

**Министерство Здравоохранения Иркутской области**  
**Областное государственное бюджетное профессиональное**  
**образовательное учреждение**  
**«Усть-Ордынский медицинский колледж им. Шобогорова М.Ш.»**

Специальность: 34.01.01. Сестринское дело

Цикловая методическая комиссия профессиональных модулей

ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий

МДК.01.01 Здоровый человек и его окружение

**Методическая разработка теоретического занятия № 5**  
**для преподавателя**

Раздел 1.2 Здоровый ребенок

Тема 1.2.2 Неонатальный период.

Пограничные состояния новорожденного ребенка

Составитель, преподаватель: Лузгина И.С.

п. Усть-Ордынский

2023г

Составлена в соответствии с требованиями ФГОС  
Одобрена, рассмотрена и утверждена  
на заседании цикловой методической  
комиссии профессиональных модулей.

Протокол № 7 от 13 марта 2023г.

Председатель: Хичибеева Д.С.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка 3
3. Теоретический материал: 5
  - I. Понятие о пограничных состояниях новорожденных 5
  - II. Классификация пограничных состояний 5
  - III. Ранние транзиторные состояния 6
  - IV. Транзиторные состояния, возникающие на 1-е – 3—е сутки 9
  - V. Патронаж новорожденного 16
  - VI. Сестринский уход при транзиторных состояниях 18
4. Задания для самостоятельной работы 31
5. Эталоны ответов 32
6. Критерии оценивания 33
7. Список использованной литературы 34

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Методическая разработка теоретического занятия раздела 1.2 Здоровый ребенок темы 1.2.2 Неонатальный период. Пограничные состояния новорожденного ребенка 34.02.01 Сестринское дело.

Пограничные состояния новорожденных – это физиологические реакции, отражающие естественную адаптацию организма новорожденного к новым условиям жизни в неонатальном периоде. Они расцениваются как переходные, транзиторные, которые сохраняются не дольше 3-х недель и представляют для этого возраста физиологическую норму. В большинстве случаев пограничные состояния новорожденных самостоятельно исчезают к концу неонатального периода и требуют правильного ухода, соблюдения правил вскармливания, личной гигиены. Однако, при нарушении адаптивных возможностей организма ребенка, дефектах ухода, неблагоприятных условиях окружающей среды физиологические процессы могут перерасти в патологические состояния. Медицинским работникам среднего звена необходимо знать физиологические нормы, научиться правилам ухода за новорожденным, тактике ведения ребенка в этом периоде.

Методическая разработка сопровождается основными сведениями по наиболее характерным клиническим проявлениям, что способствует освоению дисциплины и приближает студентов к практической деятельности.

Для закрепления теоретического материала разработаны задания для самостоятельной работы. Приведены эталоны ответов, с которыми студенты могут сравнить свои ответы.

Методическая разработка составлена в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта, для специальности 31.02.01 Лечебное дело.

Тип занятия: теоретическое

Вид занятия: комбинированное

Время: 90 минут

Методы обучения:

1. Информационно-развивающий
2. Информационно-иллюстративный

Место проведения: лекционный кабинет № 105

Межпредметные связи: анатомия и физиология человека, ПМ.07 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих.

Младшая медицинская сестра по уходу за больными, основы латинского языка.

Оснащение занятия: методическая разработка для преподавателя, мультимедийная презентация (иллюстрации).

Цели занятия:

**знать:**

- современные представления о здоровье в разные возрастные периоды, возможные факторы, влияющие на здоровье, направления сестринской деятельности по сохранению здоровья;
- принципы рационального и диетического питания;
- основные факторы риска развития болезней в разные возрастные периоды;
- периоды жизнедеятельности человека;
- анатомо-физиологические и психологические особенности человека;
- универсальные потребности человека в разные возрастные периоды;

**развивать:**

- логическое мышление;
- умение применять полученные знания в различных ситуациях, ориентироваться в ситуациях;
- клиническое мышление;
- приемы профессионального общения с пациентом;

**воспитать:**

- ответственность, дисциплину, аккуратность, добросовестное отношение к своим обязанностям в будущей профессии;

- терпеливость, доброту, уважение, тактичность, внимательность к пациентам.

Для освоения данной темы студенты должны овладеть следующими общими, профессиональными компетенциями и личностными результатами:

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ЛР 1. Осознающий себя гражданином и защитником великой страны.

ЛР 2. Проявляющий активную гражданскую позицию, демонстрирующий приверженность принципам честности, порядочности, открытости, экономически активный и участвующий в студенческом и

территориальном самоуправлении, в том числе на условиях добровольчества, продуктивно взаимодействующий и участвующий в деятельности общественных организаций.

ЛР 3. Соблюдающий нормы правопорядка, следующий идеалам гражданского общества, обеспечения безопасности, прав и свобод граждан России. Лояльный к установкам и проявлениям представителей субкультур, отличающий их от групп с деструктивным и девиантным поведением. Демонстрирующий неприятие и предупреждающий социально опасное поведение окружающих.

ЛР 4. Проявляющий и демонстрирующий уважение к людям труда, осознающий ценность собственного труда. Стремящийся к формированию в сетевой среде лично и профессионального конструктивного «цифрового следа».

ЛР 5 Демонстрирующий приверженность к родной культуре, исторической памяти на основе любви к Родине, родному народу, малой родине, принятию традиционных ценностей многонационального народа России.

ЛР 7. Осознающий приоритетную ценность личности человека; уважающий собственную и чужую уникальность в различных ситуациях, во всех формах и видах деятельности.

ЛР 8. Проявляющий и демонстрирующий уважение к представителям различных этнокультурных, социальных, конфессиональных и иных групп. Сопричастный к сохранению, преумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства.

ЛР 9. Соблюдающий и пропагандирующий правила здорового и безопасного образа жизни, спорта; предупреждающий либо преодолевающий зависимости от алкоголя, табака, психоактивных веществ, азартных игр и т.д. Сохраняющий психологическую устойчивость в ситуативно сложных или стремительно меняющихся ситуациях.

ЛР 10. Заботящийся о защите окружающей среды, собственной и чужой безопасности, в том числе цифровой.

ЛР 11. Проявляющий уважение к эстетическим ценностям, обладающий основами эстетической культуры.

ЛР 12. Принимающий семейные ценности, готовый к созданию семьи и воспитанию детей; демонстрирующий неприятие насилия в семье, ухода от родительской ответственности, отказа от отношений со своими детьми и их финансового содержания.

ЛР 13. Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами.

ЛР 14. Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность.

ЛР 16. Уважающий и укрепляющий традиции ОГБПОУ «Усть-Ордынский медицинский колледж им.Шобогорова М.Ш.»

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ

### I. Понятие о пограничных состояниях новорожденных.

Физиологические реакции, которые отражают степень адаптации новорожденного ребенка к новым условиям жизни, называются пограничными или транзиторными (переходящими).

После рождения новорожденный сразу попадает в совершенно иные условия. Он вынужден адаптироваться к низкой температуре окружающей среды; воспринимать зрительные, тактильные, слуховые раздражители; приспособливаться к новым типам дыхания и кровообращения. Это ведет к изменению в различных органах и системах. В большинстве случаев транзиторные состояния проходят к концу неонатального периода и лечения не требуют. Сохраняются не больше 3-х недель и представляют для этого возраста физиологическую норму.

