода поможет предупредить возникновение заболеваний и создать благоприятные условия для полноценного развития ребенка.

1.3 Сестринская помощь при налаживании грудного вскармливания

Правила кормления грудью.

1. Следует поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка, ночное кормление – по потребности, не ограничивая частоту и продолжительность кормления. Это возможно при совместном пребывании матери и ребенка.

Ребенок самостоятельно устанавливает режим кормления: в первые дни – от 6-8 до 10-12 раз через 2-3 ч, затем интервалы между приемами пищи увеличиваются. Кормление ночью поддерживает лактацию, так как в это время выделяется больше пролактина. Длительность даже первых кормлений может быть достаточно продолжительной – 10-15 мин. В дальнейшем дети высасывают необходимое количество молока за 15-20 мин и засыпают. Другие сосут дольше, удовлетворяя не только голод, но и сосательный рефлекс. Длительное сосание не будет вредить матери при условии правильного захвата соска и ареолы. Достаточные по частоте и длительности кормления обеспечивают необходимый для ребенка индивидуальный уровень молокообразования [16, 31]. Важно обучить мать отличать «голодный» крик ребенка от крика при кишечных коликах, дискомфорте и др.

2. Состав молока при кормлении меняется. Первые порции содержат много воды и лактозы, последние - богаты жирами. Поэтому кормить ребенка следует попеременно одной и другой грудью, используя в каждое кормление одну молочную железу. Иногда в одно кормление можно давать обе груди. В этом случае грудь, с которой начиналось кормление, дается дольше для наиболее полного ее опорожнения, чтобы ребенок получил более калорийное молоко.

3. Не давать новорожденным другой пищи и питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими

показаниями, так как, потребляя раннее молоко, ребенок получает необходимое количество жидкости [2, 8].

Предоставление ребенку бутылочек с водой, настоями трав, растворами глюкозы и молочных смесей вредно, так как ухудшается сосательная способность новорожденного, а, следовательно, угасает лактация, снижается питательная ценность молока, возрастает риск внесения инфекции и нагрузка на почки новорожденного, изменяется флора кишечника.

4. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, сосок, пустышек. Чередование их с грудью дезориентирует оральную реакцию ребенка и приводит к ослаблению щечных мышц, неправильной технике сосания и, как следствие, утрате желания сосать грудь. Плохое сосание вызывает угасание лактации.

5. Мыть грудь (соски) не более одного-двух раз в день без мыла. Частое мытье, особенно с мылом, удаляет натуральные жиры, которые защищают кожу на сосках. После кормления не следует вытирать соски. Кремы, лосьоны, дезодоранты могут вызвать раздражение кожи, нежелание ребенка брать грудь.

6. Медицинским работникам следует пропагандировать кормление грудью, создавать группы взаимопомощи и поддержки матерей, кормящих грудью. Запретить пропаганду искусственного вскармливания, не давать матерям образцов детских смесей, буклеты о кормлении ребенка из бутылочки.

Обучение матери технике грудного вскармливания.

1. Обеспечить гигиеническое содержание груди. Перед кормлением вымыть руки, сцедить одну-две капли молока (при условии, что молока вырабатывается достаточно).

2. Психологически подготовить мать к кормлению. Обратит ее внимание на то, что образование молока происходит лучше в спокойном состоянии и хорошем настроении.

3. Помочь матери выбрать удобную для кормления позу. Поза должна позволять матери расслабиться и не испытывать напряжения длительное время. Классическое положение кормящая женщина сидит на стуле со спинкой с упором ноги. Можно кормить ребенка лежа или стоя.

4. Придать ребенку правильное положение у груди. Для этого его необходимо повернуть лицом к матери. Голова малыша должна находиться на одной линии с телом. При необходимости его можно поддержать сзади за плечи (но не за затылок). Голова должна иметь возможность свободно откидываться назад.

Позиция ребенка может быть различной (рис. 1).



Рис. 1. Положение при кормлении:

а - классическое; б - из-под руки; в - на руке; г - лежа; д - лежа на спине; е - лежа на животе с опорой на локти; ж - вертикальное (поза «кенгуру»)

5. Обеспечить поддержку груди во время кормления. Рекомендуется положить руку под грудь, пальцы прижать к грудной клетке, большим пальцем поддерживая грудь снизу (рис. 2, а). Большой палец можно расположить в верхней части груди и немного сжать ее. Не рекомендуется держать руку возле соска (рис. 2, б).

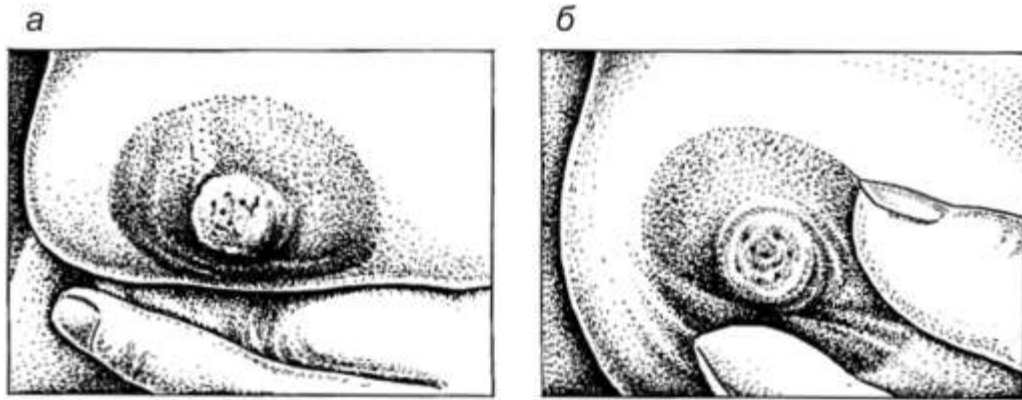


Рис. 2. Поддержка груди: а - правильно; б – неправильно

6. Обучить мать прикладывать ребенка к груди. Для этого следует прикоснуться соском к губам ребенка (лучше к верхней), подождать, пока малыш широко откроет рот, прижать его к себе, поддерживая за спинку, и приложить к груди (но не грудь к ребенку). Нижняя губа должна быть под соском.

7. Обучить ребенка захватывать грудь. С этой целью ребенок должен вытянуть грудь, захватив сосок, ареолу, больше снизу, близлежащий участок груди с млечным синусом и прижать ареолу языком к нёбу (рис.3). При касании соском нёба появляются сосательные движения. После нескольких эффективных сосательных движений полость рта заполняется молоком и ребенок глотает его.

