

УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
Кафедра дитячих хвороб

Кучерук В.В., Палюк І.І., Маляр В.В.,
Пушкаренко О.А., Косей Г.Б.

**ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ТА
ОБСЛУГОВУВАННЯ
ДІТЕЙ
У ПОЛОГОВОМУ БУДИНКУ
ТА НА ЛІКАРСЬКІЙ ДІЛЬНИЦІ**

*Навчальний посібник з елементами
програмованого контролю для студентів V- VI
курсів медичних вузів, лікарів-інтернів
неонатологів та сімейних лікарів*

2-е перевидання

Ужгород – 2022

УДК: 618.2+ 616-053.31]-082 : 614.2.

ББК: 51.1 (2)4.

К: 71.

Кучерук В.В. – доцент кафедри дитячих хвороб УжНУ.

Палюк І.І. – зав. жіночою консультацією Ужгородського міського перинатального центру, лікар акушер-гінеколог вищої категорії. *i, e*

Маляр В.В. – д.м.н., професор кафедри акушерства та гінекології УжНУ.

Пушкаренко О.А. – к.м.н., доцент кафедри дитячих хвороб УжНУ.

Косей Г.Б. – к.м.н., доцент кафедри дитячих хвороб УжНУ.

“ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ТА ОБСЛУГОВУВАННЯ ДІТЕЙ В ПОЛОГОВОМУ БУДИНКУ ТА НА ЛІКАРСЬКІЙ ДІЛЬНИЦІ”.

Навчальний посібник з елементами програмованого контролю для студентів медичних вузів V-VI курсів, лікарів-інтернів, неонатологів та сімейних лікарів. (2-г перевидання)

Рецензенти:

д.м.н., проф. Горленко О. М. – зав. кафедри дитячих хвороб з дитячими інфекціями УжНУ.

д.м.н., проф. Маляр В.А., – зав. кафедри акушерства і гінекології УжНУ.

Затверджено на засіданні вченої ради медичного факультету УжНУ 20.02. 2020 р. Протокол № 5

Зміст

	Стор.
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ПРЕНАТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ПЛОДА-НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ	5
РОЗДІЛ 2 НЕОНАТОЛОГІЧНА СЛУЖБА.....	25
РОЗДІЛ 3 ОСНОВИ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНОГО ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ В НЕОНАТОЛОГІЧНИХ ВІДДІЛЕННЯХ.....	45
РОЗДІЛ 4 ПЕРИНАТАЛЬНА ДОПОМОГА НОВОНАРОДЖЕНИМ ДІТЯМ НА ПЕДІАТРИЧНІЙ ДІЛЬНИЦІ.....	67

Для становлення здоров'я дитячого організму і відповідно, здоров'я нації перинатальний період є унікальним і непорівнянним ні з якими іншими періодами дитячого віку (Савельєва Г.М. Цибульська І.С.)

ВСТУП

У сучасних умовах необхідне суттєве підвищення вимог до організації медичної допомоги новонародженим дітям на всіх рівнях. Розуміючи, що здоров'я дитини в неонатальному періоді, тобто на першому місяці життя, є запорукою її подальшого фізіологічного розвитку, з точки зору охорони здоров'я новонароджених дітей, слід дотримуватися дуже важливого принципу: ще від початку періоду запліднення (частіше ще й раніше) і далі - та під час пологів, у ранньому неонатальному періоді, а потім і на педіатричній дільниці (або дільниці сімейного лікаря), у медичних працівників має бути чітке порозуміння між акушерсько-гінекологічною, неонатологічною та педіатричною службами. Всі ці служби несуть відповідальність за здоров'я матері та її дитини. Тобто, у роботі цих служб має бути чітка взаємодія! Разом з тим, батьки дитини мають усвідомлювати, що здоров'я та подальший фізіологічний розвиток їхньої дитини, у багатьох випадках, залежить не лише від кваліфікації та якості роботи медичних працівників, але й від порозуміння того, що певна доля (на практиці інколи це "лева" доля щодо здоров'я дитини) залежить, перш за все, від батьків! Висновок з цього положення однозначний: сумлінне та якісне спостереження і проведення профілактики можливих патологічних станів, як в антенатальному, так і постнатальному періодах (деякі з них є критичними для життя дитини і вимагають проведення невідкладної допомоги), а також стан здоров'я батьків і, перш за все майбутньої матері, є запорукою нормального розвитку дитини.

Виходячи з вищенаведеного, усвідомлюємо, що стан здоров'я дитини неонатального віку є найбільш відповідальним як для медичної служби, і перш за все, акушерсько-гінекологічної, а далі - неонатологічної та педіатричної (або сімейної медицини), так і батьків дитини.

Неонатальний період є найбільш відповідальним періодом розвитку новонародженої дитини, який передбачає розвиток дитини з моменту народження і протягом майже всього першого місяця життя. Наука ж про новонароджену дитину має назву "Неонатологія", яка вивчає як фізіологію, так і патологію новонароджених дітей, вплив перебігу вагітності та пологів на стан здоров'я дитини з метою забезпечення фізіологічного догляду, вигодовування та надання своєчасної кваліфікованої медичної допомоги дитині у випадку її необхідності. Кардинальним висновком з вищенаведеного є те, що фізіологічний перебіг внутрішньоутробного розвитку дитини, фізіологічні пологи, перші хвилини та години життя дитини (при умові її безпосереднього контакту з матір'ю), ранній початок грудного вигодовування, оптимальна фізіологічна неонатальна адаптація та при необхідності, надання ефективної медичної допомоги - все це найбільш важливі фактори в житті новонародженої дитини, які в подальшому визначають її майбутнє здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ПРЕНАТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ПЛОДА-НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Глава 1

Акушерсько-гінекологічна служба

Відомо, що показник перинатальної смертності опосередковано свідчить про рівень медичної допомоги. Так, за останні 25 - 30 років перинатальна смертність в економічно розвинутих країнах знизилася в 4 - 7 разів і на даний час не перевищує 10%. Таке суттєве зниження цього показника зумовлено перш за все широким впровадженням у клінічну практику різних методів оцінки стану плода. Тому, саме пренатальна діагностика є найбільш ефективним засобом профілактики захворювань, спадкової патології та вроджених вад розвитку у дитини.

Згідно сучасних вимог, найбільш ефективною є профілактика пренатальної патології у новонароджених на базі сучасного перинатального центру. До складу перинатального центру входять такі підрозділи як консультативна поліклініка, акушерський та неонатологічний блок, блок (відділення) інтенсивної терапії та реанімації, а також сучасні параклінічні та діагностичні служби.

Характеристика маркерів пренатальної діагностики захворювань плода - новонародженої дитини

(визначаються у сироватці крові матері)

1. Визначення рівня альфа-фетопротеїну (АФП).
2. Визначення рівня естріолу (Е-3).
3. Визначення рівня хоріонічного гонадотропіну (ХчГт).
4. Визначення рівня 17-гідроксипрогестерону (Г7-ОП).

Важливими є й такі методи, як амніоцентез в I та II триместрах вагітності, біопсія ворсин хоріону та плаценти, отримання крові і шкіри плода.

Використання лише таких методів у пренатальній діагностиці дає можливість знизити кількість народжень дітей зі спадковою та вродженою патологією плода приблизно на 30%, причому ефективність досліджень пропорційна повноті охоплення вагітних даними методами. Що стосується хромосомної патології, то при 100% обстеженні вагітних наведеними вище скринінг-тестами, її частоту можливо знизити на 40 - 45%, а дефектів ЦНС - на 85 - 90%. У випадку, коли народжують жінки, вік яких більше 35 років, то (поряд з вищенаведеними скринінг-тестами) доцільно проводити визначення каріотипу плода по клітинах хоріону, плаценти, крові або амніотичної рідини. (Бочков Н.П., Лазюк Г.И. "Вклад генетических факторов в перинатальную и детскую смертность", № 5, 11, 13, 1991).

У виявленні жінок "групи ризику вагітності" щодо народження дітей з вродженою та спадковою патологією вирішальне значення має визначення у сироватці крові матері АФП, ХчГт, 17-ОП та Е-3. Найбільш оптимальним

терміном для проведення такого обстеження вагітної жінки є термін гестації 16- 20 тижнів.

У певних випадках слід проводити й інвазійні методи пренатальної діагностики захворювань у новонароджених дітей. До цих методів відносяться, перш за все, наступні:

1. Біопсія хоріону.
2. Амніоцентез.
3. Плацентоцентез.
4. Кордоцентез.
5. Біопсія шкіри плода.

Сутність сучасної інвазійної пренатальної діагностики полягає в тому, що у випадку наявного цитогенетичного, молекулярно-генетичного, імунологічного, гормонального та інших методів діагностики (що може підтвердити діагноз після народження дитини) і, в той же час, завдяки сучасним методикам пренатальної діагностики (використовуючи той самий маркер), можна визначити вроджену та спадкову патологію у дитини саме під час вагітності. Наприклад, у пренатальному періоді можна діагностувати адреногенітальний синдром (АГС) у дитини. Для цього слід виділити вагітних високого ризику щодо можливого народження дитини з цією аномалією. Пренатальна діагностика АГС проводиться шляхом застосування скринінг-методу (Барашнев Ю.І. (2001): "Визначення 17-гідроксипрогестерону у сироватці крові матері"). При підвищенні концентрації цього маркера у сироватці крові слід визначити цей показник і в амніотичній рідині.

У зв'язку з вищенаведеним, доцільно більш детально розглянути основні властивості маркерів пренатальної діагностики патології плода - новонародженої дитини.

ВЛАСТИВОСТІ МАРКЕРІВ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПЛОДА - НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

1. Альфа-фетопротейн (АФП)

АФП є глікопротеїном з молекулярною масою 65 кДа. (ііптез АФП у плода починається з 5 тижня гестації в жовточному мішку, потім у печінці та шлунково-кишковому тракті. Проникнення АФП у кров вагітної відбувається як через плаценту, пік і безпосередньо з амніотичної рідини.

Вміст АФП у крові вагітної починає зростати з 10 тижня вагітності, а його максимальна концентрація визначається в 32 - 34 тижні, після чого рівень АФП знижується.

Підвищення рівня АФП у сироватці крові вагітної попереджує про можливу аномалію ЦНС (аненцефалія, Spina bifida і a in.). Існує взаємозв'язок між зниженням вмісту АФП у сироватці крові вагітної та синдромом Дауна плода, хоча це не є специфічним для даної аномалії. Такі зміни можуть спостерігатися і при інших патологічних станах плода, супутньої патології у

матері та й у здорового плода. У той же час, слід уточнити діагноз за допомогою УЗД і визначення АФП у амніотичній рідині.

2. Хоріонічний гонадотропін (ХчГт)

ХчГт - глікопротеїд з молекулярною масою 37,9 кДа, що має дві субодиниці - Альфа і Бета, з яких тільки Бета - ланцюжок є специфічним для даного гормону. Синтез гормону починається з моменту імплантації зародка й неухильно зростає з максимумом у 8-10 тижнів вагітності. Потім відбувається його зниження, що утримується протягом остаточного терміну вагітності на рівні 5000-50000 МЕ/мл.

3. Естріол (Е-3) (некон'югований)

Е-3 - стероїдний гормон, який у вагітної жінки синтезується комплексом плацента - плід з метаболітів холестерину матері. У сироватці вагітної естріол (Е-3) - результат одночасної (синхронної) діяльності плаценти та наднирників плода.

Слід враховувати, що при нормальній вагітності продукція естріолу Е-3 підвищується синхронно зі збільшенням терміну вагітності та ростом плода.

4. Амніоцентез, кордоцентез

Показанням для амніоцентезу або кордоцентезу з наступним визначенням каріотипу плода є знаходження у сироватці крові вагітної низького рівня АФП у поєднанні зі зменшенням рівня Е-3 та збільшенням вмісту ХчГт.

Виходячи з вищенаведеного, вважається, що найбільш важливими кількісними маркерами пренатальної діагностики є АФП, ХчГт та Е-3. Саме тому їх слід визначати у вагітних за допомогою показника МоМ (Multiple of Median), тобто відношення індивідуального значення маркера до медіани відповідного нормального ряду, що встановлений до відповідної популяції.

Нормальними значеннями сироваткових маркерів для будь-якого терміну вагітності є показники МоМ від 0,5 до 2,0
(Барашнев Ю.І. - 2001)

Таким чином, визначення рівня альфа-фетопротеїну (АФП), естріолу (Е-3), хоріонічного гонадотропіну (ХчГт) та 17-гідроксипрогестерону (17-ОП) у сироватці крові вагітної, а також проведення амніоцентезу в I та II триместрах вагітності, біопсії ворсин хоріону і плаценти, отримання крові та шкіри плода - все це є тими експрес-маркерами, завдяки яким можна (і потрібно) проводити пренатальну діагностику захворювань у дітей.

З метою своєчасного та всебічного обстеження вагітних на базі перинатальних центрів доцільно проводити їх чіткий моніторинг, основні положення якого наведені в наступній таблиці.

Рекомендоване пренатальне спостереження за вагітними на базі сучасного перинатального центру (Барашнев Б.І, 2001)

ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ (за датою останньої менструації)	МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНОЇ
Первинне звернення (до 12 тижнів. Бажано на IV-VI тижні)	<p align="center"><u>Фізикальне обстеження:</u> Маса тіла, зріст, артеріальний тиск (АТ) на обох руках, пальпація щитовидної залози. молочних залоз, аускультация серця і легень, огляд живота і кінцівок, огляд стоматологом.</p> <p align="center"><u>Гінекологічне обстеження:</u> Бімануальне вагінальне дослідження, цитологічний аналіз вагінальних виділень та мазочків з цервікального каналу (діагностика хламідіозу), визначення конфігурації та розмірів матки і стану придатків, зовнішня пельвіометрія та огляд шийки матки в дзеркалах.</p> <p align="center"><u>Лабораторне дослідження</u> Загальний аналіз крові (ЗЛК), загальний аналіз сечі (ЗАС), тести на сифіліс. ВІЛ, гепатити В і С, ЦМВ і токсоплазмоз, гонорею, антитіла до вірусу краснухи, визначення групи крові та Rh-фактора, туберкулінова проба, тромбоеластограма.</p> <p align="center"><u>Функціональна діагностика</u> УЗД (9-11 тижнів вагітності).</p>
Повторні терпіння (кожні 4 тижні)	<p align="center"><u>Фізикальне обстеження:</u> Визначення АТ на обох руках, огляд і пальпація живота та кінцівок, визначення маси тіла.</p> <p align="center"><u>Лабораторне дослідження:</u> ЗАК та ЗАС</p>
16-20 тижнів	<p align="center"><u>Фізикальне обстеження:</u> Визначення АТ на обох руках, огляд і пальпація живота та кінцівок, визначення маси тіла та аускультация серця плода.</p> <p align="center"><u>Лабораторне дослідження:</u> ЗАК, ЗАС, тести на сифіліс, ВІЛ, гонорею, антитіла до вірусу краснухи (якщо дослідження в 1 триместрі дало відсутність антитіл), цукор крові. АФП, ХІТ, Е-3 та 17-гідроксипрогестерон.</p> <p align="center"><u>Функціональна діагностика:</u> УЗД</p>
Повторні звернення: (кожні 4 тижні до 32 тижнів вагітності)	<p align="center"><u>Фізикальне обстеження:</u> Визначення АТ на обох руках, огляд і пальпація живота та кінцівок, визначення маси тіла та аускультация серця плода.</p> <p align="center"><u>Лабораторне дослідження:</u> ЗАК, ЗАС.</p>
32 - 36 тижнів	<p align="center"><u>Фізикальне обстеження:</u></p>

(кожні 2 тижні)	Визначення АТ на обох руках, огляд і пальпація живота та кінцівок, визначення маси тіла та аускультация серця плода. <u>Лабораторне дослідження:</u> ЗАК, ЗАС. <u>Функціональна діагностика:</u> УЗД. Кардіотокографія.
Повторні звернення (37-40 тижнів)	<u>Фізикальне обстеження:</u> Визначення АТ на обох руках, огляд і пальпація живота та кінцівок, визначення маси тіла та аускультация серця плода. <u>Лабораторне дослідження:</u> ЗАК. ЗАС. <u>Функціональна діагностика:</u> УЗД. Тромбоеластограма.

У I триместрі вагітності за показаннями визначають або проводять:

1. Медико-генетичне консультування.
2. Визначають каріотип подружжя.
3. Проводять НLA-типування подружжя.
4. Проводять визначення гетерозиготного носійства та інвазійну пренатальну діагностику (біопсія хоріона, амніоцентез).
5. Проводять дослідження вовчакового антикоагулянта.

У II триместрі вагітності за показаннями проводять інвазійну пренатальну діагностику:

1. Амніоцентез.
2. Кордоцентез.
3. Біопсія шкіри.
4. Доплерографію.

Як було зазначено вище, до показників антенатального розвитку, які слід визначати у сироватці крові вагітних на 15-20 тижні гестації в умовах перинатального центру відносяться такі як показник альфа-фетопротеїну (АФП), хоріонічного гонадотропіну (ХчГт) та естріолу (Е-3-вільний естріол).

У наступній таблиці наведено медіани АФП, ХчГТ та Е-3 у сироватці крові вагітних на 15-20 тижні гестації (медіана в од/мл) (Immunotech, 1997)

Тижні вагітності	АФП	ХчГт	ВЕстр.
15	32	41,3	4,3
16	34	35,2	4,8
17	36	23,6	5,5
18	40	21,7	6,4
19	45	20,7	7,1
20	49	19,2	8,2

Доцільно визначати і вміст АФП в амніотичній рідині в різні терміни вагітності, середні величини якого (медіана) та їх коливання, згідно даних Н.У. Тица 1986), наведені в наступній таблиці:

Вміст альфа-фетопротеїну (АФП) в амніотичній рідині в різні терміни вагітності

Компонент	Термін вагітності	Медіана	Коливання
АФП, Мг/100 мл	10-12 тижн.	2,4	1,0-5,0
АФП, Мі/100 мл	13-14 тижн.	2,3	1,3-4,1
АФП, Мг/100 мл	15 - 16 тижн.	1,8	0,9 - 3.5
АФП, Мг/100 мл	17 -18 тижн.	1,5	0.6-3,3

Глава 2

Перинатальна диспансеризація

Важливе значення в профілактиці перинатально! патології мік прогнозування її виникнення та розробка критеріїв ранньої цілі поетики порушення стану плода і розвитку новонародженого,

У повсякденній практиці широко застосовуються розроблені математичні моделі й алгоритми прогнозування перинатально! патології при вадах серця у вагітних, гіпертонічній хворобі, оперованому серці, хворобах печінки, нирок, цукровому діабеті, анемії, нейроциркуляторній астенії, звиклому невиношуванні та пізніх гестозах.

На основі морфологічного, гістохімічного та біохімічного досліджень маркерів плаценти розроблені критерії, які дозволяють прогнозувати стан новонароджених, що було підґрунтям для і творення спільно з ученими Великої Британії, так званого, "Сертифіката плаценти", який дає змогу своєчасно провести цілеспрямовані лікувально-профілактичні заходи дітям з груп високого ризику.

За даними директора інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України, д.м.н., проф. Лук'янової Олени Михайлівни комплексний метод оцінки стану плода з урахуванням терміну гестації, який включає клініко-генеалогічний аналіз, ультразвукове дослідження, зокрема й доплерографію, плаценто- і фетометрію, кардіоторакографію з використанням функціональних проб, амніоцентез із подальшим кардіоцитологічним, біохімічним, ендокринологічним, імунологічним і гістохімічним дослідженням навколоплодових вод, імуноферментне визначення утробної інфекції, дозволив підвищити якість діагностики та її імовірності до 95% проти 60-70% у випадках, коли кожний з цих методів застосовується окремо.

Впровадження моніторингової автоматизованої діагностики привело до зниження перинатально! смертності у вагітних груп високого ризику у понад 2 рази.

Принципово новим та перспективним, таким, що підносить на якісно високий рівень систему охорони плода та новонародженого, є вперше розроблений в Україні метод диспансеризації плодів.

Перинатальна диспансеризація дає можливість здійснювати динамічне

спостереження за станом та розвитком плода в різні періоди гестації, виявляти ранні ознаки його ураження, своєчасно проводити профілактику і терапію гіпотрофії, гіпоксії та інших внутрішньоутробних ускладнень.

Фактично, йдеться про встановлення діагнозу дитині ще до її народження, а головне — про диференціацію несумісних з життям аномалій та спадкових захворювань із вадами, які підлягають корекції.

У першому випадку - доцільним є переривання вагітності, в другому - забезпечення пильного нагляду разом із спеціалістами відповідного профілю та надання спеціалізованої допомоги дитині після її народження.

Одне з пріоритетних місць у системі перинатальної диспансеризації посідають програми антенатальної профілактики, які дозволяють ще в період утробного розвитку попередити можливі ускладнення у новонароджених і дітей різних вікових груп.

Створена програма контролю за перебігом і веденням вагітності з високим перинатальним ризиком – **Перинатальний аудит** (рис. 1), основними завданнями якої є:

1. Профілактика важких некомпенсованих форм фетоплацентарної недостатності, орієнтація на виявлення початкових стадій захворювання.
2. Надання кваліфікованої спеціалізованої допомоги при розвитку важких форм фетоплацентарної недостатності.
3. Не допустити ріст сумарного ризику шляхом проведення профілактичних заходів з раннього терміну гестації до пологів.

Далі (див. Малюнок 1) наводимо схему перинатального аудиту (алгоритм диспансеризації плода)

Малюнок 1



Розроблений алгоритм диспансеризації плода дає можливість оптимізувати терміни родорозрішення, прогнозувати невідкладні стани новонароджених з ціллю зниження перинатальних втрат (Батман Ю.А., 2010).

Проведений працівниками Київської медичної академії післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика аналіз дозволив виділити фактори, що підвищують ризик формування пери- і постнатальної патології новонароджених і дітей раннього віку.

Фактори пре - перинатального ризику

Пренатальні фактори ризику:

- мертвонародження в анамнезі;
- народження дітей із вродженими вадами розвитку;
- смерть попередніх дітей в неонатальному' віці;
- невиношування;
- народження дітей з хромосомною патологією в анамнезі матері;
- спадкова патологія в родині;
- вік матері понад 35 років.

Перинатальні фактори ризику:

- екстрагенітальна патологія матері (серцево-судинні захворювання, патологія нирок, хронічні захворювання легенів, ендокринопатії, анемія, коагулопатія);
- хронічна фето-плацентарна недостатність;
- загроза переривання вагітності;
гострі та хронічні уrogenітальні інфекції (хламідійна, мікоплазмова, уреapлазмова, тощо);
- персистенція збудників перинатальних TORCH-інфекції у матері (герпес, цитомегаловірус, токсоплазма, вірус гепатиту В, стрептокок групи В тощо), ризик інфекції у плоду і новонародженого значно підвищений при клінічних епізодах зазначених інфекцій протягом вагітності;
- гестоз;
- кровотеча протягом вагітності;
- ізосенсибілізація за резус-фактором, АВО-системою;
- багатовіддя, маловіддя;
- затримка внутрішньоутробного розвитку плоду;
- неправильне положення плоду;
- передчасне відходження навколоплідних вод;
- відшарування плаценти;
- хронічна внутрішньоутробна гіпоксія;
- гостра інтранатальна гіпоксія;
- патологічні пологи;
- важка перинатальна асфіксія.

Фактори ризику раннього неонатального періоду:

- важка перинатальна асфіксія;
- передчасне народження;

- гестаційний вік 32 тижні і менше, маса тіла 1500 г і менше;
- штучна вентиляція легенів за клінічними показаннями;
- незасвоєння ентерального харчування;
- порушення метаболізму у плоду і новонародженого;
- гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС;
- персистенція в організмі матері перинатальних TORCH-патогенів з клінічними епізодами захворювання протягом вагітності, діагностичним рівнем імуноглобуліну G, наявністю імуноглобуліну M;
- перинатальні крововтрати;
- гіпербілірубінемія;
- вигодовування молочними сумішами.

Всі зазначені фактори ризику зумовлюють формування перинатальної патології, особливо, коли мають місце 3 і більше фвк горів ризику.

Фізіологічна рання постнатальна адаптація новонародженого визначається у таких випадках: народження цінний в термін гестації 38-41 тиждень, фізіологічному перебігу н.п і шості і розвитку плоду відповідно терміну гестації, морфо- функціональній зрілості новонародженого відповідно терміну і << іації, відсутності цианозу, жовтяниці шкіри. При цьому частота дихання має становити 40 за хвилину, частота серцевих скорочень 120-140 за хвилину, ректальна температура 36,5-37,5С, адекватна периферична перфузія, відсутність ризику інфекцій, вроджених аномалій. Здорові новонароджені діти на 4-5 добу життя після вакцинації проти туберкульозу БЦЖ виписуються додому.

Новонароджені з важкою перинатальною патологією, недоношені діти з гестаційним віком 34 тижні і менше, масою тіла 2500 г і менше, які потребують тривалої інтенсивної терапії, інтенсивного виходжування, обстеження переводяться у відділення інтенсивної терапії, патології новонароджених і недоношених дітей дитячих лікарень. Якщо прогноуються пологи високого ризику, вагітну жінку відразу госпіталізують у перинатальний центр.

Після народження здорова новонароджена дитина адаптується до умов позаутробного життя. Фізіологічна постнатальна адаптація складається із становлення дихання, кровообігу, терморегуляції, ентерального харчування, фізіологічної бактеріальної колонізації новонародженої дитини. Ризик порушення ранньої постнатальної адаптації: гіпотермія, гіпоксія, гіперкапнія, гіпоглікемія, перинатальна інфекція.

Неонатальний контроль у пологовому залі

Новонароджені з високим перинатальним ризиком (II-III рівень надання перинатальної допомоги).

1. Оцінка загального клінічного стану дитини:

реакція на огляд, колір шкіри, частота і характер дихання, серцевих скорочень, стан периферичної перфузії, тонус м'язів, фізіологічні рефлексії.

2. Моніторний контроль:

- кардіо-респіраторний моніторинг:

частота дихання;

- частота серцевих скорочень;

- артеріальний тиск;

- температура тіла;

- пульсоксиметрія — з пологового залу, лід час транспортування новонародженого;

- транскутанна газометрія (TcO_2 , $TcPO_2$).

3. Лабораторне обстеження:

- глюкоза крові, загальний білок;

- гемоглобін, гематокрит, еритроцити, тромбоцити, формула крові;

- білірубін крові, фракції;

- гази крові. рН.

4. Параклінічні обстеження:

- рентгенографія;

- нейросонографія;

- ехо-кардіографія.

Інтенсивний догляд новонароджених груп ризику у відділеннях інтенсивної терапії лікувально-профілактичних закладів II-III рівнів

- контроль частоти серцевих скорочень, частоти дихання, артеріального тиску - кардіо-респіраторний моніторинг;

- контроль сатурації гемоглобину киснем SpO_2 ;

- контроль температури тіла;

- контроль рівня глюкози крові, електролітів;

контроль рівня гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту, лейкоцитів, тромбоцитів, формули крові;

- транскутанний моніторинг газів крові;

- кислотно-лужний стан (за показаннями);

- контроль газів крові: PaO_2 , $PaCO_2$;

- контроль білірубину в сироватці крові, біохімічний контроль;

- рентгенографія органів грудної клітини (за показаннями);

- нейросонографія;

- ехо-кардіографія;

- респіраторна підтримка за клінічними та газометричними показаннями: киснева палатка, назальна СРАР-терапія, штучна вентиляція легенів;

бактеріологічне, вірусологічне, імунологічне обстеження, мікробіологічний моніторинг.

Клінічне спостереження: оцінка кольору шкіри, стану периферичної перфузії, гемодинаміки, діурезу, клінічних проявів респіраторного дистресу, тону м'язів, фізіологічних рефлексів, засвоєння ентерального харчування, динаміки маси тіла.

Глава 3

Основні принципи проведення

первинного туалету новонароджених у пологовому залі

Аксіомою в роботі акушер-гінеколога разом з неонатологом у пологовому залі є кваліфіковане проведення первинного туалету новонародженій дитині, що в більшості випадків є запорукою її подальшого фізіологічного розвитку. Разом з тим, якісно проведений первинний туалет дитини ще у пологовому залі має першочергове значення в плані профілактики тих чи інших захворювань.

Первинний огляд новонародженого у пологовому залі

При задовільній ранній фізіологічній адаптації та відсутності патологічних станів медичний догляд здійснюється за відповідними протоколами (наказ МОЗ України № 512 від 04.04.2005 року).

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

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

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

Через 30 хв. після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Ф.№ 097/о).

Після проведення контакту матері і дитини «очі в очі» (але не пізніше першої години життя дитини) акушерка після обробки рук проводить новонародженому профілактику офтальмії із застосуванням 0,5% еритроміцинової або 1% тетрациклінової мазі відповідно до інструкції застосування одноразово.

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

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

Лікар неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер- гінеколог, перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює

первинний лікарський огляд новонародженого за схемою і записує дані огляду в карту розвитку новонародженого.

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

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

Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка

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

Далі наводимо десять кроків теплового ланцюжка, згідно наказу МОЗ України № 512 від 04.04.2005 року.

Десять кроків теплового ланцюжка

1) Тепла пологова кімната (операційна). Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25°С - 28°С. Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2) Негайне обсушування дитини.

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками. Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

3) Контакт "шкіра до шкіри".

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

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30

хвилин після народження в аксиллярній ділянці електронним термометром.

4) Грудне вигодовування.

Грудне вигодовування треба починати як можна раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті "шкіра до шкіри". Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

5) Відкласти зважування та купання.

Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти. Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту "шкіра до шкіри" перед переведенням у палату спільного перебування.

6) Правильно одягнути та загорнути дитину.

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи. У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7) Цілодобове спільне перебування матері та дитини.

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

8) Транспортування в теплих умовах.

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

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

9) Реанімація в теплих умовах.

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

10) Підвищення рівня підготовки та знань.

Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка. Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Здоровий новонароджений не потребує щоденного зважування. Щоденне зважування новонародженої дитини проводять за медичними показаннями. Перед випискою з пологового стаціонару зважування дитини є обов'язковим.

Глава 4

Первинний лікарський огляд новонародженої дитини

Мета первинного лікарського огляду

1. Здійснити комплексну оцінку стану новонародженого за результатами первинного лікарського огляду та з урахуванням даних анамнезу і зробити відповідні призначення щодо подальшого медичного догляду.

2. Визначитись щодо наявності чи відсутності у дитини вроджених аномалій, ознак інфекції, інших патологічних станів, які потребують медичного втручання.

3. Здійснити оцінку адаптації новонародженого.

Організаційні умови здійснення лікарського догляду новонародженого у пологовому залі

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

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

3. Перед оглядом дитини лікар здійснює миття рук та знезараження фонендоскопа.

4. Лікарський огляд новонародженого здійснюється посистемно, не допускаючи переохолодження дитини.

5. Лікар, який здійснив первинний лікарський огляд, записує результати огляду в медичній документації, забезпечує інформування батьків про стан здоров'я дитини на момент огляду.