### II. Классификация пограничных состояний

По времени проявления транзиторные состояния делятся на:

#### 1. Возникающие сразу после рождения:

- синдром «только что родившегося ребенка»;
- родовой катарсис;
- респираторная адаптация (акт дыхания);
- транзиторное кровообращение;
- транзиторная гипотермия;

#### 2. Возникают в первые сутки или на 3-4 день жизни новорожденного:

- физиологическая убыль веса;
- транзиторная лихорадка;
- физиологическая желтуха;
- физиологическая эритема (простая и токсическая);
- половой (гормональный) криз;
- мочекислый инфаркт почек;
- изменения со стороны кожных покровов (милии, шелушение);

- переходные изменения стула: транзиторный дисбактериоз и транзиторный катар кишечника (физиологическая диспепсия);
- изменения функции почек: транзиторную олигурия, альбуминурия;
- прочие пограничные состояния новорожденных, обусловленные особенностями метаболизма: транзиторный ацидоз, гипогликемия, гипокальциемия, гипомагниемия.

### III. Ранние транзиторные состояния

Родовой катарсис - защитная реакция организма новорожденного в ответ на родовой стресс. Ребенок в первые секунды жизни обездвижен, не реагирует на болевые, звуковые, световые и другие раздражители, у него отсутствует мышечный тонус, и не вызываются глоточный, сосательный, сухожильный и другие рефлексy, т. е. его состояние напоминает летаргию.

Синдром «только что родившегося ребенка». Выброс различных гормонов (катехоламинов) и большое количество раздражителей (свет, звук, температура) обуславливают первый глубокий вдох, первый крик, сгибательную (эмбриональную) позу новорожденного – из-за гипертонуса мышц – сгибателей. В первые минуты после рождения ребенок ведет себя активно: ищет сосок, берет грудь, однако спустя 5-10 минут засыпает.

Кардиореспираторная адаптация (акта дыхания и кровообращения). С самого начала формирования плаценты кровообращение матери и плода разобщено. Легочные сосуды (малый круг кровообращения) находятся в спавшемся состоянии, через них протекает небольшое количество крови. Давление в этих сосудах высокое – значительно больше, чем в большом круге кровообращения, благодаря этому кровь может двигаться через овальное окно из правого в левое предсердие и артериальный (Боталлов) проток, минуя практически малый круг кровообращения. Однако, как только ребенок родился, характер кровообращения меняется. С первыми вдохами резко повышается содержание кислорода в крови ребенка. Это приводит к рефлекторному устранению спазма легочных сосудов. Давление в них падает. Из-за пережатия пуповины давление в большом круге

кровообращения, наоборот, увеличивается, и кровь устремляется в легочные сосуды. Легкие расправляются, и тут же начинают раскрываться легочные капилляры. Кровь из легочных сосудов направляется в левое предсердие. Давление в нем становится значительно выше, чем в правом. Захлопывается заслонка овального окна. С этого момента правое и левое предсердия не сообщаются между собой. Это происходит спустя несколько часов после рождения. Полное закрытие овального окна у большинства детей наступает к 5-6 дню жизни.

Ребенок готовится к самостоятельному дыханию заранее – как только начинается родовая деятельность. Первый вдох возникает под влиянием совокупности многих факторов: раздражения кожных покровов во время прохождения по родовым путям и сразу после рождения, изменяя положение его тела, перевязки пуповины. Мощным стимулятором дыхательного центра является холодное раздражение – перепад температур во время рождения в 12-16 градусов. Легкие плода заполнены жидкостью, которую вырабатывают клетки дыхательного эпителия. Когда ребенок передвигается по родовому каналу, его грудная клетка сдавливается, и фетальная жидкость вытесняется из дыхательных путей. В грудной клетке создается отрицательное давление, а атмосферный воздух засасывается в нее. Первые порции воздуха заполняют только те дыхательные пути, которые в процессе родов освободились от фетальной жидкости. Но затем воздух буквально врывается в легкие и расправляет их взрывоподобно.

Обычно, если все в порядке, первый вдох новорожденный делает спустя 30-90 секунд после рождения. Следующие за криком дыхательные движения еще не равномерны, но затем смена вдоха и выдоха становится регулярной.

Процессы, происходящие после рождения ребенка:

- 1) активация дыхательного центра (воздействие ретикулярной формации), который определяет первый вдох;
- 2) заполнение легких воздухом;

3) освобождение легких от жидкости и прекращение ее секреции;  
4) расширение легочных артериальных сосудов и снижение сосудистого сопротивления в легких, увеличение легочного кровотока, закрытие фетальных шунтов между малым и большим кругом кровообращения.

Расправление лёгких новорожденного ребёнка способствует дыханию с периодически возникающим глубоким вдохом и затруднённым выдохом, его кратковременная остановка (апноэ), крик ребёнка. У детей первых 2-3 дней жизни отмечается физиологическая гипервентиляция лёгких, она в 1,5-2 раза больше, чем у более старших детей. Гипервентиляция, направлена на компенсацию ацидоза при рождении.

Транзиторное кровообращение. Начало легочного дыхания способствует закрытию фетальных коммуникаций. Закрываются зародышевые кровеносные пути: артериальный (Боталлов) проток, овальное окно, остатки пупочных сосудов (Аранциев проток), начинают функционировать малый и большой круги кровообращения.

Транзиторная гипотермия (понижение температуры тела) возникает уже в первые минуты после рождения на 1 - 2°C. Через несколько часов температура тела повышается и стабилизируется. Позднее восстановление, сниженной после рождения, температуры тела указывает на недостаточную активность компенсаторно-приспособительных реакций ребенка. В целях профилактики переохлаждения ребенка, после появления из родовых путей, его укутывают в стерильную оптимально подогретую пеленку. Осторожно промокают, для предотвращения потерь тепла при испарении околоплодных вод с кожи, помещают на подогреваемый столик под лучистый источник тепла, поддерживают температуру воздуха в родильном зале не меньше 24-25°C.

Причина развития гипотермии - несовершенство процессов терморегуляции, понижение температуры окружающей среды, неадекватная адаптивная возможность новорожденного ребенка.

#### IV. Транзиторные состояния, возникающие на 1-е – 3-е сутки.

Физиологическая потеря массы тела. Настоящее пограничное состояние новорожденных отмечается в первые дни и достигает максимальных показателей к 3-4 дню жизни - от 3 до 10% от первоначального веса у здоровых новорожденных, у недоношенных детей 12 – 14%. В оптимальных условиях вскармливания и выхаживания у здоровых доношенных новорожденных максимальная убыль первоначальной массы тела не превышает 6%.

У доношенных детей восстановление массы тела происходит к 6-10 дню (75-80%); у недоношенных – ко 2–3 неделе жизни.

Первоначальная потеря массы тела связана с установлением лактации у матери (дефицитом молока), выделением мочи и кала, подсыханием пуповинного остатка у новорожденного, отрывиванием околоплодных вод.