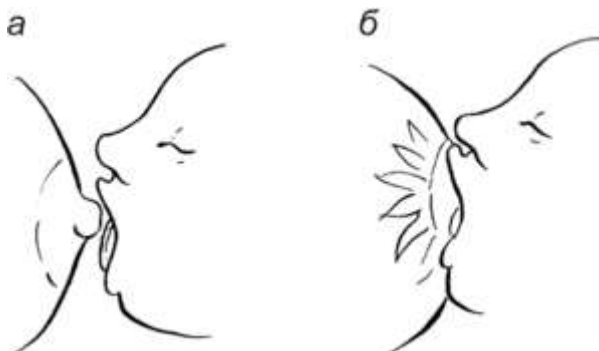


Рис. 3. Прикладывание к груди и извлечение молока (а, б)

Если новорожденный испытывает трудности при захвате ареолы, мать большим и указательным пальцами поддерживает подбородок ребенка, а остальными пальцами - грудь снизу (положение «рука танцора», рис. 4). Придерживать пальцем грудь возле носа ребенка необязательно. Это может привести к извлечению груди изо рта ребенка или ухудшить положение при кормлении.



Рис. 4. Положение «рука танцора»

8. Провести контроль правильности прикладывания и оценить кормление грудью. Во время кормления следует контролировать положение тела, реакцию матери и ребенка, их эмоциональную связь, сосание ребенка, внешний вид молочных желез, продолжительность кормления.

9. Завершить кормление. Насытившись, ребенок выталкивает сосок изо рта. Грудь следует оставить открытой для контакта с воздухом на 10—15 мин. Оставшееся на сосках молоко богато жиром и способно защитить кожу от повреждения.

ГЛАВА 2

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования были новорожденные неонатологического отделения, не имеющие нарушений в состоянии здоровья.

С целью изучения особенностей работы медсестры в неонатологическом отделении, особенностей строения и функционирования организма здорового новорожденного, проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями, правильной и качественной организации ухода за малышами, анализа основных проблем матерей, которые возникают у них при контакте с новорожденным из-за отсутствия опыта и помощи в их решении нами были использованы следующие методы исследования:

- опрос,
- осмотр,
- наблюдения,
- уход,
- ознакомление с медицинской документацией,
- диагностические методы
- клинические методы,
- анкетирование,
- статистический метод.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программного обеспечения «Excel» («Microsoft», США) и «STATISTICA» 10.0 («Statsoft», США).

ГЛАВА 3

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

3.1 Важность неонатального скрининга в диагностике наследственных заболеваний

Неонатальный скрининг проводят в родильном доме, однако некоторым детям по разным причинам его переносят на более поздние сроки, и тогда в амбулаторных условиях необходимо довести до родителей всю важность данного обследования и провести его [11, 14, 17].

Скрининг (от англ. to screen – просеивать) – быстрый, доступный, приблизительный метод обследования с целью выявления нуждающихся в более точной диагностике или помощи [12, 15, 18]. Скрининг в период новорождённости, который проводят в родильных домах – это массовое обследование всех новорождённых с целью раннего выявления наследственных болезней для проведения их своевременного лечения [13, 19, 24].

Современный каталог болезней включает около 2500 наследственных заболеваний. Среди них заметное место занимают наследственные болезни обмена веществ (800), которые, как правило, имеют тяжёлые и во многих случаях фатальные проявления, часто ведут к ранней инвалидизации детей. В то же время для многих наследственных болезней обмена веществ в настоящее время разработаны эффективные методы диагностики, а при ряде заболеваний – и лечения. В связи с этим массовое обследование детей в период новорождённости на наследственную патологию (неонатальный скрининг) имеет большое значение для раннего выявления этих болезней, своевременного лечения, профилактики инвалидности и развития тяжёлых клинических последствий, а также снижения летальности от

наследственных заболеваний [27]. С 2012 года скрининг новорожденного в США является обязательным обследованием для всех младенцев, появившихся на свет на территории страны. С помощью неонатального скрининга выявляются многие генетические болезни. Если начать лечение с первых дней – можно остановить развитие патологии и предупредить опасные для жизни последствия [20, 23, 25].

Впервые у американских новорожденных взяли кровь на анализ в 1962 году. Тест включал в себя только один показатель – фенилкетонурию. С 2012 года скрининг проводится для всех младенцев, родившихся в Америке. С его помощью выявляется более 40 врожденных болезней. На английском языке процедура называется Newborn Screening, также она известна еще как «пяточный тест», т.к. кровь на анализ берется из пятки малыша.

После родов в США ежегодно проверяется 4 млн. новорожденных. У 2-х тысяч из них выявляются врожденные патологии. Программа направлена на исследование именно тех заболеваний, которые поддаются лечению или уменьшению тяжести последствий. Например, синдром Дауна на скрининге не выявляется.

Даже если родители считают себя здоровыми, провести тест новорожденному все равно необходимо. По законам генетики, одна хромосома дается малышу от мамы, вторая – от папы. Родители могут быть носителями дефектных генов, но не знать об этом [25, 26, 30].

Для того, чтобы заболевание отнесли к группе скрининговых, оно должно иметь определенные характеристики, приведенные ниже.

Критерии для проведения массового скрининга новорожденных:

1. Высокая частота заболевания в популяции.
2. Тяжесть клинических проявлений, приводящих к инвалидизации.
3. Наличие эффективных методов лечения.
4. Экономические и доступные методы ранней диагностики.

3.2 Группы заболеваний, которые подлежат скринингу в США, в зависимости от этиологического фактора и принципов лечения

С помощью скрининга в США диагностируют более 40 генетических заболеваний.

Заболевания, включенные в скрининг новорожденных, можно сгруппировать по причине или способу лечения заболевания:

- **Аминоацидопатии:** новорожденные и пациенты с такими заболеваниями не переваривают одну из аминокислот в обычной пище. Поскольку их организм не способен усваивать обычную пищу, им назначается особое питание. Обычно лечением таких детей занимается специалист по обмену веществ или генетик-биохимик.

- **Врожденные инфекционные заболевания:** новорожденные с такими заболеваниями заражены определенными бактериями, вирусами или паразитами. Ребенок может быть заражен во время беременности или родов. Лечением таких детей занимается специалист по инфекционным заболеваниям.

- **Муковисцидоз (CF):** у новорожденных и пациентов с этим генетическим заболеванием нарушено производство вещества, необходимого клеткам легких и кишечника. Без этого вещества в легких образуется толстый слой вязкой слизи, в котором развиваются легочные инфекции. В кишечнике слизь вызывает проблемы с усвоением пищи. Лечением таких детей обычно занимаются пульмонологи или специалисты по муковисцидозу в специализированных центрах.

- **Эндокринопатии:** у новорожденных и пациентов с такими заболеваниями не вырабатывается один из гормонов. Ребенку, организм которого не производит такой гормон, необходима помощь. Обычно ему дают препараты, содержащие необходимый гормон. Лечением таких детей обычно занимается эндокринолог или педиатр.

- Дефицит ферментов, расщепляющих витамины и сахара: новорожденные и пациенты с такими заболеваниями не усваивают определенные виды сахара, витаминов или других питательных веществ. Обычно лечением таких детей занимается специалист по обмену веществ или генетик-биохимик.

- Нарушения окисления жирных кислот: новорожденные и пациенты с такими заболеваниями не могут использовать жиры, отложенные в организме, для получения энергии в случае необходимости. Если человек с таким заболеванием некоторое время не поест, то существует риск того, что важные функции его организма прекратят работу. Обычно лечением таких детей занимается специалист по обмену веществ или генетик-биохимик.

