

- Поставьте желудочный зонд (**страница P-33**) и обеспечьте свободный отток желудочного содержимого.
- Организуйте перевод (**страница C-63**), и, по возможности, срочно направьте ребенка в больницу третьего уровня или специализированный центр для хирургического вмешательства.

АТРЕЗИЯ АНУСА

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница C-57**).
- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и давайте жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).
- Убедитесь, что ребенок ничего не получает через рот.
- Поставьте желудочный зонд (**страница P-33**) и обеспечьте свободный отток желудочного содержимого.
- Организуйте перевод (**страница C-63**) и, по возможности, срочно направьте ребенка в больницу третьего уровня или специализированный центр для хирургического вмешательства.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница C-57**).
- Если у ребенка подозревается синдром Дауна или у него имеются необычные изменения лица, скажите родителям о возможном отдаленном прогнозе и, по возможности, направьте семью в специализированный центр для оценки развития и дальнейшего наблюдения за ребенком.
- По возможности организуйте генетическое консультирование родителей.
- Если мать не собирается ребенка кормить грудью и просит помочь ей определиться с методом контрацепции, направьте её в центр по планированию семьи.

БЕССИМПТОМНЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК ОТ МАТЕРИ С ГЕПАТИТОМ Б, ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ДИАБЕТОМ, ИЛИ СИФИЛИСОМ

Если ребенок родился от матери, которая имеет одну или несколько проблем, описываемых в этой главе, существует высокая вероятность того, что у ребенка появится проблема спустя некоторое время после рождения, несмотря на то, что ребенок кажется полностью здоровым при рождении.

ПРОБЛЕМЫ

- Мать ребенка имела или имеет:
 - гепатит Б;
 - туберкулез;
 - диабет;
 - сифилис.

УХОД И ЛЕЧЕНИЕ

ГЕПАТИТ Б

Матери, которые имели острый гепатит в период беременности или являются носителями вируса гепатита Б, что было доказано положительным серологическим тестом на поверхностный антиген (HbsAg) гепатита Б, могут передать вирус гепатита Б своим новорожденным.

- Как можно скорее (желательно в первые 12 часов жизни) введите первую дозу вакцины гепатита Б (HBV) (**страница С-51**) 0.5 мл внутримышечно в верхнюю часть бедра (**страница Р-15**).
- Если доступно, дайте противогепатитный иммуноглобулин 200 единиц внутримышечно в другое бедро в течение 24 часов после рождения, но не позже чем в течение 48 часов после рождения.
- Заверьте мать, что грудное вскармливание безопасно для ребенка.

ТУБЕРКУЛЕЗ

- Если у матери имеется активный туберкулез легких и она лечилась менее двух месяцев до родов, или туберкулез был установлен уже после рождения:
 - Не проводите вакцинацию против туберкулеза (БЦЖ) при рождении;

- Назначьте профилактически через рот изониазид 5 мг/кг массы тела однократно;
- В шестинедельном возрасте повторно оцените состояние ребенка, обращая внимание на его динамику веса, и, по возможности, сделайте рентгеновский снимок грудной клетки:
 - Если **имеются любые изменения, указывающие на активную форму болезни**, начинайте противотуберкулезное лечение в полном объеме;
 - Если **состояние ребенка хорошее и нет никаких изменений при обследовании**, продолжайте профилактически давать изониазид до завершения шестимесячного курса лечения.
- Отложите БЦЖ (BCG) вакцинацию (**страница С-51**) на две недели после того, как будет завершено лечение. Если БЦЖ вакцинация уже проводилась, повторите ее спустя две недели после завершения лечения изониазидом.
- Заверьте мать, что грудное вскармливание безопасно для ребенка.
- Повторно осмотрите ребенка через две недели и оцените его динамику массы тела.

ДИАБЕТ

Новорожденные, родившиеся от матерей, больных диабетом, имеют высокий риск развития гипогликемии в первые три дня жизни, несмотря на достаточное кормление.

- Поощряйте и поддерживайте раннее и частое грудное вскармливание, не менее восьми раз в сутки, включая и ночное кормление.
- Если **возраст ребенка менее трех дней**, не прекращайте наблюдение за ребенком до третьего дня жизни:
 - Определяйте уровень глюкозы в крови (**страница Р-13**) в следующее время:
 - в третьем часу жизни или во время госпитализации;
 - через три часа после первого измерения, а затем каждые шесть часов в течение 24 часов, или до тех пор пока уровень глюкозы в крови не нормализуется в двух последовательных дней.
 - Если **уровень глюкозы в крови ниже 45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, устраните гипогликемию (**страница F-91**);
 - Если уровень глюкозы в крови был в пределах нормы в течение трех дней, ребенок хорошо усваивает кормление и него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Если **возраст ребенка три дня или более и у него нет никаких признаков гипогликемии**, (т.е.. летаргии, тремора), наблюдение за ним не требуется. Если

ребенок хорошо усваивает кормление и него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (страница C-67).