Большим величинам максимальной убыли первоначальной массы тела способствуют:

- недоношенность;
- большая масса тела при рождении (свыше 3500 г);
- затяжные роды;
- родовая травма;
- гипогалактия у матери;
- высокая температура (более 24°C) в палате новорожденных;
- недостаточная влажность воздуха (менее 70%) в палате

новорожденных;

Максимальная убыль первоначальной массы тела больше, чем на 10% у доношенного ребенка, может свидетельствовать о заболевании гипотрофии у ребенка или о нарушениях в выхаживании. Залогом восстановления и хорошей прибавки массы тела служит раннее прикладывание к груди, естественное вскармливание, кормление «по требованию».

Тактика: - раннее прикладывание к груди;

- кормление по требованию ребенка;

- борьба с гипогалактией у матери;
- контроль веса ребенка.

Несовершенство процессов терморегуляции, повышение или понижение температуры окружающей среды, неадекватная адаптивная возможность новорожденного ребенка, приводят к развитию транзиторной лихорадки.

Транзиторная гипертермия (физиологическая лихорадка) возникает на 3-5 сутки жизни, температура тела может повышаться до 38,5-39,5°C и выше.

Ребенок беспокоен, жадно пьет, у него отмечаются признаки обезвоживания, сухость кожи и слизистых. Причинами развития транзиторной гипертермии является перегревание (при температуре воздуха в палате для здоровых доношенных новорожденных выше 24°C, расположение кроватки ребенка рядом с батареей отопления или под прямыми солнечными лучами и т. д.), недостаточное поступление в организм воды, высокое содержание белка в молозиве, несовершенство терморегуляции, реакции организма на эндотоксины кишечной палочки при первичном заселении кишечника бактериальной флорой, а также обезвоживание.

Тактика: - дополнительное питье 5% раствором глюкозы;  
- контроль за состоянием ребенка.

Транзиторные изменения кожных покровов возникают у всех новорожденных на 1-ой неделе жизни. К данной группе пограничных состояний новорожденных относятся: простая эритема, токсическая эритема, милии, шелушение кожных покровов.

Простая эритема - диффузная гиперемия кожных покровов. Краснота в первые часы имеет слегка цианотичный оттенок, на 2-е сутки она становится наиболее яркой, развивается после удаления первородной смазки вследствие адаптации кожи к новым факторам окружающей среды (воздуху, свету и др.). Выраженная гиперемия сохраняется 2-3 дня и полностью исчезает к исходу 1-й недели. По мере исчезновения эритемы развивается

мелкопластинчатое или крупнопластинчатое шелушение кожи, более выраженное на груди, животе, ладонях и стопах особенно у детей, рожденных от перенесенной беременности. Лечение данных пограничных состояний новорожденных не требуется; на участки обильного шелушения кожи после купания можно наносить стерильное растительное масло или специальную детскую косметику.

Токсическая эритема возникает примерно у трети новорожденных на 2-5-е сутки жизни. При этом на коже появляются эритематозные пятна с пузырьками, содержащими прозрачную серозную жидкость с большим количеством эозинофилов. Локализация элементов: кожа в области суставов, груди, ягодиц. Токсическая эритема обычно регрессирует через 2-3 дня, однако может возобновляться в течение первого месяца жизни. Поскольку в основе токсической эритемы лежит аллергическая реакция на материнские белки, при выраженных проявлениях или затяжном течении врач может назначить ребенку обильное питье и прием антигистаминных препаратов.

Милии (белые угри) - после рождения присутствуют у половины новорожденных. Они представляют собой мелкие пузырьки размером 1-2 мм, содержащие молочно-белый или бело-желтоватый секрет. Причины образования миларной, или просовидной сыпи закупорка выводных протоков сальных желез; чаще располагаются в области носа и лба, подбородка; исчезают без лечения в течение 1-2 недель.

Неудовлетворительный уход за кожными покровами новорожденного при данных пограничных состояниях может способствовать развитию инфекционных заболеваний кожи.

Шелушение кожных покровов — возникает на 3–5 день жизни, чаще бывает на животе, груди. Особенно обильное шелушение отмечается у перенесенных детей. Лечение это состояние не требует, однако участки шелушения лучше после купания смазывать увлажняющим детским кремом или косметическим молочком.

Тактика: - тщательный уход за кожей;

- гигиенические ванны с перманганатом калия;
- дополнительное питье 5 % раствора глюкозы;
- по назначению врача антигистаминные препараты.

Физиологическая желтуха. Желтушное окрашивание кожных покровов, слизистых оболочек рта и склер возникает на 2 -3 день, усиливается до 6 дня и исчезает к 7-10 дню, у недоношенных детей ко 2-3 недели. Кал и моча остаются обычной окраски, печень и селезёнка не увеличиваются, общее состояние ребёнка не нарушается. Отмечается у 60-70% новорожденных.

Появление желтухи в первый день жизни или интенсивное желтое окрашивание кожи являются тревожным признаком и требуют проведения дополнительного обследования.

Причина – недоразвитая ферментативная функция печени, где происходит переработка и гибель эритроцитов. Массивный распад фетальных эритроцитов. В результате в крови и тканях новорожденного накапливается свободный билирубин, который образуется при распаде нестойких эритроцитов и вызывает окрашивание кожи и слизистых в желтый цвет.

Тактика: - контроль, за состоянием ребенка;

- дополнительное питье 5% раствора глюкозы.

Гормональный (половой) криз. Эта группа пограничных состояний новорожденных включает: физиологический мастит у обоих полов, десквамативный вульвовагинит у девочек, гидроцеле (отек мошонки) у мальчиков. Причины возникновения полового криза у 2/3 новорожденных связаны с действием материнских эстрогенов, получаемых плодом в последние месяцы беременности и поступление эстрогенов к новорожденному с молоком матери.

Физиологический мастит - пограничное состояние новорожденных, характеризующееся нагрубанием молочных желез (обычно симметричное), гиперемией кожи над ними и выделением молозивоподобного секрета.

Степень увеличения железы в диаметре составляет 1,5-2 см. Данное состояние отмечается у большинства девочек и 50% мальчиков; сохраняется с 3-4-го дня и до конца 2-3-й недели жизни, достигает максимума на 7–8 день.

Тактика: - в случае выраженного набухания молочных желез, рекомендовано наложение на грудные железы стерильной повязки;

- нетугое пеленание;

- запрещено надавливание на молочные железы

новорожденного из-за опасности развития инфекционного мастита.

Вульвовагинит – пограничное состояние новорожденных девочек, сопровождающееся появлением слизистых или кровянистых выделений из половой щели. Выделения отмечаются у 60-70% девочек в первые три дня жизни и продолжаются 1-3 дня. В 5% случаев может развиваться кровотечение в объеме, не превышающем 1-2 мл, что связано с прекращением действия эстрогенов матери.

Тактика: - тщательный туалет наружных половых органов.

Гидроцеле (отек мошонки). Развивается у 5–10% мальчиков в период новорожденности, проходит самостоятельно, без лечения.

К пограничным состояниям новорожденных, характеризующим адаптацию органов мочевыделительной системы к новым условиям, относят транзиторную олигурию, альбуминурию и мочекислый инфаркт.