- Гемоглобинопатии: у новорожденных и пациентов с такими заболеваниями существуют изменения красных кровяных телец, которые приводят к таким проблемам, как серповидноклеточная анемия. Это значит, что у ребенка больше вероятность анемии, приступов боли, инсульта и угрожающих жизни инфекций. Лечением таких пациентов обычно занимается гематолог.

- Нарушения обмена органических кислот: новорожденные и пациенты с такими заболеваниями не усваивают аминокислоты с разветвленной цепью или лизины в обычной пище. Такому пациенту необходима помощь: обычно ему дают специальную пищу и проводят лечение. Обычно лечением таких пациентов занимается специалист по обмену веществ или генетик-биохимик.

- SCID, или тяжелый комбинированный иммунодефицит: это заболевание вызывает серьезное поражение иммунной системы. Новорожденные, не получившие лечения, умирают в возрасте нескольких месяцев, потому что не могут побороть обычные инфекции, которыми заражаются все младенцы. Большинство детей, получивших лечение, выживает. Лечение ребенка с SCID включает пересадку костного мозга. Эта процедура помогает ребенку выжить, так как пересаженный костный мозг

способен вырабатывать Т-лимфоциты, которые не производит организм детей с SCID. Лечение таких пациентов обычно занимается педиатр-иммунолог и трансплантолог.

- Нарушения цикла образования мочевины: у новорожденных и пациентов с такими заболеваниями из кровотока не выводится азот. Такие пациенты имеют высокий уровень токсичного аммиака в крови и нуждаются в немедленной помощи. Обычно лечением таких пациентов занимается специалист по обмену веществ или генетик-биохимик.

3.3 Проведение неонатального скрининга в практике медсестры неонатологического профиля

Проведение неонатального скрининга на наследственную патологию основано на определении дефектов ферментов, участвующих в обмене белков и углеводов, в сухом пятне крови на специальной фильтровальной бумаге (тест-бланке). Эти исследования проводят в медико-генетической консультации (центре), куда направляются образцы крови новорождённых.

Обязательным условием точности диагностики является тщательная пропитка кровью пятна на тест-бланке.

Забор образцов крови новорождённым в роддоме, в отделении выхаживания недоношенных или патологии новорождённых в детских больницах осуществляется специально подготовленной медсестрой. Кровь берут из пятки новорождённого через сутки после рождения. Рекомендуется не кормить младенца за 3 часа до анализа.

Алгоритм действий медсестры при взятии образцов крови:

- вымыть руки, надеть перчатки;
- вымыть пятку ребёнка с мылом;
- протереть пятку стерильной салфеткой, смоченной 70% спиртом, промокнуть её сухой стерильной салфеткой;
- проколоть пятку стерильным одноразовым скарификатором;
- снять первую каплю крови стерильным сухим тампоном;
- мягко надавить на пятку для получения второй капли крови;
- приложить перпендикулярно тест-бланк к капле крови и пропитать его кровью насквозь;
- аналогичным образом нанести на тест-бланк 6-8 капель, вид пятен крови должен быть одинаковым с обеих сторон;
- высушить тест-бланк в горизонтальном положении на чистой обезжиренной поверхности в течение 2-3 часов при комнатной температуре без применения тепловой обработки и попадания прямых солнечных лучей;

- упаковать тест-бланки в чистый конверт таким образом, чтобы пятна крови не соприкасались.

Оформление сопроводительной документации.

После забора образцов крови медсестра разборчиво записывает шариковой ручкой на тест-бланке, не затрагивая пятен крови, следующие сведения:

- наименование учреждения, в котором произведён забор образцов крови;
- фамилия, имя матери ребёнка;
- адрес матери ребёнка;
- порядковый номер тест-бланка с образцом крови;
- дата и номер истории родов;
- дата взятия образца крови;
- состояние ребёнка (здоров/болен);
- доношенный/недоношенный (срок гестации);
- масса тела ребёнка;
- фамилия, имя лица, осуществлявшего забор крови.

Затем заполненный бланк с основной информацией о новорожденном, который вместе с тест-бланком запечатывается в конверт, направляется в медико-генетический центр.

Результаты скрининга становятся известны через 2-3 недели ожидания. Информация записывается в медицинскую карту ребенка. Если реакция на какой-то из тестов вышла положительной - маму и папу малыша вызывают в кабинет педиатра. Выявленный показатель в генетическом исследовании не означает тот факт, что у младенца на 100% есть определенное заболевание. В любом случае, необходимо пройти дополнительные процедуры и тесты. Для этого родителям выдается направление на анализы и рекомендации.

При благоприятном результате скрининга, родители запрашивают информацию самостоятельно. Получить выписку можно по почте или в кабинете врача.

ГЛАВА 4

ТРАНЗИТОРНЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В МЕДСЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Адаптация в период новорождённости — совокупность реакций организмов матери и ребёнка, направленных на поддержание физиологических констант. Переход к постнатальной жизни сопровождается множеством изменений физиологических, биохимических, иммунологических и гормональных функций. Состояния, отражающие процесс адаптации к новым условиям жизни, называют переходными (пограничными, транзиторными, физиологическими). Пограничными эти состояния называют потому, что они возникают на границе двух периодов жизни (внутриутробного и внеутробного) и при определённых условиях могут приобретать патологические черты, приводя к заболеванию. Переход из одного состояния в другое достаточно сложен. Пограничные состояния развиваются не у каждого ребёнка, но знание их клинических и параклинических проявлений, лабораторных эквивалентов чрезвычайно важно для медсестры. Наиболее изученные переходные состояния новорождённых:

- транзиторная гипервентиляция и особенности акта дыхания в раннем неонатальном периоде;
- транзиторное кровообращение;
- транзиторная гиперфункция желёз внутренней секреции;
- половой криз;
- транзиторная потеря первоначальной массы тела;
- транзиторное нарушение теплового баланса;
- транзиторные изменения кожных покровов;
- транзиторная гипербилирубинемия;
- транзиторный катар кишечника и дисбактериоз;

- транзиторные особенности метаболизма;
- транзиторные особенности раннего неонатального гемостаза и гемопоэза;
- пограничные состояния новорождённых, связанные с функцией почек.

1. Транзиторное тахипноэ

Первое дыхательное движение происходит по типу гаспс, характеризуется глубоким вдохом, затруднённым выдохом (инспираторная «вспышка») и наблюдается у здоровых доношенных детей в первые 3 ч жизни. Транзиторное тахипноэ нередко возникает у доношенных детей, родившихся в результате кесарева сечения, вследствие задержки резорбции фетальной жидкости в лёгких. Приступы апноэ недоношенных могут иметь место у ребёнка с низкой массой тела при рождении. Этот вид расстройства дыхания в ряде случаев служит симптомом неонатальной патологии (сепсиса, гипогликемии, внутричерепного кровоизлияния и др.) и требует проведения дополнительного обследования.

2. Транзиторное кровообращение.