6. Якщо первинний лікарський огляд новонародженого здійснено лікарем-акушером-гінекологом (у разі відсутності лікаря-педіатра-неонатолога), лікар педіатр-неонатолог оглядає дитину протягом першої доби після народження.

7. У день виписки дитини з пологового стаціонару огляд лікаря-педіатра-неонатолога обов'язковий.

Алгоритм проведення лікарського догляду новонародженої дитини у пологовому залі

Цей процес здійснюється у наступній послідовності:

1. Оцінка кольору шкіри.
2. Оцінка голови та черепа дитини.
3. Оцінка стану черепних швів.
4. Оцінка обличчя.

5. Оцінка ротової порожнини.
6. Оцінка очей.
7. Оцінка зовнішніх органів слуху.
8. Оцінка носа.
9. Оцінка шиї.
10. Оцінка грудної клітки.
11. Оцінка легенів.
12. Оцінка серця
13. Оцінка живота.
14. Оцінка статевих органів та анусу.
15. Оцінка пахової ділянки.
16. Оцінка кінцівок, хребта та суглобів.
17. Оцінка неврологічного статусу.
18. Оцінка фізіологічної адаптації новонародженого.

Розглянемо більш детально кожен ланку алгоритму оцінки стану новонародженої дитини.

Оцінка кольору шкіри

Колір шкіри новонародженої дитини відображає успішність кардіореспіраторної адаптації.

У здорових новонароджених дітей вся шкіра рожева. Це так звана фізіологічна еритема новонароджених.

Під час крику шкіра може набувати легкого ціанотичного забарвлення. Шкіра пальпаторно еластична і може бути вкрита родовою змазкою. Доношені новонароджені мають задовільний тургор м'яких тканин, а у дітей, що народилися при перенесеній вагітності, шкіра суха та може злущуватися, що не потребує лікування. Необхідно звернути увагу на наявність іпіїїа, монголоїдних плям, токсичної еритеми, які не вимагають лікування. Поява жовтяниці в першу добу є патологічною. Звертають увагу на наявність набряків, пальпують лімфовузли. Перевіряється симптом білої плями: у здорової дитини після натискання на м'які тканини пляма зникає через 3 сек. Утримання плями понад 3 сек. свідчить про порушення мікроциркуляції.

Оцінка голови та черепа дитини

Форма голови може бути брахіоцефалічна, доліхоцефалічна. Обвід голови у доношених - 32 - 38 см. За умови наявності родової пухлини або кефалогематоми необхідно відмітити розміри із зазначенням меж та її консистенцію. Визначаються розміри та стан великого тім'ячка і малого тім'ячка (за наявності).

Оцінка стану черепних швів

Сагітальний шов може бути відкритий і ширина його не більше 3 мм. Інші шви черепа пальпуються на межі з'єднання кісток.

Оцінка обличчя

Загальний вигляд визначається відповідно до положення очей, носа, рота, визначають ознаки дизморфії.

Оцінка ротової порожнини

Оцінюють колір слизової (рожева), симетричність кутів рота, цілісність піднебіння та верхньої губи.

Оцінка очей

Звертають увагу на наявність чи відсутність аномалій розвитку та крововиливів у склери, колір склер, симетричність і розміри зіниць, можливі прояви кон'юнктивіту тощо.

Оцінка зовнішніх органів слуху

Під час проведення огляду вух оглядають зовнішній слуховий прохід, форму та положення вушних раковин. Зміна форми і розташування вушних раковин спостерігається при багатьох дизморфічних синдромах.

Оцінка носа

Звертають увагу на форму носа.

Оцінка шиї

При огляді шиї звертають увагу на наявність або відсутність кривошиї.

Оцінка грудної клітки

В нормі грудна клітка циліндричної форми. Нижня апертура розгорнута, положення ребер симетричне і наближається до горизонтального.

Оцінка легенів

Звертається увага на відсутність чи наявність втягнень яремної ямки, міжреберних проміжків, мечеподібного відростка при диханні. Під час аускультатії над легенями вислуховується симетричне пуерильне дихання.

Оцінка серця

Проводиться аускультатія серця дитини, характер тонів, наявність додаткових шумів.

Оцінка живота

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

Оцінка статевих органів та анусу

Статеві органи мають бути чітко сформованими за жіночим або чоловічим типом. У хлопчиків наявність фімозу є фізіологічним. Яєчка у доношених новонароджених пальпуються в калитці. У доношених дівчаток великі статеві губи прикривають малі. Визначають наявність анусу.

Оцінка пахової ділянки

Пульс на стегновій артерії пальпується та перевіряється на симетричність. Зменшення наповнення пульсу може свідчити про коарктацію аорти, а збільшення - про відкриту артеріальну протоку.

Оцінка кінцівок, хребта та суглобів

Звертають увагу на форму кінцівок, можливу клишоногість, кількість пальців з обох сторін на руках та ногах. Перевіряють відсутність вивиху та дисплазії стегон в кульшових суглобах: при розведенні в кульшових суглобах - розведення повне, симптом "кляцання" відсутній. При огляді спини звертають увагу на можливу наявність спино-мозкової кили, дермальних синусів.

Оцінка неврологічного статусу (неврологічне обстеження)

Визначається м'язовий тонус - поза дитини флексорна, при вертикальному підвішуванні - голова на одній лінії з тулубом. Перевіряються фізіологічні рефлекси: пошуковий, смоктальний, долонно-ротний (Бабкіна), хапальний з рук, Моро. Пошуковий, смоктальний та ковтальний рефлекси оцінюють під час годування грудьми.

Показанням до визначення гестаційного віку на підставі огляду є мала маса тіла та невідповідність фізичного розвитку гестаційному віку, визначеному лікарем-акушером-гінекологом.

Оцінка фізіологічної адаптації новонародженого

Показники адаптації, які необхідно визначити під час первинного лікарського огляду, наведено у наступній таблиці.

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

У разі відсутності вроджених вад розвитку або інших порушень в стані дитини, з врахуванням результатів лікарського огляду, та оцінка адаптації новонародженої дитини вважається здоровою на час огляду і може перебувати сумісно із мамою.

Глава 5

Організаційні умови забезпечення спільного перебування матері та новонародженого

Спільним перебуванням слід вважати спільне перебування матері та її дитини в одній кімнаті протягом 24 годин на добу з моменту народження до моменту виписки із стаціонару. Спільне перебування включає в себе такі етапи:

- 1) контакт "шкіра до шкіри" у пологовому залі;
- 2) спільне транспортування дитини із матір'ю в палату спільного перебування;
- 3) виключно грудне вигодовування на вимогу дитини;
- 4) догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини;

- 5) обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- 6) усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на ФКУ та гіпотиреоз тощо) виконуються в палаті спільного перебування в присутності та за дотримання вимоги поінформованої згоди матері;
- 7) температура тіла дитини вимірюється 2 рази на добу. Медична сестра протягом першої доби навчає термометрії матір, і далі мати сама вимірює температуру тіла дитини. Догляд за шкірою і підмивання новонародженого під теплою проточною водою здійснює протягом першої доби медична сестра, навчає матір, яка в подальшому робить це самостійно;
- 8) абсолютними протипоказами до спільного перебування матері та дитини вважаються такі патологічні стани матері, як відкрита форма туберкульозу та гострі психічні захворювання.

Глава 6

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

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

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

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

Під час перетинання та клемування пуповини необхідно чітко дотримуватися основних принципів:

- 1) ретельне миття рук;
- 2) використання тільки стерильних інструментів та рукавичок;
- 3) використання чистого одягу дитини;
- 4) не накривати пуповинний залишок, пупкову ранку підгузниками;
- 5) ретельно стежити за ознаками інфекції: гіперемія; набряк; гнійне або сукровичне виділення, поганий запах.

Вторинна обробка пуповини у пологовому залі

(операційній):

1. Замінити використані рукавички на стерильні перед тим як накласти стерильні затискачі на пуповину.
2. Через 2 години після народження дитини на пеленальному столі перерізати пуповину стерильними ножицями і накласти стерильну одноразову клеми на 0.3 - 0,5 см від пупкового кільця.
3. Обробка культі пуповини антисептиками, антибіотиками недоцільна.

Догляд за пуповинним залишком

1. Обов'язкове та ретельне миття рук медперсоналом і матерями.
2. Пуповинний залишок не треба накривати пов'язками або підгузниками.
3. Немає необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини "шкіра до шкіри" з подальшим спільним перебуванням.
4. За умови відсутності раннього контакту "шкіра до шкіри" матері і дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку та пуповинної ранки розчином бриліантової зелені.
5. Одяг дитини повинен бути чистим.
6. При забрудненні пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою.
7. Необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим.
8. Стежити за імовірними ознаками інфекції.

Догляд за пуповинним залишком

(пупковою ранкою) після виписки з пологового стаціонару

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

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

- не накривати пуповинний залишок (пупкову ранку) підгузниками;
- до загоєння пупкової ранки купати дитину у кип'яченій воді;
- ретельно стежити за імовірними ознаками інфекції.

Глава 7

Догляд за дитиною,

що народилась шляхом операції кесаревого розтину

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

До початку операції (кесарів розтин) акушерка готує набір, в який входять: 3 стерильні пелюшки, чисті шапочка, шкарпетки, сорочечка, ковдра і

викладає в операційній на сповивальний стіл під лампу променевого тепла. Після народження дитина передається лікарем-акушером-гінекологом акушерці (медичній сестрі) в стерильну, попередньо підігріту суху пелюшку. Первинну оцінку стану дитини здійснює лікар педіатр-неонатолог. Акушерка кладе дитину на сповивальний столик з підігрівом під лампу променевого тепла. Проводить обсушування новонародженого сухою стерильною попередньо підігрітою пелюшкою і пелюшка викидається, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, здійснює клемування пуповини, вільно пеленає і вкриває ковдрою. Дитина переводиться в палату спільного перебування, де знаходиться під спостереженням медичної сестри.

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

При наявності умов здійснюється контакт "шкіра до шкіри" дитини з батьком.

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

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

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

Література:

1. Батман Ю. Перинатальна диспансеризація плода и новорождѐнного / Ю. Батман // 3 турботою про дитину. -2010. -№ 2. - С.10-12.

2. Гавриленко Т. Реформа перинатальної допомоги в Україні / Т. Гавриленко // 3 турботою про дитину. - 2010. -№ 9. - С.14-17.

3. Наказ МОЗ України № 512 від 04.04.2005 р. (Первинний огляд новонародженого у пологовому залі).

4. Наказ МОЗ України «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції».№ 52 від 02.02.2011 р.

5. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання» від № 204 від 13.04.2011 р..

6. Мартін Л.Б., Матвієнко О.О., Шатилович К.Л. “Актуальні питання сучасного акушерства”, Львів, видавництво “Світ”, 2008.- 215 с.

РОЗДІЛ 2

НЕОНАТОЛОГІЧНА СЛУЖБА

Глава 1

Оцінка стану дитини неонатологом, зрілість дитини, фази розвитку плода, визначення гестаційного віку

З моменту народження дитини починається період новонародженості (неонатальний період), який триває протягом повних перших 28 діб. Цей період поділяється на ранній та пізній. Ранній неонатальний період триває перші 7 діб життя дитини; пізній - від 7-го до 28-го дня життя.

Ранній неонатальний період є найважливішим у пристосуванні дитини до нових умов життя, що зумовлено його особливостями: початок функціонування малого кола кровообігу та легеневого дихання внаслідок перекриття внутрішньоутробного кровообігу, зміни енергетичного обміну та терморегуляції, перехідні (граничні) стани тощо. Саме в цьому періоді організм дитини переходить на ентеральний тип живлення, а всі основні функції організму перебувають у стані нестійкої рівноваги, що небезпечно для здоров'я дитини цього віку.

Оцінка стану дитини неонатологом

При оцінці стану новонародженої дитини неонатолог обов'язково визначає ступінь її зрілості, функціональну зрілість та гестаційний вік.

I. Зрілість новонародженої дитини визначається морфофункціональною готовністю до позаутробного життя, але при умові раціональної організації харчування та зовнішнього середовища.

На першій добі життя неонатолог проводить оцінку як морфологічної, так і функціональної зрілості дитини. При цьому одночасно можна визначити й гестаційний вік дитини, але крім передчасно народжених дітей.

II. Морфологічна зрілість встановлюється за певними ознаками, які оцінюються у балах (I, 2, 3, 4). При визначенні морфологічної зрілості враховуються такі показники:

1. Форма верхньої частини вушної раковини: пласка, спотворена - 1 бал. неповне закручування частини ребра хряща - 2 бали, неповне закручування всього ребра хряща - 3 бали, виражене закручування всередину всього ребра хряща - 4 бали).

2. Пальпаторна твердість верхньої частини вушної раковини: 1 бал - м'який хрящ, який легко згинається, але самостійно не повертається у вихідне положення; 2 бали — хрящ м'який по ребру, вушна раковина легко згинається і повільно повертається у вихідне положення; 3 бали - ребро хряща тонке, вушну раковину можна зігнути, але вона відразу повертається у вихідне положення; 4 бали - хрящ щільний та еластичний.

3. Стан грудних сосків: 1 бал - сосок ледь помітний і він без ареоли; 2 бали - сосок добре видно і вже прослідковується ареола; 3 бали і більше - сосок чітко видно, а край ареоли піднімається над шкірою.

4. Діаметр грудної залози: величина його оцінюється пальпаторно за допомогою великого і вказівного пальців: 1 бал - діаметр грудної залози менше 5 мм; 2 бали - 5 - 10 мм; 3-4 бали - більше 10 мм.

5. Прозорість шкіри (оцінюється під час огляду шкіри живота): 1 бал - видно багато вен із розгалуженнями; також видно й найдрібніші вени; 2 бали - видно вени з розгалуженнями, а найдрібніші - не видно; 3 бали - видно деякі найбільші кровоносні судини; 4 бали - кровоносні судини ледь помітні або їх взагалі не видно.

6. Оцінка нігтів на пальцях рук: 1 бал - нігті не досягають країв пальців; 2 бали - нігті досягають країв пальців; 3-4 бали - нігті переросли кінчики пальців.

7. Оцінка зморшок на підшві (оцінюється при огляді стопи, яка повинна бути максимально випрямлена): 1 бал - глибоких зморшок немає (можливі окремі рожеві лінії); 2 бали - помітні 1 - 2 глибокі поперечні зморшки в ділянці першої третини стопи; 3 бали - помітно більше поперечних зморшок у ділянці другої третини стопи; 4 бали - поперечні та поздовжні зморшки вкривають всю стопу.

8. Стан волосяного покриву (оцінюється при сильному освітленні): 1 бал - волосяний покрив у вигляді довгих та густих смуг вздовж спини та на кінцівках; 2 бали - волосяний покрив поширений, але рідкий (особливо в ділянці нижньої частини спини); 3-4 бали - волосяний покрив рідкий і локалізується лише на плечах та у пахвинних ямках.

III. Функціональна зрілість

Функціональна зрілість новонародженого оцінюється за наступними параметрами:

1. Здатність підтримувати постійну температуру тіла;
2. Наявність смоктального та ковтального рефлексів;
3. Нормальний м'язовий тонус;
4. Остатня рухова активність;
5. Достатні емоційні реакції;
6. Відсутність частих відригувань;
7. Відсутність ціанозу та нападів вторинної асфіксії (апное).

IV. Гестаційний вік

Як було зазначено вище, залежно від суми морфологічних критеріїв зрілості можна визначити і гестаційний вік дитини.

1. При сумі балів "8" гестаційний вік становить 27 тижнів і менше;
2. При сумі балів "9 - 10" - 28 тижнів;
3. 11-12 балів - 31 тиждень;
4. 13-14 балів - 32 тижні;
5. 15-16 балів - 33 - 34 тижні;
6. 17-18 балів - 35 тижнів;
7. 19-20 балів - 36 тижнів;

8. 21 - 22 бали - 37 тижнів;
9. 23 - 24 бали - 38 тижнів;
10. 25 балів - 39 тижнів;
11. 26 балів - 40 тижнів;
12. 27 -28 балів-41 і більше тижнів.

Таким чином, незріла новонароджена дитина частіше є недоношеною, але вона може бути й доношеною, розвиток якої ще внутрішньоутробно відбувався в несприятливих умовах, які й зумовили недостатню морфофункціональну зрілість та неповну готовність організму до життя в позаутробних умовах.

Слід враховувати, що можливе народження дитини з малою масою тіла, що не відповідає її гестаційному віку. У цьому випадку говорять про новонароджену дитину з внутрішньоутробною гіпотрофією. Інший варіант, коли дитина при народженні має недостатню масу тіла по відношенню до її гестаційного віку, а морфологічний індекс зрілості відстає на 2 тижні і більше від справжнього гестаційного віку. У цьому випадку говорять про затримку внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР).

Фази розвитку плода - новонародженої дитини

Виділяють наступні періоди (фази, етапи) розвитку новонародженої дитини:

1. Внутрішньоутробний, або антенатальний період

(етап), тривалість якого становить 270 - 280 днів (період від терміну запліднення до початку пологів). Синонім - пренатальний період. Цей етап має наступні фази:

A. Фаза ембріонального розвитку (перші 10-12 тижнів) або ембріональний період - від моменту запліднення до 10 тижнів гестації.

B. Фаза плацентарного або фетального розвитку (плодовий період - від 11 тижнів гестації до моменту пологів) тобто від 3-го міс. внутрішньоутробного розвитку до народження.

Ця фаза поділяється на 2 підперіоди (підфази): ранній - до кінця 28 тижня та пізній - з 28 тижня вагітності до пологів.

2. Інтранатальний період (етап) - починається з появи регулярних переймів і закінчується перев'язкою пуповини (2 -18 год).

3. Постнатальний період (етап) - період після народження дитини.

4. Перинатальний період (етап) - з 22-го повного тижня внутрішньоутробного життя плода (маса тіла плода в нормі 500 г) до закінчення 6 діб 168 годин (7 повних днів після народження).

Що стосується рівня перинатального здоров'я, то він визначається за сукупністю таких показників як:

1. Фізіологічний немедикаментозний перебіг пологів.
2. Ранній та необмежений контакт дитини з матір'ю, раннє прикладання здорової доношеної новонародженої дитини до грудей здорової матері

протягом перших 30 хвилин (за відсутності в неї та дитини протипоказань).

3. Фізіологічна адаптація дитини в ранньому неонатальному періоді.

Перинатальний період поділяють на 3 фази:

1. *Пізній антенатальний період* - 28 - 40 тижнів вагітності.

2. *Інтранатальний період* - з початку пологової діяльності до народження дитини.

3. *Ранній неонатальний період* - до 7 повних днів життя дитини.

Неонатальний період або період новонародженості -

це період з моменту народження дитини до закінчення
повних 28 днів життя.

Причини смертності дітей у періоді новонародженості

Серед причин смертності у періоді новонародженості залишаються актуальними такі патологічні фактори як ускладнення вагітності та пологів, респіраторний дистрес-синдром та асфіксія в пологах, вроджені аномалії розвитку та незрілість дитини.

Глава 2

Перинатальна допомога дітям неонатологічною службою

Перинатальна допомога дітям неонатологічною службою передбачає наступні основні положення:

1. Суворе дотримання гігієнічного і санітарно-протиепідемічного режиму у відділеннях неонатології.

2. Ретельний догляд за дитиною та її якісне виходжування медичним персоналом.

3. При необхідності - якісне лікування новонародженого немовляти.

4. Сумісне перебування здорової доношеної новонародженої дитини разом з матір'ю.

5. Раціональне (грудне) вигодовування дитини в пологовому будинку.

Бажано, щоб дитина у пологовому будинку була постійно з матір'ю (сумісне перебування матері й дитини!). Така організація сприяє зменшенню захворюваності матері й дитини, забезпечує участь матері у догляді за дитиною, обмеженні контакту дитини з медичними працівниками, що зменшує рівень госпітального інфікування (Наказ МОЗ України № 4 від 5.01.1996 р.).

Дослідженнями сучасних та зарубіжних вчених доведено, що ранній та необмежений контакт матері й дитини, раннє прикладання здорової доношеної новонародженої дитини до грудей матері, якісний догляд за дитиною і матір'ю медичним персоналом, при необхідності - проведення ефективної первинної реанімації дитині, а також безумовне дотримання жорсткого санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму в пологовому блоці, акушерських та неонатологічних відділеннях - усе це разом є запорукою

подальшого нормального (фізіологічного) розвитку дитини.

NB! Постійний контакт дитини з матір'ю сприяє оптимізації біоцинозу та зменшенню імовірності розвитку у дитини дизбіозу кишечника, скороченню тривалості соматичних захворювань у дитини, більш інтенсивному додаванню маси тіла під час грудного вигодовування і, в той же час, забезпечує максимально можливі умови для взаємної адаптації матері й дитини до пологового стресу та фізіологічного післяпологового періоду як для матері, так і для її дитини.

У деяких випадках можлива і така ситуація, коли дитину небажано залишати разом з матір'ю. Подібні ситуації можуть виникати, коли у мами після пологів або в її дитини наявні деякі патологічні стани, що можуть обтяжити стан дитини. У зв'язку з цим слід враховувати наступні протипокази:

Протипокази для спільного перебування матері н дитини

I. З боку матері:

1. Тяжкі пізні токсикози вагітності.
2. Екстрагенітальні хвороби в стадії декомпенсації.
3. Оперативні втручання з порушенням гомеостазу.
4. Гострі інфекційні захворювання.
5. Розрив промежини III ст.

II. З боку дитини:

1. Недоношеність IV ст.
2. Вроджена гіпотрофія III ст.
3. Асфіксія (середня і важка).
4. Пологова травма з порушенням діяльності життєво важливих органів.
5. Тяжкі вроджені вади.
6. Гемолітична хвороба новонародженого тяжкого ступеня.
7. Синдром дихальних розладів (СДР) II - III ст.

Неонатальні відділення пологового центру

Такі відділення створюються з метою догляду та лікування дітей, що не можуть перебувати разом із матір'ю.

Неонатальний блок пологового центру

Першочерговим завданням перинатально! служби в Україні є створення спеціалізованих центрів у всіх регіонах нашої держави, впровадження сучасних технологій, відповідне навчання медичного персоналу та покращення матеріально-технічного забезпечення неонатологічної служби в цілому. До складу неонатального блоку входять наступні відділення:

1. Фізіологічне відділення.
2. Відділення патології новонароджених (неінфекційної).
3. ВРІТ (відділення реанімації та інтенсивної терапії") новонароджених.
4. Допоміжні служби (рентген-діагностика, УЗД, ЕЕГ, ЕКС, клінічна,

біохімічна, бактеріологічна лабораторії тощо).

Згідно існуючого положення новонароджені, які потребують тривалого лікування (більше 5 днів) або додаткового діагностичного обстеження, мають бути переведені до відповідного спеціалізованого відділення дитячої лікарні.

У випадку встановлення будь-якого гнійно-септичного або інфекційного захворювання у новонародженої дитини в пологовому будинку, дитина терміново переводиться у відділення патології новонароджених обласних дитячих лікарень, або боксовані палати для новонароджених в дитячі лікарні (дитячі відділення ЦРЛ) для остаточного встановлення діагнозу та лікування.

Що стосується ЦРЛ, то залежно від їх потужності (штати, фінансування, медикаментозне та інше забезпечення тощо), з метою надання кваліфікованої допомоги новонародженим дітям у пологовому будинку в ЦРЛ, повинно бути, як мінімум, відділення патології та фізіології новонароджених, відділення для виходжування недоношених (1-й етап виходжування), блок інтенсивної терапії та реанімації новонароджених.

Під час проектування спеціалізованих відділень пологового центру слід враховувати, що мати і новонароджена дитина повинні знаходитися разом в окремій пачаті.

При вході в палату, має бути окремий санітарний вузол з душем і біде для матерів та окремо вмонтовані в стінку функціональні меблі для зберігання предметів санітарної обробки приміщення.

У палаті для матері з дитиною (у палаті дві мами з дітьми (краще - мати і дитина), має бути функціональний стіл для дитини з місцем зберігання предметів догляду за нею та її білизни, пересувна апаратура, наприклад, апарат фототерапії тощо), ліжко для матері, приміщення для прийняття душу матір'ю, стінна шафа для її речей. Окремими повинні бути і приміщення для брудної та чистої білизни.

У неонатологічному відділенні повинно бути й приміщення для маніпуляційної, окремої "молочної кімнати" для приготування сумішей (у випадку змішаного або штучного вигодовування дитини), а також приміщення, в яке надходить харчування для матерів. Повинен бути й автономний ліфт як для медичного персоналу, так і для технічних цілей, наприклад, доставки забрудненої та чистої білизни.

У неонатальному відділенні бажано мати й кімнату з лоджією для прогулянок матерів (у цій же кімнаті проводиться школа матерів та інші заняття - ЛФК, психологічне розвантаження тощо).

З метою полегшення роботи медперсоналу всі палати слід забезпечити зв'язком-сигналізацією та моніторною системою, пульт якої повинен знаходитися на сестринському посту.

Кількість неонатологічних відділень у пологовому будинку (центрі) залежить від кількості населення, що обслуговує центр, та необхідної

кількості ліжок даного профілю. Основні процедури (у тому числі електрофізіотерапевтичні) слід проводити в основному в палатах.

Вакцинація БЦЖ

Напередодні виписки дитини на педіатричну дільницю (3 - 5 день) їй проводиться профілактичне щеплення проти туберкульозу вакциною БЦЖ. Через 3-5 днів після щеплення дитина виписується додому. Внаслідок цього заходу у дитини через 1,5-2 місяці утворюється імунітет проти туберкульозу.

Вакцина БЦЖ - ослаблені живі бактерії, що попередньо висушені в умовах вакууму із замороженого стану. За своєю сутністю вакцина є зміненим варіантом туберкульозних бактерій бичачого типу з ослабленою вірулентністю. Вакцина випускається в ампулах, кожна з яких містить 1 мг сухої білої маси, що відповідає 20 вакцинальним дозам (до ампули додається розчинник - 2 мл стерильного фізіологічного розчину натрію хлориду). Вакцинація БЦЖ, як правило, не дає ускладнень, які, однак, можливі. До таких рідкісних ускладнень належать холодні підшкірні абсцеси, поверхневі виразки на шкірі та (або) розвиток поствакцинального лімфаденіту. У деяких випадках вакцинація БЦЖ не проводиться протягом певного терміну.

Основні показання для відміни щеплення БЦЖ дитини у пологовому будинку:

1. Гострі гнійно-септичні захворювання.
2. Генералізовані TORCH-інфекції.
3. Гіпоксично- ішемічна енцефалопатія (ПЕ).
4. Гемолітична хвороба новонароджених (ГХН).
5. Вроджені ферментопатії.
6. Спадкові імунодефіцитні стани (можливий розвиток БЦЖ - сепсису).
7. Недоношеність при масі тіла менше ніж 2300 г.

Вакцинація цих дітей проти туберкульозу може проводитися (і проводиться) не раніше ніж через 1-3 місяці після їх клінічного одужання, але лише після узгодження з дитячим фтизіатром.

Методика проведення вакцинації БЦЖ

Вакцина БЦЖ уводиться внутрішньошкірно в дозі 0,1 мл (відповідає 0,05 мг вакцини) на межі верхньої та середньої третини лівого плеча після обробки шкіри 70% спиртом. На місці введення вакцини повинна утворитися папула діаметром 5-6 мм білуватого кольору, яка через 15-20 хвилин зникає (через 4-6 тижнів після вакцинації, на місці щеплення з'являється інфільтрат діаметром 5-8 мм з невеличким вузликом в центрі та кірочкою або без неї - це нормальна реакція на щеплення, і звичайно вона приймає зворотний розвиток без будь-якого лікування).

Згідно вимог МОЗ, новонародженій дитині також слід зробити щеплення проти гепатиту "В". Щеплення проводиться на першій добі життя (12-та година життя) у дозі 0,5 мл.

Відділення інтенсивної терапії та реанімації

Відділення інтенсивної терапії та реанімації (або БІТ) новонароджених створюються в міських та обласних пологових будинках. У БІТ повинно бути достатньо площі для необхідної апаратури, спеціальне приміщення для лабораторної експрес-діагностики та відповідні умови для розміщення й проведення рентгенологічного та УЗД-обстеження дитини. У великих перинатальних центрах поряд з вищенаведеними методами діагностики бажано застосовувати і найсучасніші методи параклінічної діагностики (КТ, магнітний резонанс та Ін.). У відділенні, поряд з БІТ, повинна бути кімната для відпочинку медичних сестер.