При транзиторной олигурии, свойственной всем здоровым новорожденным, в первые 3 суток жизни, отмечается уменьшение выделения мочи менее чем 15 мл/кг в сутки. Это компенсаторно-приспособительная реакция организма, ребенок в первые дни жизни испытывает дефицит поступления жидкости из-за неустановившегося питания. Причинами данного явления служат снижение поступления в организм жидкости и особенности гемодинамики. Первые 3 суток новорожденный мочится 4-6 раз, в дальнейшем 20-25 раз.

Альбуминурия (протеинурия) – встречается у всех новорожденных

первых дней жизни, вызвана увеличением проницаемости фильтрационного барьера, капилляров и канальцев почек, усиленным гемолизом эритроцитов.

Патогенез мочекислого инфаркта связан с отложением солей мочевой кислоты в просвете почечных канальцев, что приводит к окрашиванию мочи в красноватый цвет и появлению на пеленках коричнево-красных разводов. В основе мочекислого инфаркта лежит катаболическая направленность обмена веществ и распад большого количества клеток (в основном лейкоцитов), а из ядер нуклеиновых кислот образуются пуриновые и пиримидиновые основания, конечным этапом метаболизма которых и является мочевая кислота.

При исследовании общего анализа мочи обнаруживаются кристаллы мочевой кислоты, зернистые и гиалиновые цилиндры, эпителий, лейкоциты. Моча становится мутной, желтовато-коричневого цвета. После высыхания на пеленках остаются коричневые пятна и песок. При мочекислом инфаркте необходимо следить за адекватным потреблением жидкости и выделением мочи новорожденным. Если данное пограничное состояние у новорожденного не исчезает самостоятельно, примерно с 10-го дня жизни изменения мочи расцениваются как патологические, требующие консультации детского уролога и проведения УЗИ почек ребёнку.

Переходные изменения стула на первой неделе жизни возникают у всех новорожденных. К данной группе пограничных состояний новорожденных детей относятся транзиторный дисбактериоз кишечника и транзиторный катар кишечника (физиологическая диспепсия).

После отхождения, в первые, 1-2 дня, мекония (первородного кала), имеющего вид густой вязкой массы темно-зеленого (оливкового) цвета, без запаха, стул у ребенка становится частым. Переходный стул имеет неомогенную консистенцию с примесью комочков, слизи и жидкой части (пятно воды на пеленке вокруг каловых масс). Окраска с чередованием участков темно-зеленого и желто-зеленого цвета. При исследовании копрограммы обнаруживается большое количество лейкоцитов до 30 в поле

зрения, слизи, жирных кислот. Такой стул называют переходным, а состояние - переходным катаром кишечника. К концу первой недели стул приобретает гомогенную кашицеобразную консистенцию и более однородную желтую окраску. Одновременно с очищением кишечника происходит его заселение бифидобактериями и лактобактериями.

При неосложненном течении беременности плод стерилен, в то время как внеутробная жизнь проходит в мире микроорганизмов, где естественной аутофлоре человека принадлежит очень большое физиологическое значение.

В момент рождения кожу и слизистые оболочки ребенка заселяет флора родовых путей матери. Источниками инфицирования могут являться также руки медперсонала, воздух, предметы ухода, молоко матери. При этом первичная бактериальная флора кишечника и кожи, слизистых оболочек представлена не только такими бактериями, как бифидобактерии, молочнокислые стрептококки, сапрофитный стафилококк, но и условнопатогенными стафилококками, кишечной палочкой с измененными ферментативными свойствами, различными штаммами протей, грибами, которые в небольшом количестве могут быть также естественными симбионтами взрослого человека. Транзиторному дисбактериозу способствует и то, что барьерная функция кожи и слизистых оболочек в момент рождения менее совершенна по ряду показателей, чем у детей конца 1-й недели жизни. Отсутствие выделения мекония может свидетельствовать о кишечной непроходимости у новорожденного, что требует немедленной консультации детского хирурга. При нарушении формирования микрофлоры кишечника развивается истинный дисбактериоз.

Пограничные состояний новорожденных, обусловленные особенностями метаболизма, включают транзиторный ацидоз, гипогликемию, гипокальциемию, гипомагниемию.

Транзиторный ацидоз связан с изменением кислотно – основного состояния и газового состава крови после рождения.

Транзиторная гипогликемия – снижение концентрации глюкозы

крови до 2,8-3,3 ммоль/л, обусловлена большими энергетическими затратами новорожденного и быстрым истощением энергетических запасов.

Гипокальциемия и гипомagneмия развиваются вследствие функционального гипопаратиреоза, имеющего место в раннем неонатальном периоде. Данные пограничные состояния новорожденных возникают в первые сутки и исчезают к концу первой недели жизни.

#### IV. Патронаж новорожденного ребенка.

Патронаж новорожденного — наблюдение ребенка в первый месяц его жизни врачом и медсестрой. Проводится по месту проживания матери с ребенком, вне зависимости от прописки. Первичный патронаж новорожденного осуществляют врач и медсестра детской поликлиники не позднее третьих суток после выписки из родильного дома.

Обязательное проведение патронажа новорожденного указано в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2010 года. Этот Приказ был издан на основании статьи 37.1 «Закона РФ об охране здоровья граждан», принятого еще 22 июля 1993 года.

Цели: - оценка состояния новорожденного (определение врожденных и наследственных заболеваний, вида вскармливания, групп риска, группы здоровья). Проверяется мышечный тонус, прощупывается родничок, оценивается цвет и состояние кожи. Также ведется визуальный осмотр тела ребенка и выявляется симметрия по расположению всех органов, работа конечностей, развитие половых органов, правильная форма головы, наличие транзиторных состояний;

- обучение матери правилам ухода (пеленать, обрабатывать кожу, слизистые, пупочную ранку и проводить гигиеническую ванну) и вскармливания новорожденного;

- оценка здоровья и психологического состояния матери;

- оценка социальных и экономических условий в семье. Условия должны быть благоприятными, а ребенок должен быть обеспечен всем, что необходимо. Если семья неблагополучная, педиатр в письменном виде дает

оценку ситуации и также определяет психологию поведения родителей по отношению к ребенку.

#### Схема патронажа новорожденного:

ПОСЕЩЕНИЕ ПЕДИАТРА	1, 3, 10, 14-й день
ПОСЕЩЕНИЕ МЕДСЕСТРЫ	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 21 и 28-й день

В конце первого месяца антропометрия и консультация узких специалистов в поликлинике (окулист, хирург, невропатолог). Со второго месяца жизни проводится диспансерное наблюдение грудного ребенка в детской поликлинике. Со второго месяца жизни проводится диспансерное наблюдение грудного ребенка в детской поликлинике.