Внутриутробно функционируют три шунта, облегчающие венозный возврат к плаценте, — венозный поток и два право-левых шунта, уменьшающие ток крови через лёгкие (овальное окно и артериальный проток). У плода кровь оксигенируется в плаценте, возвращается к плоду через пупочную вену, впадающую в воротную вену печени.

С первыми вдохами по времени совпадают глубокие изменения кровообращения новорождённого. Как только устанавливается лёгочный кровоток, возрастает венозный возврат из лёгких, поднимается давление в левом предсердии.

Когда начинается воздушное дыхание, артерии пуповины спазмируются. Плацентарный кровоток уменьшается или прекращается, снижается возврат крови в правое предсердие. Происходит снижение давления в правом предсердии при одновременном его повышении в левом,

поэтому овальное окно закрывается. Анатомическая облитерация отверстия происходит позже, через несколько месяцев или лет. Вскоре после рождения сопротивление кровотоку в большом круге кровообращения становится выше, чем в лёгких направлении кровотока через открытый артериальный проток (ОАП) меняется, создавая шунт крови слева направо. Такое состояние циркуляции называют переходным кровообращением. Оно продолжается примерно сутки, затем артериальный проток закрывается. В течение этого периода возможно поступление крови как слева направо, так и наоборот. Наличием транзиторного кровообращения и возможностью право-левого шунта можно объяснить цианоз нижних конечностей у некоторых здоровых новорождённых в первые часы жизни. После рождения происходит лишь функциональное закрытие фетальных коммуникаций. Анатомическое закрытие артериального (боталлова) протока может происходить ко 2-8-й неделе жизни. Анатомическое закрытие венозного протока начинается на 2-й и наиболее активно происходит на 3-й неделе.

3. Транзиторный гипотиреоз.

Транзиторный гипотиреоз встречается у недоношенных детей, у детей с респираторным синдромом, сепсисом, гипотрофией, инфекционных заболеваниях и у детей от матерей с заболеванием щитовидной железы. Клинические симптомы транзиторного гипотиреоза неспецифичны: вялость, малоподвижность, гипотермия, мраморность кожи, затянувшаяся желтуха, плохой аппетит и низкая прибавка массы тела. Транзиторные нарушения функции щитовидной железы могут продолжаться от несколько дней до несколько месяцев.

Заместительную терапию тиреоидными гормонами проводят так же, как и при врожденном гипотиреозе (ВГ), но обычно к 3-месячному возрасту обнаруживаются признаки гипертиреоза (беспокойство, нарушение сна, тахикардия, потливость, учащение стула, отсутствие прибавки массы тела), сохраняющиеся при снижении дозы тиреоидных препаратов. Уровень ТТГ

в крови на фоне лечения — низкий и не повышается при снижении дозы тироксина и отмене лечения. Коррекция дозы тиреоидных гормонов и их отмена должны проводиться под контролем содержания ТТГ и Т4 в крови. Если оно не изменяется, лечение, хотя бы минимальными дозами тиреоидных гормонов, следует продолжать до 1—2 лет с последующим (через 2—3 мес. после отмены) гормональным обследованием.

4. Половой криз.

Происходит у 2/3 новорождённых (чаще у девочек, редко у недоношенных). Развитие состояния связано с реакцией организма новорождённого на освобождение от материнских эстрогенов.

Нагрубание молочных желёз начинается с 3-4-го дня жизни. Степень нагрубания возрастает к 8-10-му дню жизни, затем стихает. Воспалительных изменений на коже нет, но возможна лёгкая гиперемия. Специального лечения не нужно, но при выраженном нагрубании и отделяемом из желёз бело-молочного цвета требуется обычный туалет, стерильное бельё, сухое тепло в виде тёплой стерильной повязки.

Десквамативный вульвовагинит — обильное слизистое отделяемое серовато-белкового цвета из половой щели у девочек в первые 3 дня жизни, которое постепенно исчезает. Необходимы обычные гигиенические процедуры (подмывание, туалет).

Кровотечение из влагалища (метроррагия) возникает чаще на 4-7-й день жизни девочек, продолжается 1-2 дня. Объём кровотечения — до 1мл. Специального лечения состояние не требует.

Милиа(millia, comedones neonatorum) — бело-жёлтые узелки размером до 2 мм, расположенные на крыльях носа, переносице, в области подбородка, лба. Образования представляют собой сальные железы с выделением секрета и закупоркой выводных протоков. Специального лечения не требуют. Если возникают признаки лёгкого воспаления вокруг узелков, необходимо обрабатывать кожу 0,5% раствором калия перманганата.

5. Транзиторная потеря массы тела.

Транзиторная потеря первоначальной массы тела происходит у всех новорождённых в первые дни жизни и достигает максимальных значений к 3-4-му дню жизни. Максимальная убыль первоначальной массы тела у здоровых новорождённых обычно не превышает 6% (допустимы колебания в пределах 3-10%). Потеря массы тела более 10% у доношенного ребёнка свидетельствует о заболевании или о нарушении ухода за ним. У детей с низкой массой тела при рождении физиологическая убыль массы тела может достигать 14-15%. Убыль массы тела связана с отрицательным водным балансом, катаболической направленностью обмена веществ, потерей воды через кожу, лёгкие и с мочой. Восстановление массы тела у здоровых доношенных новорождённых обычно происходит к 6-8-му дню жизни, у недоношенных — в течение 2-3 нед. Дети, родившиеся с большой массой тела, также медленнее восстанавливают первоначальную массу.

6. Транзиторное нарушение теплового баланса.

Транзиторное нарушение теплового баланса возможно у новорождённых вследствие несовершенства процессов терморегуляции, повышения или понижения температуры окружающей среды, неадекватной адаптации новорождённого. Особенность процесса терморегуляции у новорождённых — высокая теплоотдача по отношению к теплопродукции.

Транзиторная гипертермия возникает обычно на 3-5-й день жизни. Температура тела может подняться до 37,5-38°C. Способствует этому обезвоживание тела ребёнка, нарушения режима, перегревание (температура воздуха в палате для здоровых доношенных новорождённых выше 24°C). Терапевтическая тактика сводится к физическому охлаждению ребёнка, назначению дополнительного питья в виде 5% раствора глюкозы в объёме 50-100 мл.

Транзиторная гипотермия чаще возникает у недоношенных детей, в связи с ещё большей незрелостью процессов терморегуляции по сравнению с доношенными новорождёнными. В связи с этим очень важно создание для

новорождённого комфортного теплового режима(использование лучистого тепла).

7.Транзиторные изменения кожных покровов.

Транзиторные изменения кожных покровов происходят почти у всех новорождённых 1-й недели жизни.

Простая эритема или физиологический катар — реактивная краснота кожи после удаления первородной смазки, первого купания. Эритема усиливается на 2-е сутки, исчезает к концу 1-й недели жизни (у недоношенных детей — через 2-3 нед).

Физиологическое шелушение кожных покровов бывает крупнопластинчатым, мелким или отрубевидным, возникает на 3-5-й день жизни у детей после простой эритемы. Обильное шелушение происходит у переносенных детей. Лечение не нужно, шелушение проходит самостоятельно.