Тестові запитання для самоконтролю

1. Найбільш важливими факторами в житті новонародженої дитини, які в подальшому визначають її майбутнє здоров'я є все перераховане, крім:

A. Фізіологічний перебіг внутрішньоутробного розвитку та фізіологічні пологи;

B. Перші хвилини і години життя здорової доношеної дитини повинні бути в умовах безпосереднього контакту дитини з матір'ю;

C. Перші хвилини і години життя здорова доношена дитина повинна бути відокремлена від матері на 12 годин;

D. Ранній початок грудного вигодовування;

E. Оптимальна фізіологічна неонатальна адаптація та (при необхідності) надання ефективної медичної допомоги;

2. Перинатальний період триває:

A. З 22-го тижня гестації до закінчення першого тижня життя;

B. З 24-го тижня гестації до закінчення першого тижня позаутробного розвитку дитини;

C. З 28-го тижня гестації до закінчення 28 доби життя дитини;

D. З 28-го тижня гестації до закінчення першого тижня позаутробного життя дитини;

E. З 30-го тижня гестації до закінчення першого тижня позаутробного розвитку дитини;

3. Рівень перинатального здоров'я визначається в сукупності наведених показників, крім:

A. Перше прикладання здорової доношеної дитини до грудей матері проводиться через 6-12 годин;

B. Фізіологічний немедикаментозний перебіг пологів;

C. Ранній та необмежений контакт дитини з матір'ю;

D. Раннє прикладання здорової доношеної новонародженої дитини до грудей матері протягом перших 30 хвилин (за відсутності в неї та дитини протипоказань);

E. Фізіологічна адаптація дитини в ранньому неонатальному періоді;

4. У сучасних умовах серед причин смертності в період новонародженості залишається актуальним усе перераховане крім:

- A. Ускладнення вагітності та пологів, респіраторний дистрес- синдром та асфіксія в пологах;
- B. Вроджені аномалії розвитку;
- C. Гематологічні захворювання;
- D. Незрілість дитини;
- E. Пренатальні, респіраторні та інші інфекції;

5. Прогнозування перинатальних ускладнень та своєчасне проведення профілактичних і терапевтичних заходів щодо фізіологічного розвитку дитини може забезпечити:

- A. Гінекологічна служба (жіноча консультація);
- B. Акушерська (пологовий будинок);
- C. Неонатологічна (пологовий будинок);
- D. Педіатрична служба (дитяча поліклініка, поліклініка сімейного типу);
- E. Тісна співпраця всіх зазначених служб;

6. Поряд з обробкою пуповини, первинний туалет новонародженого також включає все перераховане, крім:

- A. Профілактику гонобленореї;
- B. Обробку шкіри новонародженого;
- C. Визначення основних антропометричних даних (оцінка фізичного розвитку);
- D. Визначення рН крові;

7. Профілактика гонобленореї в пологовому залі проводиться шляхом:

- A. Закрапування під відтягнуту повіку по 1 краплі 5 % розчину сульфацилу натрію відразу після народження дитини;
- B. По 5 крапель 7 % розчину сульфацилу натрію через 35 хвилин після народження дитини;
- C. По 1 краплі 30 % розчину сульфацилу натрію відразу після народження;
- D. По 3 краплі 30 % розчину сульфацилу натрію через 6 годин після народження дитини;
- E. Закладання тетрациклінової очної мазі за края повік дитини;

8. Новонародженій дівчинці, відразу після народження (у пологовому залі) у статеву щілину закрапується:

- A. 1-2 краплі 0,5 % розчину нітрату срібла;
- B. 1-2 краплі 1-2 % розчину нітрату срібла;
- C. 1 крапля 0,1% розчину нітрату срібла;
- D. 1 крапля 0,2% розчину нітрату срібла;
- E. 1 крапля 0,3% розчину нітрату срібла;

9. Найбільш важливими принципами перинатальної допомоги з боку акушерсько-гінекологічної служби є:

- A. Своєчасне визначення ризику вагітності (жіноча консультація);
- B. Регіоналізація перинатальної допомоги, фізіологічне ведення пологів із

мінімальним втручанням та демедикалізація пологів;

С. Присутність близької людини під час пологів;

Д. Проведення кваліфікованого первинного огляду новонародженої дитини у пологовому залі;

Е. Усі відповіді вірні;

10. Із дотриманням правил асептики та антисептики ще в пологовому залі проводиться всі перераховані антропометричні дослідження дитини, крім:

А. Зважування дитини;

В. Вимірювання довжини тіла;

С. Вимірювання окружності голови та грудної клітки;

Д. Вимірювання окружності плеча та стегна;

Е. Визначення маса/зростового індексу (індекс Kettle);

11. Повторна профілактика гонобленорей проводиться:

А. У відділенні новонароджених через 8 години після перевodu дитини з пологового залу;

В. У відділенні новонароджених через 12 годин після народження;

С. У відділенні новонароджених через 2 години після перевodu дитини з пологового залу;

Д. У пологовому залі;

Е. Не проводиться;

12. У відділенні новонароджених під час щоденного огляду дитини лікар-неонатолог починає огляд з обробки залишку пуповини:

А. Проводить обробку залишку пуповини 5 % розчином перманганату калію і накладає стерильну пов'язку;

В. Проводить обробку залишку пуповини: обробляє культю спочатку 70 % етиловим спиртом (або 3 % розчином перекису водню), потім 5 % розчином перманганату калію, після чого на культю накладає стерильну пов'язку;

С. Проводить обробку залишку пуповини 3 % розчином перекису водню і накладає стерильну пов'язку;

Д. Проводить обробку залишку пуповини 70 % етиловим спиртом і накладає стерильну пов'язку;

Е. Проводить обробку залишку пуповини 40% етиловим спиртом і накладає стерильну пов'язку;

13. Найбільш важливими принципами перинатальної допомоги з боку неонатологічної служби пологового будинку є все перераховане, крім:

А. Ретельний догляд за дитиною, її виходжування медичним персоналом та суворе дотримання гігієнічного і санітарно-протиепідемічного режиму;

В. Окреме перебування здорової доношеної новонародженої дитини і матері;

С. При необхідності - якісне лікування новонародженого немовляти;

Д. Сумісне перебування здорової доношеної новонародженої дитини і матері;

Е. Раціональне вигодовування дитини в пологовому будинку;

14. До соціально-біологічних пренатальних факторів ризику відносяться усі перераховані, крім:

- A. Вік матері до 20 і старше 30 років.
- B. Вік батька до 20 років.
- C. Професійні шкідливості. Шкідливі звички (куріння, алкоголь, наркотики).
- D. Ріст матері менше 150 см, маса на 25% вище норми.
- E. Все перераховане

15. Перинатальний період включає наступні фази розвитку, крім:

- A. Пізній антенатальний період
- B. Інтранатальний період
- C. Ранній неонатальний період
- D. Пізній неонатальний період
- E. Вік дитини 10-12 міс

16. Який термін відповідає інтранатальному періоду?

- A. Період переймів
- B. Початок переймів - 7 днів після народження
- C. 28-й тиждень вагітності - 7 днів після народження
- D. Перший вдих - 28 днів після народження
- E. Початок переймів - перший вдих новонародженого

17. На протязі якого терміну триває антенатальний етап розвитку дитини?

- A. 250 - 260 днів.
- B. 270-280 днів.
- C. 290-300 днів.
- D. 8 міс.
- E. 7 міс.

18. Однократна доза вакцини БЦЖ становить:

- A. 0,5 мл (0,25мг)
- B. 0,1 мл(0,05мг)
- C. 0,2 (0,1 мг)
- D. 0,4 мл
- E. 0,3 мл (0,15мг)

19. Вакцина БЦЖ є:

- A. Живою атенуїрованою вакциною з бичачого штаму бактерій туберкульоза
- B. Вбитою вакциною з людського штама
- C. Живою вакциною з людського штама
- D. Синтетичною вакциною
- E. Напівсинтетичною вакциною

20. До сучасних скринінг-тестів для профілактики пренатальної патології у плода відносяться всі перераховані, крім:

- A. Тест на феніл кетонурію (ФКУ)
- B. Тест на визначення альфа-фетопротейну (АФП)

- C. Тест на визначення естріолу (Е-3)
- D. Тест на визначення 17-гідрокси прогестерону (17-ОГП)
- E. Тест на визначення хоріонічного гонадотропіну (ХчГт)

21. Родина звернулася для прогнозу потомства у зв'язку з вагітністю 20 тижнів та віком батьків. Жінці - 41 рік, чоловіку - 45 років. При ехографії плоду виявлені черепно-лицеві дизморфії, низько розташоване пупочне кільце, дві судини пуповини. Ваша тактика?

- A. Рекомендувати проведення кордоцентезу
- B. Рекомендувати переривання вагітності
- C. Рекомендувати родині доношування вагітності
- D. Рекомендувати провести ультразвукове дослідження через 2 - 3 тижні
- E. Рекомендувати провести цитогенетичний аналіз батькам

22. До соціально-біологічних факторів пренатального ризику відносяться всі перераховані, крім:

- A. Вік матері до 20 років і старше 30 років
- B. Зріст матері менше 150 см, вага тіла на 25% вище норми
- C. Шкідливі звички матері та професійні шкідливості
- D. Вік батька 40 років і більше
- B. Вік батька до 20 років

23. Сім'я звернулася за прогнозом щодо потомства у зв'язку з народженням дитини з тяжким дефектом закриття невральної трубки. Дитина померла у неонатальному періоді. Ваша порада родині:

- A. Провести цитогенетичне обстеження батьків.
- B. Відмовитися від народження дітей.
- C. Провести прекоцепційну профілактику, запланувати вагітність, провести пренатальну діагностику.
- B. У випадку вагітності - провести біопсію хоріону, кордоцентез
- E. Планувати вагітність, оскільки це більше не повториться

24. При досягненні якої маси тіла можна проводити вакцинацію БЦЖ недоношеній дитині (при відсутності інших протипоказів).

- A. МТ 2000 г і більше
- B. МТ 2500 г і більше
- C. МТ 3000 г і більше
- D. МТ 3500 г і більше
- E. МТ 1900 г

Відповіді:

1-C;2-A;3-A;4-C;5-E;6-E>;7-ЕабоС;8-E;9-B;10- D; 11 -C; 12-B; 13-B; 14-B; 15-D; 16-E; 17-B; 18-B; 19- A. 20-A; 21 - A; 22-A; 23-C; 24-B.

Література:

- 1. Барашнев Ю.И. «Перинатальная неврология».- Москва: Триада- X, 2001 .-640 с.
- 2. Госпітальна педіатрія / За ред. Ї.С.Сміяна, В.Г.Майданника. -

Тернопіль - Київ, 1997. - С.4 - 79.

3. Гнатюк А.И. Неонатология (Практическое руководство). - Винница: Глобус-Прес, 2003. - 89 с.

4. Матеріали I-го міжнародного наукового симпозиуму “Актуальні питання неонатології в перинатології”, Київ- 2008 р.

5. Медицина дитинства / За ред. П.С.Мощича: К.: Здоров'я, 1994.-Т. 1.С. 83-85, 187-188, 399 -512.

6. Неонатология: Навч. Пос. / П.С. Мощич, О.Г.Суліма, Ю.Г. Антипкін та ін.; За ред. П.С.Мощича, О.Г.Суліми. - К.: Вища школа., 2004. — 407 с.

7. Наказ № 4 МОЗ України від 5.01.19% р.

8. Сміян І.С. Педіатрія (цикл лекцій): Навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівня акредитації.- Тернопіль “Укрмедкнига”, 1999.- С. 129-131.

9. Шунько Е.Е. Неонатология: начало начал // Medicus Amicus. - 2005.- № 1. - С. 15.

10. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебник для студентов, интернов и резидентов педиатрических факультетов медицинских институтов. - Т. I. П. - С-П: Специальная литература, 1997.-С. 6- 122.

Глава 3

Захворюваність та смерність новонароджених дітей

У сучасних умовах створення оптимальної системи організації медичної допомоги новонародженим і дітям раннього віку, впровадження новітніх сучасних технологій в акушерстві, неонатології та педіатрії раннього віку, а також підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу дозволило знизити неонатальну та малюкову захворюваність і смертність. Але разом з цим, збільшується питома вага перинатальних причин у формуванні захворюваності та смертності дітей перших років життя. Саме тому, перинатальна профілактика (перш за все, пренатальна діагностика вроджених та інших станів у немовлят) займає першочергове місце.

Згідно рекомендацій ВОЗ з 1 січня 2007 р. Україна перейшла на європейські критерії спостереження за смертністю немовлят (впровадження новітніх стандартів). Особливо це стосується передчасно народжених дітей. За даними Російського державоо медичного університету (зав. кафедри неонатології д. м. н. професор Дягтерьов Д.М., 2008), розроблені три рівня заходів щодо збереження здоров'я та зниження рівня смертності у неонатальному періоді. У зв'язку з цим, пропонується трьохступеневий розподіл вагітних. В Україні таким закладам відповідають акушерсько-гінекологічні відділення ЦРЛ (I рівень), пологові будинки (II рівень) та обласні центри охорони здоров'я матерів і дітей та спеціалізовані перинатальні центри. Основні положення щодо заходів трьохступеневого розподілу вагітних наступні:

Заходи I рівня:

Виявлення вагітних високого ризику та їх своєчасний переведення у заклади II - III рівня.

Визначення РДС на ранній стадії у новонароджених групи високого ризику.

Проведення стандартної підтримуючої та оксигенотерапії при легкому та середньо важкому перебігу РДС.

При виникненні важкого РДС організація переводу дитини у заклади більш високого рівня.

Заходи II рівня:

Все вище наведене.

Оптимізація і проведення ШВЛ протягом усього часу захворювання та проведення інтенсивної та підтримуючої терапії, лікування ускладнень РДС (за виключенням станів, що вимагають хірургічного втручання).

Заходи III рівня:

Все вище зазначене, а також лікування всіх видів ускладнень РДС, та реабілітацію хворих з бронхолегеневою дисплазією.

Безпосередньо по закінченні первинних, а можливо і реанімаційних заходів діти групи високого ризику переводяться з пологового залу на пост інтенсивного спостереження або в палату ІТ, де на момент народження дитини повинні бути підготовлені до роботи кувез, джерело кисню, пульсоксиметр або поліфункціональний монітор і де обов'язковим є призначення оксигено- та підтримуючої терапії.

Затосування екзогенних сурфактантів можливо лише в умовах сучасних відділень або ППТ (БІТ) новонароджених, де працює висококваліфікований медичний персонал. Такі відділення повинні бути оснащені пересувними рентгенівськими установками, газоаналізаторами, пульсоксиметрами, капнографами.

Серед причин смертності в періоді новонародженості нині залишаються актуальними такі питання, як ускладнення вагітності та пологів, респіраторний дистрес- синдром, асфіксія в пологах, вроджені аномалії, незрілість дитини, пренатальні, респіраторні та інші інфекції тощо. Важливим є й зменшення частоти випадків інвалідизації новонародженого.

Так, важкі ускладнення з боку нервової системи дитини можуть бути викликані дією подібних несприятливих чинників (наприклад, внутрішньоутробна інфекція - внутрішньоутробна гіпоксія та Інтранатальна гіпоксія - асфіксія, вплив лікарських препаратів та інших тератогенних чинників на ембріон - плід - новонародженого, захворювання вагітної тощо). Водночас відомо, що зниження частоти важкого ураження ЦНС у дітей залежить передусім від ранньої діагностики асфіксії плода і відповідного

ведення пологів. Поряд із цим перинатальну допомогу дитині слід проводити у тісній співпраці гінекологічної (жіноча консультація), акушерської та неонатологічної (пологовий будинок), а також педіатричної служб (дитяча поліклініка).

ВИСНОВОК:

Від якості роботи акушер-гінекологів, неонатологів, педіатрів, сімейних лікарів, показник рівня ранньої та пізньої неонатальної смертності, дитячої смертності та рівня здоров'я дітей взагалі, пов'язаний перш за все з якістю проведення профілактики захворювань новонароджених на допологовому етапі (антенатальна профілактика - див. розділ 1) і в багатьох випадках, від якості акушерської допомоги вагітним та новонародженим немовлятам у пологовому залі.

У неонатальному періоді хвороби новонароджених немовлят мають свої особливості. У цьому періоді частіше зустрічаються такі патологічні стани, як TORCH - інфекції, природжені вади розвитку органів і систем, пневмопатії (РДС), різноманітні пологові травми та порушення мозкового кровообігу, внутрішньоутробна гіпоксія - асфіксія новонароджених та їх наслідки (постгіпоксичний синдром: гіпоксично - ішемічна енцефалопатія (ПЕ) різного ступеня важкості, пери- та інтравентрикулярні крововиливи, гемолітична та геморагічна хвороби новонароджених, генетично та спадково зумовлені захворювання, септичні захворювання, що викликаються як патогенною (частіше коковою), так і умовно патогенною, особливо грам-негативною флорою, по відношенню до яких новонароджене немовля беззахисне. Тому, слід враховувати, що зараження дитини може відбуватися як внутрішньоутробно, так і під час пологів або після народження.

При визначенні показників смертності новонароджених дітей слід бути обізнаним і враховувати такі показники, як живонародження, смерть плода (мертвонароджений плід), а також мати чітке уявлення про тривалість вагітності, гестаційний вік, недоношеність, перекошеність та доношеність. Ці показники характеризуються так (Сміян І.С., 1999):

Живонародження - повне вигнання або витягнення продукту зачаття з організму матері, незалежно від тривалості вагітності, який після такого відокремлення дихає або виявляє інші ознаки життя: серцебиття, пульсація пуповини або відповідні рухи довільної мускулатури, незалежно від того, чи перерізана пуповина, чи відшарувалась плацента.

Смерть плода (мертвонароджений плід) - смерть продукту зачаття до його повного вигнання або вилучення з організму матері, незалежно від тривалості вагітності; на смерть вказує той факт, що після такого відокремлення плід не дихає чи не виявляє інших будь-яких ознак життя: серцебиття, пульсації пуповини або визначених рухів довільної мускулатури.

Тривалість вагітності - від першого дня останнього менструального циклу і враховується у повних днях чи повних тижнях: 40 тижнів вагітності

відповідає 280-286 повним дням.

Гестаційний вік - справжній вік дитини, починаючи з моменту зачаття. Залежно від гестації, новонароджені поділяються на передчасно народжених (недоношених), переношених та доношених.

Доношеність - від 37 повних тижнів до менш ніж 42 повних тижнів вагітності.

Недоношеність - менше ніж 37 повних тижнів (менше ніж 259 днів) вагітності.

Переношеність - 42 повних тижнів вагітності і більше (294 дні і більше).

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЗАХВОРЮВАННОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ НЕМОВЛЯТ У НЕОНАТАЛЬНИХ ВІДДІЛЕННЯХ РОДОДОПОМІЖНИХ ЗАКЛАДІВ

У сучасних умовах, поряд зі зниженням рівня смертності немовлят, збільшується питома вага перинатальних причин у формуванні захворюваності та смертності дітей перших років життя.

Основними причинами неонатальної захворюваності у відділеннях неонатології в сучасних умовах є такі патологічні стани:

1. Внутрішньоутробна гіпоксія плода - асфіксія новонародженого.
2. Вроджені вади розвитку.
3. Недостатнє харчування плода.
4. Респіраторні порушення та інфекції, що є специфічними для перинатального періоду, у тому числі вроджені пневмонії, сепсис, вроджені вірусні інфекції тощо.

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ НЕОНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ У РОДОДОПОМІЖНИХ ЗАКЛАДАХ

Основними причинами неонатальної смертності в сучасних умовах, перш за все, є:

1. Респіраторні порушення.
2. Вроджені вади розвитку.
3. Внутрішньоутробна гіпоксія плода - асфіксія новонародженого.
4. Специфічні для перинатального періоду інфекції (вроджені пневмонії, сепсис, вроджені вірусні інфекції тощо).

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ НЕМОВЛЯТ У НЕОНАТАЛЬНИХ ВІДДІЛЕННЯХ ДИТЯЧИХ ЛІКАРЕНЬ

У структурі летальності новонароджених у відділеннях неонатального профілю дитячих лікарень у сучасних умовах переважають передусім:

1. Вроджені вади розвитку.
2. Інфекції (у тому числі сепсис, вроджені пневмонії, внутрішньоутробні інфекції).
3. Внутрішньошлуночкові та паравентрикулярні крововиливи.

Далі наводимо методи розрахунку показників смертності

новонароджених немовлят.

Серед показників смертності новонароджених немовлят важливе значення має неонатальна смертність, на яку значною мірою впливає якість лікувально-профілактичної допомоги породіллям та новонародженим.

Неонатальна смерть - смерть серед народжених живими протягом перших 28 днів (на 1000 народжених живими). Цей показник вираховують за формулою:

$$\frac{\text{Кількість дітей, які померли у віці до повних 27 діб за рік}}{\text{Кількість дітей, народжених живими за рік}} \times 1000$$

Рання неонатальна смерть - смерть, яка відбулася в перші 7 днів життя (на 1000 народжених живими). Цей показник вираховують за формулою:

$$\frac{\text{Кількість новонароджених, які померли від народження до 6 діб 23 год., 59 хв.}}{\text{Кількість дітей, які народилися живими}} \times 1000$$

Пізня неонатальна смерть - смерть народжених живими, що сталася в період після 7 дня життя до повних 28 днів. Цей показник вираховують за формулою:

$$\frac{\text{Кількість новонароджених, які померли у віці 7-27 діб}}{\text{Кількість дітей які народилися живими}} \times 1000$$

Перинатальна смертність - число дітей, що народились мертвими чи померли в перші 7 повних днів життя, на 1000 народжених живими і мертвими. У перинатальному періоді смертність плодів і новонароджених - це смертність, яка зумовлена різноманітними чинниками, які негативно впливають на плід- новонароджену дитину під час вагітності та в періоді пологів. У склад перинатальної смертності входить і показник ранньої неонатальної смертності.

У зв'язку з тим, що основна роль у зниженні рівня перинатальної смертності та захворюваності належить акушерській службі, саме акушер-гінекологи зобов'язані якомога раніше прогнозувати і виявляти можливі перинатальні ускладнення для плода - новонародженого і, відповідно, зменшувати частоту випадків інвалідизації новонароджених, яка може виникати внаслідок дії несприятливих чинників в антенатальному (до пологів) та інтранатальному (під час пологів) періодах. Це суттєво підвищує роль акушерсько-гінекологічної служби (жіноча поліклініка, перинатальний центр) в попередженні та профілактиці захворювань вагітної жінки і плода.

Перинатальна смертність обчислюється за формулою:

$$\text{Кількість мертвонароджених дітей + кількість новонароджених, які померли у віці від народження до 6 діб (168 годин)}$$

----- x 1000

Кількість дітей, які народились живими і мертвими

Тестові запитання для самоконтролю

1. Основними причинами неонатальної захворюваності у відділеннях неонатології в сучасних умовах є:

- A. Внутрішньоутробна гіпоксія плода - асфіксія новонародженого, респіраторні порушення
- B. Вроджені вади розвитку
- C. Недостатнє харчування плода
- D. Інфекції, що є специфічними для перинатального періоду, у тому числі вроджені пневмонії, сепсис, вроджені вірусні інфекції тощо.
- E. Все перераховане

2. На першому місці серед основних причин неонатальної смертності в сучасних умовах є:

- A. Респіраторні порушення
- B. Вроджені вади розвитку
- C. Внутрішньоутробнагіпоксія плода-асфіксія новонародженого
- D. Специфічні для перинатального періоду інфекції (вроджені пневмонії, сепсис, вроджені вірусні інфекції тощо).
- E. Генетичні захворювання

3. У структурі летальності новонароджених у відділеннях неонатального профілю дитячих лікарень у сучасних умовах переважають передусім:

- A. Інфекції (у тому числі сепсис, вроджені пневмонії, внутрішньоутробні інфекції)
- B. Внутрішньошлунчкові крововиливи
- C. Паравентрикулярні крововиливи
- D. Все перераховане

4. У неонатальному періоді частіше зустрічаються:

- A. TORCH-інфекції, природжені вади розвитку органів і систем, пневмопатії (РДС), різноманітні пологові травми та порушення мозкового кровообігу
- B. Внутрішньоутробна гіпоксія - асфіксія новонароджених та їх наслідки (постгіпоксичний синдром: гіпоксично - ішемічна енцефалопатія (ПЕ) різного ступеня важкості, пери- та інтравентрикулярнікрововиливи
- C. Гемолітична та геморагічна хвороби новонароджених, генетично та спадково зумовлені захворювання
- D. Септичні захворювання, що викликаються як патогенною (частіше коковою), так і умовно патогенною, особливо грам- негативиою флорою, по відношенню до яких новонароджене немовля беззахисне.
- E. Все перераховане

5. Визначення показника перинатальної смертності проводиться за формулою:

- A. Кількість мертвонароджених дітей + кількість новонароджених, які

померли у віці від народження до 6 діб (168 годин) x 1000 / Кількість дітей, які народились живими і мертвими

В. Кількість мертвонароджених дітей + кількість новонароджених, які померли у віці від народження до одного місяця x 1000 / Кількість дітей, які народились живими і мертвими

С. Кількість новонароджених, які померли у віці від народження до 6 діб (168 годин) x 1000 / Кількість дітей, які народились живими і мертвими

Д. Кількість новонароджених, які померли у віці від народження до 2 діб x 1000 / Кількість дітей, які народились живими і мертвими

Е. Кількість мертвонароджених дітей + кількість новонароджених, які померли у віці від народження до 6 діб (168 годин) x 1000 / Кількість дітей, які народились живими

6. Зараження дитини періоду новонародженості може відбуватися:

А. Внутрішньоутробно

В. Під час пологів

С. Після народження.

Д. Всі відповіді вірні

Е. Вдома

7. Визначення показника ранньої неонатальної смертності проводиться за формулою:

А. Кількість новонароджених, які померли від народження до 3 діб 23 год., 59 хв. x 1000 / Кількість дітей, які народилися живими

В. Кількість новонароджених, які померли від народження до 4 діб 23 год., 59 хв. x 1000 / Кількість дітей, які народилися живими

С. Кількість новонароджених, які померли від народження до 6 діб 23 год., 59 хв. x 1000 / Кількість дітей, які народилися живими

Д. Кількість новонароджених, які померли від народження до 5 діб 23 год., 59 хв. x 1000 / Кількість дітей, які народилися живими

Е. Кількість новонароджених, які померли від народження до 1 доби x 1000 / Кількість дітей, які народилися живими

8. Визначення рівня пізньої неонатальної смертності проводиться за формулою:

А. Кількість новонароджених, які померли у віці 7-27 діб x1000 / Кількість дітей, які народилися живими

В. Кількість новонароджених, які померли у віці 7-14 діб x1000 / Кількість дітей, які народилися живими

С. Кількість новонароджених, які померли у віці 7-24 доби x1000 / Кількість дітей, які народилися живими

Д. Кількість новонароджених, які померли у віці 0-14 діб x1000 / Кількість дітей, які народилися живими

Е. Кількість новонароджених, які померли у віці 0-7 діб x1000 / Кількість дітей, які народилися живими

9. Дитина народилася в терміні гестації 36 тижнів. Маса тіла і сума морфологічних критеріїв зрілості відповідають 33 тижням гестації. Яке визначення найбільш повно характеризує стан дитини?

- A. А Недоношеність
- B. Затримка внутрішньоутробного розвитку
- C. Недоношеність, затримка внутрішньоутробного розвитку
- D. Внутрішньоутробна гіпотрофія
- E. Недоношеність, внутрішньоутробна гіпотрофія

10. Доношена дитина:

- A. Від 32 повних тижнів до менш ніж 42 повних тижнів вагітності.
- B. Від 29 повних тижнів до менш ніж 42 повних тижнів вагітності.
- C. Від 35 повних тижнів до менш ніж 42 повних тижнів вагітності.
- D. Від 30 повних тижнів до менш ніж 42 повних тижнів вагітності.
- E. Від 37 повних тижнів до менш ніж 42 повних тижнів вагітності.

11. Недоношена дитина:

- A. Менше ніж 37 повних тижнів (менше ніж 259 днів) вагітності.
- B. Менше ніж 35 повних тижнів
- C. Більше ніж 37 повних тижнів
- D. Менше ніж 30 повних тижнів
- E. Менше ніж 28 повних тижнів

12. Переношена дитина:

- A. 40 повних тижнів вагітності
- B. 42 повних тижнів вагітності і більше (294 дні і більше).
- C. 39 повних тижнів вагітності
- D. 41 повних тижнів вагітності
- E. 37 повних тижнів вагітності

Відповіді:

1 - E; 2 - A; 3 - E; 4 - D; 5 - A; 6 - D; 7 - C; 8 - A; 9-C; 10 —E; 11- A; 12 - B.

Література:

1. Медицина дитинства / За ред. П.С. Мощича: Т. I. - К.: Здоров'я, 2000.
2. Шунько Е.Е. Неонатологія: начало начал // Medicus Amicus. - 2005,-№ 1.-С. 15.
3. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебник для студентов, интернов й резидентов педиатрических факультетов медицинских институтов. - Т. I, II. - С-П: Специальная литература, 1997.
4. Неонатологія: Навч. пос. / П.С.Мощич, О.Г.Суліма, Ю.Г.Антипкін та ін.; За ред. П.С.Мощича, О.Г.Суліми. - К.: Вища шк., 2004. - 407 с., іл.

РОЗДІЛ 3

ОСНОВИ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНОГО ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ В НЕОНАТОЛОГІЧНИХ ВІДДІЛЕННЯХ

Як було зазначено, у пологовому будинку організують відділення 3-х типів: фізіологічне (60-65% ліжок), відділення патології новонароджених (20% ліжок) та обсерваційне відділення (15% ліжок). Палати для новонароджених, у тому числі при сумісному перебуванні дитини і матері, повинні бути світлими, площа палати для доношених дітей повинна становити 3 кв. м. на одне ліжко, (для недоношених - 4,5 кв. м, відстань від стіни до ліжка - 90 см, між ліжками - 1,2 м, а між рядами - 1,3 м).

1. Неонатологічні відділення в будь-яких лікувально- профілактичних закладах повинні бути боксовані.

2. Ідеальним завжди є сумісне перебування матері й дитини в окремій палаті.

3. Медичний персонал неонатологічних відділень пологового будинку (дитячих лікарень) повинен працювати в масках, які замінюються на чисті кожні три години.

4. У випадку будь-якого захворювання у медичного працівника відділення (ГРВІ, гнійничкові захворювання шкіри тощо), цей працівник не допускається до роботи у відділенні аж до отримання негативних результатів вірусологічного та бактеріологічного обстеження.

5. Весь медичний персонал пологового будинку (відділень неонатології дитячих лікарень) в декретовані терміни (згідно відповідних наказів) регулярно обстежується на носійство патогенного стафілокока та ентеропатогенну флору.

6. Санепідвідділ СЕС проводить як планові, так і позапланові (раптові) бактеріологічні обстеження (посів повітря у палатах, змиви зі стін, предметів догляду за дитиною, апаратури, рук персоналу тощо).

7. Перебування дитини в неонатологічному відділенні пологового будинку з будь-якою інфекційною патологією заборонено!

8. У випадку виявлення в дитини будь-якої інфекційної патології, її слід терміново перевести у відповідне відділення патології новонароджених дитячої лікарні і одночасно подати у санепідвідділ СЕС "термінове повідомлення". Відразу після переводу дитини, в палаті або боксі, де знаходилася дитина, проводиться завершальна дезінфекція.

Глава 1

Дезінфекція рук персоналу

Обробка рук персоналу, тобто їх антисептика сучасними антисептичними препаратами є найбільш простим і, в той же час, найбільш ефективним засобом щодо попередження передачі інфекцій в акушерських та неонатологічних відділеннях пологового будинку (центру), маніпуляційних

кабінетах дитячих відділень лікарень, жіночих та дитячих поліклінік.

Науковими дослідженнями доведено, що мікроорганізми, які належать до резидентної мікрофлори, постійно живуть у шкірі і 10-20 % із них можуть знаходитися в глибоких шарах шкіри, у тому числі - сальних та потових залозах і волосяних фолікулах.

Резидентна мікрофлора – флора, що представлена переважно коагулазонегативними коками (передусім *Staphylococcus epidermis* та інші види стафілококів) і дифтероїдами.

Грамнегативні бактерії (не враховуючи представників роду *Acinetobacter*) - винятково резидентна флора. Однак, деякі ентеробактерії, у першу чергу клебсієли, можуть виживати і навіть розмножуватися на шкірі протягом декількох днів, а іноді й більш тривалий час. У таких випадках їх називають "тимчасово резидентними" мікроорганізмами.

Золотистий стафілокок (*S. Aureus*) виявляється на слизовій оболонці носа приблизно у 20% здорових людей і меншою мірою, в інших біотипах, однак він рідко колонізує шкіру рук, якщо вона не пошкоджена. Слід враховувати, що резидентні мікроорганізми важко видалити або знищити за допомогою звичайного миття рук або навіть дезінфекційних процедур, хоча кількість їх може бути знижена.

Транзиторна мікрофлора – мікрофлора, якою контамінується медичний персонал у процесі роботи під час контакту з інфікованими пацієнтами або контамінованими об'єктами лікувально-профілактичних закладів.

Така флора зберігається на шкірі рук не менше ніж 24 години. Вона може бути небезпечною в епідеміологічному плані. Передусім це стосується госпітальних штамів *E. Coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonans spp.*, *Salmonella spp.* та інших бактерій і вірусів (*S. Aureus*, *C. Albicans*, ротавіруси і т. ін.).