#### Схема первого патронажа к новорожденному

Паспортная часть:		
1	Ф.И.О. ребенка	
2	Дата рождения	
3	Место рождения	
4	Ф.И.О. матери	
5	Возраст	
6	Место работы, профессия	
7	Ф.И.О. отца, возраст	
8	Место его работы, должность	
9	Домашний адрес	
10	Возраст ребенка (в днях)	
Субъективное обследование:		
1	От какой по счету беременности родился ребенок	
2	Как протекала беременность (отеки, тошнота, рвота, повышение АД, прибавка в весе)	
3	От каких по счету родов ребенок	
4	Как протекали роды (быстрые, стремительные, слабость родовых сил, акушерские пособия, раннее отхождение околоплодных вод)	
5	Масса тела при рождении, длина, окружность головы, окружность груди	

6	Когда приложен к груди (на какие сутки, через сколько часов)	
7	На какие сутки отпал остаток пуповины	
8	Сделана ли вакцинация БЦЖ в роддоме (на какие сутки)	
9	На какие сутки выписан домой	
10	На каком вскармливании находится ребенок	
11	Через сколько часов кормится	
12	Продолжительность одного кормления	
13	Соблюдается ли ночной перерыв	
14	Получает ли воду между кормлениями	
15	Где находится кроватка	
16	Есть ли все необходимое для ухода за новорожденным	
17	В каком состоянии его белье	
	Осмотр ребенка:	
1	Активность, рефлекс новорожденного	
2	Состояние кожных покровов и слизистых оболочек (цвет, эластичность, влажность)	
3	Характеристика подкожного жирового слоя и мышечной ткани	
4	Состояние костной системы (роднички, швы, позвоночник)	
5	Состояние пупочной ранки	
6	Осмотр и пальпация живота	
7	Стул (цвет, консистенция, сколько раз в день, гомогенность, примеси: слизи, зелени, белых комочков)	
8	Мочеиспускание (частота, цвет, болезненность, окрашивание пеленок)	
	Заключение:	
1	Вид вскармливания, степень лактации	
2	Группы риска	
3	Группа здоровья	

	Рекомендации:	
1	По организации вскармливания	
2	По уходу за ребенком	

#### Патронаж недоношенного ребенка

Детский педиатр и медсестра обязательно посещают недоношенного новорожденного в день выписки его из больницы. Патронаж недоношенного новорожденного производится ежедневно, в первые, 10 дней жизни и не менее 5 раз в неделю в дальнейшем до достижения ребенком месячного возраста. Педиатр посещает ребенка по 3 раза в неделю.

#### Патронаж новорожденного с наследственным заболеванием.

После выписки медсестра посещает ребенка каждый день в течение первых 10 дней, затем через день. Педиатр - 3 раза в неделю.

### V. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ТРАНЗИТОРНЫХ СОСТОЯНИЯХ.

#### Уход за новорожденным в родильном зале.

Для профилактики транзиторной гипотермии, сразу после рождения ребенка (до пересечения пуповины) обсушивают стерильными, сухими, предварительно подогретыми пеленками. Остатки родовой смазки не удаляются. По окончании пульсации пуповины, но не позже 1 мин. после рождения ребенка, заменив стерильные перчатки, пережимается и пересекается пуповина и ребенок прикладывается к груди матери. Такой тесный контакт укрепляет —биологическую связь между матерью и ребенком, стимулирует лактацию, способствует сокращению матки и отделению плаценты в последовом периоде родов (за счет секреции пролактина в передней доле гипофиза и окситоцина – в задней). При появлении поискового и сосательного рефлекса у новорожденного акушерка помогает осуществить первое раннее прикладывание ребенка к груди матери. Контакт матери и ребенка проводится не меньше 2 часов в родильном зале при условии удовлетворительного состояния обоих. После завершения контакта «кожа к коже», акушерка переводит ребенка на согретый

пеленальный стол, под лучистое тепло, осуществляет второй этап обработки и клеммирование пуповины, измерение длины тела, охвата головы и грудной клетки, взвешивание (антропометрию), после чего проводится первичный врачебный осмотр и акушерка одевает на ребенка чистые ползунки, распашонку, шапочку, носки. Позволяется использовать чистую домашнюю одежду. Через 30 мин. после рождения электронным термометром измеряется новорожденному температура тела в подмышечной впадине. После обработки рук проводят новорожденному профилактику офтальмообленнореи. Ребенок, вместе с матерью накрывается одеялом и переводится в палату общего пребывания с соблюдением условий тепловой цепочки.

Десять шагов тепловой цепочки:

1. Теплый родильный зал (операционная). Оптимальной для матери и ребенка считается температура окружающей среды 25-28°C.
2. Немедленное обсушивание ребенка сразу после рождения подогретыми пеленками.
3. Контакт —кожа к коже, матери и ребенка не менее 2 часов.
4. Грудное выкармливание начинать в течение первого часа после рождения.
5. Взвешивание и антропометрию проводить под лучистым теплом. Контроль, за состоянием новорожденного в течение 2 часов, ребенок так же находится под лучистым теплом. Первое купание целесообразно осуществлять дома.
6. Правильно одеть ребенка, используя теплые ползунки, распашонку, шапочку, носки и накрыть теплым одеялом.
7. Круглосуточное общее пребывание матери и ребенка.
8. Транспортировка в теплых условиях, вместе с матерью.
9. Реанимация в теплых условиях.
- 10.Повышение уровня подготовки и знаний.

Первичный туалет новорожденного в родильном зале. Сразу же после появления ребенка на свет, медицинский персонал проводит новорожденному первый туалет. Сначала ребенку, для профилактики асфиксии, отсасывают из носоглотки и рта околоплодные воды. Процедура эта проводится специальным электроотсосом или резиновой грушей сразу же после прорезывания головки через родовой канал. Пуповина: этап первый. Как только ребенок родится, ему тут же накладывают на пуповину 2 зажима Кохера на расстоянии в 2 см один от другого. Между зажимами пуповину смазывают спиртом и разрезают ножницами. Этап второй - после этого ребенка кладут на пеленальный столик, над которым располагается мощная лампа. Салфеткой, смоченной в спиртовом растворе, аккуратно протирают пуповину, затем это же место протирается сухой салфеткой. На пуповину накладывается скоба Роговина, а примерно через 1,5 см от этой скобы производится отсекание пуповины.

Обработка кожи. Процедура заключается в удалении салфеткой (стерильной, смоченной в растительном масле) слизи с кожи ребенка и первородной смазки. Профилактика гонобленореи с применением 20% раствора сульфацила натрия (Сульфацила натрия) (альбуцид) трехкратно с интервалом 10 минут по 1 капле закапать в конъюнктивальный мешок, а также можно однократно 0,5% мазью эритромицина или 1% тетрациклиновой мазью, полоска длиной 0,5-1 см, закладывая за нижнее веко с помощью стеклянной палочки. Новорожденным девочкам в половую щель закапать 2-3 капли 20% раствора сульфацила натрия (Сульфацила натрия). Антропометрия. После окончания проведения процедуры первичного туалета, приступают к антропометрии. Рост, масса тела, окружности головы и груди — это основные антропометрические измерения, с помощью которых педиатр оценивает физическое развитие ребенка. Ребенка взвешивают на медицинских весах (лоток весов обязательно предварительно обрабатывается хлоргексидином или перекисью водорода). Средний вес (или масса) доношенного новорожденного составляет 2600–4500 грамм.