Родовая опухоль — отёк подлежащей части вследствие венозной гиперемии, самостоятельно исчезающий в течение 1-2 дней. Иногда на месте родовой опухоли остаются мелкоточечные кровоизлияния (петехии), которые также исчезают самостоятельно.

Токсическая эритема возникает у многих новорождённых с 1-3-го дня жизни. На коже возникают эритематозные пятна или папулы на фоне эритемы. Эти высыпания обычно локализованы на лице, туловище и конечностях; исчезают уже через неделю. Состояние детей не нарушено. Лечение не требуется.

8.Транзиторная гипербилирубинемия.

Транзиторное повышение концентрации билирубина в крови после рождения связано с высокой скоростью образования билирубина за счёт физиологической полицитемии, малым сроком жизни эритроцитов, содержащих HbF, катаболической направленностью обмена веществ, снижением функциональной способности печени к выведению билирубина,

повышенным повторным поступлением свободного билирубина (СБ) из кишечника в кровь.

Транзиторная гипербилирубинемия возникает у всех новорождённых в первые 3-4 дня жизни, достигая максимума на 5-6 сутки. У половины доношенных и большинства недоношенных детей состояние сопровождается физиологической желтухой. При физиологической желтухе общий билирубин крови повышен за счёт непрямой фракции, в клиническом анализе крови отмечают нормальные значения гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов.

9. Транзиторный катар кишечника.

Транзиторный катар кишечника (физиологическая диспепсия новорождённых, переходный катар кишечника) и транзиторный дисбактериоз — переходные состояния, развивающиеся у всех новорождённых. В момент рождения кожу и слизистые оболочки заселяет флора родовых путей матери. Дальнейшие источники инфицирования — руки персонала, воздух, предметы ухода, молоко матери. Выделяют следующие фазы бактериального заселения кишечника новорождённых:

- I фаза (10-20 ч после рождения) — асептическая;
- II фаза (3-5-й день жизни) — фаза нарастающего инфицирования, происходит заселение кишечника бифидобактериями, кокками, грибами и др.;
- III фаза (конец 1-й-2-й неделя внеутробной жизни) — стадия трансформации, вытеснения других бактерий бифидофлорой, которая становится основой микробного пейзажа.

Молоко матери — ранний поставщик бифидофлоры, поэтому раннее прикладывание к груди матери защищает кишечник ребёнка от обильного заселения патогенной флорой. Расстройство стула наблюдается практически у всех новорождённых в середине 1-й недели жизни. Первородный кал (меконий) стерил. На 3-й день появляется переходный стул с комочками, слизью, водянистым пятном на пелёнке. На 5-6-е сутки жизни стул

кашицеобразный, жёлтый. Транзиторный дисбактериоз — физиологическое явление, но при несоблюдении санитарно-эпидемического режима или дефектах ухода дисбактериоз может стать основой для присоединения вторичной инфекции.

10. Транзиторные особенности обмена веществ.

Катаболическая направленность обмена — переходное состояние, характерное для новорождённых первых 3 дней жизни, когда энергетическая ценность высосанного молока не покрывает даже потребности основного обмена.

Катаболизму первых дней жизни способствует избыток глюкокортикоидов.

Гипогликемия — состояние, часто возникающее в период новорождённости (у 8-11% новорождённых). Критерием неонатальной гипогликемии принято считать содержание глюкозы в крови 2,2 ммоль/л и ниже. Минимальных значений уровень глюкозы в крови достигает на 3-4-е сутки жизни.

Транзиторный ацидоз — пограничное состояние, характерное для всех детей в родах. У здорового новорождённого ацидоз в первые дни жизни обычно компенсирован (рН 7,36), хотя дефицит оснований может достигать 6 ммоль/л. Критический порог дефицита оснований, при котором возможны серьёзные поражения ЦНС у новорождённых, составляет 14 ммоль/л.

Транзиторная гипокальциемия и гипوماгнемия — пограничные состояния, развивающиеся редко, тогда как снижение уровня кальция и магния в крови в первые 2 суток возможно у многих детей. К концу 1-х суток жизни концентрация кальция падает до 2,2-2,25 ммоль/л, магния — до 0,66-0,75 ммоль/л. Нормальные значения для всех возрастных групп: содержание общего кальция — 2,1-2,7 ммоль/л, ионизированного — 1,17-1,29 ммоль/л. К концу раннего неонатального периода нормализуется содержание кальция и магния в крови. Транзиторная гипокальциемия и гипوماгнемия

обусловлена функциональным гипопаратиреозом в раннем неонатальном периоде.

11.Транзиторные состояния, связанные с нарушением функции почек.

Транзиторная протеинурия — у новорождённых первых дней жизни возникает вследствие увеличенной проницаемости эпителия клубочков, канальцев, капилляров.

Мочекислый диатез (мочекислый инфаркт) развивается у трети детей 1-й недели жизни в результате отложения кристаллов мочевой кислоты в просвете собирательных трубочек. Причина — катаболическая направленность обмена веществ, распад большого количества клеток, преимущественно лейкоцитов, из ядер которых высвобождается много пуриновых и пиримидиновых оснований.

ГЛАВА 5

МЕНЕДЖМЕНТ МЕДСЕСТРЫ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ МАТЕРЕЙ
ЗНАНИЙ ОБ УХОДЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ И РАЗРАБОТКЕ
СХЕМЫ ИХ ДОСТУПНОГО И КАЧЕСТВЕННОГО
ИНФОРМИРОВАНИЯ

5.1 Разработка опросника для матерей для выяснения уровня их осведомленности по актуальным вопросам по уходу за новорожденным

В процессе изучения основных должностных обязанностей медсестры неонатологического профиля мы заинтересовались вопросом, насколько важна сестринская роль в обучении матери основам ухода за новорожденным. Для того, чтобы лучше понять, в каком направлении улучшить обучение матерей, нами был разработан специальный опросник. Опросник содержит различные вопросы о понимании матерью базовых вопросов по уходу за ребенком, о состояниях, которые могут возникать у здорового новорожденного. Мы построили вопросы таким образом, чтобы мама могла ответить "да" или "нет", что значительно облегчает опрос.

Опросник

№	Вопрос	Да	Нет
1.	Какой по счету данный ребенок в Вашей семье?		
2.	Есть ли у Вас опыт ухода за новорожденными?		
3.	Есть ли у Вас возможность, чтобы кто-то из родственников помогал Вам по уходу за ребенком после выписки из неонатологического отделения?		
4.	Знаете ли Вы как правильно проводить ежедневный туалет новорожденного?		

5.	Ознакомлены ли Вы с принципами грудного вскармливания?		
6.	Знаете ли Вы для чего проводят скрининговое обследование новорожденных?		
7.	Знаете ли Вы о преходящих состояниях новорожденных?		
8.	Считаются ли преходящие состояния болезнью?		
9.	Понятны ли Вам объяснения медицинских работников о состоянии Вашего ребенка?		
10.	Хотели бы Вы, чтобы Вам больше об'ясняли, как правильно взаимодействовать с новорожденным?		