СИФИЛИС

- Если у матери был подтвержден сифилис и она получала адекватное лечение (2.4 миллиона единиц пенициллина), которое было начато не позже 30 дней до родов, ребенку никакого лечения не требуется.
- Если мать не лечилась от сифилиса, она получила неадекватное лечение, или нет четких данных о её лечении, а у ребенка нет признаков сифилиса (таблица F-10, страница F-37):
 - Введите ребенку внутримышечно прокаин бензилпенициллин (или бензатин бензилпенициллин) (таблица C-9, страницы C-34 - C-35);
 - Назначьте матери и её партнеру (ам) 1.8г бензатин бензилпенициллина внутримышечно, в виде двух инъекций в два разных участка тела;
 - Направьте мать и её партнера (ов) для наблюдения в клинику, в которая специализируется по лечению инфекций, передаваемых половым путем.
- Повторно осмотрите ребенка через четыре недели, оценивая возможные признаки врожденного сифилиса и динамику массы тела ребенка.
- Сообщите об этом случае властям, если это требуется.

F-158

Бессимптомный новорожденный ребенок от матери с гепатитом,
туберкулезом, диабетом, или сифилисом

МАТЬ С ВИЧ

Нет никаких свойственных признаков или отличий, по которым можно было бы диагностировать ВИЧ при рождении; клинические признаки ВИЧ могут проявиться у ребенка приблизительно к шестой недели жизни, однако до 15 - 18 месячного возраста ВИЧ не может быть подтвержден определением антител.

ПРОБЛЕМА

- Мать ребенка ВИЧ положительна.

УХОД И ЛЕЧЕНИЕ

ОБЩИЙ УХОД И ЛЕЧЕНИЕ

- Когда осуществляете уход за ребенком от ВИЧ положительной матери, всегда:
 - Уважайте конфиденциальность матери и семьи;
 - Обеспечьте уход за ребенком таким же образом, как и за любым другим, обращая особое внимание на меры предупреждения передачи инфекции (**страница С-37**);
 - Проведите ребенку обычную иммунизацию в полном объеме (**страница С-51**).
- Обратите внимание матери на то, что ее партнер(-ы) должны использовать презерватив во время полового акта для предупреждения ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем.
- Обеспечьте эмоциональную поддержку (**страница С-57**).

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Без антиретровирусной терапии, от 15% до 30% младенцев, родившихся от ВИЧ положительных матерей, будут инфицированы во время беременности и родов, а 5%-20% новорожденных могут заразиться через грудное молоко.

- Узнайте, получает или получала ли мать антиретровирусное лечение от ВИЧ для профилактики передачи вируса от матери к ребенку.
- Лечите ребенка в зависимости от протокола, который принят в вашей стране для лечения матери. Например:
 - Если **мать получала зидовудин (AZT) в течение четырех недель до родов**, продолжайте давать AZT ребенку в течение шести недель после рождения (орально, каждые шесть часов по 2 мг/кг массы тела);

- Если мать получила однократную дозу невирапина во время родов и ребенку менее трех дней жизни, немедленно дайте ему невирапин в виде суспензии орально 2мг/кг массы тела;
- Определите следующее посещение через 10 дней для оценки питания и роста ребенка.

ВСКАРМЛИВАНИЕ

Посоветуйте матери, как она должна кормить, но отнеситесь уважительно к ее выбору. Позвольте матери сознательно выбрать лучшее кормление для её ребенка. Объясните ей, что грудное вскармливание повышает риск передачи ВИЧ инфекции ребенку после рождения.