Три рівні обробки рук медперсоналу

1. Звичайне миття рук з милом.
2. Гігієнічна обробка рук.
3. Хірургічна обробка рук.

Із метою запобігання поширення інфекції серед новонароджених дітей, медперсонал пологового будинку (акушерські та неонатологічні відділення тощо) і медперсонал відділень патології новонароджених дитячих лікарень, дитячих консультацій тощо, повинен виконувати правила обробки рук та техніку їх миття перед оглядом дитини.

1. Звичайне миття рук з милом

Завдяки цьому методу відбувається видалення бруду та транзиторної мікрофлори, яка контамінує шкіру рук медичного персоналу внаслідок контакту з контамінованими об'єктами навколишнього середовища та (або) інфікованими пацієнтами. Звичайне миття рук із милом дозволяє видалити більшу частину (90-99 %) транзиторної мікрофлори з помірно забруднених рук, але деякі ділянки шкіри (кінчики пальців та їх внутрішні поверхні)

залишаються контамінованими.

2. Гігієнічна обробка рук

Завдяки цьому методу відбувається видалення або знищення транзиторної мікрофлори рук. Гігієнічна обробка рук спрямована, з одного боку, на запобігання передачі збудників інфекційних хвороб через руки медичного персоналу, а з іншого - на попередження професійного інфікування медичного персоналу патогенними мікроорганізмами, особливо тими, що передаються парентеральним шляхом (вірусні гепатити В, С, D, ВІЛ). Гігієнічна обробка шкіри рук повинна здійснюватися незалежно від використання гумових рукавичок під час роботи, що є обов'язковим запобіжним заходом попередження поширення госпітальних інфекцій. Гігієнічна обробка шкіри рук після їх забруднення повинна здійснюватися перед миттям, а не навпаки (слід уникнути контамінацію оточуючих поверхонь виплесками води). Більшість сучасних антисептичних засобів дозволяють за короткий час (30-60 секунд), використовуючи 3-5 мл препарату, досягти високого рівня знезараження шкіри і, тим самим, захистити дітей та медичний персонал від інфікування.

3. Хірургічна обробка рук

Завдяки цьому методу відбувається видалення або знищення транзиторної мікрофлори та зниження кількості резидентної мікрофлори. Хірургічна обробка рук ідентична гігієнічній, але додатково слід обробити й передпліччя.

Техніка миття рук

1. Зняти обручки, каблучки та інші прикраси, оскільки вони заважають ефективному видаленню мікроорганізмів.

2. Під помірним тиском комфортно теплої проточної воді руки слід ефективно намити милом разового використання і терти одну об одну не менше 10 сек., після чого ополоснути.

3. Висушити руки одноразовою стерильною серветкою, за допомогою якої потім закрити кран (забороняється користуватися загальним рушником!).

Серветка повинна бути з чистої тканини або паперовою одноразовою, розміром приблизно 30 x 30 см, для індивідуального використання. Після кожного використання такі серветки необхідно збирати у спеціальні ємності для наступної дезінфекції (утилізації). Слід враховувати, що електричні сушарки висушують шкіру повільно, і тому вони не дуже зручні у використанні.

4. Оскільки обручки, каблучки та лак для нігтів, що розтріскався, заважають видаленню мікроорганізмів, медичному персоналу пологового будинку (дитячих та хірургічних стаціонарів) слід застерігатися від носіння каблучок і не користуватися лаком для нігтів. Що стосується манікюру (особливо маніпуляцій у межах нігтьового ложа), то це може призвести до мікротравм, які легко інфікуються.

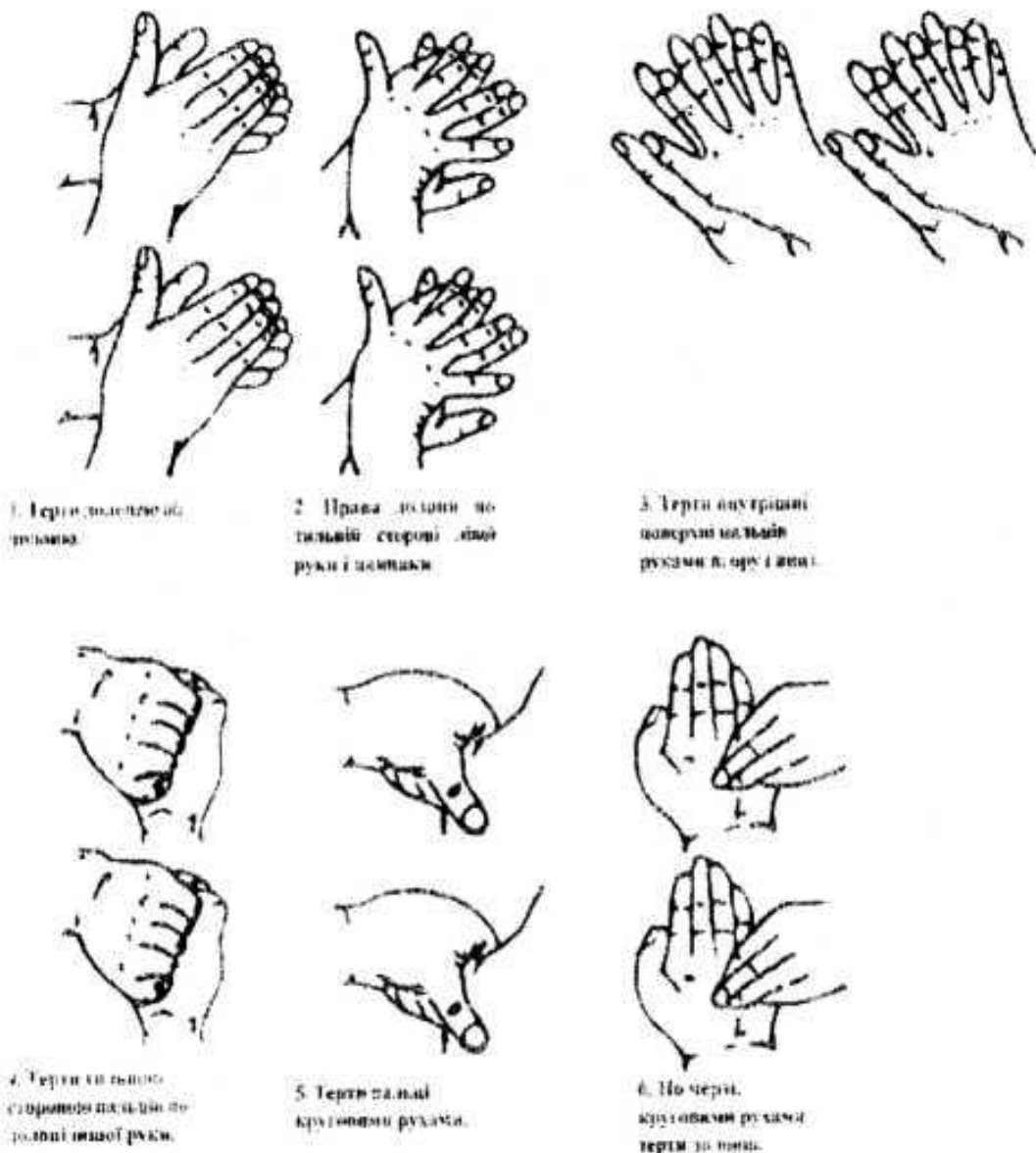
5. Вибір мила.

Можна використовувати рідке мило, гранули, порошок, шматочки мила або інші засоби і т. ін., але найбільшу перевагу слід віддавати рідкому милу або миючим лосьйонам у флаконах одноразового використання з дозаторами (спеціальні засоби гігієнічного догляду за шкірою фірми "Lysoform", наприклад: "Ваза-софт" - очищуючий лосьйон з антибактеріальним ефектом, "Ваза-2000", "Ваза-піна" та ін.). Варто знати, що дозатори багаторазового використання з часом контамінуються, тому не слід додавати рідке мило у частково заповнений дозатор. Його слід спорожнити, висушити і тільки після цього заповнити свіжою порцією мила.

Високоєфективним знезаражуючим препаратом для миття рук є й такий сучасний антисептик фірми "Юрія-Фарм", як "Горостен". Цей антисептичний засіб знищує як резидентну, так і транзиторну флору.

Далі наведено пам'ятку з техніки миття рук.

ПАМ'ЯТКА ТЕХНІКИ МИТТЯ РУК



Глава 2

Дезінфекція повітря, прибирання неонатологічних відділень, застосування дезінфікуючих розчинів

Для дезінфекції повітря у палатах, боксах та інших приміщеннях не менше як 3 рази на день проводиться провітрювання через фрамуги вікон та кварцування (у кожній палаті мають бути стаціонарні або переносні кварцові або бактерицидні лампи).

Тривалість включення кварцової лампи для дезінфекції повітря – 30 хвилин

Особливості прибирання неонатологічних відділень

Для вологого прибирання приміщень стаціонару використовуються щітки, швабри, ганчір'я, відра окремо для палат, коридорів, санітарних кімнат, процедурних, маніпуляційних кабінетів тощо. Весь інвентар для прибирання має бути відповідно позначеним (окремо для палат, коридорів і т.д.). Категорично забороняється замітати підлогу віником!

Вологе прибирання у відділенні проводиться не менш як 3 рази на день.

Для цього застосовуються різні дезінфікуючі розчини, але на даному етапі епідеміологічної ситуації в пологових будинках, дитячих та хірургічних стаціонарах доцільно застосовувати новітні дезінфікуючі засоби, які мають високі бактерицидні, спороцидні, віруліцидні та фунгіцидні властивості. До них відносяться такі засоби, як:

1. "Дезактин"
2. "Дезоформ"
3. "Лізоформін-3000"
4. "Лізоформін спеціаль"
5. "Бланізол", "Аеродезин-2000" та ін.

У цьому розділі розглядаються методики застосування таких дезінфекційних засобів як "Дезактин" та "Лізоформін-3000".

Застосування дезактину

Для дезінфекції інструментів, приладів та апаратів зі скла, гуми, корозійно стійких металів та полімерних матеріалів, які не стикаються безпосередньо з дитиною (матір'ю), використовується 0,2% розчин дезактину, в який названі предмети занурюються на 30 хвилин (або дворазове занурення по 15 хвилин).

1. Інструменти та інші вироби медичного призначення зі скла, корозійно стійких металів, полімерних матеріалів та гуми знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом занурення в розчин на 60 хвилин з наступним промиванням водою.

2. Гумові грілки, міхури для льоду, гумові трубки приладів та апаратів, знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом занурення їх на 30 хвилин з наступним промиванням водою.

3.Що стосується апаратів, медичних приладів, устаткування з лакофарбовим, гальванічним та полімерним покриттям, вони знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин з наступним промиванням водою.

4.Клейонки з кушеток для огляду хворих, фартухи, мішки, чохли для матраців з клейонки або полімерної плівки, знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом занурення в цей розчин на 60 хвилин або шляхом дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин.

5.Тазики емальовані для використаного перев'язувального матеріалу, підкладні клейонки тощо знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх промивання з експозицією до 60 хвилин.

6.Подушки для кисню та манжетки для вимірювання тиску знезаражуються 0,1% розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин. Експозиція - до 60 хвилин.

7.Кувези знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин, потім протиранням стерильною водою, провітрюванням та кварцуванням протягом 30 хвилин. Експозиція - 60 хвилин.

8.Сітки для градуйованих пляшечок знезаражуються 0,2 % розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин. Експозиція - 60 хвилин.

9.Холодильники (внутрішні поверхні) знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин з наступним промиванням водою. Експозиція - 60 хвилин.

11.Підкладні клейонки знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх занурення в розчин на 30 хвилин з наступним промиванням водою.

12.Підкладні судна, сечоприймачі тощо знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх занурення в розчин на 120 хвилин (2 години) з наступним промиванням водою.

13.Посуд без залишків їжі знезаражується 0,2% розчином дезактину шляхом занурення в розчин на 60 хвилин з наступним промиванням водою.

14.Піжами, халати, білизна знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх замочування на 90 хвилин з наступним пранням.

15.Гумові килимки знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх зрошення або дворазовим протиранням з 15- хвилинним інтервалом. Експозиція - 60 хвилин.

16.Іграшки знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх занурення в розчин на 60 хвилин з наступним промиванням водою.

17.Поверхні в приміщеннях (підлога, стіни, меблі, двері тощо) знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх зрошення та дворазового протирання з 15-хвилинним інтервалом. Експозиція - 60 хвилин.

18.Санітарно-технічне обладнання (ванни, унітази, біде, раковини) знезаражуються 0,2% розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання

з інтервалом 15 хвилин з наступним промиванням водою. Експозиція - 60 хвилин.

19. Прибиральний інвентар знезаражуються 0,2 % розчином дезактину шляхом замочування на 60 хвилин із наступним промиванням водою.

Як було зазначено, одним із найефективніших сучасних дезінфекційних засобів є розчин "Лізоформіну-3000" (Лізоформ). Саме тому, у цій главі більш детально розглядаються його властивості та застосування в періоді новонародженості.

Застосування лізоформіну (лізоформ)

"Лізоформін-3000" - дезінфекційний засіб фірми "Лізоформ Дезінфекціон АГ, Швейцарія", що виробляється фірмою "Лізоформ Д-р Роземанн ГмбХ (Німеччина)". Засіб являє собою прозору рідину синього кольору, з характерним запахом глутарового альдегіду, який добре розчинний у воді і виявляє мийні властивості.

"Лізоформін-3000" має високі бактерицидні, спороцидні, фунгіцидні та віруліцидні властивості в концентраціях 0,25 - до 8,0% (такі концентрації не подразнюють шкіру). Саме цей дезінфікуючий засіб рекомендується для застосування в закладах охорони здоров'я з метою проведення профілактичної та поточної дезінфекції і для проведення заключної дезінфекції при спалахах інфекції бактеріальної та вірусної етіології. Дезінфекцію приміщень (підлога, стіни, двері, вікна тощо) та інших об'єктів (сповивальні столики та ін.) здійснюють шляхом їх зрошування розчином лізоформіну з розрахунку 200 мл на 1 кв. м або ретельного дворазового протирання ганчіркою, змоченою розчином "Лізоформіну-3000" (150 мл на 1 кв. м з інтервалом 15 хвилин). Лізоформін випускається у поліетиленових флаконах по 20 і 1000 мл.

Під час дезінфекції поверхонь розчином лізоформу, концентрація якого вища 0,5%, діти та матері повинні бути відсутні в цьому приміщенні!

Після дезінфекції приміщення слід провітрити протягом 15-30 хвилин!

За допомогою "Лізоформіну-3000" проводиться і стерилізація медичного інструментарію за спеціальними методиками, причому для стерилізації розчин "Лізоформіну-3000" використовується лише одноразово.

Робочі розчини не пошкоджують вироби медичного призначення з металу, гуми, полімерних матеріалів, скла та фосфору, не спричиняють корозії конструкційних матеріалів з високосортної криці, не фіксують білкові забруднення та не залишають нальоту на оброблених виробах.

"Лізоформін-3000" необхідно зберігати в недоступному місці і "під замком" у темному прохолодному приміщенні

Застережні заходи при роботі з лізоформіном:

1. При розливі (фасуванні) концентрату дезінфекційного засобу слід

використовувати пористі, поглинаючі матеріали для запобігання гострого отруєння (запаморочення, важке дихання, нудота, свербіння та почервоніння шкіри).

2. Не допускати до роботи з розчинами "Лізоформіну-3000" осіб з підвищеною чутливістю до хімічних речовин.

3. При випадковому попаданні розчину "Лізоформіну-3000" в очі, кон'юнктиву, їх слід добре промити проточною водою.

4. При випадковому попаданні розчину "Лізоформіну-3000" в шлунок рекомендується прополоскати ротову порожнину водою і запити великою кількістю води. Не слід викликати у дитини блювання! У будь-якому випадку слід негайно звернутися до лікаря.

5. По закінченні роботи з "Лізоформіном-3000", обличчя та руки слід вимити водою з милом.

6. Усі роботи, пов'язані з приготуванням та застосуванням розчинів "Лізоформіну-3000", слід проводити у добре провітрюваному приміщенні з дотриманням умов особистої безпеки, що забезпечують захист органів дихання, шкіри та очей, тобто в захисному одязі (халат, шапочка, гумові рукавички, фартух з прогумованої тканини, захисні окуляри та респіратори). Час роботи з підігрітими розчинами слід обмежити до 20 хвилин.

Приготування робочого розчину "Лізоформіну-3000"

Розчин готується у промаркованій тарі з будь-яких матеріалів з кришкою, яка щільно закривається, шляхом розчинення у холодній воді. Для приготування розчину відповідної концентрації (за препаратом) виходять з наступного розрахунку:

1. 0,25 % розчин - 2,5 мл лізоформіну на 1 л води (25 мл на 10л).
2. 0,5 % розчин - 5,0 лізоформіну на 1 л води (50 мл на 10 л).
3. 0,75 % розчин - 7,5 мл лізоформіну на 1 літр води (75 мл на 10л).
4. 1 % розчин - 10 мл лізоформіну на 1л води (100 мл на 10 л).
5. 1,5 % розчин - 5 мл лізоформіну на 1 л води (150 мл на 10 л).
6. 2,0 % розчин - 20 мл лізоформіну на 1 л води (200 мл на 10л).
7. 8 % розчин - 80 мл лізоформіну на 1 л води (800 мл на 10 л).

Для приготування підігрітого 8% розчину, воду нагрівають до 50° - 51° C і до відповідного об'єму додають потрібну кількість концентрату засобу кімнатної температури, швидко перемішують і закривають кришкою.

Наведені засоби дезінфекції, як уже зазначалося, є найбільш ефективними для проведення протиепідемічних заходів у лікувально-профілактичних закладах (пологові будинки, дитячі лікарні, поліклініки і т. ін.), але водночас ці засоби поки що не завжди доступні в необхідній кількості через їх відносно високу вартість. Тому, за відсутності таких дезінфікуючих засобів, методом вибору для дотримання протиепідемічного режиму, є використання дезрозчинів, передусім розчину дезактину (у крайньому випадку 0,5% розчину освітленого хлорного вапна, 2% мильно-содового розчину, 1 % хлораміну і т. ін.).

Дезінфекція хлорвмісними дезрозчинами вважається недостатньо ефективною й часто - небезпечною, тому в останній час ці розчини майже не використовуються, але про них слід пам'ятати.

Приготування хлорвмісних дезрозчинів

Хлорвмісні дезрозчини зберігаються у спеціальних ємностях темного кольору. Для приготування 1% розчину хлораміну необхідно взяти 5 грам (повна чайна ложка) сухого хлораміну на 0,5 літра води (відповідно на 10 літрів води 100 грамів хлораміну). Для приготування 10%-го освітленого розчину хлорного вапна береться 1 кг сухого хлорного вапна, яке розмішується дерев'яною ложкою у 9-ти літрах води (одне відро). Цей розчин залишається у темному місці протягом 24-х годин. Через добу надосадкову рідину слід обережно процідити через щільну тканину у скляній темній тарі з маркуванням "10% освітлений розчин хлорного вапна". Потім саме з цього розчину готується робочий - 1% розчин для миття підлог: у відро води (9 літрів) додається 1 літр освітленого 10% хлорного вапна. Для обробки сповивальних столів, дитячих терезів, після кожного їх використання застосовується 0,5% розчин хлораміну або 0,5% розчин хлорного вапна.

Поряд з цим, проводиться дезінфекція шпательів, ножиць, термометрів, щіток для рук, мочалок, клізм, наконечників, зондів тощо. Так, шпательі, щітки для миття рук, мочалки перед використанням тощо кип'ятяться або дезінфікуються в автоклаві протягом 15-20 хвилин. Термометри опускаються на 30 хвилин у 0,5% розчин хлораміну або хлоргексидину чи на 60 хвилин у 3% розчин перекису водню. Ванночки (ванни) після використання миються кальцинованою содою, потім протираються ганчіркою, яка змочується у 1% розчині хлораміну (це робиться 2 рази з інтервалом 5 хвилин), після чого, внутрішня поверхня ванночки змивається гарячою, а потім холодною водою. Зонди для промивання шлунку кип'ятяться 20-30 хвилин, а посуд, у якому вони зберігаються, повинні бути маркованими - "чисті зонди". Взагалі, ідеальним є використання одноразових засобів. Наконечники, клізми, чашки Есмарха також кип'ятяться. Зберігаються вони в окремому маркованому посуді, крім наконечників для клізм. Наконечники зберігаються у 1% розчині хлораміну, а перед застосуванням їх слід промити у проточній, а потім кип'яченій воді. Ножиці дезінфікуються шляхом їх кип'ятіння протягом 15 хвилин.

Завершальна дезінфекція хлорвмісними розчинами

Хлорвмісні розчини, внаслідок їх високої токсичності, у даний час не використовуються. Але в окремих випадках вони інколи застосовуються (амбулаторії, ФАПи, а інколи й ІДРЛ). Саме тому завершальна дезінфекція хлорвмісними розчинами у деяких регіонах не втратила свого значення і може використовуватися в екстремальних умовах, наприклад, при тимчасовій відсутності сучасних дезрозчинів. У зв'язку з цим медичникам доцільно володіти методикою проведення завершальної дезінфекції хлорвмісними розчинами. Так, матраци, якщо вони не обшиті клейонкою,

автоклавуються протягом 1 години під тиском 0,5 атм. Клейончасте покриття матраца обробляється 1% розчином хлораміну. Підлога обробляється 1% розчином хлораміну (експозиція - 40 - 60 хвилин), після чого проводиться вологе прибирання палати. Проводиться провітрювання та кварцування палати (боксу).

У випадку виявлення кишкової інфекції у дитини (матері) в палаті проводиться завершальна дезінфекція. Підлога миється 1% розчином хлораміну. Цим же розчином обробляється ліжка, сповивальний столик, стільці, дверні ручки, вимикачі. Інвентар для прибирання замочується протягом однієї години у дезрозчині (3% хлорамін), потім змивається водою та сушиться. Пелюшки з фекаліями хворого на кишкову інфекцію замочуються протягом 30 хвилин у 0,5% розчині хлорного вапна, після чого відпрасовуються та знову замочуються у 0,2% розчині хлорного вапна протягом 2-х годин і тільки після цього підлягають пранню. Білизна хворих із кишковою патологією здається у пральню окремо від білизни з інших відділень. Калові маси хворих на інфекційний гепатит засипають сухим хлорним вапном із розрахунку 1:2 на 30 хвилин, після чого виливають у каналізацію.

Тестові запитання для самоконтролю

1. Медичний персонал неонатологічних відділень пологового будинку (дитячих лікарень) повинен працювати в масках, які замінюються на чисті:

- A. Кожні 6 годин
- B. Кожні 2 години
- C. Кожну годину
- D. Кожні 4 години
- E. Кожні 3 години

2. У випадку будь-якого захворювання у медичного працівника відділення неонатології (ГРВІ, гнійничкові захворювання шкіри тощо), цей працівник:

- A. Обстежується вірусологічно та бактеріологічно і продовжує працювати у відділенні
- B. Переводиться у відділення патології новонароджених і там працює
- C. Звільняється з роботи
- D. Не допускається до роботи в відділенні до отримання результатів вірусологічного та бактеріологічного обстеження
- E. Працює у відділенні патології в гумових рукавичках і масці

3. Перебування дитини в неонатологічному відділенні пологового будинку з будь-якою інфекційною патологією:

- A. Можливе протягом трьох діб з моменту появи клінічних ознак хвороби
- B. Можливе протягом двох діб з моменту появи клінічних ознак

хвороби

- C. Можливе при умові призначення антибіотиків з першого дня хвороби
- D. Недопустиме
- E. Можливе в будь-якому випадку

4. У випадку виявлення в новонародженої дитини будь-якої інфекційної патології, вона:

- A. Переводиться в БІТ
- B. Не переводиться (призначається лікування у відділенні)
- C. Терміново переводиться у відповідне відділення патології новонароджених дитячої лікарні
- D. Переводиться в інфекційний стаціонар
- E. Терміново виписується до дому під нагляд дільничного педіатра

5. У випадку виявлення в новонародженої дитини будь-якої інфекційної патології слід зробити все перераховане, крім:

- A. Довести до відома зав. відділенням, провести консиліум та визначитися з діагнозом
- B. Терміново перевести дитину у відповідне відділення патології новонароджених дитячої лікарні
- C. У санепідвідділ СЕС подати “термінове повідомлення”
- D. У приміщенні (палаті, боксі) провести завершальну дезінфекцію
- E. Терміново виписати на педіатричну дільницю для проведення патронажу “дитини групи ризику”

6. Провітрювання повітря у палатах, боксах та інших приміщеннях неонатологічного відділення проводиться через фрамуги вікон:

- A. Не менше як 1 раз на день і три рази за ніч
 - B. Не менше як 3 рази на день
 - C. Не менше як 2 рази на день
 - D. Не менше як 2 рази протягом ночі
 - E. Проводиться кожний другий день
- 7. Тривалість кварцування повітря в палатах (боксах) становить:**
- A. 30 хвилин.
 - B. 20 хвилин
 - C. 10 хвилин
 - D. 15 хвилин
 - E. 5 хвилин

8. Вологе прибирання у відділенні проводиться не менш як:

- A. 2 рази на день.
 - B. 1 раз на день
 - C. 3 рази на день
 - D. Кожні 12 годин
 - E. 1 раз на добу
- 9. До новітніх дезифікуючих засобів відносяться всі перераховані,**

крім:

- A. “Дезактин” та “Дезоформ”
- B. Хлорамін та хлорне вапно
- C. Мильно-содові розчини
- D. "Лізоформін- 3000" та “Лізоформін спеціаль”
- E. “Бланізол” та “Аеродезин- 2000”

10. Дезінфекцію приміщень (підлога, стіни, двері, вікна тощо) та інших об’єктів (сповивальні столики та ін.) здійснюють шляхом їх зрошування розчином лізоформіну з розрахунку:

- A. 50 мл на 1 кв.м.
- B. 200 мл на 1 кв.м. або ретельного дворазового протирання ганчіркою, змоченою розчином лізоформіну - 3000 (150 мл на 1 кв.м. з інтервалом 15 хвилин).
- C. 100 мл на 1 кв.м.
- D. 150 мл на 1 кв.м.
- E. 75 мл на 1 кв.м.

11. Дезінфекцію приміщень (підлога, стіни, двері, вікна тощо) та інших об’єктів (сповивальні столики та ін.) здійснюють шляхом:

- A. Ретельного дворазового протирання ганчіркою, змоченою розчином лізоформіну - 3000 з розрахунку 150 мл на 1 кв.м. з інтервалом 15 хвилин.
- B. Ретельного одноразового протирання ганчіркою, змоченою розчином лізоформіну - 3000 з розрахунку 200 мл на 1 кв.м.
- C. Ретельного триразового протирання ганчіркою, змоченою розчином лізоформіну - 3000 з розрахунку 50 мл на 1 кв.м. з інтервалом 10 хвилин.
- D. Ретельного дворазового протирання ганчіркою, змоченою розчином лізоформіну - 3000 з розрахунку 250 мл на 1 кв.м. з інтервалом 10 хвилин.
- E. Дезінфекцію приміщень (підлога, стіни, двері, вікна тощо) та інших об’єктів (сповивальні столики та ін.) проводять лише шляхом їх зрошування розчином лізоформіну; інші методики не дозволяються

12. Для дезінфекції інструментів, приладів та апаратів зі скла, гуми, корозійно стійких металів та полімерних матеріалів, які не стикаються безпосередньо з дитиною (матір’ю) використовується:

- A. 0,2 % розчин дезактину, в який названі предмета занурюються на 30 хвилин (або дворазове занурення по 15 хвилин).
- B. 0,1 % розчин дезактину, в який названі предмети занурюються на 30 хвилин (або дворазове занурення по 10 хвилин).
- C. 0,5 % розчин дезактину, в який названі предмети занурюються на 30 хвилин (або дворазове занурення по 5 хвилин).
- D. 1 % розчин дезактину, в який названі предмети занурюються на 30 хвилин (або дворазове занурення по 3 хвилин).
- E. 2 % розчин дезактину, в який названі предмети занурюються на 30 хвилин (або дворазове занурення по 15 хвилин).

13. Гумові грілки, міхури для льоду, гумові трубки приладів та апаратів, знезаражуються:

A. 0,1% розчином дезактину шляхом занурення їх на 30 хвилин з наступним промиванням водою.

B. 0,5% розчином дезактину шляхом занурення їх на 30 хвилин з наступним промиванням водою.

C. 0,5% розчином дезактину шляхом занурення їх на 15 хвилин з наступним промиванням водою.

D. 0,5% % розчином дезактину шляхом занурення їх на 15 хвилин з наступним промиванням 3% розчином перекису водню.

E. 0,2 % розчином дезактину шляхом занурення їх на 30 хвилин з наступним промиванням водою.

14. Інструменти та інші вироби медичного призначення зі скла, корозійно стійких металів, полімерних матеріалів та гуми - знезаражуються:

A. 0,2 % дезактином шляхом занурення в розчин на 60 хвилин з наступним промиванням водою.

B. 0,1% дезактином шляхом занурення в розчин на 30 хвилин з наступним промиванням водою.

C. 0,3% дезактином шляхом занурення в розчин на 10 хвилин з наступним промиванням водою.

D. 1 % дезактином шляхом занурення в розчин на 1 годину з наступним промиванням водою.

E. 1% дезактином шляхом занурення в розчин на 60 хвилин з наступним промиванням 3% перекисом водню.

15. Апарати, медичні прилади, устаткування з лакофарбовим, гальванічним та полімерним покриттям, знезаражуються:

A. 0,1 % дезактином шляхом дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин з наступним промиванням водою.

B. 0,1 % дезактином шляхом одноразового протирання з інтервалом 15 хвилин з наступним промиванням водою.

C. 0,2 % дезактином шляхом дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин з наступним промиванням водою.

D. 0,1 % дезактином шляхом одноразового протирання з інтервалом 30 хвилин з наступним промиванням водою.

E. 0,2 % дезактином шляхом дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин з наступним промиванням 3% перекисом водню.

16. Клейонки з кушеток для огляду хворих, фартухи, мішки, чохли для матраців з клейонки або полімерної плівки, знезаражуються:

A. 0,2 % дезактином шляхом занурення в цей розчин на 60 хвилин або шляхом дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин.

В. 0,5 % дезактином шляхом занурення в цей розчин на 60 хвилин або шляхом дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин.

С. 0,3% дезактином шляхом занурення в цей розчин на 5 хвилин або шляхом дворазового протирання з інтервалом 25 хвилин.

Д. 1 % дезактином шляхом занурення в цей розчин на 60 хвилин або шляхом дворазового протирання з інтервалом 25 хвилин.

Е. 3% дезактином шляхом занурення в цей розчин на 45 хвилин або шляхом дворазового протирання з інтервалом 25 хвилин.