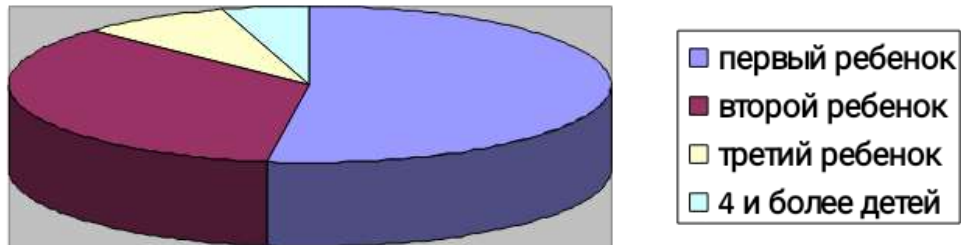
Данный опросник мы предлагали заполнить матерям, которые находились в отделении новорожденных со своими малышами, чтобы мы могли лучше понять какие именно объяснения для них будут актуальны.

5.2 Оценка результатов анкетирования

В анкетировании приняли участие 132 матери.

Подсчитав ответы, мы получили следующие результаты:

1. У 69 матерей (52,3%) данный ребенок первый, у 46 (34,8%) - второй, у 11 (8,3%) - третий, также среди опрошенных было 6 мам (4,6%), у которых 4 и более детей.



2. У 73 мам (55,3%) был опыт ухода за новорожденными, 59 (44,7%) - ухаживают за новорожденным впервые.

3. У 47 мам (35,6%) есть возможность, чтобы кто-то из родственников помогал по уходу за ребенком после выписки из неонатологического отделения, 85 матерей (64,4%) такой возможности не имеют.

4. 54 матери (40,9%) знают, как правильно проводить ежедневный туалет новорожденного, 78 (59,1%) - не знают или сомневаются, что знают, как правильно это делать.

5. 39 матерей (29,6%) ознакомлены с принципами грудного вскармливания, 93 мамы (70,4%) - не знают, как правильно сохранить грудное вскармливание или имеют очень ограниченные знания по этому вопросу.

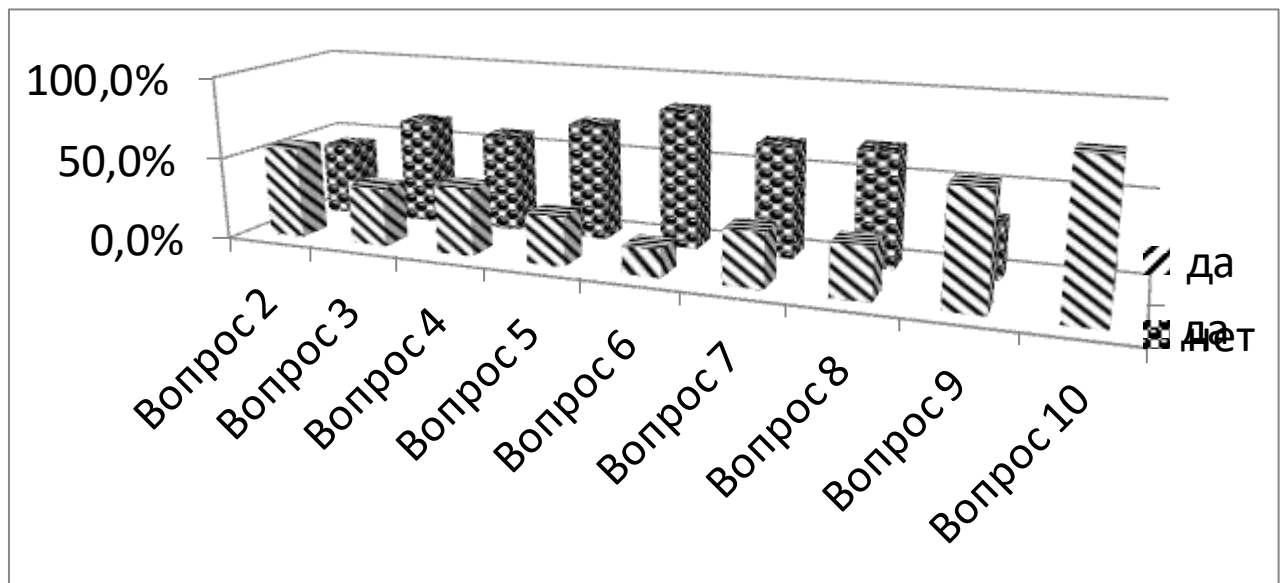
6. 22 матери (16,7%) знают, для чего проводят скрининговое обследование новорожденных, 110 мамы (83,3%) - не знают, для чего нужно данное обследование.

7. 43 мамы (32,6%) знают о преходящих состояниях новорожденных, 89 мам (67,4%) - не знают.

8. 41 мама (31,0%) считает преходящие состояния болезнью, 91 мама (69,0%) считает такое состояния малыша нормой.

9. 89 матерей (67,4%) понимают объяснения медицинских работников о состоянии их ребенка, для 43 мам (32,6%) объяснения медицинских работников не всегда понятны.

10. 117 матерей (88,6%) хотели бы, чтобы им больше об'ясняли, как правильно взаимодействовать с новорожденным, 15 мам (11,4%) считают, что знают достаточно.



Подытожив результаты опроса, мы выяснили, что для большинства матерей данный новорожденный ребенок первый в семье, почти половина опрошенных нами матерей не имеют никакого опыта ухода за новорожденным, большинство матерей не имеют возможности, чтобы кто-то из родственников помогал им по уходу за малышом, не знают рутинных правил ухода за ребенком, как правильно наладить грудное вскармливание, а также потребует дополнительных знаний о скрининге и транзиторных

состояниях новорожденных. Поэтому мы ввели данный перечень актуальных вопросов в разработку памятки для матерей по уходу за новорожденным.

5.3 Памятка для матери по уходу за новорожденным

Мы разработали памятку для матерей, чтобы им легче было понять, как ухаживать за своими новорожденными детьми.

Памятка для матери по уходу за новорожденным

- Гигиена новорожденных

Опрелости, раздражение на коже, частые капризы и даже заболевания – вот последствия неправильной гигиены новорожденных. Для того, чтобы малыш был веселым и здоровым, нужно ухаживать за ним правильно с самых первых дней.

Утренняя гигиена

После того, как малыш проснулся и покушал, нужно:

- промыть глазки;
- почистить по необходимости носик;
- подмыть и протереть складочки маслом.

Перед началом процедуры не забудьте вымыть руки с мылом и обрезать ногти, если это необходимо.

Гигиена глаз

Намочите ватный тампон кипяченой водой, отожмите лишнюю влагу и аккуратно протрите глазки ребенка от наружного края к носику. Для каждого глаза используйте новый тампон.

Гигиена носика

Чистить носик малыша ватными палочками ни в коем случае нельзя! Они могут травмировать ребенка. Если нужно почистить нос от слизи, используйте назальный аспиратор или тонко накрученные ватные жгутики, смоченные в детском масле. Осторожно ввинчивающим движением неглубоко вкрутите жгутик в ноздрю и сразу же доставайте. Для каждой ноздри используйте отдельный жгутик. Также корочки можно размягчить с помощью капель солевого раствора.