- Сообщите матери о различных возможностях кормления, их преимуществах и опасностях. У матери есть выбор:
 - Давать ребенку молочную смесь, если это приемлемо, доступно по средствам, осуществимо, возможно продолжительное время и безопасно. Объясните матери, что кормление молочной смесью часто связано с повышенной младенческой смертностью по сравнению с грудным вскармливанием, особенно, если нет возможности смесь приготовить безопасно, она не имеется постоянно или у семьи нет возможности ее все время закупать, или существуют ограничения в средствах и в воде для её приготовления;
 - Кормить исключительно грудью, пока не будет возможности кормить молочной смесью. Важно, чтобы мать сразу прекратила грудное вскармливание, как только будет введена молочная смесь;
 - Кормить исключительно грудью в течение шести месяцев, а затем продолжить грудное вскармливание, одновременно вводя дополнительную пищу (напр., протертые овощи).
- Помогите матери оценить её ситуацию. Помогите ей решить вопрос, будет ли она кормить ребенка грудью (см. ниже) или молочной смесью (страницу F-161).

МАТЬ ВЫБИРАЕТ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

- Поддержите выбор матери.
- Посоветуйте матери кормить исключительно грудью и не давать ничего другого (т.е. молочной смеси, молока животных, каш, чая, воды и т.д.). Смешанное вскармливание может увеличить риск передачи ВИЧ и заболевания или смерти от диареи или других болезней.

- Убедитесь в правильном положении ребенка и его прикладывании к груди (**страница С-12**), чтобы предотвратить мастит и повреждение сосков у матери:
 - Посоветуйте матери немедленно вернуться в больницу, если у неё возникнут любые проблемы с её молочными железами или сосками, или если у ребенка будут любые трудности со вскармливанием;
 - Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Заручитесь гарантией матери, что она вернется с ребенком в течение недели после выписки для оценки правильности прикладывания ребенка к груди и состояние груди матери;
 - Убедитесь в том, что ребенок будет под постоянным наблюдением квалифицированного медработника.
- Назначьте последующие консультации матери, готовя ее к мысли о возможной необходимости раннего прекращения грудного вскармливания.

МАТЬ ВЫБИРАЕТ КОРМЛЕНИЕ МОЛОЧНОЙ СМЕСЬЮ

- Поддержите выбор матери.
- Убедитесь в том, что мать понимает, что если она выбирает молочную смесь, то с шестимесячного возраста она должна начинать давать дополнительную пищу, одновременно продолжая кормить смесью.
- Изучите рекомендации по приготовлению молочных смесей и кормлению ими (**страница С-19**).
- Позвольте матери начать готовить молочную смесь, как только она будет в состоянии это делать, и научите её, как кормить ребенка из кружки, кружки и ложки, или другого устройства (напр., воронки; **страница С-16**).
- Поощряйте мать кормить ребенка не менее восьми раз в день. Научите её быть гибкой по отношению к пожеланиям ребенка.
- Дайте матери письменные инструкции по безопасному приготовлению молочной смеси.
- Объясните опасности кормления молочной смесью и как их можно избежать:
 - У ребенка может развиваться понос, если руки матери, вода, или посуда будет грязной, или если приготовленная смесь стоит слишком долго перед ее использованием;
 - Ребенок может не прибавлять в массу тела, если:
 - он каждое кормление получает недостаточный объем молочной смеси;
 - он слишком редко кормится;

- порошок молочной смеси разводится слишком большим количеством воды;
- у ребенка имеется понос.
- Посоветуйте матери обратиться за помощью, если у ребенка имеется любая из перечисленных проблем:
 - кормится реже шести раз в день или получает недостаточный объем на каждое кормление;
 - диарея;
 - недостаточно прибавляет в массе тела.
- Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
- Попросите мать показаться с ребенком в течение недели после выписки для того, чтобы оценить, как она справляется с кормлением молочной смесью, и что она имеет поддержку, обеспечивая безопасное искусственное вскармливание.
- Убедитесь в том, что ребенок будет под постоянным наблюдением квалифицированного медработника.

ГЛАВА 2: ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

Ребенок, который болеет или является маловесным (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности), нуждается в дополнительном тепле и мерах по сохранению тепла, чтобы поддержать нормальную температуру тела. У этих младенцев очень быстро может развиваться гипотермия, а согревание ребенка может занять много времени. Если температура окружающей среды не является оптимальной, значительно увеличивается риск осложнений и смертности.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