17. Тазики емальовані для використаного перев'язувального матеріалу, підкладні клейонки, тощо знезаражуються:

А. 0,1 % дезактином шляхом їх промивання з експозицією до 60 хвилин.

В. 0,3 % дезактином шляхом їх промивання з експозицією до 60 хвилин.

С. 0,4 % дезактином шляхом їх промивання з експозицією до 60 хвилин.

Д. 0,5 % дезактином шляхом їх промивання з експозицією до 60 хвилин.

Е. 0,2 % дезактином шляхом їх промивання з експозицією до 60 хвилин.

18. Подушки для кисню та манжетки для вимірювання тиску знезаражуються 0,1 % розчином дезактину:

А. Шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин. Експозиція - до 60 хвилин.

В. Шляхом їх одноразового протирання з інтервалом 15 хвилин. Експозиція - до 15 хвилин.

С. Шляхом їх трьохразового протирання з інтервалом 15 хвилин. Експозиція - до 5 хвилин.

Д. Шляхом їх трьохразового протирання з інтервалом 45 хвилин. Експозиція - до 5 хвилин.

Е. Шляхом їх одноразового протирання з інтервалом 60 хвилин. Експозиція - до 15 хвилин.

19. Кувези знезаражуються:

А. 0,5 % розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин, потім протиранням стерильною водою, провітрюванням та кварцуванням протягом 30 хвилин. Експозиція - 10 хвилин.

В. 0,2 % розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин, потім протиранням стерильною водою, провітрюванням та кварцуванням протягом 30 хвилин. Експозиція - 60 хвилин.

С. 0,2 % розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 30 хвилин, потім протиранням 3% перекисом водню та кварцуванням протягом 30 хвилин. Експозиція - 5 хвилин.

Д. 1% розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин, потім протиранням стерильною водою, провітрюванням та кварцуванням протягом 30 хвилин. Експозиція - 5 хвилин.

Е. 10% розчином дезактину шляхом їх дворазового протирання з інтервалом 15 хвилин, потім протиранням стерильною водою, провітрюванням та кварцуванням протягом 30 хвилин. Експозиція - 5 хвилин.

20. Прибиральний інвентар знезаражується:

А. 0,2 % дезактином шляхом замочування на 60 хвилин із наступним промиванням водою.

В. 2% дезактином шляхом замочування на 60 хвилин із наступним промиванням водою.

С. 3% дезактином шляхом замочування на 60 хвилин із наступним промиванням водою.

Д. 0,5% дезактином шляхом замочування на 60 хвилин із наступним промиванням водою

Е. 5% дезактином шляхом замочування на 60 хвилин із наступним промиванням водою

Відповіді:

1 - Е; 2 - Д; 3 - Д; 4 - С; 5 - Е; 6 - В; 7 - А; 8 - С; 9 - В, С. 10 - В; 11 - А; 12 - А; 13 - Е; 14 - А; 15 - С; 16 - А; 17 - Е; 18 - А; 19 - В; 20 - А.

Література:

1. Додаток 5 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років - наказ МОЗ України від 20.03.2008 р № 149.
2. Медицина дитинства / За ред. П.С.Мощича: Т. І. - К.: Здоров'я, 1994.
3. Неонатологія: Навч. пос. / П.С.Моїщич, О.Г.Суліма, Ю.Г.Антипкін та ін.; За ред. П.С.Мощича, О.Г.Суліми. - К.: Вища шк., 2004.-407 с., іл.
4. Програма сучасної антисептики, дезинфекції (препарати, обладнання, сервіс). "Антисептика, дезинфекція і гігієна" «*Lisoform*», Київ, 2004,- С.66.
5. Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми / За ред. В.Г. Майданника, К.Д. Дуки,- К.: Знання України, 2002.-356 с.
6. Шабалов Н.П. Неонатологія: Учебник для студентів, інтернов і резидентів педіатричних факультетів медичинських інститутів. - Т. І, 11, - С-П: Спеціальна література, 1997.

Глава 3

Особливості гігієнічного догляду за дитиною в неонатальному періоді

У цій главі розглядаються лише деякі моменти гігієнічного догляду за немовлям у періоді новонародженості, якими повинна володіти як медична сестра неонатологічного відділення та відділення патології новонароджених дитячої лікарні, так і патронажна медсестра дитячої поліклініки, а також, безумовно, лікар-неонатолог, педіатр та сімейний лікар.

Догляд за шкірою та слизовими оболонками

Слід враховувати дуже важливу особливість неонатального періоду, у новонароджених немовлят (і взагалі у дітей грудного віку), догляд за шкірою та слизовими оболонками займає провідне місце у профілактиці в них важких

захворювань, перш за все. гнійно-септичних.

У пологовому відділенні

Перший туалет шкіри повинен проводитися після перев'язки пуповини та профілактики гонобленореї (за необхідності дитину купують у перекип'яченій воді з додаванням 5% розчину перманганату калію, вода повинна бути блідо-рожевого кольору, її температура +38°C), а після купання шкіру слід обережно просушити стерильною пелюшкою та загорнути дитину в стерильні пелюшки.

У відділенні новонароджених

Під час щоденного огляду дитини лікар-неонатолог починає огляд з обробки залишку пуповини:

А. З дотриманням правил асептики та антисептики знімається пов'язка з культу пуповини.

В. Культура обробляється спочатку 70% етиловим спиртом або 3% розчином перекису водню і на закінчення - 5% розчином перманганату калію.

С. З метою стимуляції відпадиння залишку пуповини рекомендується щоденно під скобкою накладати шовкову лігатуру, яка повинна зберігатися у 96% спирті, а після відпадиння залишку (під час щоденної обробки пупкової ранки) необхідно видаляти кірки на її дні.

У палаті новонароджених проводиться подальший туалет шкіри

За допомогою стерильного тампона, який змочується у стерильній олії (соняшниковій, персиковій, шипшиновій, вазеліновій тощо), надзвичайно обережно і ретельно знімає поверхневі шари першородної змазки. При необхідності повний туалет шкіри від першородної змазки у новонародженої дитини має бути закінчений до третього дня життя. Це зумовлено тим, що жир, який є складовою частиною змазки, на 3-4-й день життя стає джерелом подразнення шкіри і може сприяти її інфікуванню.

Дитяча медсестра відділення неонатології щоденно, протягом усього терміну перебування дитини у пологовому будинку, під час кожного сповивання дитини (після її підмивання) обережно, але ретельно протирає пахвові, шийні та інші складки шкіри, місця за вушними раковинами та долоні дитини стерильною олією або цинк-ланоліновим кремом (дитячим кремом, вазеліновим кремом). Одночасно проводиться туалет пупкового залишку 70 % спиртом, перманганатом калію, а при надмірних грануляціях - ляпісним олівцем.

Під час ранкового туалету дитини або в разі необхідності дитині проводиться туалет носа декілька разів на день. Ця процедура особливо необхідна при виділеннях із носа, зригуваннях у дитини тощо. Очищення носа проводиться за допомогою ватних джгутиків, які медперсонал робить перед проведенням процедури. Ватний джгутик перед введенням у ніс змочується у вазеліновій олії, після чого обертаючими рухами вводиться у носовий хід на

глибину 1-1,5 см. Не рекомендується використовувати палички та інші предмети з ватою (можливі травми слизових оболонок).

Обробка вушної раковини

Вушна раковина обробляється ватою, змоченою кип'яченою водою, а обробка зовнішнього слухового проходу проводиться за допомогою сухих ватних джгутиків.

Обробка слизових оболонок ротової порожнини у випадку пліснявки (молочниці)

Для обробки слизових оболонок ротової порожнини (проводиться 3-4 рази на день перед вигодовуванням), які уражені молочницею, використовуються різні розчини: зрошування ротової порожнини аскорбіновою кислотою, обробка слизових оболонок ротової порожнини ротоканом, дексаном тощо.

Промивання очей

Промивання очей проводиться вранці, а в дітей із кон'юнктивітом 3-4 рази на день. Для цього використовується стерильна вата окремо для кожного ока. Вата змочується в розчині фурациліну (1:5000) після чого проводиться промивання очей обережними рухами від зовнішнього кута ока до внутрішнього.

Туалет статевих органів

У дівчаток туалет проводиться при наявності виділень із статевих органів. Для цього змочується вата в розчині фурациліну (1:5000) або в слабкому розчині (1:8000) перманганату калію і статеві щілини протираються обережними рухами.

У хлопчиків у випадку накопичення секрету між крайньою плоттю та головкою статевого члена секрет не рекомендується видаляти, тому що можлива травма статевого члена. При мацераціях, попрілостях статевого члена слід робити місцеві ванночки з розчином перманганату калію (1:8000).

Підмивання дитини

Підмивання дитини проводиться після кожного акту дефекації. Якщо шкіра дитини має схильність до мацерації, попрілостей, то підмивання проводиться після кожного сечовиділення. Дитину підмивають під проточною теплою водою. Під час підмивання дитина лежить на лівій долоні медсестри, а правою рукою дитину підмивають. При необхідності (значне забруднення) права долоня медсестри намилюється дитячим милом. Підмивання дівчаток проводиться "зверху донизу та в напрямку назад", тобто дівчинка під час підмивання утримується обличчям доверху. Таке підмивання дівчинки забезпечує неможливість попадання забрудненої води у піхву, що є профілактикою запальних процесів сечовивідних шляхів.

Обробка шкіри при появі попрілостей

Інколи у немовлят можуть виникати попрілості, причиною яких, як правило, є порушення догляду за дитиною з боку медичного персоналу (матері). Частіше попрілості виникають у дітей, що тривалий час знаходяться

в ліжку і в них, внаслідок порушення догляду за шкірою (неохайність персоналу, матері, несвоєчасне проведення гігієнічного підмивання тощо), у підпахвинних, пахвинних ділянках, у сідничних складках, шийних складках часто виникають попрілості. Так, у ділянці шийних складок попрілості частіше виникають при затіканні блювотних мас, зригуванні у ці складки, а своєчасний туалет їх не проводиться. Для лікування попрілостей передусім використовують гігієнічні ванни з фурациліном (1:5000) або перманганатом калію (1:8000), а також різноманітні мазі, риб'ячий жир тощо з метою кращої епітелізації шкіри.

Гігієнічні ванни

Для профілактики гнійно-септичних захворювань шкіри дітям, поряд з іншими заходами, слід проводити гігієнічні, а інколи й лікувальні ванни. Гігієнічні ванни дітям періоду новонародженості (і взагалі дітям першого півріччя життя), при відсутності протипоказань, слід проводити щоденно. Для проведення такої ванни використовують спеціальні дитячі ванночки на підставці. Головний кінець ванночки повинен бути розміщений дещо вище за нижній. Перед початком купання медсестра обробляє ванночку гарячою водою з милом із застосуванням дезактину (якщо дитина знаходиться в стаціонарі), після чого знову обмиває її гарячою водою. Температура повітря у палаті (кімнаті вдома), де проводиться гігієнічна ванна, повинна дорівнювати +20 - +22° С. Температура води для купання +37,5 -- +38° С. Температура води у ванні вимірюється за допомогою водяного термометра (для недоношених дітей температура води для проведення гігієнічної ванни становить +38° С).

Техніка купання немовляти

На дно ванни кладеться пелюшка. Ванна наповнюється водою (близько 10 літрів). Медична сестра (мати, коли дитина вдома) підкладає свою ліву руку під шию дитини так, щоб голова дитини лежала на руці медсестри (матері). Великим та вказівним пальцями цієї ж руки щільно охоплюється плече дитини і міцно утримується. Долоня правої руки медсестри (матері) підтримує дитину під її сідницями і дитина обережно опускається у воду. Після того, як сідниці дитини опустилися на дно, права рука медсестри виймається і дитина утримується лише однією лівою рукою. Спочатку миється голова дитини, яка постійно знаходиться над поверхнею води, а потім і все тіло дитини. Для купання використовується лише дитяче мило (дитина миється з милом у першому півріччі життя два рази на тиждень, а в другому - при кожному купанні). Після закінчення купання дитина виймається з ванни, а помічник (санітарка) обережно обливає тіло дитини чистою теплою водою з глечика, після чого дитина загортається у теплу пелюшку (рушник) разом із головою. Через рушник робиться легкий масаж, і після цього починається обтирання дитини на сповивальному столі. При цьому відкритою залишається лише та частина тіла, яка витирається, а інші ділянки тіла залишаються закритими (дитина, особливо періоду новонародженості дуже легко може охолонути і застудитися). Слід дуже ретельно, але обережно, витерти усі складки, після

чого вони обробляються стерильною олією, дитина сповивається у підігріті праскою пелюшки і вкладається у ліжко з чистою білизною. Ванни з перманганатом калію або відварами трав (чистотіл, ромашка тощо) застосовуються досить часто, особливо при захворюваннях шкіри у дитини. Заздалегідь готується 5 % розчин перманганату калію, який зберігається в темній склянці окремо. На відро води додається 10 мл цього розчину. Колір води у ванні повинен бути слабо-рожевим. Температура води $+36^{\circ}$ - $+37^{\circ}$ С. Тривалість процедури 5-10 хвилин.

Постановка клізми

Медична сестра відділення патології новонароджених та неонатології соматичної лікарні, (як і патронажна медсестра) повинна володіти технікою постановки клізм дітям.

Дитина кладеться на лівий бік із зігнутими ногами. Помічник утримує дитину в такому положенні. Медсестра наповнює балончик клізми рідиною (вода, розчин ліків тощо), змащує наконечник клізми вазеліном (дитячим кремом), витискує рештки повітря (наконечник направлений вгору) до появи з нього рідини. Після цього, стоячи за спиною дитини, обережно правою рукою вводить наконечник у пряму кишку на 4-5 см і поступово, стискаючи балон, вводить рідину в пряму кишку, після чого, не розжимаючи балон, виводить наконечник.

Очисна клізма

Застосовується кип'ячена вода, температура якої $+28^{\circ}$ - $+30^{\circ}$ С. Використовуються стерильні балончики різного об'єму. Для дитини періоду новонародженості використовується балон № 1, тобто об'ємом 15-25 мл (дитині першого півріччя балон № 2: 30-40 мл). Балон для клізми має бути стерильним (стерилізація проводиться кип'ятінням після промивання та витримки у відповідному розчині дезактину і висушуванням), а наконечник повинен бути м'яким. Інколи застосовуються і лікувальні клізми з лікарськими препаратами. Перед проведенням такої клізми слід зробити спочатку очисну клізму (об'єм лікувальної клізми запежить від віку дитини). Для дітей перших місяців життя об'єм клізми становить 10-15 мл. Температура рідини - до $+38^{\circ}$ - 39° С. Частіше використовуються лікувальні клізми з відваром ромашки (15г сухої ромашки слід кип'ятити в 250 мл води протягом 2-х хвилин; відвар охолоджується до 40° С, після чого ставиться клізма), крохмальні клізми (1 ч. л. картопляного крохмалю на одну клізму), клізми з таніном (1 ч. л. таніну на 1 склянку води), клізми з олією (використовують шипшинову або обліпихову олію). Температура води $+38^{\circ}$ С).

Гіпертонічна клізма

При деяких захворюваннях, що супроводжуються метеоризмом кишечника, з метою збудження його перистальтики та більш повного випорожнення нижніх відділів кишечника, лише за призначенням лікаря,

дитині інколи призначається гіпертонічна клізма. Перед проведенням гіпертонічної клізми готується 10% розчин повареної солі (1 ст. л. на 250 мл води). Для проведення гіпертонічної клізми немовлятам більш доцільно використовувати стерильний 10% розчин хлориду натрію. Гіпертонічна клізма вводиться в об'ємі від 5 до 20 мл (залежно від віку дитини).

Клізма за Огневим

При важкому парезі кишечника (за призначенням лікаря) може бути призначеною й клізма за Огневим та введення газовідвідної трубки. Для дитини першого року життя в лоток наливається 3 мл 10% розчину хлориду натрію, додається 2-3 мл 3% розчину перекису водню та 3-4 мл медичного гліцерину. Ця суміш набирається в балончик-клізму і вводиться у пряму кишку дитини. Під час уведення рідини сідниці дитини необхідно стиснути і утримувати так 3-5 хвилин, після чого відпустити.

Газовідвідна трубка

При метеоризмі або незадовільному відході газів, поряд з іншими заходами, рекомендується введення в пряму кишку газовідвідної трубки. Трубка повинна бути одноразовою з гладкими краями та пружними стінками з отворами на тому краї, що вводиться у пряму кишку. Перед уведенням трубки її кінець, що вводиться у пряму кишку, змащується дитячим кремом, після чого трубка обережно вводиться в ампулу прямої кишки (трубка має проходити вільно). Трубка залишається у прямій кишці на декілька годин. Зовнішній кінець її можна занурити у лоток із рідиною для спостереження за відходом газів. Одночасно проводиться легкий масаж живота дитини. При відсутності відходу газів можна через зовнішній кінець трубки (за допомогою гумового балончика) ввести невелику кількість (5-10 мл) кип'яченої води кімнатної температури.

Тестові запитання для самоконтролю

1. Туалет пупкового залишку у палаті (відділенні) новонароджених проводиться:

- A. 70% спиртом, перманганатом калію, а при надмірних грануляціях — ляпісним олівцем.
- B. 10% спиртом
- C. Ляписом
- D. 96% спиртом
- E. Перманганатом калію

2. У новонародженої дитини (вік - 3 тижні) спостерігаються ознаки парезу кишечника. Рекомендовано зробити гіпертонічну клізму. Назвіть основні компоненти гіпертонічної клізми.

- A. 10 % розчин повареної солі (1 ст.л. на 250 мл води).
- B. 10 % стерильний розчин хлориду натрію
- C. 3 % стерильний розчин хлориду натрію
- D. 5 % стерильний розчин хлориду натрію
- E. 12 % стерильний розчин хлориду натрію

3. У новонародженої дитини (вік - 3,5 тижні) спостерігаються ознаки парезу кишечника. Рекомендовано зробити дитині клізму за Огневим. Назвіть основні компоненти клізми за Огневим.

- A. 3 % стерильний розчин хлориду натрію
- B. 2 мл 10 % розчину хлориду натрію, додається 2-3 мл 3 % розчину перекису водню
- C. 1мл 10 % розчину хлориду натрію, додається 2-3 мл 3 % розчину перекису водню та 3-4 мл медичного гліцерину
- D. 3 мл 10 % розчину хлориду натрію, додається 2-3 мл 3 % розчину перекису водню та 3-4 мл медичного гліцерину.
- E. 5мл 10 % розчину хлориду натрію, додається 2-3 мл 3 % розчину перекису водню та 7 мл медичного гліцерину

4. Для проведення очисної клізми застосовується кип'ячена вода, температура якої:

- A. +22°-+32°С.
- B.+24°-+31 °С.
- C. +28° - +30° С.
- D. +21 °-+24° С.
- E. +20° - +25° С.

5. Гігієнічні ванни дітям періоду новонародженості (і взагалі дітям першого півріччя життя), при відсутності протипоказань, слід проводити:

- A. 1 раз на тиждень
- B. 3 рази на тиждень
- C. 4 рази на тиждень
- D. Щоденно
- E. У неділю

6. Температура повітря у палаті (кімнаті), де проводиться гігієнічна ванна, повинна дорівнювати:

- A.+20-+22°С.
- B.+21 -+23°
- C.+17-+20°
- D. +16-+ 17
- E. +23 - +24

7. Температура води для купання доношених новонароджених:

- A. +35,5° С. '
- B.+34,5° С.
- C. +37,5-38° С.
- D. +36° С.
- E. +36,6 ° С,

8. Для проведення гігієнічної ванни недоношеним дітям температура води становить:

- A. +38° С
- B. +36,6 ° с
- C. +36° с.
- D. +37° С.
- E. +37,2° С.

9. Підмивання дитини проводиться:

- A. 1 раз на день
- B. Після кожного акту дефекації.
- C. 1 раз на добу
- D. 3 рази на день
- E. 2 рази на добу

10. Якщо шкіра дитини має схильність до мацерації, попріlostей, то підмивання проводиться:

- A. Після кожного сечовиділення
- B. 1 раз на добу
- C. 3 рази на день
- D. 2 рази на добу
- E. Кожні 2 години

11. Промивання очей проводиться стерильною ватою окремо для кожного ока змоченою в розчині фурациліну (1:5000) в напрямку:

- A. Від зовнішнього кута ока до внутрішнього.
- B. Від внутрішнього кута ока до зовнішнього
- C. Напрямок промивання очей не має суттєвого значення

Відповіді:

1-A; 2-B; 3-D; 4-C; 5-D; 6-A; 7-C; 8-A; 9-B; 10-A; 11 -A.

Література

1. Госпітальна педіатрія / За ред. І.С.Сміяна, В.Г.Майданника. - Тернопіль - Київ, 1997. - С.4 - 79.

2. Медицина дитинства / За ред. П.С.Мошича: У 4-х т. - К.: Здоров'я, 2000.

3. Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми / За ред. В.Г. Майданника, К.Д. Дуки.- К.: Знання України, 2002.-356 с.

4. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебник для студентов, интернов и резидентов педиатрических факультетов медицинских институтов. - Т. I, II. - С-П: Специальная литература, 1997.

РОЗДІЛ 4

ПЕРИНАТАЛЬНА ДОПОМОГА НОВОНАРОДЖЕНИМ ДІТЯМ НА ПЕДІАТРИЧНІЙ ДІЛЬНИЦІ

Найбільш значущими принципами ефективної перинатальної допомоги дітям педіатричною службою передусім є кваліфіковане проведення антенатальної та постнатальної профілактики захворювань, тобто якісне проведення першого і другого допологового патронажів та патронажу дитини в періоді новонародженості, а при необхідності й надання спеціалізованої медичної допомоги у відділеннях патології новонароджених дитячих лікарень.

Глава 1

Допологовий патронаж

Ще до народження дитини дільничний педіатр (сімейний лікар) та патронажна медсестра проводять заходи щодо антенатальної охорони плоду (перший і другий допологові патронажі).

Медична (патронажна) сестра дитячої поліклініки веде суворий облік усіх вагітних, що мешкають на педіатричній дільниці. Дані про вагітних медсестра або лікар повинні отримувати з жіночої консультації у найбільш ранні терміни вагітності. Щодо кожної вагітної жінки фіксуються паспортні дані, термін вагітності та майбутніх пологів, відомості про стан здоров'я вагітної, фактори, що несприятливо впливають на плід, рекомендації, надані вагітній жінці гінекологом. Особливо важливими є відомості про вагітних "групи ризику" (екстрагенітальна патологія, цукровий діабет у вагітної, обтяжений акушерський анамнез, несприятливий перебіг вагітності, соціальні фактори ризику тощо).

Перший допологовий патронаж

Перший допологовий патронаж проводиться дільничною медсестрою дитячої поліклініки (поліклініки сімейного типу) на 22- 23 тижні вагітності, але не пізніше 10-го дня з моменту отримання даних про вагітну з жіночої поліклініки.

Показання до лікарського допологового патронажу:

1. Тяжка патологія вагітності.
2. Несприятливий акушерський анамнез.
3. Важкий токсикоз вагітних.
4. Несприятливі соціально-побутові умови.

Під час першого допологового патронажу медсестра знайомиться з вагітною, встановлює з нею довірливі стосунки, проводить бесіду про майбутню дитину та відповідальність матері перед нею, неприпустимість уживання матір'ю алкоголю, наркотиків, куріння сигарет під час вагітності та після народження дитини. Одночасно з'ясовується стан здоров'я вагітної, умови її життя та роботи, шкідливі звички вагітної, шкідливі фактори на виробництві, спадкові захворювання в сім'ї, екстрагенітальні захворювання вагітної, акушерський анамнез (аборти, викидні, мертвонародження).

З'ясовуються наявність захворювань, які були у жінки під час останньої вагітності та їх медикаментозне лікування. Медсестра дає поради вагітній та іншим членам сім'ї з питань харчування вагітної, її режиму дня, рекомендує виключити стресові ситуації в сім'ї, професійні шкідливі фактори. Наприкінці першого допологового патронажу медсестра запрошує вагітну в "школу матерів", яка функціонує при дитячій (сімейній) та жіночій поліклініці.

Другий допологовий патронаж

Другий допологовий патронаж вагітної жінки проводиться на 32-34 тижні вагітності.

Під час патронажу з'ясовується стан здоров'я вагітної за період від першого відвідування, перенесені захворювання, контролюється дотримання режиму дня та харчування вагітної, уточнюється термін пологів та адреса, де буде проживати новонароджена дитина після виписки з пологового будинку. Спілкування медсестри з майбутніми матір'ю та батьком дитини під час другого допологового патронажу (як і першого) повинне бути доброзичливим, спокійним і водночас радісним для батьків. Під час патронажу вагітної її слід морально підтримати радістю скорого народження дитини та підготувати її психологічно до пологів. Разом з цим, вагітну слід навчити методиці масажу трудних залоз, дати рекомендації по підготовці приміщення для майбутньої дитини, предметів догляду за нею, одягу дитини. Під час другого допологового патронажу жінці слід пояснити, що дитина росте дуже швидко, тому деякі речі будуть потрібні їй лише на перші 1-2 місяці.

Батькам необхідно надати приблизний перелік необхідного одягу та предметів догляду за дитиною і порадити придбати найбільш необхідні речі напередодні пологів. Слід наголосити, що одяг для дитини повинен бути не стільки красивим, скільки практичним, а натільні речі мають бути виготовлені з натуральних матеріалів. Серед них передусім це 8-12 сорочечок ситцевих і фланелевих, 4-6 теплих фланелевих чи байкових кофточок з довгими рукавами, 20-24 підгузки розміром 60 x 65 см з двох шарів чи марлі, 20 штук пелюшок розміром 100 x 100 см із бавовняної чи полотняної тканини, 5-6 фланелевих чи байкових пелюшок розміром 150 x 100 см та 2-3 чепчики чи легкі косинки для голови дитини. Батькам слід пояснити, що для маленької дитини потрібні й теплі речі, серед яких найзручнішим є комбінезон або конверт. Комбінезон буде необхідним для прогулянок на вулиці (на руках, у колясці або в рюкзаку "кенгуру"). Бажано придбати і 2 вовняні в'язані кофточки чи 2 трикотажні костюмчики. Слід пояснити, що голова у дитини росте дуже швидко, що є нормою. Тому необхідно придбати бавовняну шапочку та вовняну на більш холодну погоду. Крім того, бажано придбати 5-10 пар таких повзунків, щоб вони застібалися або зав'язувалися на плечиках дитини. Майбутнім батькам також слід роз'яснити, що вже наприкінці періоду новонародженості у дитини виникає здатність концентрувати свою увагу. Тому новонародженій дитині вже будуть необхідні іграшки, які вона може розглядати. Це можуть бути різні підвіски, колечка для хапання, брязкітки і

навіть кульки діаметром не менше 10-15 см, а з тритижневого віку до ліжечка дитини необхідно підвішувати барвисті іграшки на відстані 50-70 см від дитини. Серед необхідних гігієнічних речей слід придбати два термометри: один - для вимірювання температури повітря в кімнаті, другий водяний - для вимірювання температури води у ванночці, де буде купатися дитина. Крім того, слід придбати великий рушник і пелюшку з каптуром, вату і паперові серветки, дитячу олію або простерилізовану соняшникову чи обліпихову олію, дитячу присипку, безпечні ножиці з круглими кінчиками для підстригання нігтів та гребінець для дитини, балончик-клізму для новонародженого, закриту баночку з гігроскопічною ватою, дві баночки з піпетками для очей та носа дитини.

Далі медсестра дає поради щодо приміщення, де буде знаходитися новонароджена дитина.

Так, кімната або дитячий куточок в ній, повинні добре провітрюватися, а температура повітря підтримуватися в межах $+18^{\circ}$ - $+20^{\circ}$ С. Якщо опалення в кімнаті центральне, то необхідно підготувати зволожувачі, які розміщуються на радіаторах, щоб повітря не було занадто сухим, а при газовому та грубному опаленні, їх слід постійно перевіряти, щоб виключити ризик отруєння чадним газом. Слід наголосити майбутнім батькам, що в кімнаті, де буде знаходитися дитина, усі поверхні повинні бути простими і легко оброблятися, а якщо в кімнаті буде попередньо робитися ремонт, то краще вибрати матеріали, що миються (фарба чи шпалери для стін, плитка, лінолеум, паркет). Спілкуючись з батьками майбутньої дитини, слід з'ясувати можливий алергологічний анамнез і, якщо в родині є схильність до алергії, то слід заборонити в кімнаті килими та доріжки.

Батькам необхідно дати поради щодо ліжечка для дитини. На даний час є багато різноманітних моделей ліжечок, від недорогих простих дерев'яних (або пластмасових) різної конструкції до більш коштовних, до яких додається красивий намет, який захищає дитину від вітру і світла та має захисні подушечки з боків ґрат. Тобто ліжечка є різноманітні, а звичайне недороге дерев'яне чи пластмасове підходить для дитини аж до віку 3 роки. Необхідно пояснити, що у будь яких випадках дно ліжечка повинно бути встановлено на відстані не менше 60 см від верхнього поруччя, щоб маля (а воно швидко росте) не вибралося назовні. Матрац у ліжечку повинен бути твердим, а подушка в ліжечку для маленької дитини взагалі непотрібна. Для вкривання дитини в різну пору року слід придбати і три різні дитячі ковдри: баєву, вовняну і пухову чи синтипонову.

Майбутнім батькам слід жорстко наголосити, що ні в якому разі дитина не повинна спати разом з ними в одному дорослому ліжку.

Що стосується коляски для прогулянок, то бажано, щоб вона була достатньо високою. За рахунок цього дитина буде більш захищеною від вуличного шуму і дорожнього пилу. У колясці повинен бути складний верх і полог з непромокального матеріалу, що дозволить гуляти з дитиною взимку і в

непогоду. Бажано, щоб у комплекті коляски була і парасолька для захисту від сонця (козирок у спеку погіршує вентиляцію в колясці).

Враховуючи те, що дитина через кілька місяців буде все частіше рухатися під час прогулянок і в неї швидко з'являться моторні навички, зручніше придбати комбіновану коляску, яку згодом можна буде використовувати як сидячу. Майбутній матері слід суворо наголосити, що в будь-якому випадку дитина не повинна спати в колясці постійно і ніколи - вночі, під час найтривалішого періоду сну. Замість коляски (або разом із нею) можна порекомендувати придбати рюкзак "кенгуру" для носіння дитини і пояснити батькам його переваги: дитина знаходиться на батькові і постійно стикається з тілом, а в батька (матері) вільні руки тощо.

На завершення другого допологового патронажу медсестра ще раз доброзичливо уточнює адресу, на яку буде виписана мати і дитина з пологового будинку, радить жінці підтримувати постійний контакт із жіночою консультацією (гінекологом), а при необхідності викликати швидко допомогу. Завершуючи патронаж, медсестра бажає матері здоров'я та народження здорової дитини і доводить до відома батьків, що вже з першого дня після виписки дитини додому з пологового будинку, подальший її розвиток та стан здоров'я буде під постійним контролем дільничного педіатра (сімейного лікаря) і патронажної медсестри.