### Взвешивание на электронных весах.

1. Установите весы на горизонтальной ровной устойчивой поверхности.
2. Включите весы в сеть.
3. Для проверки весов нажмите рукой с небольшим усилием в центр лотка – на индикаторе высветятся показатели, соответствующие усилию руки; отпустите лоток – на индикаторе появляются нули.
4. Обработайте лоток весов стерильной ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором.
5. Вымойте и высушите руки.
6. Положите на лоток весов пеленку – на индикаторе высветится ее вес.
7. Сбросьте вес пеленки в память весов.
8. Разденьте ребенка и уложите его на лоток весов.
9. Запомните вес, который появится на индикаторе.
10. Снимите ребенка с весов.
11. Зафиксируйте полученные данные в медицинской документации.
12. Вымойте и осушите руки.
13. После окончания процедуры лоток весов обрабатывают дезинфицирующим раствором, концентрация и время экспозиции определяются в соответствии с методическими рекомендациями к конкретному средству.

### Взвешивание на механических весах.

1. При подготовке к процедуре взвешивания провести проверку регулировки весов (при закрытом затворе гири установить на ноль, открыть затвор и уравновесить весы вращением противовеса).
2. При взвешивании ребенка весы уравновешиваются передвижением гирь, определяющих килограммы и граммы.
3. После окончания процедуры лоток весов обрабатывают дезинфицирующим раствором, концентрация и время экспозиции определяются в соответствии с методическими рекомендациями к

конкретному средству.

#### Измерение длины тела.

Длину (рост) измеряют в сантиметрах, от макушки до пяток, в положении ребенка на спине с выпрямленными в коленных суставах ногами и согнутыми под прямым углом стопами. Используется горизонтальный ростомер, либо сантиметровая лента на пеленальном столе.

1. Горизонтальный ростомер расположите на ровной устойчивой поверхности, шкалой «к себе».
2. Вымойте и высушите руки.
3. Постелите на ростомер пеленку, не закрывая шкалу.
4. Уложите ребенка на ростомер теменной частью головы к горизонтальной неподвижной планке ростомера.
5. Легко нажмите на колени ребенка, чтобы распрямить ножки.
6. Придвиньте к стопам подвижную планку ростомера.
7. Запомните результат.
8. Зафиксируйте полученные данные в медицинской документации.
9. Вымойте и осушите руки.
10. После окончания процедуры ростомер обрабатывают дезинфицирующим раствором, концентрация и время экспозиции определяются в соответствии с методическими рекомендациями к конкретному средству.

Длина тела новорожденного зависит от наследственности, качества питания матери, состояния маточно-плацентарного кровотока, пола. Длина тела новорожденных в норме колеблется в пределах — от 45 до 55 см.

#### Измерение окружности головы.

Для измерения окружности головы сантиметровую ленту проводят сзади через затылочные бугры, спереди по надбровным дугам.

#### Измерение окружности грудной клетки.

Для измерения окружности грудной клетки сантиметровую ленту проводят сзади по нижним углам лопаток, а спереди по линии, соединяющей

соски грудных желез.

Окружность грудной клетки новорожденного на 2–5 см меньше окружности головы и составляет в среднем 30-32 см.

Утренний туалет новорожденного в домашних условиях.

Проводится перед первым или вторым кормлением в определенной последовательности: подмывание, обработка складок, обработка пупочной ранки (после проведения гигиенической ванны). После подмывания, дополнительно гигиеническая обработка рук. *Оснащение:* емкость с кипяченой водой 36-37°C; стерильное растительное масло, ватные шарики и жгутики; салфетка для лица; стерильные ватные палочки; 3 % раствор H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>; 1% раствор бриллиантового зеленого или 1% спиртовой раствор хлорфиллипта; детский крем или любая детская косметика; комплект чистого белья. *Требования безопасности:* запрещается использовать для очищения носа и ушей твердые предметы (ватные палочки и т.п.); нельзя оставлять ребенка на пеленальном столе одного, все оснащение необходимо приготовить заранее. Если необходимо срочно отойти, ребенка следует положить в кроватку. Умывание лица проводят ватным тампоном, смоченным в кипяченой воде температурой 36-37°C. Просушить лицо промокательными движениями салфеткой, для предупреждения раздражения кожи. *Для туалета глаз* используют также кипяченую воду, при конъюнктивите раствор фурацилина. Для профилактики инфицирования второго глаза, для каждого глаза применяют отдельный тампон. Избыточную влагу удаляют марлевой салфеткой, отдельно на каждый глаз. *Туалет носа* проводят с применением стерильного растительного, персикового, вазелинового масла, с целью смягчить образовавшиеся корочки. Стерилизация масла проводится на водяной бане в течение 10 минут. Охлажденным маслом необходимо смочить ватный жгутик, ввести в носовой ход, вращательными движениями на глубину 1 см. Для каждого носового хода используется один жгутик. Повторно обработать сухими ватными жгутиками, для удаления корочек. Также с помощью ватных жгутиков

(турунд), проводят туалет ушей. *Туалет ушей* проводят не чаще 1 раза в неделю. Запрещено, с целью профилактики травматизма, использовать ватные палочки. Заушные складки обрабатываются ватными шариками, смоченными в стерильном масле, ежедневно. Необходимо ежедневно проводить осмотр *полости рта* ребенка. При отсутствии патологических изменений обработку полости не проводят. При наличии молочницы полость рта обрабатывают 1% раствором буры или нистатина. Можно использовать 2% раствор соды. Для того, чтобы его приготовить, необходимо растворить в стакане с кипяченой водой чайную ложку пищевой соды. *Ногти* новорожденному подстригают примерно 1 раз в неделю (беспокойным детям можно эту процедуру провести во время сна). Ноготки не нужно стричь очень коротко, следить за тем, чтобы после стрижки не оставалось острых краев. Следует использовать специальные ножницы с закругленными краями.

*Первая гигиеническая ванна* новорожденного проводится в первый день после выписки из роддома, если мать обучена этой процедуре. Показать и объяснить родителям, как нужно купать ребенка, обязана медсестра. Первое время желательно купать ребенка вместе с помощником. Ежедневные гигиенические водные процедуры снижают у детей нервное и мышечное напряжение дня и являются закалывающими мероприятиями. Кроме этого, купание — хороший повод для близкого общения родителей с ребенком. После водных процедур он более спокойный, ест с аппетитом и хорошо спит. Купают ребенка до 6 месяцев ежедневно, после 6 месяцев до 1 года через день. Гигиеническую ванну необходимо проводить перед предпоследним вечерним кормлением, чтобы вырабатывать у ребенка рефлекс на разделение дня и ночи. Время ванны не более 5-7 минут. До заживления пупочной ранки, используют кипяченую воду, в которую, рекомендовано добавлять приготовленный раствор перманганата калия нежно-розового цвета. Температура воздуха в помещении, где купают ребенка 24-26°C, температура воды – 37°C. Современные детские средства для мытья не сушат кожу, не содержат раздражающих веществ. Необходимо строго соблюдать

инструкцию по применению. После купания ребенка одевают в белье, которое должно быть заранее приготовленное, соответствовать возрасту ребенка, температуре окружающей среды.

*Требование безопасности:* - нельзя оставлять ребенка одного в ванне или на столике.

- нельзя набирать воду в ванночку, где находится ребенок. Ребенка в воду опускают, только после измерения температуры спиртовым градусником.