- Если только возможно, всегда держите ребенка одетым или укрытым, даже во время выполнения процедур (напр., во время катетеризации вены, при реанимации):
 - Оденьте ребенка и наденьте на голову колпак или шапочку;
 - Оберните ребенка мягкой сухой тканью и накройте одеялом;
 - Оставляйте ненакрытым только те части тела, которые нуждаются в наблюдении или лечении.
- Выхаживайте больного или маловесного ребенка в теплой комнате (не менее 25 °С), где нет сквозняков.
- Не укладывайте ребенка вблизи холодных объектов, таких как стена или окно, даже если ребенок находится в инкубаторе или под источником лучистого тепла.
- Не укладывайте ребенка непосредственно на холодную поверхность (т.е.. перед тем как класть ребенка на холодную кровать или на стол для обследования, постелите под него ткань или одеяло) и убедитесь, что ваши руки теплые, перед тем как брать ребенка на руки.
- Держите ребенка в тепле во время его перевозки для диагностических или лечебных процедур. Используйте согреватели или осуществляйте транспортировку ребенка, используя контакт «кожа-к-коже» (**страница С-5**) с матерью, или, по возможности, с другим человеком.
- Обеспечьте тепло во время выполнения процедур (т.е.. пользуйтесь источником лучистого тепла).
- Меняйте подгузники каждый раз, когда они становятся влажными.
- Если **к коже накладывается какая-нибудь влажная вещь** (напр., увлажненная марля), убедитесь, что ребенок содержится в тепле.
- Избегайте купания ребенка в течение первых шести часов жизни или до тех пор, пока его температура не будет стабильной; от купания маловесного ребенка надо воздержаться по крайней мере до второго дня.

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

Измеряйте температуру ребенка с частотой, указанной в **таблице С-1** (ниже), за исключением специальных указаний в другой главе.

ТАБЛИЦА С-1 Измерение температуры тела

	Ребенок с серьезным заболеванием	Маловесный ребенок ^а	Очень маловесный ребенок ^б	Ребенок с благоприятным течением
Частота измерений	Каждый час	Дважды в день	Четыре раза в день	Ежедневно

^аМаловесным называют ребенка, вес которого при рождении менее 2.5кг, или родившегося до 37 недели беременности.

^бОчень маловесным называют ребенка, вес которого при рождении менее 1.5кг, или родившегося до 32 недели беременности.

МЕТОДЫ СОГРЕВАНИЯ РЕБЕНКА И ПОДДЕРЖАНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

Существует пять методов согревания ребенка и поддержания температуры его тела (**таблица С-2**). См. ниже специальные указания по использованию каждого метода.

ТАБЛИЦА С-2 Методы согревания ребенка и поддержания его температуры тела

Метод	Рекомендации по выбору и использованию	Преимущества	Опасности/затруднения
Контакт кожа-к-коже	<ul style="list-style-type: none"> • Подходит для всех новорожденных в стабильном состоянии • Подходит для согревания ребенка с гипотермией средней степени тяжести (32-36.4⁰С), особенно тогда, когда другие методы недоступны • Не подходит для младенцев с угрожающими для жизни состояниями (т.е.. сепсисом, тяжелой дыхательной недостаточностью) 	<ul style="list-style-type: none"> • Мать может непосредственно наблюдать за ребенком • При отсутствии матери контакт «кожа-к-коже» может осуществлять другой человек • Младенцы обычно поддерживают нормальную температуру тела 	

ТАБЛИЦА С-2 (продолжение) Методы согревания ребенка и поддержания его температуры тела

Метод	Рекомендации по выбору и использованию	Преимущества	Опасности/затруднения
Материнский уход по методу кенгуру	<ul style="list-style-type: none"> • Подходит для новорожденных, у которых стабилизировано состояние, и вес которых 1.5 - 2.5кг, но особенно рекомендуется для длительного ухода за младенцами, вес которых 1.5 - 1.8кг • Не подходит для младенцев с угрожающими для жизни состояниями (т.е., сепсисом, тяжелой дыхательной недостаточностью) • Не подходит, если мать серьезно больна или имеет осложнение, связанное с родами, которое не позволяет ей осуществлять уход за ребенком 	<ul style="list-style-type: none"> • Мать может непосредственно наблюдать за ребенком • Младенцы обычно поддерживают нормальную температуру тела 	<ul style="list-style-type: none"> • Мать не всегда может быть с ребенком
Источник лучистого тепла	<ul style="list-style-type: none"> • Подходит для больных новорожденных и для младенцев, вес которых 1.5 кг и более • Используйте для содержания ребенка в тепле во время обследования, лечения и процедур, а также для согревания замерзшего ребенка 	<ul style="list-style-type: none"> • Позволяет налюдовать за ребенком • Когда ребенок находится под Источником лучистого тепла, можно выполнить многие процедуры 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок может перегреться или переохладиться, если не измеряется его температура • У ребенка может наступить обезвоживание • Источник лучистого тепла дорогостоящее устройство • Источнику лучистого тепла необходим надежный источник электричества