Гигиена ушек

Как и носик, ушки чистить с помощью ватных палочек категорически нельзя! Вы можете травмировать ухо и даже повредить слух. Очищать нужно только ушную раковину снаружи. Не касайтесь слухового прохода. Очищайте ушки ватой, смоченной в кипяченой воде. Для каждого ушка – отдельная вата.

Гигиена ногтей

Для стрижки ногтей необходимо приобрести специальные щипчики или ножницы с тупыми концами, предварительно продезинфицировать их спиртом.

Гигиена лица и тела

Вытирайте личико малыша ваткой, смоченной теплой кипяченой водой. Подмойте малыша при необходимости и смажьте складочки ваткой, смоченной в масле. Не забудьте про складочки за ушками и пространство между пальчиками. Не стоит смазывать все тело – в масле нуждаются только складочки ребенка. Одна складочка – один спонжик.

Уход за пупочком

Неонатолог или медсестра при выписке из роддома должны проконсультировать Вас, как ухаживать за пупочком малыша. Часто для ухода за пупочком используют ватные палочки с ограничителем, которые смачивают в перекиси или спиртовом растворе календулы. Ватным тампоном осторожно уберите остатки раствора и корочек.

Важно! Если цвет кожи вокруг пупочка изменился, необходимо показаться педиатру.

Подмывание малыша

После пробуждения и в течение дня по мере необходимости нужно подмывать половые органы и ягодицы малышей. Подмывание девочки и мальчика несколько отличается. Девочек подмывают спереди назад: от гениталий к попе, чтобы предотвратить попадание микробов из анального отверстия и остатков выделений во внутренние половые органы. Половые губы изнутри вообще не следует протирать.

Не имеет значения, как подмывать мальчика: спереди назад или наоборот. Современные педиатры утверждают, что не следует отодвигать крайнюю плоть при интимной гигиене. У многих новорожденных наблюдается физиологический фимоз – крайняя плоть полностью закрывает головку полового члена и неподвижна. При попытке ее отодвинуть, есть вероятность серьезно травмировать ребенка.

Если нет возможности подмыть младенца, то можно использовать влажные салфетки для очищения кожи. После этого дают время коже просохнуть, обрабатывают все складочки и ягодицы присыпкой или кремом под подгузник.

- Как наладить грудное вскармливание?

Грудное вскармливание (ГВ) – естественный процесс, но с его налаживанием могут возникнуть сложности. Мы подготовили основные правила, как успешно наладить кормление с комфортом для мамы и малыша.

1. Прикладывайте ребенка к груди сразу после рождения

По возможности, прикладывайте малыша к груди в первые полчаса-час после рождения. В идеале, ребенка следует положить к маме на грудь, чтобы обеспечить контакт «кожа к коже». Пусть Вас не смущает, если молоко еще не прибыло – молозиво очень полезно и питательно для малыша в первые дни жизни. В начале его совсем мало – но для крохи это количество является достаточным.

Раннее прикладывание обеспечит удачное начало для грудного вскармливания.

2. Прикладывайте ребенка правильно

Правильное прикладывание к груди – главное условие для успешного и комфортного грудного вскармливания. Малыш должен лежать ровно, а его головка не должна запрокидываться назад. Животик должен прижиматься к вашему животу, а носик как будто смотреть на сосок. Заведите руку под голову ребенка и как только он откроет ротик, придвиньте

его головку к груди. Сосок должен быть глубоко во рту малыша, его нижняя губа должна быть вывернута – если все правильно, Вы услышите, как он глотает молоко.

Если самостоятельно приложить ребенка правильно у Вас не получается – обратитесь к врачу-неонатологу, акушерке или консультанту по грудному вскармливанию при роддоме.

3. Кормите по требованию

Прикладывайте кроху к груди по первому его требованию. Чем чаще малыш будет есть, тем больше молока у Вас будет.

Для одного кормления используйте одну грудь, пока она не станет пустой. Ребенок должен сам отпустить сосок.

4. Не используйте пустышки и соски

Всемирная организация здравоохранения не рекомендует использование пустышек и бутылочек, если Вы намерены кормить малыша грудью.

Дело в том, что соски на бутылочках и пустышки способны испортить правильный захват груди у некоторых детей, что в дальнейшем может привести к отказу от груди.

5. Не сцеживайте грудь без необходимости

Сцеживать грудь после каждого кормления не нужно. Сцеживание может вам понадобиться всего в двух случаях:

- если у Вас не получается кормить ребенка в данный момент, но Вы планируете ГВ в дальнейшем;
- если Вы отсутствуете и не можете покормить ребенка сами.
- Для чего необходимо проводить скрининговое обследование новорожденных?

Некоторые генетические заболевания никак не проявляют себя в первые месяцы жизни. В дальнейшем, эти болезни могут привести к умственной и физической неполноценности. Однако если терапия

проводится с первых дней жизни ребенка – многие из выявленных заболеваний успешно лечатся. Поэтому неонатальный скрининг так важен.

- Преходящие состояния новорожденных

Появление малыша на свет — стресс не только для матери, но и для самого ребенка. Процесс прохождения по родовым путям, начало дыхания, встреча с ярким светом, громким звуком, перепадом температуры окружающей среды, переход на новый тип питания требует подключения приспособительных механизмов на всех уровнях, в процессе чего могут возникать так называемые преходящие (транзиторные) состояния новорожденных. Они возникают в течение первых дней после рождения, как правило, не требуют лечения и спустя небольшое количество времени проходят сами собой.

Но если Вас что-то в состоянии ребенка все-таки настораживает, и Вы не можете самостоятельно отличить преходящий состояние от заболевания, необходимо обратиться за консультацией к врачу.

Если у Вас возникли еще вопросы по уходу за новорожденным, обратитесь к медсестре неонатологического отделения или врачу-неонатологу.

В целом, использование различных видов обучения молодых мам, в частности проведение беседы, обучение об уходе за новорожденным, рекомендация специальной литературы, использование памятки для матери по уходу за новорожденным является важной составной комплексного подхода к профилактике различных заболеваний новорожденных и помогает медсестре эффективно справляться с задачей организации медицинской помощи детскому населению.