После гигиенической ванны проводят обработку пупочной ранки. Здоровая пупочная ранка обрабатывается 1 раз в день в течение 7-10 дней до полного заживления. Перед обработкой следует обязательно осмотреть пупочную ранку. Края ранки должны быть такого же цвета, как и окружающая кожа. Необходимо обратить внимание на наличие корочки на дне, цвет. Для обработки в ЛПУ используется 3% раствор перекиси водорода, 70% раствор этилового спирта, 1-2% спиртовой раствор бриллиантовой зелени или 5% раствор перманганата калия. При сомнительной пупочной ранке (большое количество пенистых выделений при обработке перекисью, значительное отделяемое из ранки, отечность краев) использование красящих средств не рекомендуется, так как при этом трудно оценить появление гиперемии, которая может быть признаком воспалительного процесса - омфалита. При подозрении на омфалит (отечность и гиперемия краев, гнойные выделения, распространение гиперемии на околопупочную область) необходима консультация врача. При проведении манипуляции медицинскому персоналу необходимо провести обучение матери, объяснить ей цель и ход проведения процедуры, а после ее выполнения ответить на все интересующие вопросы, проверить усвоены ли матерью навыки ухода.

#### Обработка пупочной ранки в ЛПУ.

Цель: профилактика инфицирования.

Оснащение: перчатки, стерильные ватные палочки, стерильные

марлевые салфетки, пипетка, 1% раствор бриллиантового зеленого (1% хлорфилипта, 5% перманганата калия), 3% раствор перекиси водорода, 70% этиловый спирт, ёмкость для сбора отработанного материала, пеленка, емкость для дезинфекции отработанного материала.

№	Действия	Обоснование
1	Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2	Постелить на столик пеленку, надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3	Распеленать ребенка в кроватке, положить на пеленальный стол	Обеспечение удобного положения для обработки ранки
4	Края ранки раздвинуть большим и указательным пальцем	Максимальный доступ для осмотра
5	Осмотреть края, дно пупочной ранки. Необходимо обратить внимание на наличие корочки на дне, цвет и характер отделяемого	Выявление признаков омфалита. Края ранки должны быть такого же цвета, как и окружающая кожа
6	Капнуть 3% перекись из пипетки 1-2 капли, или обработать обильно смоченной стерильной ватной палочкой от центра к периферии. Сбросьте палочку в лоток.	Механическая очистка от корочек.
7	Удалить образовавшуюся пену сухой стерильной ватной палочкой движением изнутри кнаружи (можно использовать стерильную салфетку).	Корочку на дне ранки не следует специально отмачивать и стараться удалить, так как именно под ней активнее всего идет эпителизация раневой поверхности.
8	Смочить ватную палочку 70% этиловым спиртом и обработайте ранку движением от центра к периферии (сбросьте палочку в лоток).	Дезинфицирующий и подсушивающий эффект.
9	Смочить ватную палочку 5% раствором перманганата калия или 1% спиртовым	Дезинфицирующий и подсушивающий эффект.

	раствором бриллиантового зеленого и обработайте ранку движением изнутри кнаружи (сбросьте палочку в лоток).	
10	Запеленайте ребенка и положите в кроватку.	Обеспечение безопасности
11	Снимите перчатки.	Вымойте и осушите руки. Обеспечение инфекционной безопасности.

Обработка естественных складок кожи новорожденного.

Для предупреждения развития опрелостей необходимо ежедневно осматривать подмышечные, шейную, локтевые, ягодичную, паховые складки. Необходимо использовать специализированные детские кремы, лосьоны, масла и присыпки. Не рекомендуется смешивать тальк, присыпку с кремом или маслом, так как образуется корка на коже.

№	Действия	Обоснование
1	Вымойте и осушите руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2	Выдавите немного крема (лосьона, масла) из тюбика (флакона) на руки. Разотрите крем в руках.	Для дозирования крема (лосьона, масла). Нельзя выдавливать крем сразу на тело ребенка, излишний объем закупорит поры, что приведет к образованию опрелостей.
3	Протирайте складки в определенном порядке: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, ягодичные.	На коже ягодиц и промежности могут находиться бактерии из кишечника ребенка, которые могут вызвать воспаление, попав на кожу других областей тела. Именно поэтому обработка паховых и ягодичных складок проводится в последнюю очередь.
4	Подождите несколько минут, необходимо дать коже немного подсохнуть.	При соответствии температуры воздуха в помещении, рекомендуют провести воздушную ванну.
5	Вымойте и осушите руки.	Обеспечение инфекционной

### Пеленание при транзиторных состояниях.

В настоящее время подход к традиционной процедуре пеленания изменился. Решая вопрос о необходимости пеленания, следует в первую очередь обратить внимание на поведение ребенка. При половом кризе, который характеризуется нагрубанием молочных желез, а также при транзиторной лихорадке, рекомендовано свободное пеленание. При свободном пеленании ребенка оборачивают пеленкой так, чтобы внутри нее он мог двигать руками и ногами. Пеленка при этом играет роль адаптационной оболочки: ребенок чувствует некоторое ограничение, но при этом может принять удобное в данный момент положение. Необходимо соблюдать температурный режим в помещении. Новорожденный ребенок легко перегревается и переохлаждается из-за несовершенства терморегуляции, поэтому одежда должна соответствовать температуре окружающей среды.

*Подмывания ребенка* осуществляют под теплой проточной водой так, чтобы тело не касалось раковины, девочек спереди, в направлении к ягодицам. Для профилактики опрелостей проводят обработку кожи стерильным растительным маслом. Обработку кожи проводят строго в следующей последовательности: заушные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, ягодичные. Также обрабатывают межпальцевые складки. После обработки необходимо подождать несколько минут, дать коже подсохнуть. Если температура воздуха в комнате позволяет, в это время хорошо провести воздушную ванну.

Соблюдение *правил вскармливания*, способствует более легкому течению транзиторных состояний. Первое прикладывание к груди проводится сразу после рождения ребенка при отсутствии противопоказаний (приказ МЗРФ №372) до перерезки пуповины. Обеспечение раннего контакта

матери и ребенка, позволяет облегчить процессы адаптации у новорожденного. Также, это является профилактикой гипогалактии у матери. Частота кормлений определяется потребностями новорожденного. Педиатры ВОЗ рекомендуют вскармливание «по требованию», но если энергетическая ценность грудного молока у матери высокая (ребенок спокойный, не плачет) можно придерживаться вскармливания по режиму. Оба метода имеют свои преимущества, режим вскармливания определяет мать, после консультации с педиатром.

*Суточная потребность в грудном молоке* определяется по формуле Финкельштейна:  $V_c = n \times 70(80)$ , где  $n$  - число дней жизни ребенка до 14, а 70 (80) мл - это суточный объем молока в 1-й день жизни ребенка (70 - если масса при рождении ниже 3200 г; 80 - если масса при рождении равна или более 3200 г).

Можно использовать формулу Зайцевой:  $V_c = 2\% \text{ от массы тела} \times n$ , где  $n$  - число дней жизни ребенка до 14.

Для недоношенного ребенка используют следующий расчет:  $V$  разовый 1 день- 5-10 мл., 2 день -10-15 мл., 3 день-15-20 мл. С 4 по 10 день используют формулу Роммеля:  $V_c = (n+10) \times 100 \text{ гр. веса тела}$ . ( $n$ -количество дней жизни). С 10 дня –  $1/5$  от массы тела.