ТАБЛИЦА С-2 (продолжение) Методы согревания ребенка и поддержания его температуры тела

Метод	Рекомендации по выбору и использованию	Преимущества	Опасности/затруднения
Инкубатор	<ul style="list-style-type: none"> • Подходит для продолжительного ухода за новорожденными, вес которых менее 1.5кг, для которых не подходит материнский уход по методу кенгуру • Подходит для младенцев с угрожающими для жизни состояниями (т.е.. сепсисом, тяжелой дыхательной недостаточностью) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сохраняет постоянную температуру • Позволяет наблюдать за ребенком • Можно легко подавать кислород • Ребенок может быть полностью раздетым 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок может перегреться или переохладиться, если не измеряется его температура • У ребенка может наступить обезвоживание • Инкубатор легко колонизируется бактериями • Дорогостоящая закупка и обслуживание инкубатора • Инкубатору необходим надежный источник электричества • Требуется персонал, обученный по уходу за ребенком в инкубаторе, его чистке и обслуживанию • Мать и ребенок будут разлучены • Чистить инкубатор намного сложнее, чем источник лучистого тепла
Теплая комната	<ul style="list-style-type: none"> • Подходит для ухода за новорожденными, которые оправляются от болезни и для маловесных детей, которым не требуются частые диагностические или лечебные процедуры • Не подходит для младенцев с угрожающими для жизни состояниями (т.е.. сепсисом, тяжелой дыхательной недостаточностью) 		<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок может переохладиться • Комната может быть неудобной для взрослых

ТАБЛИЦА С-2 (продолжение) Методы согревания ребенка и поддержания его температуры тела

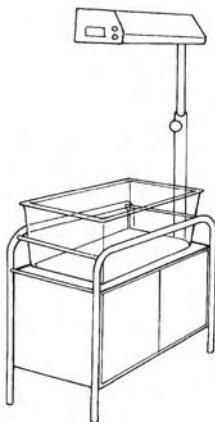
Метод	Рекомендации по выбору и использованию	Преимущества	Опасности/затруднения
Другие методы (н-р, бутылки с горячей водой или горячие кирпичи)	<ul style="list-style-type: none"> Подходят для экстренных случаев, когда другие методы недоступны (напр., во время транспортировки) 		<ul style="list-style-type: none"> Ребенок может перегреться Ребенок может получить ожоги от горячих предметов Ребенок может переохладиться, если не удалить остывшие предметы Трудно поддерживать постоянную температуру

КОНТАКТ КОЖА-К-КОЖЕ

- Оденьте и уложите ребенка таким образом, как описано в разделе «Материнский уход по методу кенгуру» (**страница F-30**).
- Убедитесь, что температура комнаты, где будет проходить согревание, не менее 25⁰С.
- Измеряйте температуру тела ребенка спустя два часа от начала контакта кожа-к-коже, если не указано иначе в другой главе. Если **температура новорожденного ребенка не достигает 36.5-37.5 °С после двух часов его согревания**, еще раз обследуйте младенца (**таблица F-2, страница F-11**).

ИСТОЧНИК ЛУЧИСТОГО ТЕПЛА

- Убедитесь, что температура комнаты, где будет использоваться источник лучистого тепла (**рис. С-1, страница С-6**), не менее 22⁰С.
- Очистите матрас и платформу и постелите на матрас чистую льняную простыню.

РИСУНОК С-1 Источник лучистого тепла

- Включите Источник лучистого тепла и установите температуру согласно инструкции изготовителя (обычно между 36 °С и 37.5 °С). Если заранее известно, что ребенок должен прибыть в отделение специального ухода за новорожденным, включите этот прибор для нагревания простыни и матраса, чтобы изначально ребенок не лежал на холодной поверхности.
- Удостоверьтесь, что голова ребенка покрыта и ребенок накрыт, за исключением тех случаев, когда ребенок должен быть полностью или частично раздетым для наблюдения или выполнения процедуры.
- Под каждый прибор кладите только одного ребенка.
- По возможности, поворачивайте ребенка почаще, когда он находится под источником лучистого тепла.
- Если **ребенок получает жидкость внутривенно или сцеженное грудное молоко**, увеличьте объем жидкости и/или молока на 10 % от суточных потребностей (таблица С-4, страница С-22), пока ребенок будет находиться под источником лучистого тепла.
- Ежечасо проверяйте температуру прибора и комнаты, соответственно подрегулируйте температурные параметры.
- Как только ребенок больше не будет нуждаться в частых процедурах и лечении, отдайте его матери для совместного пребывания.