ВЫВОДЫ

1. Изучено особенности строения и функционирования организма новорожденного.
2. Проанализировано методику правильного ухода за новорожденными и обучено этому маму.
3. Проработано вопрос важности грудного вскармливания, обучено матерей, как правильно и комфортно кормить ребенка грудью.
4. Рассмотрено вопрос скринингового обследования новорожденных, методики правильного забора крови и оформления бланка для успешной дальнейшей диагностики и выявления больных младенцев.
5. Изучено преходящие состояния новорожденных и особенности ухода за малышом при их возникновении.
6. Проведено исследование осведомленности матерей относительно базовых навыков ухода за новорожденным с помощью созданного нами опросника.
7. Выявлено, что использование различных видов обучения молодых мам, в частности проведение беседы, обучение об уходе за новорожденным, рекомендация специальной литературы, использование памятки для матери по уходу за новорожденным является важной составной комплексного подхода к профилактике различных заболеваний новорожденных и помогает медсестре эффективно справляться с задачей организации медицинской помощи детскому населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Baby-Friendly USA. Guidelines and evaluation criteria for facilities seeking Baby-Friendly designation. 2012. Available at: <https://www.babyfriendlyusa.org/get-started/the-guidelines-evaluation-criteria>. Accessed May 5, 2016.
2. Bellù, R., & Condò, M. (2017). Breastfeeding promotion: evidence and problems. *La Pediatria Medica E Chirurgica*, 39(2). <https://doi.org/10.4081/pmc.2017.156>.
3. Blanchard S, Sadilek M, Scott CR, Turecek F, Gelb MH. Tandem mass spectrometry for the direct assay of lysosomal enzymes in dried blood spots: application to screening newborns for mucopolysaccharidosis I. *Clin Chem*. 2008;54(12):2067–2070.
4. Chamoles NA, Blanco MB, Gaggioli D, Casentini C. Hurler-like phenotype: enzymatic diagnosis in dried blood spots on filter paper. *Clin Chem*. 2001;47(12):2098–2102.
5. Codipietro L, Ceccarelli M, Ponzone A. Breastfeeding or oral sucrose solution in term neonates receiving heel lance: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2008;122(3).
6. Stewart D., Benitz W., Newborn C. Umbilical cord care in the newborn infant *Pediatrics*., 138 (2016), p. e20162149.
7. Duffey TA, Bellamy G, Elliott S, Fox AC, Glass M, Turecek F, et al. A tandem mass spectrometry triplex assay for the detection of Fabry, Pompe, and mucopolysaccharidosis I (hurler) *Clin Chem*. 2010;56(12):1854–1861.
8. Eidelman AI, Schanler RJ; Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/129/3/e827pmid:22371471.
9. Elliott S, Buroker N, Cournoyer J, Potier AM, Trometer JD, Elbin C, et al. Pilot study of newborn screening for six lysosomal storage diseases using tandem mass spectrometry. *Mol Genet Metab*. 2016;118(4):304–309.

10. Feldman-Winter L, Goldsmith JP. Committee on fetus and newborn; task force on sudden infant death syndrome. *Pediatrics*. 2016 Sep;138(3):e20161889.
11. Fuller M, Meikle PJ, Hopwood JJ. Epidemiology of lysosomal storage diseases: an overview. In: Mehta A, Beck M, Sunder-Plassmann G, editors. *Fabry disease: perspectives from 5 years of FOS*. Oxford: Oxford PharmaGenesis; 2006.
12. Gelb MH, Scott CR, Turecek F. Newborn screening for lysosomal storage diseases. *Clin Chem*. 2015;61(2):335–346.
13. Kasper DC, Herman J, De Jesus VR, Mechtler TP, Metz TF, Shushan B. The application of multiplexed, multi-dimensional ultra-high-performance liquid chromatography/tandem mass spectrometry to the high-throughput screening of lysosomal storage disorders in newborn dried bloodspots. *Rapid Commun Mass Spectrom*. 2010;24(7):986–994.
14. Li Y, Scott CR, Chamoles NA, Ghavami A, Pinto BM, Turecek F, Gelb MH. Direct multiplex assay of lysosomal enzymes in dried blood spots for newborn screening. *Clin Chem*. 2004;50(10):1785–1796.
15. Matern D, Gavrilov D, Oglesbee D, Raymond K, Rinaldo P, Tortorelli S. Newborn screening for lysosomal storage disorders. *Semin Perinatol*. 2015;39(3):206–216.
16. Miller LW, Philipp BL, Blass EM . Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*. 2002;109(4):590–593pmid:11927701
www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/3/e716pmid:18762508
17. Millington DS, Kodo N, Norwood DL, Roe CR. Tandem mass spectrometry: a new method for acylcarnitine profiling with potential for neonatal screening for inborn errors of metabolism. *J Inher Metab Dis*. 1990;13:321–324.
18. Orsini JJ, Martin MM, Showers AL, Bodamer OA, Zhang XK, Gelb MH, Caggana M. Lysosomal storage disorder 4+1 multiplex assay for screening using tandem mass spectrometry: application to a small-scale population study for five lysosomal storage disorders. *Clin Chim Acta*. 2012;413(15–16):1270–1273.

19. Paciotti S, Persichetti E, Pagliardini S, Deganuto M, Rosano C, Balducci C, et al. First pilot newborn screening for four lysosomal storage diseases in an Italian region: identification and analysis of a putative causative mutation in the GBA gene. *Clin Chim Acta*. 2012;413:1827–1831. doi: 10.1016/j.cca.2012.07.011. –
20. Peake RWA, Bodamer OA. Newborn screening for lysosomal storage disorders. *J Pediatr Genet*. 2017;6:51–60. doi: 10.1055/s-0036-1593843.
21. Resolution WHO 67.10. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/newborn-health#tab=tab_2
22. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. Lori Feldman-Winter, Jay P. Goldsmith, *Pediatrics* September 2016, 138 (3) e20161889.
23. Scott CR, Elliot S, Buroker N, Thomas LI, Keutzer J, Glass M, et al. Identification of infants at risk for developing Fabry, Pompe, or mucopolysaccharidosis I from newborn blood spots by tandem mass spectrometry. *J Pediatr*. 2013;163(2):498–503.
24. Singh S. MO. 2016. Status of screening for recommended disorders in the US conference status of screening for recommended disorders in the US, Jefferson City. 2016.
25. Sista RS, Wang T, Wu N, Graham C, Eckhardt A, Winger T, et al. Multiplex newborn screening for Pompe, Fabry, hunter, Gaucher, and hurler diseases using a digital microfluidic platform. *Clin Chim Acta*. 2013;424:12–18.
26. Spada M, Pagliardini S, Yasuda M, Tükel T, Thiagarajan G, Sakuraba H, et al. High incidence of later-onset Fabry disease revealed by newborn screening. *Am J Hum Genet*. 2006;79(1):31–40. doi: 10.1086/504601.
27. US Department of Health and Human Services. Advisory committee on heritable disorders in newborns and children. <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/mchbadvisory/heritabledisorders/recommendedpanel/index.html>. Accessed 26 Nov 2016.

28. WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2014.
29. WHO. Newborn health. https://www.who.int/health-topics/newborn-health#tab=tab_1
30. Wolfe BJ, Blanchard S, Sadilek M, Scott CR, Turecek F, Gelb MH. Tandem mass spectrometry for the direct assay of lysosomal enzymes in dried blood spots: application to screening newborns for mucopolysaccharidosis II (hunter syndrome) *Anal Chem*. 2011;83(3):1152–1156. doi: 10.1021/ac102777s.
31. World Health Organization . Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998. Available at: www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf. Accessed May 5, 2016
32. World Health Organization ; UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated, and expanded for integrated care. 2009. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf. Accessed May 5, 2016
33. World Health Organization. Care of the umbilical cord: a review of the evidence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998.