Если необходимо рассчитать разовый объем пищи, то суточную дозу делят на число кормлений (6-7 раз в сутки и более) в зависимости от потребности ребенка. С 15-го дня  $V_c = 1/5$  от массы тела ребенка. После кормления первые 1-1,5 мес. оставшееся молоко необходимо сцеживать (для сохранения лактации). При недостатке молока у матери, а также для выявления степени гипогалактии, педиатр назначает контрольное взвешивание и кормление. Цель контрольного кормления: определить количество получаемое ребенком при кормлении грудью. Обязательное условие – в течение суток провести не менее трех контрольных кормлений (утром, днем и вечером), так как в разное время суток у матери разное количество молока. Количество молока зависит от режима дня, питания,

состояния здоровья женщины.

Контроль, за состоянием ребенка при физиологической лихорадке.

Измерение температуры тела в паховой и в подмышечной складке.

Цель: определить температуру тела ребенка.

Оснащение: медицинский термометр, часы, марлевые салфетки 2 шт., лоток с дезинфицирующим раствором, температурный лист, ручка.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
Объяснить маме / ребенку цель и ход проведения процедуры	Обеспечение права на информацию, участие в процедуре
Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение четкости выполнения процедуры
Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
Достать термометр из футляра, встряхнуть его и добиться, чтобы столбик ртути опустился ниже отметки 35°C	Обеспечение достоверности результата измерения
Осмотреть паховую (подмышечную) область	Исключение повреждений кожи
Выполнение процедуры	
Протереть насухо салфеткой область, используемую для термометрии	Влага охлаждает ртуть
Поместить ртутный резервуар термометра в паховую (подмышечную) область так, чтобы он полностью охватывался кожной складкой и не соприкасался с бельем	Обеспечение условий для получения достоверного результата
Фиксировать ногу ребенка (нога несколько согнута в тазобедренном суставе) или руку (плечо прижать к грудной клетке)	Смещение термометра искажает результат измерения

Засечь время и через 10 минут извлечь термометр и определить его показания	Оценка полученных данных
Завершение процедуры	
<p>Сообщить маме /ребенку результат Термометрии</p> <p>Зафиксировать температуру в температурном листе</p> <p>Примечание:</p> <p>а) каждая клеточка температурного листа соответствует 0,2 С</p> <p>б) точку, фиксирующую температуру, необходимо ставить в центре, а не по краям клеточки</p>	<p>Обеспечение права на информацию</p> <p>Документирование результатов термометрии</p>
Термометр встряхнуть так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар	Подготовка термометра к последующему измерению
<p>Полностью погрузить термометр в лоток с дезраствором (длительность дезинфекции зависит от используемого дезраствора)</p> <p>Вытащить термометр, промыть под проточной водой и вытереть насухо салфеткой</p> <p>Поместить термометр в футляр</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p> <p>Подготовка к последующему использованию</p>

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Для выполнения задания требуется вписать правильный ответ.

1. Транзиторные состояния - это \_\_\_\_\_
2. К ранним транзиторным состояниям относятся: \_\_\_\_\_
3. Причины развития транзиторной желтухи \_\_\_\_\_
4. Большое количество белка в молозиве, перегрев новорожденного, эндотоксины кишечной палочки, могут быть причиной развития \_\_\_\_\_
5. Токсическая эритема развивается на 2-5 сутки и характеризуется клиническими симптомами \_\_\_\_\_
6. Потеря массы тела у доношенного новорожденного в норме, составляет \_\_\_\_\_ %
7. Нагрубание молочных желез у обоих полов, вульвовагинит у девочек и отек мошонки у мальчиков, характерно для \_\_\_\_\_
8. Причина развития полового криза: \_\_\_\_\_
9. В качестве дополнительного питья при переходных состояниях рекомендовано использовать: \_\_\_\_\_
10. Рефлекторное \_\_\_\_\_ сосудов кожи, как реакция на окружающую среду, приводит к гиперемии при простой эритеме.
11. Какие проявления отмечаются при транзиторной токсической эритеме? \_\_\_\_\_
12. Перечислите, основные принципы ухода за новорожденным ребенком при транзиторных состояниях \_\_\_\_\_
13. Мелкие пузырьки размером 1-2 мм, содержащие молочно-белый или бело-желтоватый секрет, причина образования которых является закупорка выводных протоков сальных желез в области носа, лба и подбородка, называются \_\_\_\_\_
14. Мочекислый инфаркт – это \_\_\_\_\_
15. Транзиторные состояния самостоятельно проходят через \_\_\_\_\_ дней.

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Физиологические реакции, отражающие естественную адаптацию организма новорожденного к новым условиям жизни в неонатальном периоде.
2. Синдром «только что родившегося ребенка»; родовой катарсис; респираторная адаптация (акт дыхания); транзиторное кровообращение; транзиторная гипотермия;
3. Недоразвитая ферментативная функция печени ,массивный распад фетальных эритроцитов.
4. Транзиторной лихорадки.
5. На коже в области суставов, груди и ягодиц появляются эритематозные пятна с пузырьками, содержащими прозрачную серозную жидкость с большим количеством эозинофилов.
6. 6 - 10%
7. Полового криза.
8. Переход эстрогенов матери к плоду во внутриутробном периоде и к ребенку во время кормления грудью.
9. 5% глюкозу.
10. Рефлекторное расширение сосудов кожи, как реакция на окружающую среду, приводит к гиперемии при простой эритеме.
11. Эритематозная сыпь на коже груди, ягодицах, в области суставов.
12. Дополнительное питье; тщательный уход за кожей; контроль, за общим состоянием новорожденного; режим кормления;
13. Милии (белые угри)
14. Отложением солей мочевой кислоты в просвете почечных канальцев, что приводит к окрашиванию мочи в красноватый цвет и появлению на пеленках коричнево-красных разводов.
15. Транзиторные состояния самостоятельно проходят через 8-10 дней.

## КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ

Процент результативности (правильных ответов)	Качественная оценка уровня подготовки	
	балл (отметка)	вербальный аналог
90 - 100	5	отлично
80 - 89	4	хорошо
70 - 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	неудовлетворительно

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение: учебное пособие/  
Д.А. Крюкова [и др]; под ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов н/Д:  
Феникс, 2018г. – 474 с. – (Среднее медицинское образование)
- 2.Кучма В.Р. Здоровый человек и его окружение [Электронный  
ресурс]: учебник / В.Р. Кучма; О.В.Сивочалова – 4-е изд., испр. и доп. – М:  
ГЭОТАРМедиа 2015  
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432327.html>
- 3.Тель, Л.З. Энциклопедия здоровья [Электронный ресурс] / Л.З. Тель -  
М.ГЭОТАР-Медиа, 2015. -  
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432471.html2>.
4. Хрусталев Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и  
сбережения здоровья [Электронный ресурс] : учебник / Хрусталев Ю.М. - М.  
: ГЭОТАРМедиа, 2013. -  
<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970426272.html>
- 5.Запруднов, А.М. Общий уход за детьми [Электронный ресурс] :  
учебное пособие / Запруднов А.М., Григорьев К.И. - 4-е изд., перераб. и доп. -  
М. : ГЭОТАР-Медиа,  
<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425886.html>