ИНКУБАТОР

- Установите необходимую температуру в инкубаторе (**рис. С-2**) в зависимости от веса и возраста ребенка (**таблица С-3**).
- Перед тем как уложить ребенка в инкубатор, нагрейте его до желаемой температуры.

РИСУНОК С-2 Инкубатор

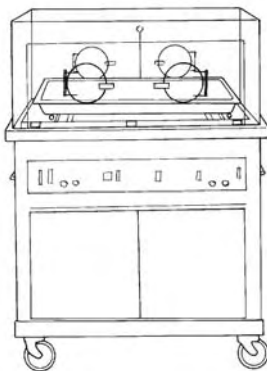


ТАБЛИЦА С-3 Рекомендуемая температура инкубатора

Вес ребенка	Температура инкубатора по возрасту ^а			
	35 °С	34 °С	33 °С	32 °С
Менее 1.5 кг	1-10 дней жизни	11 дней - 3 недели жизни	3 дня - 5 недель жизни	Старше 5 недель
1.5 - 2.0 кг		1-10 дней жизни	11 дней - 3 недели жизни	Старше 4 недель
2.1 - 2.5 кг		1-10 дней жизни	3 дня - 3 недели жизни	Старше 3 недель
Более 2.5 кг		1-2 дня жизни	1-2 дня жизни	Старше 2 дней жизни

^аЕсли инкубатор одностенный, увеличьте температуру инкубатора на 1 °С на каждые 7 °С разницы между температурой комнаты и инкубатора.

- Почистите матрас и постелите на него чистую льняную простыню.
- Убедитесь, что резервуар воды в инкубаторе пуст; в воде могут расти опасные бактерии и заразить ребенка. Отсутствие воды в резервуаре не будет влиять на работу инкубатора.
- Удостоверьтесь, что голова ребенка покрыта, а ребенок накрыт, за исключением тех случаев когда ребенок должен быть полностью или частично раздетым для наблюдения или выполнения процедуры.
- В инкубатор кладите только одного ребенка.
- Закройте колпак инкубатора как можно быстрее после того, как поместите ребенка вовнутрь, и держите окошки инкубатора все время закрытыми, чтобы сохранить в нем тепло.
- Проверяйте температуру инкубатора ежечасно в течение первых восьми часов, а затем каждые три часа:
 - Если **реальная температура инкубатора не соответствует установленной**, возможно, что он работает неисправно; меняйте температурные параметры, пока не достигните желаемой температуры внутри инкубатора, или используйте другой метод для согревания ребенка.
- Измеряйте температуру ребенка (**страница Р-5**) ежечасно в течение первых восьми часов, а затем каждые три часа:
 - Если **температура ребенка менее 36.5°C или более 37.5 °C**, соответственно измените температурные параметры инкубатора;
 - Если **температура ребенка остается менее 36.5°C или более 37.5°C несмотря на устанку рекомендуемых температурных параметров инкубатора**, лечите от ненормальной температуры тела (**страница F-69**).
- Как только ребенок больше не будет нуждаться в специальном уходе, частых процедурах и лечении, отдайте его матери для совместного пребывания.

ТЕПЛАЯ КОМНАТА

- Убедитесь, что голова ребенка покрыта, а ребенок достаточно одет или накрыт.
- Удостоверьтесь, что комнатная температура не менее 26°C. В теплой комнате взрослый медицинский персонал и те, которые ухаживают за ребенком, обычно чувствуют себя неудобно; убедитесь в том, что новорожденный не оставлен без внимания и что персонал или близкие не уменьшили температуру в комнате, перед этим не обеспечив другой метод согревания ребенка.

- Уложите в комнате ребенка в кроватку, которая отодвинута от холодных стен и окон, и подальше от сквозняков.
- Четыре раза в день измеряйте температуру комнаты и температуру тела ребенка.
- Обеспечьте дополнительное тепло ночью.

ДРУГИЕ МЕТОДЫ

- Убедитесь, что голова ребенка покрыта, а сам ребенок в достаточной мере одет или накрыт.
- Удостоверьтесь, что предметы, используемые для согревания (напр., бутылка с горячей водой или горячий кирпич), и которые могут вызвать ожог, непосредственно не соприкоснется с кожей ребенка.
- Будьте уверены, что предмет не слишком горячий.
- Следите за теплом предмета и смените его перед тем, как он остынет.