Глава 2

Патронаж новонароджених немовлят

Після виписки з пологового будинку проводиться спостереження (патронаж) новонародженої дитини вдома.

Метою патронажу є отримання первинної інформації про дитину та сім'ю, оцінка стану її здоров'я з наступним консультуванням у фахівців.

Відомо, що стан здоров'я дитини у період новонародженості та на першому році життя у більшості випадків визначає стан її здоров'я у наступних періодах дитячого віку. Період новонародженості є особливо небезпечним щодо захворюваності та смертності, тому що саме у цьому періоді відбувається адаптація дитини до нових для неї умов життя.

Згідно Додатку 2 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною, обов'язкові медичні профілактичні огляди здорової дитини проводяться лікарем вдома не пізніше ніж на другий день після виписки її з пологового будинку (медсестра - через день після огляду лікарем). Наступний огляд вдома лікар проводить у віці дитини 2 тижні, а у віці 3 тижні вдома дитину оглядає медична (патронажна) медсестра.

У віці 1 місяць дитина оглядається лікарем, але вже в амбулаторних умовах (дитяча поліклініка, консультація, лікарська амбулаторія сімейного типу).

ПЕРШИЙ ПАТРОНАЖ НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

(загальні положення)

Перше відвідування новонародженої дитини (перший патронаж)

починається з того, що лікар та медсестра, заходячи в квартиру (будинок), де мешкає новонароджена дитина, після привітання поздоровляють батьків (родину) з народженням дитини, знімають верхній одяг (пальто тощо), ретельно миють руки теплою водою з милом, при необхідності використовують одноразову маску і тільки після цього, заходять у кімнату, де знаходиться новонароджена дитина.

Під час спілкування з матір'ю (перший патронаж) сімейний лікар (педіатр) повинен уточнити дані про перебіг вагітності та пологів, стан здоров'я дитини та вагітної у пологовому відділенні, з'ясувати з якою масою тіла народилася дитина, чи закричала вона відразу після народження, або пізніше і з яких причин, уточнити через який час після народження дитина була вперше прикладена до грудей матері та з'ясувати вид вигодовування дитини на момент виписки з пологового будинку (грудне, змішане або штучне).

Огляд дитини при першому патронажі:

1. Обстеження дитини з урахуванням даних виписки з пологового будинку, анамнезу та об'єктивного обстеження, на основі чого робляться висновки.

2. Лікар оцінює стан здоров'я дитини та визначає її групу здоров'я. Відповідно до визначеної групи здоров'я матері даються рекомендації щодо режиму, догляду та вигодовування дитини. Одночасно звертається увага на стан здоров'я матері, даються рекомендації щодо її режиму дня та харчування.

3. Медсестра (лікар) навчають матір методиці обробки шкіри та пупкового кільця дитини, проведенню їй гігієнічної ванни та роз'яснюють основні принципи догляду за дитиною.

4. Батькам наголошується про важливість позитивного психоемоційного контакту між дитиною і матір'ю та батьком (відношення до дитини повинно бути ласкавим, що сприяє розвитку позитивних емоцій у немовляти).

Батькам дитини даються наступні поради:

Кімната, де мешкає дитина, повинна бути світлою, особливо чистою і добре провітрюватися.

2. Температура повітря в кімнаті повинна бути постійною в межах 20° - 22° С.

3. Ліжечко повинно стояти ближче до вікна, матрац щільним і вкритим клейонкою, а зверху - пелюшкою.

4. Уся білизна, що знаходиться в дитячому ліжечку, повинна щоденно провітрюватися і, за необхідності, замінюватися на чисту, клейонку з ліжка дитини необхідно мити з милом, а дитячу білизну, після прання та кип'ятіння, обов'язково слід прогладжувати гарячою праскою з обох боків.

5. Наступним є навчання матері методиці купання дитини (бажано, щоб перший раз патронажна медсестра сама купала дитину!).

6. Батькам слід пояснити, що новонароджену дитину необхідно купати

щоденно, краще увечері перед годуванням, вода у ванночці для купання повинна бути кип'яченою, а її температура $+37^{\circ}\text{C}$.

7. Після закінчення купання дитину слід обережно обілляти водою, температура якої повинна бути на 1°C нижчою, ніж температура води для купання. Температура повітря в приміщенні, де буде купатися дитина, повинна бути $+22^{\circ}$ -- $+23^{\circ}\text{C}$.

8. Матері слід пояснити, що дитяче мило можна використовувати лише один раз на тиждень.

9. Потім мати навчається особливостям підмивання дитини - підмивати після кожного випорожнення кишечника і краще під проточною водою, температура якої $+36^{\circ}\text{C}$ або підмивати слабким розчином (блідо-рожевого кольору) перманганату калію, причому підмивання проводити спереду назад від статевих органів до заднього проходу з метою профілактики занесення інфекції в сечові шляхи та статеві органи. Після підмивання шкіра дитини обережно просушується рушником, а природні складки змащуються стерильною (пастеризованою) рослинною олією.

10. Нігті на ручках і ніжках дитини слід обрізати обережно один раз в 7—10 днів маленькими (манікюрними) ножицями із закругленими кінцями.

11. Батькам дитини необхідно пояснити, що новонароджені діти надзвичайно чутливі до інфекцій, тому слід заборонити будь-який контакт дитини з хворими.

12. Мати навчається техніці вільного сповивання дитини, і їй наголошується, що його слід проводити перед кожним годуванням.

13. Медсестра (лікар), під час спілкування з матір'ю одночасно навчає її правилам догляду за шкірою, очами, носом дитини, тощо.

Під час першого патронажу лікар (медсестра) шляхом обережної пальпації досліджує грудні залози матері на наявність або відсутність мастопатії, тріщин або садок сосків, з'ясовує їх форму (втягнуті, пласкі) і дає відповідні поради. Одночасно і повторно лікар (медсестра) навчає матір правилам вигодовування дитини груддю і роз'яснює переваги природного вигодовування над змішаним або штучним. У випадку змішаного вигодовування дитини ще з пологового будинку, медичний працівник особливу увагу приділяє боротьбі з гіпогалактією (провести контрольні зважування дитини, призначити відповідне лікування гіпогалакції і намагатися якомога скоріше повернути дитину до природного вигодовування). Одночасно матір слід навчити особливостям догодовування дитини штучними молочними сумішами (краще - високоадаптованими). У випадку штучного вигодовування дитини ще з пологового будинку необхідно навчити маму особливостям проведення штучного вигодовування і наголосити, що таке вигодовування дитини краще всього проводити спеціальними високоадаптованими молочними сумішами. Особливу увагу батьків слід звернути на дотримання гігієнічного та санітарно-протиепідемічного режиму

в кімнаті, де знаходиться новонароджена дитина (вологе прибирання, провітрювання, миття рук, кип'ятіння сосок перед їх застосуванням, заборона відвідування новонародженої дитини чужими людьми і, тим більше, хворими на будь-яку інфекцію). Ще раз слід пояснити матері, що організм дитини в період новонародженості надзвичайно чутливий до дії будь-яких несприятливих чинників і, передусім інфекційних агентів (вірусів, бактерій), довести матері, що у цьому періоді у дитини ще недосконала терморегуляція, незріла система імунітету тому, у випадку недотримання температурного та гігієнічного режимів, можливе швидке перегрівання або переохолодження дитини та розвиток у неї важких інфекційних захворювань (вірусно-бактеріальної пневмонії, сепсису та іншої важкої патології).

Наприкінці першого патронажу лікар зазначає батькам дитини:

1. Графік своєї роботи в поліклініці.
2. Номери службового та домашнього телефонів (в окремих випадках і мобільного).
3. Телефон швидкої або невідкладної допомоги і радить терміново звертатися за медичною допомогою при будь-яких проявах захворювання у дитини.

Під час повторних відвідувань новонародженої дитини лікар (медсестра):

1. Перевіряє дотримання санітарно-гігієнічних вимог.
2. З'ясовує стан здоров'я дитини та матері.
3. З'ясовує активність смоктання та поведінку дитини під час годування.
4. Проводить огляд дитини: стан її шкіри, підшкірної клітковини, слизових оболонок, очей, пупкового кільця, кістково-м'язової системи, визначає частоту пульсу, дихання, перевіряє стато-моторні навички дитини відповідно віку.
5. Перевіряє навички матері по догляду за дитиною та виконання попередніх рекомендацій лікаря.
6. Навчає матір методиці проведення масажу та гімнастики дитині, дає рекомендації щодо режиму дня, сну, прогулянок, загартовування дитини, її подальшого вигодовування та наголошує, що у віці дитини 1 місяць слід прийти на прийом до педіатра (сімейного лікаря) згідно його графіка роботи у т.з. "здоровий прийом".

Далі наводимо основні положення наказу МОЗ України №149 від 20.03.08 щодо лікарського та медсестринського патронажу здорових новонароджених немовлят, а також огляду дитини у віці 1 місяць.

Лікарський патронаж

I. Метою патронажу

Отримання первинної інформації про дитину та сім'ю, оцінка стану її здоров'я з наступним консультуванням у фахівців.

II. Основні завдання патронажу

З'ясування акушерського анамнезу: перебіг вагітності та пологів, уточнення Інформації про проведення в рододопоміжному закладі профілактичних щеплень та скринінгових обстежень на фенілкетонурию та вроджений гіпотиреоз, наявність спадкових захворювань, цукрового діабету, соціально небезпечних хвороб (ВІЛ-СНІД, туберкульоз та ін.) у сім'ї, шкідливих звичок у батьків (тютюнопаління матері під час вагітності та обох батьків після народження дитини). Збирання алергологічного анамнезу, визначення соціального стану та групи ризику за соціальними факторами, розробка індивідуального плану медичного спостереження за дитиною групи ризику (відповідно інформувати державну службу у справах дітей для здійснення соціального супроводу сім'ї).

Проведення огляду дитини по органах і системах, оцінка стану здоров'я дитини.

Особлива увага звертається на:

- наявність вроджених аномалій, стигм дисембріогенезу; виділення з очей;
- стан шкіри та слизових оболонок (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці, наявність висипу);
- оцінку реакції на звук та світло;
- оцінку пальпації пульсу на стегнових артеріях;
- оцінку м'язового тону та спонтанної рухової активності;
- оцінку фізіологічних рефлексів;
- стан пупкової ранки, пуповинного залишку (пупкове кільце);
- температуру тіла новонародженого;
- оцінку кульшових суглобів на наявність вродженого вивиху, дисплазій;
- звернути особливу увагу на наявність яєчок у калитці.
- оцінка вигодовування, правильність прикладання дитини до грудей, ефективність, безпеку.

Повторний огляд лікарем вдома у віці дитини 2 тижні здійснюється з метою оцінки стану здоров'я дитини, оцінки вигодовування, оцінки фізичного розвитку та консультування матері з вигодовування та догляду.

У випадку будь-яких нез'ясованих чинників проводиться цільове консультування лікарем за наступними основними параметрами:

1. Виключно грудне вигодовування.
2. Основи догляду за новонародженим:
 - емоційний контакт сім'ї з дитиною;
 - дотримання температурного режиму з метою попередження гіпотермії новонародженого;
 - догляд за пупковою ранкою, пуповинним залишком;
 - інші питання гігієни; профілактика рахіту;
 - навички матері щодо загартовування новонародженої дитини.

Медсестринський патронаж

I. Мета патронажу

Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, контроль виконання рекомендацій лікаря, оцінка вигодовування дитини, закріплення навиків матері та сім'ї з вигодовування та догляду за дитиною з метою розвитку, консультування.

II. Основні завдання медсестринського патронажу

1. Збір даних для оформлення та заповнення ф. і 12/о (історія розвитку дитини).
2. Оцінка стану здоров'я дитини.

Особлива увага звертається:

- на стан шкіри та слизових оболонок (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці, наявність висипу);
- на частоту дихання;
- на стан пупкової ранки (пуповинного залишку, пупкового кільця);
- на оцінку м'язового тону та спонтанної рухової активності;
- на виділення з очей.

Цільове консультування проводиться медичною сестрою за наступними основними параметрами:

1. Профілактика синдрому раптової смерті.
2. Вигодовування дитини.
3. Догляд за новонародженим.
4. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників.
5. Догляд за дитиною з метою її розвитку.

ОГЛЯД ДИТИНИ У ВІЦІ 1 МІСЯЦЬ

У віці 1 місяць огляд дитини лікарем проводиться в амбулаторних умовах (дитяча поліклініка, поліклініка сімейного типу, лікарська амбулаторія).

Мета огляду дитини у цьому віці

1. Огляд по органах і системах. На "здоровому прийомі" (кабінет здорової дитини) слід оцінити стан здоров'я дитини та звернути особливу увагу на:

- стан шкіри та слизових оболонок (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці, наявність висипу);
- клінічні ознаки інфекції;
- наявність зригування, блювоти після годування з метою виключення пілоростенозу;
- відсутність (наявність) дисплазії (вивиху) в кульшових суглобах;
- наявність яєчок в калитці;
- стан м'язового тону та спонтанної рухової активності;
- наявність (відсутність) кривоший;

- реакцію дитини на звук та світло.
- 2. Під час "здорового прийому" лікар також проводить: оцінку знаку БЦЖ; оцінку вигодовування; оцінку фізичного та психомоторного розвитку дитини; контроль та інтерпретацію результатів скринінг-тестів на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз, проведених у родопомічному закладі;
- вакцинацію за умови поінформованої згоди матері;
- профілактику рахіту.

Глава 3

Спеціальний догляд за новонародженими дітьми з групи підвищеного ризику

Новонароджений високого ризику - немовля, що перенесло несприятливі впливи в антенатальному, інтранатальному та постнатальному періодах життя.

Незважаючи на високі репаративні можливості новонародженої дитини, необхідно завжди пам'ятати, що захворювання вагітної, ускладнений перебіг вагітності та пологів можуть стати причиною загибелі дитини. Близько 10 - 20% вагітних жінок відносяться до груп "високого ризику". Більш ніж у половині випадків смерть плодів та новонароджених пояснюється впливом цих факторів.

З переліку факторів підвищеного ризику для новонародженої дитини, перш за все можна виділити наступні:

1. Тривалий пізній токсикоз вагітних.
2. Інфекційні захворювання матері (особливо в I триместрі вагітності).
3. Соматичні захворювання матері (гіпертонічна хвороба, вади серця та інших органів і систем).
4. Анемії вагітних.
5. Ендокринні захворювання.
6. Соціальні проблеми.
7. Недоношена та переношена вагітність.
8. Вік матері (менше 17 або старше 35 років).
9. Стресові стани.
10. Багатоплідна вагітність.
11. Ізоімунна вагітність.

Виділяють три основні групи новонароджених немовлят, загрозливих для захворюваності в неонатальному періоді:

1. Новонароджені діти з порушенням адаптації (внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія при пологах, синдром дихальних розладів, набряковий синдром, пологова травма, стан після реанімації новонароджених).
2. Недоношені та діти із затримкою внутрішньоутробного розвитку

(ЗВУР).

3. Новонароджені зі спадковими уродженими та ендокринними захворюваннями.

При догляді за дітьми групи підвищеного ризику слід ретельно дотримуватися правил асептики та антисептики. Вже в перші години після народження новонароджені діти потребують ретельного спостереження. Залежно від стану дитини і наявної патології (асфіксія, пологова травма, РДС-синдром тощо), дитина з пологового залу переводиться в блок (відділення) інтенсивної терапії та реанімації пологового будинку (центру) для проведення термінових лікувальних заходів (невідкладна терапія) та інтенсивного спостереження. Здорові доношені новонароджені переводяться з пологового залу у неонатологічне відділення для подальшого сумісного перебування дитини та матері (палата на 1-2-х матерів та їх дітей) або окремо в палату новонароджених.

Під час догляду за новонародженою дитиною особлива увага звертається на стан пупкової ранки (вже в перші години життя можливі крововиливи з пупка!). Як було зазначено вище, особливої уваги потребують діти, що народилися в асфіксії, із серцево-судинними та легеневими аномаліями. Повторний огляд пупка обов'язково проводиться на другій годині життя (після переводу дитини з пологового залу) і ще три рази протягом першої доби життя.

Варто пам'ятати, що в перші години життя у дитини можливе блювання, а ніжна шкіра новонародженого при контакті з блювотними масами швидко подразнюється, що вимагає від медперсоналу проведення ретельного туалету шкіри. У недоношених дітей та дітей з важким станом блювотні маси (слиз, меконій, кров) можуть під час аспірації попасти в легені і викликати вторинну аспіраційну пневмонію та інші небезпечні ускладнення.

Під час спостереження та догляду за дитиною групи ризику медичний працівник (лікар) повинен своєчасно виявляти вторинну асфіксію, ціаноз, судоми та їх характер і надавати необхідну допомогу дитині. Слід звертати постійну увагу на колір шкіри, частоту серцевих скорочень, характер дихання та його частоту тощо. У випадку зростання інтенсивності жовтяниці, особливо в перші години після народження, необхідно своєчасно проводити лабораторне обстеження (рівень білірубіну, його погодинний приріст та ін.), своєчасно встановлювати діагноз гемолітичної хвороби новонароджених і проводити її успішне лікування. У перші години життя дитини неонатолог повинен виявити аномалії розвитку, що не були розпізнані відразу після народження, особливо такі, що вимагають термінової хірургічної корекції.

**Особливості догляду за новонародженими,
що народилися від матерів з деякими факторами
підвищеного ризику**

**1. Догляд за дитиною, що народилася від матері з пізнім
токсикозом вагітності**

При даному стані обмін речовин у вагітної жінки порушений. Відповідно, живлення плода через плаценту також порушене, що призводить до відхилень у нормальному розвитку новонародженої дитини. При легкому перебігу гестозу у вагітної жінки дитина народжується у відносно задовільному стані, а її адаптація до зовнішнього середовища має відносно сприятливий перебіг. Але при важкому гестозі (у т.ч. при нефропатії), стан новонародженого, як правило, незадовільний і досить часто з клінічними ознаками пренатальної гіпотрофії. Така дитина має низький опір до інфекцій, а її рання та пізня адаптація знижені. Це пояснюється патологічними змінами в плаценті, порушенням обміну речовин у матері й плода, що супроводжується гіпоксією, яка продовжується і в ранньому неонатальному періоді. Лактація у матері з гестозом зазвичай починається пізніше і часто супроводжується гіпогалактією. Діти від матерів з пізнім гестозом мають характерний вигляд: вони маленькі, їх шкіра суха, а тургор та еластичність тканин знижені. Вони погано смокчуть, швидко втрачають в масі та повільно її відновлюють. Температура тіла у цих дітей частіше субнормальна, можливі аномалії розвитку, а захворювання мають більш важкий перебіг. Такі діти, при їх важкому стані, потребують особливо ретельного догляду, індивідуального режиму годування з корекцією гіпопротеїнемії, часто проведення парентерального харчування, призначення вітамінів А, Е тощо.

**2. Догляд за дитиною, матір якої страждає на анемію
вагітних**

Анемія вагітних залишається достатньо серйозною проблемою як для матері, так і для новонародженої дитини. Так, становлення лактації у матерів з анемією запізнюється, і вона часто є недостатньою як кількісно, так і якісно (кількість білка і лактози в материнському молоці знижені). Це зумовлює недостатнє харчування немовляти і пояснює слабкість захисних сил новонародженої дитини та ряд інших відхилень. Крім того, за статистикою, мертвонароджуваність у них вища, ніж у тих, матері яких здорові. Такі діти потребують своєчасної корекції порушень харчування та при необхідності лікування анемії, яка частіше є залізодефіцитною. Але основна роль у профілактиці розвитку анемії новонароджених належить акушерсько-гінекологічній службі, яка зобов'язана проводити своєчасну діагностику та лікування анемії вагітних. Догляд за дітьми, матері яких страждають на анемію, також повинен бути надзвичайно ретельним з відповідною харчовою та, при необхідності, і медикаментозною корекцією.

3. Догляд за дитиною, матір якої хвора на

серцево-судинну патологію

Догляд за такими дітьми - це, перш за все, профілактика асфіксії, пологових травм, пневмоній тощо. При компенсованих формах захворювання матері маса та довжина тіла дитини, як правило, відповідає терміну вагітності. Але при важких формах (декомпенсація та ін.) більшість дітей народжується з низькою масою тіла, а відсоток справжньої недоношеності у 2-3 рази вищий. Вважається, що в даній ситуації застій крові в міжвійкових просторах, важкі зміни судин плаценти та порушення обміну речовин (особливо білкового) у вагітної - все це є передумовою розвитку важкої гіпоксії плода - асфіксії новонародженого та важкої гіпопротеїнемії в нього. Тому ці діти відразу після народження повинні знаходитися під ретельним спостереженням медичного персоналу (БІТ), їм повинно проводитися повноцінне харчування, при необхідності - медикаментозна корекція, а у важких випадках боротьба із дегідратацією, гіповолемічним шоком та іншими критичними станами, які потребують проведення інтенсивної терапії.

4. Догляд за дитиною, матір якої страждає на цукровий діабет

При вагітності, що супроводжується діабетом, необхідний ретельний догляд за жінкою гінекологом та ендокринологом: підтримувати майже нормальний рівень глікемії (найдоцільніше призначати інсулін), а вміст цукру в сечі вагітної повинен бути незначним. При необхідності під час вагітності жінка госпіталізується планово в стаціонар, але в останні місяці вагітності її госпіталізація є обов'язковою. Незважаючи на це, серед вагітних, хворих на діабет, імовірність розвитку токсикозу, невиношування та народження недоношеної дитини, а також інфекцій залишається високою. Доношені діти від матерів, хворих на діабет, часто мають надмірний зріст (гігантизм) та надмірну масу тіла. Іноді такі діти погано і тривалий час пристосовуються до зовнішнього середовища, страждають інфекціями, в них частіше спостерігається СДР та аномалії розвитку тощо. Гігієнічний догляд та туалет таким дітям повинен проводитися з дотриманням правил асептики та антисептики, використанням кувезу для зігрівання, проведення аспірації секрету з ротоносоглотки, призначенні кисню з рівнем його вологості більше 80%.

5. Догляд за дитиною, що народилася шляхом кесаревого розтину

Слід враховувати, що в дітей народжених шляхом кесаревого розтину, не відбувається стискування грудної клітки (що завжди буває при вагінальних пологах), тому верхні дихальні шляхи дитини не звільнюються від слизу, мекоїю і т. ін. Це зумовлює проведення таким новонародженим аспірації з дихальних шляхів та шлунка (іноді робиться й промивання шлунка теплим фізіологічним розчином). Крім того у такої дитини можливе пригнічення дихального центру та основних рефлексів, а також явища метеоризму кишечника внаслідок дії анестезуючих препаратів, які отримала жінка перед та (або) під час операції. Зазвичай таким дітям спеціальний догляд не

потрібний. Термін початку годування визначається індивідуально, залежно від показань до кесаревого розтину, стану новонародженої дитини тощо.

6. Догляд за дитиною, що народилася шляхом накладання акушерських щипців

Догляд за такими дітьми визначається станом дитини під час і після пологів, тривалістю аспірації та показаннями для накладання щипців. Частіше таких дітей починають годувати або через зонд, або з ложечки і поступово починають прикладати до грудей матері залежно від стану дитини та відсутності відхилень від норми. При ураженні периферичних нервів необхідно здійснювати особливий догляд з метою попередження розвитку парезів і паралічів уражених м'язів або навіть гангрені відповідної кінцівки. У цьому випадку показана фізіотерапія, вітамінотерапія та ін.

Спостереження за новонародженими "групи ризику" на дільниці

Новонароджені діти з "групи ризику" (недоношеність, переношеність, ЗВУР, надмірна маса тіла при народженні, асфіксія, постгіпоксичний синдром, пологова травма, гемолітична хвороба, шкідливі звички батьків, соціальний фактор тощо) підлягають особливо ретельному спостереженню на дільниці.

Згідно вимог МОЗ України спостереження педіатром (сімейним лікарем) та патронажною медсестрою за новонародженими "групи ризику" на педіатричній дільниці (дільниці сімейного лікаря) проводиться за наступною схемою:

Лікар:

1. Перші 2 доби після виписки з пологового будинку (бажано на першій добі).
2. Через день після першого відвідування.
3. До 10 діб життя через день (для недоношених упродовж 10 діб через день після виписки з пологового будинку).
4. Надалі 1 раз на тиждень до настання 1 міс. (для недоношених до 2 міс.).
5. У поліклініці у віці 1 міс. (для недоношених-у 2 міс.).

Патронажна медсестра:

1. До 20 діб життя через день (для недоношених до 10 днів після виписки).
2. Надалі 2 рази на тиждень до 1 міс. (для недоношених до 2 міс.).
3. У поліклініці у віці 1 міс.

Тестові запитання для самоконтролю:

1. Перший допологовий патронаж проводиться медсестрою:

- A. На 14-16 тижні вагітності
- B. На 18-20 тижнів вагітності
- C. На 22-23 тижні вагітності

D. На 32-40 тижні вагітності

E. На 11-12 тижні вагітності

2. Показанням до лікарського допологового патронажу є:

A. Тяжка патологія вагітності

B. Неблагоприємний акушерський анамнез

C. Важкий токсикоз вагітних

D. Несприятливі соціально-побутові умови

E. Все перераховане

3. Під час повторних відвідувань новонародженої дитини лікар (медсестра):

A. Перевіряють дотримання санітарно-гігієнічних вимог і з'ясовують стан здоров'я дитини та матері;

B. З'ясовують активність смоктання та поведінку дитини під час годування;

C. Проводять клінічний огляд дитини:

D. Перевіряють навички матері по догляду за дитиною та виконання попередніх рекомендацій лікаря.

E. Усі відповіді вірні

4. Огляд дитини при першому патронажі включає в себе наступне, крім:

A. Обстеження та оцінка стану здоров'я дитини з визначенням групи здоров'я та надання рекомендацій.

B. Визначення рівня НЬ.

C. Оцінка стану здоров'я матері з наданням рекомендацій щодо її режиму дня та харчування.

D. Навчання матері методиці гігієнічного догляду за немовлям .

E. Наголошення важливості позитивного психоемоційного контакту між дитиною і матір'ю та батьком.

5. Перший патронаж новонародженої дитини проводиться:

A. У день після виписки дитини з пологового будинку.

B. На 4-й день

C. На 5 день.

D. Через тиждень.

E. У перші 2 дні.

6. Дільнична (патронажна межсестра) проводить патронаж здорової новонародженої дитини у наступній послідовності, крім:

A. На другий день після першого відвідування лікарем.

B. Через три дні після першого відвідування.

C. Через день після першого відвідування.

D. Надалі 1 раз на тиждень.

E. В поліклініці у віці 1 міс.

7. Дільнична (патронажна межсестра) проводить патронаж новонароджених з групи ризику у наступні терміни, крім:

- A. До 20 діб життя через день (для недоношених до 10 днів після виписування).
- B. Надалі 2 рази на тиждень до 1 міс (для недоношених - 2 рази на тиждень до 2 міс.)
- C. В поліклініці- у віці 1 міс.
- D. В поліклініці- у віці 3 тижні
- E. В поліклініці щотижня до 1 міс

8. Дільничний педіатр (сімейний лікар) проводить патронаж здорових новонароджених дітей у наступні терміни, крім:

- A. Перші 2 доби після виписки з пологового будинку.
- B. Через день після першого відвідування.
- C. На 14 добу життя.
- D. На 20 добу життя.
- E. Через тиждень після виписування дитини з пологового будинку.

9. Дільничний педіатр (сімейний лікар) проводить патронаж новонароджених з групи ризику дітей у наступній послідовності, крім:

- A. Перші три доби після виписування з пологового будинку.
- B. Через день після першого відвідування.
- C. 2 рази за перший місяць.
- D. До 10 діб життя через день (для недоношених упродовж 10 діб через день після виписування).
- E. Надалі 1 раз на тиждень до настання 1 міс (для недоношених до 2 міс).

10. Скільки разів мають бути активно оглянуті дільничним педіатром вдома здорові новонароджені на I місяці життя?

- A. 1 раз.
- B. 2 рази.
- C. 3 рази.
- D. 4 рази.
- E. 5 разів.

11. Другий допологовий патронаж вагітної жінки проводиться:

- A. На 32-34 тижні вагітності
- B. На 30 тижні вагітності
- C. На 28 тижні вагітності
- D. На 38 тижні вагітності
- E. На 36 тижні вагітності

12. Цільове консультування проводиться медичною сестрою за наступними основними параметрами, крім:

- A. Профілактика синдрому раптової смерті.
- B. Вигодовування дитини.
- C. Догляд за новонародженим та догляд за дитиною з метою її розвитку.
- D. Призначення медикаментів без відома лікаря.
- E. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно

звернутись за допомогою до медичних працівників.

13. Під час проведення медсестринського патронажу особлива увага звертається на все перераховане, крім:

А. Оцінку стану шкіри та слизових оболонок (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці, наявність висипу); В. Оцінку частоти дихання;

С. Оцінку стану пупкової ранки (пуповидного залишку, пупкового кільця);

Д. Оцінку маси тіла (зважування дитини вдома)

Е. Оцінку м'язового тону та спонтанної рухової активності;

Відповіді:

1 - С; 2 - Е; 3 - Е; 4 - В; 5 - Е; 6 - В; 7 - Д, Е. 8 - Е; 9 - С. 10 - С; 11 -А; 12-Д; 13 - Д.

Література:

1. Госпітальна педіатрія / За ред. І.С.Сміяна, В.Г. Майданника. - Тернопіль - Київ, 1997. - С.4 - 79.

2. Медицина дитинства / За ред. П.С.Мощича: Т. 1. - К.: Здоров'я, 2000.

3. Клінічний Протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років (Наказ міністерства охорони здоров'я України від 20.03.2008 р. № 149).

4. Неонатологія: Навч. пос. / П.С.Мощич, О.Г.Суліма, Ю.Г.Антипкін та ін.; За ред. П.С.Мощича, О.Г.Суліми. - К.: Вища шк., 2004. - 407 с., іл.

5. Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми / За ред. В.Г. Майданника, К.Д. Дуки,- К.: Знання України. 2002.-356 с.

6. Шабалов Н.П. Неонатологія: Учебник для студентов, интернов й резидентів педиатрических вузов.

Глава 4

Вигодовування дітей періоду новонародженості

У пологових будинках від персоналу повинна вимагатися кропітка робота з матерями щодо засвоєння ними техніки вигодовування дитини груддю, набування матерями навичок годування дитини на вимогу дитини, догляду за груддю, щодо профілактики розвитку лактостазу, появи тріщин сосків та ускладнень - маститів і ранньої гіпогалакції.

Період становлення лактації у матері триває майже протягом усього неонатального періоду життя дитини, тому частота годувань груддю у цьому періоді може досягати 8-12 і більше разів на добу (при умові вільного годування, а не за годинами), при цьому, слід враховувати й годування дитини вночі.

Що стосується роботи сімейних лікарів (педіатрів) на дільниці по підтримці лактації у матері та грудного вигодовування дітей періоду новонародженості, вона повинна бути найпріоритетнішою. Основним напрямком цієї роботи є:

1. Заохочення вільного режиму годувань на вимогу дитини, а не за

годинами як рекомендувалося раніше.