КОРМЛЕНИЕ И ВВЕДЕНИЕ ЖИДКОСТИ

КОРМЛЕНИЕ

Позаботьтесь, чтобы ребенка покормили как можно раньше после рождения (по возможности, в течение первого часа жизни) или в течение трех часов после его поступления, за исключением тех случаев, когда вскармливание необходимо отложить из-за какой-то проблемы. Если возможно, с ребенком госпитализируйте и его мать. Поощряйте мать кормить ребенка грудью или давать ему сцеженное грудное молоко; поддержите выбор матери, независимо от того, какой метод она выберет для своего малыша. Обратите внимание, что в этом пособии предполагается, что мать будет иметь возможность кормить своего ребенка грудью или давать ему сцеженное грудное молоко. Если **ребенок является маловесным** (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности), обратитесь к общим принципам вскармливания маловесного ребенка (**страница F-24**).

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- Всякий раз, когда это возможно, поощряйте раннее и исключительное грудное вскармливание.
- Объясните матери и её семье преимущества раннего и исключительного кормления грудью:
 - Грудное молоко содержит именно те питательные вещества, в которых нуждается ребенок и которые способствуют его развитию;
 - Грудное молоко легко переваривается и эффективно используется организмом ребенка;
 - Грудное молоко защищает ребенка от инфекции;
 - Грудное вскармливание может служить как противозачаточное средство (метод лактационной аменореи).
- Поощряйте мать кормить ребенка грудью по требованию ребенка, и днем, и ночью (восемь или более раз в течение 24 часов), т.е.. когда малыш этого хочет.
- Предложите матери приложить ребенка ко второй груди, как только он/она перестанет сосать первую грудь.
- Посоветуйте матери:
 - не кормить ребенка принудительно;
 - не прерывать вскармливание, пока ребенок не насытился;
 - не пользоваться сосками или пустышками;
 - не давать ребенку никакой другой пищи или жидкости (т.е.. молочной смеси, животного молока, каш, чая, воды и др.) кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни.

- По возможности, к обсуждению грудного вскармливания привлечите партнера матери, члена ее семьи, или другого близкого человека.
- Убедитесь, что мать получает полноценное питание и что она достаточно пьет жидкости.
- Удостоверьтесь, что мать имеет возможность ежедневно помыться или принять душ, но посоветуйте ей не мыть или не обтирать соски перед грудным вскармливанием.
- Объясните матери, что большинство лекарственных препаратов, которые она использует, не повредит её ребенку, пока она его кормит грудью; однако, если мать принимает котримоксазол (cotrimoxazole) или пириметамин (pyrimethamine) с сульфадоксином (sulfadoxine), наблюдайте за ребенком по поводу желтухи.
- Если **мать ВИЧ положительная**, руководствуйтесь рекомендациями, изложенными в см. **страницу F-159**, чтобы помочь матери выбрать самый подходящий метод кормления.
- Если **мать серьезно больна или она выбирает искусственное вскармливание**:
 - Кормите ребенка молочной смесью (**страница С-19**);
 - Посоветуйте матери, как она должна ухаживать за своими грудями:
 - Объясните матери, что некоторое время может быть неприятное ощущение молочных желез, и что она не должна их стимулировать. Если **мать чувствует серьезный дискомфорт**, она может сцедить небольшое количество молока (**страница С-15**) несколько раз в день, чтобы уменьшить недомогание;
 - Посоветуйте матери надевать подходящий по размеру бюстгалтер или подвязывать груди тканью; груди не должны быть слишком сильно прижаты, так как это может увеличить неприятные ощущения;
 - Предложите матери прикладывать к грудям теплый или холодный компресс, чтобы уменьшить их переполнение.

ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ПРИКЛАДЫВАНИЕ РЕБЕНКА К ГРУДИ

- Попросите мать помочь приложить ребенка к груди, когда тот будет готов к вскармливанию. Если ребенок готов кормиться грудью, он открывает рот, ищет грудь, оглядывается по сторонам, двигается.
- Объясните матери, как держать ребенка во время грудного вскармливания. Она должна:
 - держать ребенка, приложив его непосредственно кожа-к-коже (**страница С-5**), если это возможно;
 - держать голову и тело ребенка прямо, таким образом, чтобы он видел материнскую грудь, а его нос был рядом с соском.
 - придерживать не только шею и плечи, но и все тело ребенка.