2. Психологічна підтримка матері в тому, що дитина отримує з молоком матері все, що їй необхідно.

3. Профілактика та лікування лактаційних кризів, лактостазів та інших ускладнень.

4. Постійне наголошування матері, що особливо в період становлення лактації у неї та в період адаптації новонародженого, слід повністю відмовитися від використання сосок, ріжків, допоювання дитини глюкозою, водою і, тим більше, замінниками грудного молока.

ГРУДНЕ (ПРИРОДНЕ) ВИГОДОВУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ НЕМОВЛЯТ

Грудне (природне) вигодовування є невід'ємною складовою частиною повного репродуктивного циклу жінки: *вагітність — пологи — лактація — вигодовування дитини.*

Грудне вигодовування – таке вигодовування, при якому! дитина першого півріччя життя отримує не менш ніж 80% материнського молока (4/5 добової потреби).

Новонароджена дитина своїм першим інстинктивним рухом тягнеться до материнської груді як до джерела життя. За своєю біологічною сутністю годування дитини грудним молоком матері є природним продовженням того харчування, яке плід отримує ще під час його внутрішньоутробного розвитку. Тому вигодовування груддю є важливим завершальним етапом тісного біологічного зв'язку організму дитини з організмом матері, завдяки якому формуються та зміцнюються всі основні механізми здоров'я дитини, тобто її фізіологічний та інтелектуальний розвиток.

Грудне молоко для дитини (при повноцінному харчуванні здорової матері) повністю забезпечує потреби дитини в поживних речовинах і одночасно дитина з молоком матері отримує основні класи імуноглобулінів (IgM, IgG, IgA),

а також імунокомпетентні клітини, лізоцим та комплемент, тобто основні фактори протиінфекційного захисту тощо.

Концентрація всіх класів імуноглобулінів у грудному молоці зростає (особливо IgM) протягом першого тижня лактації, а потім знижується і тривалий час залишається стабільною.

Внаслідок підвищеної проникливості кишкової стінки у новонароджених немовлят, антитіла з грудного молока матері потрапляють у кров'яне русло дитини у незміненому вигляді.

Відомо, що частий і близький контакт матері та дитини під час годування груддю викликає у новонародженого немовляти відчуття захисту і тепла, сприяє розвитку позитивних емоцій, які згодом можуть стати рисами характеру дитини. Також доведено, що фізичний, психомоторний та емоційний розвиток немовлят, які знаходяться на грудному вигодовуванні, значно кращий, ніж у дітей, що годуються штучними молочними сумішами.

Разом з цим, дослідженнями доведено, що серед дітей, які вигодовуються грудним молоком, рідше бувають випадки раптової смерті і в них менший ризик розвитку захворювань органів травлення, алергічних захворювань, стоматологічних та щелепних порушень, а в майбутньому - суттєво менший ризик розвитку таких тяжких хвороб обміну речовин як ожиріння, атеросклероз, цукровий діабет тощо. У той же час у випадку захворювання дитини, яку мати плекає груддю, ця дитина одужує швидше, ніж та, що перебуває на штучному вигодовуванні.

Під час спостереження за новонародженою дитиною на дільниці (стаціонарі) матері слід довести, що для достатньої лактації їй необхідно дотримуватися певного режиму харчування. За даними І.М. Воронцова (2000), для достатньої лактації у добовий раціон матері щоденно повинно входити близько 180-200 г м'яса, біля 500 мл молока, 50 г творогу, 30-50 г твердого сиру, близько 50 г вершкового масла, одне яйце, 500-600 г овочів, 200 г фруктів та хліб. Поряд з цим рекомендовано вживати горіхи, мед, халву, гречану кашу, відвар кропиви, овочі та фрукти. В той же час слід запобігати прийому пряностей, екстрактивних та сильно пахучих (цибуля, часник) речовин і повністю виключити паління сигарет та прийом алкоголю в будь-якому вигляді. Разом з тим, під час лактації протипоказані й деякі медикаменти (цитостатики, гормони, антибіотики, препарати йоду, барбітурати, послаблюючі ліки). Отже, для достатньої лактації матір-годувальниця повинна отримувати повноцінне харчування з вмістом білків — 110 — 120 г на добу, жирів - 100 - 120 г на добу та вуглеводів - 450 - 500 г на добу. Калораж добового раціону має бути збільшеним на 700 - 1000 ккал від звичайного. Одночасно слід збільшити на 1 - 2 л на добу кількість випитої рідини та добову потребу у вітамінах: С (100-200 мг), В-1 (5 мг), А (2 мг), В-6 (4 мг), В-2 (3 мг), Е (20 мг), Д (500 МО). Поряд із цим, жінка, що годує дитину груддю, повинна дотримуватися і певного режиму сну, відпочинку і якомога частіше перебувати на свіжому повітрі, а фізичне навантаження на неї повинно бути помірним.

ВЛАСТИВОСТІ МОЛОЗИВА ТА ГРУДНОГО МОЛОКА МАТЕРІ

І. Молозиво

У перші 3-4 дні після народження дитина отримує з грудної залози матері молозиво, яке за своїми фізико-хімічними властивостями нагадує сироватку крові новонародженої дитини. Це особливо підтверджується складом солей та білків, в яких альбумінова та глобулінова фракції суттєво переважають над казеїною. Саме тому молозиво легко засвоюється організмом дитини.

***У одному літрі молозива міститься
біля 1500 ккал***

(Молозиво є надзвичайно енергетично насиченим продуктом).

У порівнянні зі зрілим жіночим молоком молозиво містить велику

кількість білків, а більшість з них - **альбуміни та глобуліни**.

За даними А.В.Мазурина, 1986 р. у 1 л молозива міститься: білків - 80-110 г (у зрілому молоці - 14-12 г), цукру - 40-53 г (у зрілому молоці - 73-75 г), жирів - 28-41 г (у зрілому молоці - 33- 34 г), калорій (енергетична цінність) - 1500-1700 ккал в 1 літрі (для порівняння: у 1 л зрілого жіночого молока - 700-800 ккал). Крім того, у молозиві наявні різноманітні імуноглобуліни, антитіла до вірусів і мікробів та інші фактори протиінфекційного захисту. Молозиво утворюється у перші 12-24 години після пологів. Його кількість у першу добу досягає 10-100 мл. Питома вага молозива висока і становить 1050-1060. Вміст білків у молозиві в 3-6 разів більший, ніж у зрілому молоці. Білки молозива - це лактальбумін, що містить важливі для розвитку дитини амінокислоти: таурин і

цистеїн, які є факторами модулятора росту, визначають цілісність мембран клітин. Що стосується жирів, то кількість їх нижча, ніж у зрілому молоці, але вони складаються з поліненасичених жирних кислот, які добре засвоюються у кишечнику дитини. У молозиві має місце значний вміст натрію та цинку, які складають регулюючий вплив на формування імунної системи немовляти, значна захисна роль належить секреторному "Ig A", а лактоферин є джерелом заліза і зумовлює бактерицидний ефект. Молозиво у декілька разів переважає зріле молоко за вмістом лізоциму та імунологічно активних клітин. Так, в осаді в перші години кількість клітин досягає 10x5/мкл з переважанням макрофагів та лімфоцитів, що сприяє заселенню лімфоїдних утворень (мигдаликів, апендикса, тонкої та товстої кишки, слизових оболонок) дитини імунокомпетентними клітинами. Молозиво містить у собі 11 факторів специфічного та неспецифічного захисту від інфекцій (див. нижче). У молозиві наявна велика кількість мінеральних солей, вітамінів, особливо жиророзчинних (А, К, Е), а також у достатній концентрації знаходяться фізіологічні адаптогени (неопіатні пептиди - бомбезин, нейротензин та речовина "Р"). Ці речовини регулюють відповідь організму новонародженої дитини на больові подразнення. Вони також є анальгетиками, які зменшують больові реакції немовляти, регулюють температуру та судинний тонус.

Унікальні властивості молозива обґрунтовують необхідність раннього першого прикладання здорової новонародженої дитини до грудей матері, тобто ще в пологовому залі (через 15-30 хвилин після народження та закінчення проведення первинного туалету новонародженого)

Разом з цим, раннє прикладання до грудей сприяє профілактиці гіпогалакції, здійснює тактильний та емоційний контакт матері та дитини (відчуття спокою у дитини, емоційне задоволення жінки), сприяє підвищенню пролактину у сироватці крові, збільшенню кількості молока та тривалості лактації у матері. Також раннє прикладання до грудей сприяє адаптації новонародженого до умов нестерильного зовнішнього середовища внаслідок колонізації шкіри, слизових оболонок, травної системи мікрофлорою матері

(біфідо- та лактобактеріями). За рахунок цієї мікрофлори формується необхідний біоценоз новонародженого і, чим дитина раніше отримує протимікробні фактори, тим менше до її організму надійде умовно-патогенної флори навколишнього середовища.

Клінічний висновок:

У перші 3-4 дні після народження дитина отримує молозиво, потім перехідне молоко і лише з 2—3-го тижня лактації — зріле жіноче молоко, склад якого стає вже відносно постійним.

II. Перехідне молоко

Перехідне молоко продукується з 4 по 13 день після пологів. Його утворення може супроводжуватися набуханням молочних залоз і незначним підвищенням температури тіла у матері. Поява перехідного молока після пологів відбувається в індивідуальні терміни.

III. Зріле молоко

Зріле молоко як правило з'являється до 15 дня після пологів. Воно містить понад 100 харчових і біологічно активних компонентів, які є специфічними за своїми якісними та кількісними характеристиками для організму дитини.

Протеїни зрілого жіночого молока

Протеїни включають сироваткові білки (альбуміни та глобуліни), казеїн (з'являється з 4-5 дня лактації і складає лише 20% загального вмісту білка). Біологічна цінність білків зрілого жіночого молока - 100%, що переважає усі інші види харчових білків (у коров'ячому молоці - 50%). Зріле жіноче молоко містить імунореактивні білки (імуноглобуліни, лактоферин та лізоцим). Амінокислотний склад зрілого жіночого молока ідеально збалансований і вміщує 9 незамінних та 9 замінних амінокислот.

Жири жіночого молока

Жири жіночого молока на 98% складаються з тригліцеридів із високою концентрацією поліненасичених жирних кислот (лінолева, арахідонова). Засвоюваність жиру велика - близько 90% добової потреби дитини в енергії. Жир жіночого молока в умовах низької кислотності шлункового соку (рН=6,0-4,0) піддається швидкому гідролізу та евакуації із шлунка і резорбції у верхніх відділах тонкої кишки. Основний цукор жіночого молока - бета-лактоза (90%). Він добре адаптований до ферментних систем кишечника і створює слабкокисле середовище (рН=5,0-5,5) у товстій кишці (сприяє розмноженню фізіологічної мікрофлори та діє згубно на гнилісні бактерії).

Співвідношення між білками, жирами та вуглеводами
у жіночому молоці: 1 : 3 : 6.

Осмолярність жіночого молока - 290 - 300 мОсм/л.

До складу зрілого жіночого молока в оптимальній кількості входять такі ферменти як протеаза, трипсин, діастаза, каталаза, ліпаза, рибонуклеази, фосфатаза, а також гормони лактогенного комплексу, регуляторні гормони ЦНС (епіфіза гіпофізу), щитовидної залози, наднирників, гормони статевої

системи та травного каналу, а також гормоноподібні речовини (кальцитонін, еритропоетин, серотонін, простагландини). У жіночому молоці є всі необхідні для дитини вітаміни, мінеральні речовини та мікроелементи.

Жіноче молоко (як і молозиво) містить у собі наступні основні фактори специфічного та неспецифічного захисту від інфекцій:

1. Секреторний Ig A (концентрація в молозиві - 20 г/л, у зрілому молоці - 0,5 г/л), IgM та IgGy. Ці імуноглобуліни перешкоджають надходженню бактерій, вірусів, токсинів, харчових антигенів у слизову оболонку кишок). Крім імуноглобулінів до складу жіночого молока входять також наступні фактори проти інфекційного захисту:

2. Лактоферин (зв'язує залізо і прискорює процеси перекисного окислення ліпідів мембран бактеріальних клітин та регулює гемопоез).

3. Лактопероксидаза (руйнує стрепто- і ентерококи та кишкову паличку).

4. Комплемент: С-3, С-4 (стимулює опсонуючу дію).

5. Лізоцим (забезпечує лізис бактерій).

6. Рибонуклеазоподібний фактор (має антивірусну активність).

7. Інтерферон (має антивірусну активність).

8. Біфідус-фактор (стимулює ріст у кишках біфідо-флори).

9. В-лімфоцити (синтезують імуноглобуліни).

10. Т-лімфоцити (забезпечують клітинний імунітет).

11. Макрофаги (здійснюють фагоцитоз-продукцію комплекменту лактоферину та лізоциму).

Як було зазначено, до складу жіночого молока також входять **гормони** (забезпечують потреби дитини через незрілість її власних ендокринних залоз), **ферменти** (сприяють автолізу тобто, перетравленню їжі та **біологічно активні речовини** (стимулюють розвиток нервової системи). Як вже було зазначено, у грудному молоці (особливо в молозиві) в достатній концентрації знаходяться **фізіологічні адаптогени** (неопіатні пептиди - бомбезин нейротензин та речовина "Р"). Ці речовини регулюють відповідь організму новонародженої дитини на больові подразнення. Вони також є анальгетиками, які зменшують больові реакції немовляти, регулюють температуру та судинний тонус.

Технологічні переваги грудного вигодовування над штучним

1. Жіноче молоко стерильне.
2. Жіноче молоко завжди готове до вживання.
3. Жіноче молоко має оптимальну температуру 36 - 37° С, а затрати енергії (калораж) дитиною на отримання молока є регулятором, який виключає можливість перегодовування.

Клінічний висновок

Найважливіша перевага грудного вигодовування над штучним наступні:

1. *Пластична цінність та збалансованість жіночого молока за якісним та кількісним складом та оптимальне співвідношення білків жирів і вуглеводів.*

2. *Біологічна цінність грудного молока, наявність факторів протиінфекційного захисту, гормонів та біологічно активних речовин.*

3. *Жіноче молоко стерильне.*

4. *Жіноче молоко завжди готове до вживання.*

5. *Жіноче молоко має оптимальну температуру 36 — 37° С, а затрати енергії (калораж) дитиною на отримання молока є регулятором, який виключає можливість перегодовування.*

6. *Психологічні переваги: емоційно-тактильний контакт матері й дитини під час годування дає відчуття безпеки дитині та формує почуття материнства у матері.*

ТЕХНІКА ВИГОДОВУВАННЯ ДИТИНИ ГРУДДЮ

Лікар-неонатолог пологового будинку, а потім і дільничний педіатр (сімейний лікар), під час проведення першого патронажу до новонародженої дитини зобов'язані довести матері, що годування дитини груддю в першу годину після її народження є надзвичайно важливим для підтримки тісного зв'язку між матір'ю і дитиною, що встановився ще внутрішньоутробно.

Здорова доношена новонароджена дитина має три основні рефлекси, які допомагають їй знаходити сосок і смоктати груди:

пошуковий, смоктальний та ковтальний.

Так, якщо доторкнутися соском поблизу ротика дитини, вона повертає голову в цьому напрямку і відкриває рот. Коли сосок потрапляє в рот дитини і торкається його піднебіння – дитина починає смоктати, а коли рот дитини наповнюється молоком, вона його ковтає.

Ознаки правильного прикладання новонародженої дитини до грудей матері

1. Дитина всім корпусом повернута до матері та дещо притиснута до неї.

2. Обличчя дитини знаходиться близько від груді, а підборіддя торкається груді.

3. Ротик дитини широко відкритий, а нижня губа вивернута назовні.

4. Сосок і більша частина ареоли захоплена ротиком дитини.

5. Дитина розслаблена та задоволена і робить глибокі смоктальні рухи.

6. Мати не відчуває болю в ділянці сосків.

7. Чутно, як дитина ковтає молоко.

Слід враховувати, що тривалість кожного годування є індивідуальною для кожної дитини і варіює навіть в одній дитини. Більшість дітей (так звані "активні смоктуни") висмоктують необхідний об'єм молока протягом 7-10

хвилин, але деякі діти (так звані "ледачі смоктуни") споживають необхідну кількість молока за більш тривалий час (до 30 хвилин).

Відомо, що склад грудного молока, яке дитина одержує протягом одного годування, непостійний. Так, перша порція (так зване "раннє" молоко), яке дитина отримує на початку годування, має сіруватий колір, воно більш розріджене і містить велику кількість білків, лактози, вітамінів та мінеральних речовин, а наприкінці годування дитина отримує вже так зване "пізнє" молоко, до складу якого входить більш висока кількість жирів, які суттєво його енергетичну цінність. Тому, якщо "ледачого смоктуна" передчасно забрати від грудей, то така дитина залишиться частково зголоднілою, тому що не отримає пізнього молока, що необхідне для нормального росту і розвитку.

Ще у жіночій консультації, дитячій поліклініці (поліклініці сімейного типу), у пологовому будинку, та під час першого патронажу до новонародженої дитини, молоду маму необхідно навчити основам годування дитини груддю! їй слід наголосити, що під час годування бажано, щоб дитина лежала на руці матері (лівій або правій, залежно від того, якою груддю проводилося попереднє годування). Якщо попереднє годування проводилося правою груддю, то на наступне годування дитину слід покласти на зігнуту в ліктьовому суглобі ліву руку. Матір слід попередити, що голова дитини повинна бути дещо закинута назад або дещо зігнута вперед, а рука, що підтримує дитину, не повинна стискувати дитину (це може призвести до рефлексорного повороту голови дитини у протилежний бік від груді матері). За допомогою 2-3-го пальців протилежної руки мати бере краї ареоли зверху і знизу від соска. Пальці стискаються таким чином, щоб сосок був максимально витягнутим. Після цього проводиться торкання соском губ дитини. Якщо дитина захоплює сосок відразу, то необхідно ввести його у ротову порожнину разом з ареолою аж до підтримуючих пальців матері. При кволій реакції дитини на доторкання соском, необхідно зробити кілька додаткових рухів соском по губках дитини або доторкнутися соском до її язика, натиснути великим пальцем на сосок та зцідити кілька крапель молока у ротик дитини. Така маніпуляція сприяє збудженню у дитини смоктального рефлексу і, саме у цей момент, слід ввести сосок разом з ареолою у ротову порожнину дитини.

Матері слід пояснити, що погане захоплення соска та його жування дитиною може викликати травму соска, а смоктання грудей буде неповноцінним. У випадку, коли дитина кволо смокче, а інколи й засинає, необхідно пальцями підтримуючої руки легко полоскотати щічки дитини і зцідити їй в ротик невелику кількість молока. Мамі також слід наголосити, що підтягувати сосок та змінювати його положення у ротовій порожнині дитини у цьому випадку непотрібно, тому що це призводить лише до виштовхування соска, його жування та травмування з утворенням тріщин та саден.

Матері слід наголосити, що при активному смоктанні дитиною грудей, або у випадку, коли у матері галакторея (надмірна лактація - "молоко тече" і дитина "захлинається"), необхідно через 7-10 хвилин відняти дитину від

грудей, обережно підняти її у вертикальне положення і утримувати у цьому положенні протягом 3-5 хвилин. Ця процедура робиться з метою відригування повітря, що було заковтнуте під час смоктання (так звана аерофагія), а після відходження повітря дитину слід знову прикласти до грудей на 8-10 хвилин. Така ж сама процедура, тобто надання дитині вертикального положення на 5-10 хвилини з метою відригування повітря, проводиться й після кожного грудного годування.

Мати має бути обізнаною, що у випадку активного смоктання грудей дитиною, та при достатній лактації в неї, дитина за перші 10-12 хвилин висмоктує до 80% необхідної кількості молока, а решту об'єму поволі досмоктує. Мати повинна знати, що кожне годування дитини проводиться лише однією груддю: перше правою, наступне - лівою (і навпаки).

ВИСНОВКИ

(алгоритм грудного вигодовування)

1. Перед початком годування мати миє руки з милом, обробляє сосок і навколососкове поле теплою кип'яченою водою.
2. Приймає зручне положення.
4. Дає сосок та навколососкове поле дитині так, щоб верхня частина груді не заважала їй дихати через ніс.
5. Годує дитину протягом 15-20 (не більше 30) хвилин, а ослаблених дітей - до 30 хвилин.
6. Груди при годуванні мати дає по чергово: на одне годування - одна грудь.
7. Після закінчення годування мати піднімає дитину у вертикальне положення і утримує її так протягом 5-10 хвилин, тобто до відходу повітря зі шлунку, стравоходу (аерофагія).
8. Укладає дитину в ліжечко в положенні "на боці" із дещо припіднятим головним кінцем (підкласти під голову дитини пелюшку), а під щічку підкладає чисту серветку з метою профілактики мацерації шкіри шиї та її складок шлунковим вмістом за рахунок можливого його рефлексорного відригування.

Абсолютні протипокази з боку дитини для першого прикладання її до грудей матері у пологовому залі:

1. Важкі порушення мозкового кровообігу (ГІЕ) із загрозою внутрішньочерепного крововиливу (ВЧПТ).
2. Гемолітична хвороба новонародженого внаслідок антигенної несумісності еритроцитів по Rh-фактору або системі АВО.
3. Глибока недоношеність (при відсутності ковтального та смоктального рефлексів).
4. Респіраторний дистрес-синдром (синдром дихальних розладів).
5. Інші важкі захворювання новонародженого (вроджені вади серця, інші

вади тощо).

Протипокази з боку матері для першого прикладання дитини до грудей у пологовому залі:

1. Захворювання нирок із нирковою недостатністю.
2. Вроджені та набуті вади серця.
3. Ендо- та міокардити з серцево-судинною недостатністю.
4. Важкі форми захворювань крові.
5. Онкологічні захворювання матері.
6. Гострі психічні захворювання матері.
7. Активна форма туберкульозу у матері.
8. Інфекційні захворювання (тиф, паратиф, дизентерія, інфекційний гепатит, сибірка, правець, венеричні хвороби матері тощо).

Такі захворювання матері як грип, ангіна, запалення легень, відносяться до відносних протипоказань. У цих випадках мати одягає маску на обличчя і продовжує годувати дитину, а в періодах між годуваннями - мати не повинна контактувати з дитиною, частіше провітрювати дитячу кімнату, а при необхідності (переповивання дитини тощо) - бути в масці та замінювати її кожні три години.

При пласкому або втягнутому соску, його мацераціях або тріщинах, необхідно активно лікувати цю патологію та продовжувати годувати дитину груддю за допомогою накладки.

Можливі труднощі

з боку дитини для вигодовування її груддю

1. "Заяча губа" та "вовча паща".

При цих вроджених вадах діти частіше самостійно пристосовуються до смоктання грудей.

2. Прогнатизм

Прогнатизм - стан неправильного прикусу, коли нижня щелепа має або малі розміри (так званий передній прогнатизм) або навпаки - великі (так званий задній прогнатизм). Недорозвинута нижня щелепа, синдром П'єра-Робіна).

3. Молочниця (Soor)

Молочниця - грибкове ураження слизових оболонок ротової порожнини. Після лікування молочниці дитина активно може смоктати груди матері.

4. Коротка уздечка язика

Коротка уздечка язика - інколи може бути причиною утрудненого смоктання грудей матері.

5. Нежить у дитини.

Відомо, що дитина перших місяців життя може дихати лише через ніс, що зумовлено відносно великим язиком, який майже повністю закриває ротову порожнину та відштовхує надгортанник. Саме тому у випадку нежиті у немовляти смоктання грудей матері дитиною буде утрудненим.

6. Нестерпність жіночого молока.

При цьому стані у дитини виникають диспептичні розлади. У більшості випадків патофізіологічною сутністю даного стану є порушення травлення та резорбції лактози жіночого молока. При такій патології на поверхні ворсинок епітеліальних клітин слизових оболонок тонкого кишечника відсутній фермент лактаза, яка в нормі розщеплює лактозу грудного молока до моносахаридів глюкози та галактози. Причиною диспептичних розладів є й молочнокисла ферментація під впливом бактерій (так зване анаеробне гліколітичне розщеплення до молочної кислоти) та осмотичний ефект лактози, який зв'язує воду. При нестерпності жіночого молока дитину слід перевести на спеціальні штучні суміші, які не містять у своєму складі лактозу.

7. Розщеплення альвеолярного відростка (дефект м'якого та твердого піднебіння).

Така аномалія розвитку суїтево утруднює акт смоктання грудей матері.

8. Недоношеність різного ступеня

9. "Активні та кволі" смоктуни.

Умовно можна виділити так званих "активних і кволіх" смоктунів (Воронцов І.М., 1986). "Активні новонароджені смоктуни" - такі, які під час годування їх груддю протягом перших 12 - 15 хвилин активно висмоктують до 75 - 80% необхідного разового об'єму грудного молока, а потім певний (не тривалий) час досмоктують "недостаючу" кількість молока. "Кволі смоктуни" - такі, які на перших хвилинах годування спочатку активно смокчуть грудь матері, а потім можуть засинати, знов просинаються самостійно внаслідок недоїдання (голодування), або під час подразнення матір'ю рефлексогенних зон біля куточка рота дитини (пошуковий рефлекс). Ці діти - практично здорові, але у цьому випадку слід враховувати акушерський анамнез та об'єктивний статус дитини, тому що кволі смоктання грудей матері може бути однією з перших ознак будь-якої патології у новонародженої дитини, що можливо не було діагностовано при народженні (ПЕ, легка форма асфіксії тощо).

10. Близнюки.

Можливі труднощі з боку матері при вигодовуванні дитини груддю

1. Змінена форма соска (малі, пласкі або втягнуті) - у цьому випадку дитину слід годувати за допомогою накладки.

2. Тріщини соска (годування за допомогою накладки та лікування тріщин).

3. Запалення молочних залоз (мастит) - різкий біль при смоктанні та підвищення температури тіла.

4. Лактостаз (застій молока або (та) закупорка молочних протоків): ущільнення молочної залози, біль, підвищення температури молочної залози.

5. Лакторея - мимовільне виділення молока з грудей протягом дня.

У періоді становлення лактації частота годувань груддю матері може досягати 20 разів на добу, включаючи годування вночі,

але потім дитина сама вибирає режим годування і його частота поступово зменшується.

Після виписки дитини з пологового будинку додому бажано зберегти вироблений нею режим годування.

Наприклад, у випадку, коли дитина годувалася у пологовому відділенні 8-10 разів на добу, то у перші дні перебування її вдома, слід зберегти такий самий режим протягом декількох днів. Потім слід поступово збільшувати інтервали між годуваннями на 30 і більше хвилин. У випадку, коли дитина витримує цей збільшений проміжок часу між годуваннями, то її можна перевести на 7 - 8- разове годування, а через 1 - 2 тижні - на 6-разове (або так зване "вільне, на вимогу" годування). Нічні годування при "вільному" вигодовуванні новонароджених дітей не виключаються і навіть багатьма педіатрами заохочуються: від нічних годувань дитина повинна відмовитися самостійно.

Як правило, наприкінці періоду новонародженості, коли у матері вже встановлюється достатня лактація і дитина вже може на кожне годування висмоктати необхідний об'єм молока, в неї вже виробляється особистий, індивідуальний режим годування: 6-7 разів на добу.

Годування груддю триває в середньому 30 хвилин. У зв'язку з тим, що дитина не завжди висмоктує необхідний об'єм молока, їй слід обов'язково проводити контрольні зважування.

Методи розрахунку кількості молока для новонародженої дитини

Перші 10 днів життя

1. За формулою Фінкільштейна в модифікації А.Ф.Тура:

Кількість грудного молока на добу (мл) = $n \times 70$ або на 80 ,

(де n - день життя дитини), (на 70 слід помножити, якщо маса тіла дитини при народженні менша 3200 г і на 80 - при масі тіла при народженні понад 3200 г).

2. Виходячи з функціональної ємності шлунку дитини, кількість молока (мл) на одне годування можна обчислити за формулами:

$3 \text{ мл} \times n \text{ (день життя)} \times MT \text{ (маса тіла в кг)}$

3. За формулою Г.І.Зайцевої:

*$\frac{2}{100} \text{ від маси тіла при народженні} \times n$,
(де n — день життя дитини).*

4. До 10-го дня життя:

*На одне годування дитина повинна отримувати об'єм
молока, що дорівнює
 $10 \times n$, де n - день життя дитини.*

Наприклад:

Дитині 6 днів. На одне годування вона повинна отримати $10 \times 6 = 60$ мл.

5. З 10—12-го дня життя добовий об'єм молока вже можна обчислювати об'ємним методом, тобто $1/5$ маси тіла дитини

6. Найбільш точним методом обчислення добового об'єму їжі є калорійний метод, згідно з яким новонароджена дитина повинна отримувати на добу:

на 1-й день життя - 30 ккал/кг,

на 2-й - 40 ккал/кг,

на 3-й - близько 50 ккал/кг,

на 4-й - 60 ккал/кг,

на 5-6-й день - 80 ккал/кг,

на 7-й - 90 ккал/кг,

на 10-14-й день - 110-120 ккал/кг,

на 30-й день життя - 130-140 ккал/кг на добу.

З метою перевірки достатності молока в груді матері необхідно проводити контрольні зважування дитини: у тих самих пелюшках дитина зважується до і після годування, а різниця маси й буде тим об'ємом молока, що дитина висмоктала. Контрольне зважування дитини доцільно робити декілька разів протягом дня, наприклад, при 2-3-4-му годуваннях дитини. Результати контрольних зважувань додаються, а сума ділиться на 3, тобто на кількість проведених контрольних зважувань. Таким методом буде визначена точна разова кількість грудного молока. Необхідно зауважити, що після кожного годування, під час проведення контрольного зважування дитини, мати повинна зцідити залишки молока з грудної залози і догодувати дитину рештками молока з ложечки І.М. Воронцов (1989),

Обчисливши одним із методів (за формулами або калорійним методом) добову потребу дитини у молоці, визначивши разову дозу, яка необхідна дитині даного віку та порівнявши цю дозу з результатом контрольного зважування), лікар робить висновок про достатній або недостатній об'єм грудного молока у матері.

Збільшення маси тіла дитини щоденно на 30 - 40 г свідчить про достатню лактацію у матері. Недостатня кількість грудного молока свідчить про гіпогалактію у матері.

Гіпогалактія - знижена секреторна спроможність молочних залоз.

Основні симптоми гіпогалакції, що опосередковано можуть свідчити про такий стан лактації у матері

1. Недостатній приріст маси тіла дитини.
2. Зниження добового об'єму грудного молока.
3. Неспокій дитини.
4. Симптом "сухих пелюшок", який опосередковано свідчить про зменшення добового об'єму сечі.
5. Голодний стілець (мізерний, зеленуватий і щільної консистенції).

Розрізняють ранню та пізню гіпогалактію

Рання гіпогалактія - може виникнути відразу після пологів, а пізня - через 10 і більше діб. Крім того, розрізняють первинну та вторинну гіпогалактію. Первинна гіпогалактія частіше є ранньою, а вторинна - частіше пізньою.

Залежно від дефіциту грудного молока гіпогалактія може бути 1-го (-25%) або II-го (-50 %) ступеня.

Первинна гіпогалактія

Такий стан може виникати при нейроендокринних порушеннях у матері, що клінічно підтверджується наявністю в неї ознак інфантилізму статевого апарату та запізненням "менархе". Поряд із цим, до причин, що викликають гіпогалактію, слід віднести й такі як захворювання матері, неправильна техніка вигодовування дитини груддю, надмірна втома матері, психологічні та економічні проблеми, захворювання молочних залоз, а також ускладнення вагітності (токсикози вагітних, серцево-судинні захворювання матері, кровотечі, акушерські операції тощо). Первинна гіпогалактія може швидко розвинутиися також при пізньому прикладанні дитини до грудей матері у пологовому відділенні, а також при недостатній активності дитини під час смоктання грудей матері (відомо, що деякі здорові немовлята можуть бути так званими "ледачими смоктунами" І.М.Воронцов, 1986).

Профілактика гіпогалакції включає в себе наступні заходи

(І.М.Воронцов, 1986 р.)

1. Раннє (ще у пологовому залі) прикладання дитини до грудей матері.
2. Дотримання правил техніки вигодовування дитини груддю.
3. Раціональний режим для матері з 2-годинним денним сном.
4. Наголошування матері про необхідність грудного вигодовування дитини протягом усього першого року життя дитини і більше.
5. Повноцінне харчування матері з виключенням екстрактивних речовин, пряностей, алкогольних напоїв, куріння.

Вторинна гіпогалактія

Вторинна гіпогалактія, як уже було зазначено, частіше є пізньою. Основними причинами розвитку вторинної гіпогалакції є такі, як неправильна техніка вигодовування дитини груддю, неповне випорожнення молочних залоз, надмірна втома матері, її погане харчування, захворювання матері, поява piensis тощо.

Лікування вторинної гіпогалакції залежить від причини, яка її викликала.

Так, при 1-II-му ступені гіпогалакції з метою підсилення лактації матері слід рекомендувати частіше прикладати дитину до грудей (7-8 і більше годувань). Можна рекомендувати матері прикладати дитину на одне годування одразу до обох грудей, тобто на кожне годування давати одну,

потім другу грудь, зціджувати залишки молока і догодовувати дитину з ложечки. Одночасно матері слід призначити медикаментозне лікування, наприклад: нікотинову кислоту всередину по 40-50 мг 2-3 рази на день за 10-15 хвилин до годування дитини (жінку слід попередити, що при прийомі нікотинової кислоти, можливе короткочасне відчуття жару). Слід також призначити вітамін "Е" по 10-15 мг 2 рази на день протягом 10-15 днів. Показане призначення "Чаю для підвищення лактації Ніпп", УФО на грудні залози, УВЧ малої інтенсивності, легкий масаж грудних залоз, загальний теплий душ, позитивні емоції та повноцінне харчування матері.

Висновок

Основними аспектами грудного вигодовування, що мають важливе значення для адаптації новонароджених немовлят до умов навколишнього середовища, гармонійного розвитку дитини та формування її здоров'я є такі його параметри:

1. Висока харчова цінність материнського молока.
2. Високі імунобіологічні властивості.
3. Регуляторна функція грудного молока за рахунок наявності в ньому гормонів, ферментів та інших біологічно активних речовин.
4. Психофізіологічний взаємозв'язок системи мати - дитина.

Таким чином, грудне вигодовування є невід'ємною складовою частиною репродуктивного процесу та ідеальним засобом годування новонароджених немовлят. Основними принципами вигодовування здорових доношених новонароджених немовлят в пологовому будинку є раннє прикладання дитини до грудей матері (перше прикладання здорової доношеної новонародженої дитини до грудей матері проводиться ще в пологовому залі, за умови, що мати і дитина здорові та не мають протипоказань до годування дитини груддю); далі - за режимом через 3 години, а у випадку сумісного перебування матері й дитини в палаті - вільне вигодовування на вимогу дитини. Протягом першої - другої доби життя дитини її годування слід проводити під контролем медсестри (лікаря)!

ЗМІШАНЕ ТА ШТУЧНЕ ВИГОДОВУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗМІШАНЕ ВИГОДОВУВАННЯ

Переведення дитини на змішане вигодовування проводиться за суворими показами:

1. Недостатня лактація у матері.
2. Відсутність ефекту від лікування гіпогалактії.
3. Недостатня прибавка маси тіла або її втрата.

Попередньо (протягом 2-3-х днів) необхідно провести контрольні зважування дитини. Якщо вагова крива має тенденцію до зниження, то можна вирішувати питання про переведення дитини на змішане вигодовування.

Виділяють три основні причини переходу дитини на змішане

вигодовування:

1. Вторинна гіпогалактія.
2. Деякі важкі захворювання матері (наприклад, субкомпенсована вада серця), при яких мати рідше годує дитину груддю.
3. Соціально-побутові причини, наприклад, вихід матері на роботу, мати - студентка тощо).

Змішане вигодовування - такий вид вигодовування, коли дитина до 6 місяців життя отримує грудне молоко та штучні молочні суміші, об'єм яких менше 1/5 добового раціону.

В неонатальному віці дитина, що знаходиться на змішаному вигодовуванні повинна отримувати на кожне годування грудне молоко (одночасно це стимулює лактацію у матері) та догодовуватися адаптованою молочною сумішшю в необхідному об'ємі (при необхідності). Бажано, щоб на перше, тобто ранкове годування (інколи і вночі) використовувалося лише грудне молоко матері. Одночасно слід проводити активну боротьбу з гіпогалактією. Добова кількість суміші разом із догодовуванням грудним молоком (добовий об'єм) при змішаному вигодовуванні визначається так само як і при грудному, тобто залежно від віку дитини та її маси тіла.

ШТУЧНЕ ВИГОДОВУВАННЯ

Штучне вигодовування - такий вид вигодовування, коли дитина отримує або лише штучні молочні суміші, або штучні молочні суміші та грудне молоко, об'єм якого менше 1/5 добового раціону.

Загальна характеристика штучних молочних сумішей

Штучні молочні суміші виготовляються на основі молока тварин. Як правило, це так зване гарантійне коров'яче молоко (БІО- молоко від господарств БІО-органічного землеробства). Як було зазначено, у коров'ячому молоці білка в 3 рази більше, ніж у грудному, але цей білок є грубодисперсним, і він погано засвоюється. Жири коров'ячого молока містять у собі велику кількість легких жирних кислот - стеаринової та пальмітинової, які також погано засвоюються. Вуглеводів у коров'ячому молоці для дитини недостатньо, тому в молочні суміші додається цукор. Окрім того, кількість вітамінів та ферментів у коров'ячому молоці недостатня, а при кип'ятінні вони руйнуються. Саме тому у штучні молочні суміші додаються домішки (вітаміни, мікроелементи тощо).

Адаптовані (збалансовані) молочні суміші

Для успішного проведення змішаного та штучного вигодовування рекомендується використовувати лише адаптовані молочні суміші - спеціальні продукти, які наближені за харчовою та енергетичною цінністю до грудного молока, що відповідають віковим функціональним можливостям та потребам дитячого організму. Об'єм збалансованої суміші при переводі дитини на штучне вигодовування в перші дні становить 1/8 добового раціону.

Сучасні адаптовані молочні суміші за ступенем наближення їх складу до грудного молока розділяються на три категорії:

1. Високоадаптовані.
2. Менш адаптовані.
3. Частково адаптовані.

Представники високоадаптованих сумішей

До високоадаптованих сумішей належать такі суміші, як "Нутрілон" (ф-ма "Нутріція", Голландія), "Алпрем", "Нан" (ф-ма "Нестле", Швейцарія), "НіРР-1", "НІРР PRE" (фірма "НіРР", Австрія). Суха високоадаптована суміш "НІРР PRE" використовується з народження (максимально адаптована до грудного молока), тому її вживання ідеальне для здорового "старту" при недостатній кількості або відсутності материнського молока. "НІРР PRE" рекомендується використовувати для штучного та змішаного вигодовування дітей, починаючи з перших днів життя, немовлятам з проявами дизбіозу. При схильності дитини до закріпів, зригувань, нестійких випорожнень та "постійно" голодним малюкам рекомендується більш густа та ситна суміш "НіРР-1" (з 4- 5-ти місячного віку призначається "НІРР-2"). Слід відмітити, що за умови нормального росту та розвитку малюка суміш "НІРР-1" може використовуватися протягом усього першого року життя. Молочні суміші "НіРР" збагачені пробіотиками, а саме лактобактеріями, перш за все *Lactobacillus reuteri*, завдяки яким зменшується ризик виникнення алергічних захворювань, зміцнюється імунітет та нормалізується стан мікрофлори кишечника. Разом з цим, дітям періоду новонародженості можна призначати й інші високоадаптовані суміші, наприклад, "Пулева-1" (ф-ма "Еббот Лабораторіз", США), "СМА" (ф-ма "Байт Ньютрішнелс", США), "Бона" (ф-ма "Нестле", Фінляндія). "Пілті" (ф-ма "Ван Ден Берг Фудс", Фінляндія), "Пікоміл" (Словенія) та ін.

За своїм складом усі високоадаптовані молочні суміші найбільш наближені до складу грудного молока за кількістю та співвідношенням протеїнів, а саме: сироваткові білки до казеїну - у співвідношенні 60/40, за вмістом та структурою есенціальних жирних кислот (лінолевої та їх сімейства омега-3 та омега-6), за вуглеводами (лактоза), за збалансованим вмістом вітамінів, макро- та мікроелементів. Крім того, високоадаптовані молочні суміші містять, за зразком грудного молока, таурин, холін, лецитин, інозитол та інші біологічні субстанції. Ці біологічно активні речовини відіграють надзвичайно важливу роль у багатьох біологічних процесах організму дитини, особливо у перші місяці життя. Як було зазначено, високоадаптовані молочні суміші призначаються дітям у віці від народження (з першого дня життя) до 4-5 місяців, а деякі з них застосовуються також і до року. Якщо у назві сухої високоадаптованої молочної суміші є префікс "pre" або цифра "0", то така суміш використовується для годування новонароджених і недоношених дітей.

Представники менш адаптованих сумішей

Менш адаптовані молочні суміші не призначаються для вигодовування

новонароджених дітей. Ці суміші готуються на основі звичайного коров'ячого молока, основним білком якого є казеїн. Поряд з цим, вміст поліненасичених жирних кислот, вітамінів та мінеральних солей у цих сумішах збалансований у відповідності до потреб дитини другого півріччя життя. Саме тому вони можуть застосовуватися для годування немовлят з 5-6-місячного віку. До менш адаптованих (казеїнових) сумішей відносяться: "Сімілак" та "Сімілак із залізом" (ф-ма "Еббот Лабораторіз", США), "Імпресс" (ф-ма "Крюгер", Німеччина), "Енфаміл" та "Енфаміл із залізом" (ф-ма "Міт Джонсон", США).

Представники частково адаптованих сумішей

До групи частково адаптованих молочних сумішей відносяться суміші, які мають такий самий казеїновий склад (формулу), але їх вміст лише частково наближений за складом до грудного молока. Ці суміші не мають біологічно активних домішок як таурин, холін, "L"-карнітин, а деякі з них не містять у своєму складі повного комплексу поліненасичених жирних кислот.

До частково адаптованих молочних сумішей, якими можна вигодовувати новонароджених немовлят відносяться такі вітчизняні суміші як "Малютка" і "Детолакт", "Вітапакт-ДМ", "Віталакт збагачений", "Віталакт-М" модернізований та ін.).

інші частково адаптовані суміші такі як "Сонечко" (Україна), "Мілуміл" (ф-ма "Мілупа", Німеччина), "Мілазан" (ф-ма "Міттельальбе", Німеччина) тощо, можна використовувати для годування більш старших немовлят. Ці частково адаптовані молочні суміші є високоякісними і використовуються достатньо широко. На їх основі можна готувати кисломолочні продукти для третього прикорму. У цих сумішах протеїнова основа - казеїн (сироваткові білки суттєво наближені до показників грудного молока). Ці суміші постійно удосконалюються і за іншими параметрами, тому в процесі подальшої розробки технології їх виготовлення, вони будуть кваліфікуватися як високоадаптовані.

Усі перераховані сухі молочні суміші швидко розчинюються кип'яченою водою і не вимагають кип'ятіння, за винятком вітчизняних сумішей.

Лікувально-профілактичні суміші

У сучасних умовах у торговій мережі України з'явилися продукти лікувально-профілактичного харчування немовлят. Ці продукти випускаються західними фірмами, наприклад, "Нутріція", "НіРР" для дітей з алергічними захворюваннями, лактозною недостатністю, для вигодовування глибоко недоношених дітей та дітей з малою масою, важкою дистрофією, синдромом мальабсорбції, дітей, що оперовані на органах травлення, а також високозбалансовані суміші, що не містять у своєму складі фенілаланін і можуть використовуватися для хворих з фенілкетонурією. Далі наводимо клінічну характеристику деяких лікувально-профілактичних сумішей:

1. Суміш "Нутрілон" - суха адаптована молочна суміш, яка призначається для вигодовування здорових дітей віком від народження до 12

місяців.

За кількісним та якісним складом суміш максимально наближена до грудного молока. Порівняно з коров'ячим молоком у суміші "Нутрілон" знижена кількість білка, що й забезпечує зниження кількості можливих алергічних реакцій. У суміші "Нутрілон" співвідношення казеїну до протеїну, як і в грудному молоці, становить 40/60, а білок суміші збагачений таурином. Жировий компонент суміші - це основні жирні кислоти в такому ж співвідношенні, як і в грудному молоці. Вуглеводи суміші - 100 % лактоза, яка підтримує нормальний біоценоз кишечника. Енергетична цінність становить 66 ккал у 100 мл суміші, а склад мікроелементів, вітамінів та мінеральних речовин відповідає міжнародним стандартам.

2. Суміш "Нутрілон низьколактозний" - безпечна та ефективна суміш, яка відповідає рекомендаціям Наукового комітету з харчових продуктів і може застосовуватися у випадку помірної неприйнятності лактози з метою діагностики у дітей, у яких підозрюється алергія на білок коров'ячого молока, а також як високоенергетична суміш завдяки утворенню більш концентрованого розчину. Відомо, що дефіцит лактази, а саме низька її активність у слизовій оболонці кишечника, класифікується як первинний або вторинний дефіцит. До первинного дефіциту лактази належать дефіцит її у передчасно народжених дітей, тобто дефіцит під час розвитку дитини. Крім того, може спостерігатися природжений дефіцит лактази. Вторинний дефіцит лактази супроводжується функціональними ушкодженнями слизової оболонки різної етіології і частіше зустрічається у дітей молодшого віку. У 100 мл суміші міститься 1,4 г білка; 3,6 г жирів, вуглеводів - 7,1 г. Білки суміші збагачені таурином, а співвідношення казеїну до сироваткових білків дорівнює 40/60. До складу жирів входить 95% рослинної олії, до складу вуглеводів - глюкоза, мальтоза, лактоза (20%) та полісахариди, а кількість мінеральних речовин та вітамінів відповідає міжнародним вимогам.

3. Суміш "Nestogen" — молочна суміш, яка використовується для вигодовування здорової дитини, що має схильність до зригувань. Призначення суміші особливо показане в геохімічних регіонах, дефіцитних щодо йоду. Суміш містить переважно казеїн (77 %) й одночасно забезпечує профілактику анемії, рахіту та йодної недостатності.

4. Суміш NAN 1 Н.А. гіпоалергенний - молочна суміш, яка використовується для вигодовування дітей, що схильні до алергії (алергічний сімейний анамнез). Білковий компонент суміші - гідролізовані сироваткові білки. Суміш не викликає сенсibiliзації та сприяє розвитку толерантності до їжі.

5. Суміш NAN кисломолочний - молочна суміш, яка використовується для вигодовування дітей, що схильні до дисбіотичних порушень. До складу суміші входять живі біфідобактерії, які стимулюють розвиток кишкової мікрофлори, близької за складом до мікрофлори дітей, що вигодовуються грудним молоком. Призначення суміші, перш за все, показане для

профілактики дисбактеріозу.

6. Суміш A1FARE_ - спеціальна гіпоалергенна суміш на напівелементній основі, яка показана для призначення при поліалергії. критичних станах, кишкових інфекціях, діареї важкого ступеня, синдромі мальабсорбції. Суміш має високий ступінь гідролізу білка (20% амінокислот і 80% олігопептидів) та забезпечує високу абсорбцію з тонкого кишечника. До складу суміші входить 50% середньоланцюгових тригліцеридів, які легко засвоюються, не потребуючи участі жовчі. Осмолярність суміші нижча за осмолярність грудного молока (175 мосмоль/л).

7. Суміш NAN безлактозний або суміш на напівелементній основі A1FARE - суміш, яка показана при лактазній недостатності, кишковій інфекції, метеоризмі, гастроентериті, діареї. Білковий компонент суміші представлений сироватковими білками та білками казеїну у співвідношенні 60/40, а вуглеводний компонент - мальтодекстрин з низькою осмолярністю. Одночасно суміш містить нуклеотиди, що сприяють репаративним процесам у кишечнику та становленню імунної системи.

8. Суміш Pre NAN - суміш для вигодовування недоношених дітей, особливо глибоко недоношених та дітей з низькою масою тіла при народженні. До складу суміші входить 70% сироваткового білка, за рахунок якого забезпечуються підвищена потреба недоношених дітей у білку та 30% жирів у вигляді середньоланцюгових тригліцеридів, які легко засвоюються.

9. Суміш "Нутрія-соя" - виробляється на основі соєвого білка. Ця суміш призначається для вигодовування дітей від народження до одного року. Головним показанням для призначення цієї суміші є ознаки алергії до сумішей на коров'ячому молоці та зниження або відсутність активності лактази. Протеїни суміші - ізолят соєвого білка, який збагачений екстрактом протеїнової сироватки. Жири - це збалансований вміст основних жирних кислот, а вуглеводи - 100% декстринмальтоза. Одночасно в цій суміші збільшений вміст заліза та цинку для підвищення їх біологічного ефекту.

10. Суміш "Соя-антирефлюкс" виробляється на основі соєвого молока і містить інгредієнти, що попереджають появу рефлюкс-синдрому у дітей.

<p>Варто знати, що майже у 30% дітей білок сої викликає алергію і взагалі використання продуктів з сої у раціоні харчування дітей викликає багато дискусій.</p>

11. Суміш "Ненатал" - харчова суміш, яка виготовлена згідно з вимогами Комітету з харчових продуктів для недоношених дітей. До складу "Ненаталу" входить підвищена кількість білка (2,2 г у 100 мл), яка забезпечує оптимальний приріст маси тіла дитини. Вуглеводи - на 50% лактоза та 50% декстринмальтоза, що знижує навантаження на нирки. Енергетична цінність суміші "Ненатал" становить 80 ккал/100 мл.

12. Суміш "Пепті-Юніор" призначається для дієтичного харчування, тобто лікування дітей із комбінованою харчовою алергією, а також дітей із порушенням функції травлення та всмоктування. До складу суміші входить

ферментативно гідролізований білок сироватки, який містить 15-20% вільних амінокислот та 80-85% пептидів. До складу жирів входить 50% тригліцеридів та 50% кукурудзяної олії. Вуглеводи суміші - глюкозна патока, яка вмістить близько 6% глюкози, 14% мальтози та 80% полісахаридів. Крім того, до складу суміші входить повний набір вітамінів, мінеральних речовин та мікроелементів.

Тестові запитання для самоконтролю

1. Для достатньої лактації матір-годувальниця повинна отримувати повноцінне харчування з вмістом білків:

- A. 110-120 г на добу
- B. 80 - 90 г на добу
- C. 70 - 80 г на добу
- D. 140-130 г на добу
- E. 90-100 г на добу

2. Для достатньої лактації матір-годувальниця повинна отримувати повноцінне харчування з вмістом жирів:

- A. 50 г на добу
- B. 70 г на добу
- C. 100-120 г на добу
- D. 150 г на добу
- E. 130 г на добу

3. Для достатньої лактації матір-годувальниця повинна отримувати повноцінне харчування з вмістом вуглеводів:

- A. 450-500 г на добу.
- B. 200-250 г на добу
- C. 165-180 г на добу
- D. 300 г на добу
- E. 310 г на добу

4. У 1 л молозива міститься білків:

- A. 80-110 г
- B. 90-100 г
- C. 150 г
- D. 130-140 г
- E. 140-120 г

5. У 1 л молозива міститься жирів:

- A. 50-60 г
- B. 5-10г
- C. 28-41 г
- D. 60-70 г
- E. 15-20 г

6. У 1 л молозива міститься вуглеводів:

- A. 40-53 г

- B. 20-25 г
- C. 30-35 г
- D. 10-15 г
- E. 65 г

7. Енергетична цінність 1 л молозива (ккал) становить:

- A. 1500-1700
- B. 2000-2500
- C. 600-800
- D. 1000-1100
- E. 500-700

8. У 1 л зрілого жіночого молока міститься білків:

- A. 14-12г
- B. 7-8 г
- C. 10 г
- D. 5-6 г
- E. 9 г

9. У 1 л зрілого жіночого молока міститься вуглеводів:

- A. 40 г
- B. 73-75 г
- C. 50-55 г
- D. 29-39 г
- E. 65 г

10. У 1 л зрілого жіночого молока міститься жирів:

- A. 15 г
- B. 25 г
- C. 33-34 г
- D. 20 г
- E. 45 г

11. Калораж 1 літра зрілого жіночого молока становить:

- A. 1200 ккал
- B. 1000 ккал
- C. 900 ккал
- D. 700-800 ккал
- E. 1100 ккал

12. Молозиво утворюється після пологів:

- A. на 2 добі
- B. на 3 добі
- C. у перші 12-24 години
- D. на 4 добі
- E. на 5 добі

13. Питома вага молозива становить:

- A. 1050-1060

B. 1000-1010

C. 980

D.1020

E. 1200

14. Назвіть вірну відповідь щодо першого прикладання здорової доношеної новонародженої дитини до грудей матері:

A. В пологовому залі через 1 годину після народження

B. В пологовому залі через 15-30 хвилин після народження та закінчення проведення первинного туалету новонародженого.

C. В неонатологічному відділенні через 2 години після народження

D. В неонатологічному відділенні через 12 годин після народження.

E. В неонатологічному відділенні через 6 годин після народження.

15. Новонароджена дитина отримує молозиво:

A. Лише на першій добі життя

B. У перші 5 днів життя

C. Лише протягом перших 2 годин після народження

D. У перші 3-4 дні після народження

E. Лише протягом перших 30 хвилин після народження

16. Перехідне молоко, як правило, продукується у матері:

A. З 4 по 13 день після пологів.

B. З 2 по 10 день після пологів

C. З 1 по 7 день після пологів

D. З 4 по 20 день після пологів

E. З 2 по 4 день після пологів

17. Зріле молоко, як правило з'являється у матері:

A. З 20 дня після пологів

B. З 5 дня після пологів

C. З 2 дня після пологів

D. З 30 дня після пологів

E. З 15 дня після пологів.

18. Співвідношення між білками, жирами та вуглеводами в жіночому молоці:

A. 2 : 1 :5

B. 1 : 2 : 4

C. 1 : 3 : 6

D. 1 :2 :3

E. 2 :4 :6

19. Внаслідок агалактії у матері, 3-х денній дитині з масою тіла при народженні 3100 г призначено годування молочною сумішшю. Який добовий об'єм суміші необхідний дитині?

A. 180 мл

B.200 мл

- C. 210 мл
- D. 230 мл
- E. 250 мл

20. Основним напрямком роботи лікарів (педіатрів, сімейних лікарів) щодо підтримки лактації у матері та грудного вигодовування новонароджених дітей найпріоритетним є:

- A. Заохочення вільного режиму годувань на вимогу дитини
- B. Психологічна підтримка матері в тому, що дитина отримує з молоком матері все що їй необхідно
- C. Профілактика та лікування лактаційних кризів, лактостазів та інших ускладнень.
- D. Повна відмова від використання сосок, ріжків, допоювання дитини глюкозою, водою, замінниками грудного молока.
- E. Все перераховане

21. Виходячи з функціональної ємності шлунку дитини, кількість молока (мл) на одне годування до 10-12 дня життя можна обчислити за формулою:

- A. $1 \text{ мл} \times \text{п (день життя)} \times \text{МТ (маса тіла в кг)}$
- B. $2 \text{ мл} \times \text{п (день життя)} \times \text{МТ (маса тіла в кг)}$
- C. $3 \text{ мл} \times \text{п (день життя)} \times \text{МТ (маса тіла в кг)}$
- D. $4 \text{ мл} \times \text{п (день життя)} \times \text{МТ (маса тіла в кг)}$
- E. $5 \text{ мл} \times \text{п (день життя)} \times \text{МТ (маса тіла в кг)}$

22. Виходячи з функціональної ємності шлунку новонародженої дитини, кількість молока (мл) на одне годування до 10-12 дня життя можна обчислити за формулою Г.І. Зайцевої:

- A. 3 % від маси тіла при народженні \times п; де: п - день життя дитини.
- B. 4 % від маси тіла при народженні \times п; де: п - день життя дитини.
- C. 2 % від маси тіла при народженні \times п; де: п - день життя дитини.
- D. 1 % від маси тіла при народженні \times п; де: п - день життя дитини.
- E. 5% від маси тіла при народженні \times п; де: п - день життя дитини.

23. До 10 дня життя на одне годування дитина повинна отримувати об'єм молока, що обчислюється за формулою:

- A. $10 \times \text{п}$, де: "п"- день життя дитини.
- B. $8 \times \text{п}$, де: "п"- день життя дитини.
- C. $6 \times \text{п}$, де: "п"- день життя дитини.
- D. $9 \times \text{п}$, де: "п"- день життя дитини.
- E. $7 \times \text{п}$, де: "п"- день життя дитини.

24. З 10-12-го дня життя добовий об'єм молока вже можна обчислювати об'ємним методом, тобто:

- A. $1/6$ маси тіла дитини.
- B. $1/7$ маси тіла дитини.
- C. $1/8$ маси тіла дитини.

- D. 1/5 маси тіла дитини.
- E. 1 /4 маси тіла дитини.

25. На 1-й день життя потреба дитини в ккалоріях становить:

- A. 20 ккал/кг.
- B. 30 ккал/кг.
- C. 40 ккал/кг.
- D. 10 ккал/кг.
- E. 8 ккал/кг.

26. На 5-6-й день життя потреба дитини в ккалоріях становить:

- A. 80 ккал/кг.
- B. 80 ккал/кг.
- C. 80 ккал/кг.
- D. 80 ккал/кг.
- E. 80 ккал/кг.

27. На 10-14-й день життя добова потреба дитини в ккалоріях становить:

- A. 130 - 140 ккал/кг
- B. 60-65 ккал/кг
- C. 70 - 80 ккал/кг
- D. 90-100 ккал/кг
- E. 110 - 120 ккал/кг

28. Наприкінці неонатального періоду (28-30-й день життя) добова потреба дитини в ккалоріях становить:

- A. 150-160 ккал/кг.
- B. 110-120 ккал/кг.
- C. 130-140 ккал/кг.
- D. 100-105 ккал/кг.
- E. 95-97 ккал/кг.

29. Наступні положення щодо профілактики гіпогалактії на рівні пологового будинку вірні, крім:

- A. Диференційоване застосування лікарських препаратів.
- B. Раннє прикладання дитини до грудей матері.
- C. Зцїжування молока після кожного годування.
- D. Оцінка статистичних показників пологового будинку.
- E. Утворення стереотипу годування.

30. Об'єм збалансованої суміші при переводі дитини на штучне вигодовування в перші дні становить:

- A. 1/2 добового раціону
- B. 1/6 добового раціону-
- C. 1/3 добового раціону
- D. 1/8 добового раціону
- E. 1/7 добового раціону

31. Режим дитини вірний:

- A. Годування - сон - активність
- B. Сон - годування - активність
- C. Не має суттєвого значення

32. Середні показники нутрієнтів грудного молока становлять:

- A. Б- 2,8; Ж- 3,2; Вуглеводи-4,7.
- B. Б-1,1; Ж-3,5; Вуглеводи-6,7.
- C.Б- 1,8; Ж-3,5; Вуглеводи-7,0.
- D. Б- 1,0; Ж- 3,9; Вуглеводи- 4,0.
- E. 2,0; Ж- 3,9; Вуглеводи- 8,0.

33. Рефлекси, що визначають методику вигодовування всі, крім:

- A Смоктальний
- B. Кашльовий
- C. Ковтальний
- D. Рефлекс Бабкіна

34. Показники, за якими оцінюється ефективність вигодовування:

- A. Загальний статус дитини.
- B. Динаміка росту і маси тіла.
- C. Рівень нервово-психічного розвитку.
- D. Захворюваність та деякі лабораторні дані.
- E. Все перераховане.

35. Переваги вигодовування грудним молоком у порівнянні з коров'ячим, крім:

- A. Великий вміст альбуміну.
- B. Високий вміст ліпази.
- C. Склад грудного молока відповідає фізіологічним можливостям дитячого організму. Наявні імунологічні фактори захисту.
- D. Великий вміст казеїну.
- E. Наявність бета - лактози.

36. Дитині 15 днів; у матері гіпогалактія. Необхідно призначити догодовування. Яку суміш слід призначити?

- A. "Малиш"
- B. Кефір
- C. Цільне коров'яче молоко
- D. "Малютка"
- E. Ацидофільне молоко

Відповіді:

1 - A; 2-C; 3-A; 4-A; 5-C; 6-A; 7-A; 8-A; 9-B; 10-C; 11 -D; 12 — C; 13-A; 14-B; 15-D; 16-A; 17-E; 18-C; 19-C; 20-E;21-C; 22 - C; 23 - A; 24 - D; 25 - B; 26 - A; 27 - E; 28 - C; 29 - D; 30 - D; 31 - B; 32 - B; 33 - D; 34 - E; 35 - D; 36 - D.

Література:

1. Алферов В.П., Романюк ФЛ. Питание детей первого года жизни. Пособие для врачей. Второе издание. СПб., 2003, 142с.

2. Ю. М. Нечитайло та співавт, 1998, “Нутріціологія”. 2005.
3. Медицина дитинства / За ред. П.С.Мощича: Т. І. - К.: Здоров'я, 2000.
4. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебник для студентов, интернов й резидентов педиатрических факультетов медицинских институтов. - Т. I, II. - С-П: Специальная литература, 1997.
5. Фатеева Е.М., Цареградская Ж.В. Грудное вскармливание и психологическое единство “МАТЬ-ДИТЕЯ“ М., 2000,-187с.
6. Руководство по детскому питанию / Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня,- М.: Медицинское информационное агенство, 2004.-662 с.
7. Юлиш Е.И., Абатуров А.Е., Кривопустов С.П., Степанова А.Г. Мать и ребенок. Рациональное питание - Донецк: Регина, 2006,- 148с.