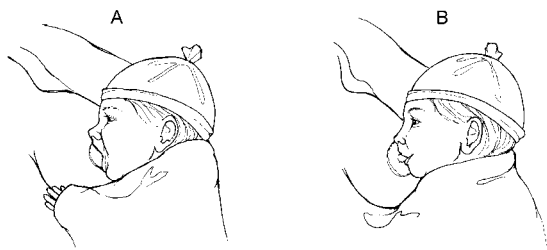
- Объясните матери, как поощрять ребенка прикладываться к груди (**рис. С-3**). Она должна:
 - коснуться соском губ ребенка;
 - подождать, пока рот ребенка широко откроется;
 - быстро приложить ребенка к груди таким образом, чтобы его нижняя губа была значительно ниже соска.

РИСУНОК С-3 Помощь ребенку в прикладывании к груди



- Оцените прикладывание к груди и сосание. Помогите матери, если она этого желает, особенно если она делает это впервые или является очень молодой. На правильное прикладывание (**рис. С-4, страница С-14**) указывает следующее:
 - подбородок ребенка касается груди;
 - рот ребенка широко открыт, а нижняя губа отвисает;
 - большая часть околососкового кружка (ареолы) видна над ртом ребенка;
 - ребенок сосет медленно, глубоко и временами делает паузу.
- Если **грудь матери переполнена молоком**, укажите матери сцедить небольшое количество молока (**страница С-15**), перед тем, как кормить грудью. Это смягчит область вокруг соска, и ребенку будет легче приложиться к груди.

РИСУНОК С-4 Правильное (А) и неправильное (В) прикладывание к груди



ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ДВОЙНИ

- Заверьте мать в том, что она имеет достаточно молока для обеих малышек.
- Если **дети маловесные** (менее 2.5 кг при рождении или родившиеся до 37 недели беременности), обратитесь к общим принципам вскармливания маловесного ребенка (**страница F-24**). К тому же, посоветуйте матери:
 - начинать кормить одного младенца, пока оба малыша будут готовы к грудному вскармливанию;
 - убедиться в том, что более слабый близнец получает достаточное количество молока;
 - каждый раз во время грудного вскармливания каждому из двойни давать другую грудь;
 - при необходимости, после исходного грудного вскармливания дать сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (ниже).

ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ОДНИМ ИЗ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ КОРМЛЕНИЯ

- В случае необходимости, научите мать, как сцеживать грудное молоко (**страница С-15**).
- Поощряйте мать сцеживать грудное молоко не менее восьми раз в течение 24 часов.
- Два раза в день оценивайте способность ребенка кормиться, поощряйте и поддерживайте мать начинать грудное вскармливание, как только ребенок начинает показывать признаки готовности к этому, за исключением тех случаев, когда лечение больного ребенка препятствует грудному вскармливанию (напр., ребенок получает кислород).

- Записывайте следующие данные каждый раз, когда ребенок кормится:
 - время кормления;
 - количество и вид пищи (напр., сцеженное грудное молоко или молочная смесь);
 - любую проблему во время кормления.
- Определите объем молока, который ребенком должен получать, согласно его/её возрасту (**таблица С-4, страница С-22**).
- Убедитесь, что ребенок получает достаточно молока, оценивая рост ребенка (**страница С-53**).
- Выберите самый подходящий альтернативный метод кормления:
 - из кружки, из кружки и ложки, или другой посуду (**страница С-16**);
 - ручным сцеживанием грудного молока в рот ребенка (**страница С-18**);
 - через желудочный зонд (**страница С-18**).

СЦЕЖИВАНИЕ ГРУДНОГО МОЛОКА

- Научите мать, как самостоятельно сцеживать грудное молоко. Мать должна:
 - иметь чистую (вымытую, прокипяченную или ополоснутую кипяченной водой и высушенную) чашку или другую емкость для того, чтобы собирать и хранить молоко;
 - тщательно вымыть руки;
 - сидеть или стоять удобно, держа емкость под грудью;
 - сцеживать молоко (**рис. С-5, страница С-16**):
 - поддерживать грудь снизу четырьмя пальцами, а большой палец положить выше ареолы;
 - сжимать ареолу между большим пальцем и другими пальцами, одновременно прижимая грудь назад к грудной клетке;
 - сцеживать поочередно каждую грудь в течение не менее четырех минут, пока не прекратиться выделение молока (обе груди полностью сцежены).

РИСУНОК С-5 Сцеживание грудного молока



- Если **молоко хорошо не течет**:
 - убедитесь, что мать правильно сцеживает;
 - посоветуйте матери наложить теплый компресс на груди;
 - попросите кого-то помассировать спину и шею матери.
- Если **сцеженное грудное молоко не будет использоваться немедленно**, прикрепите к емкости ярлык, положите молоко в холодильник и используйте его в течение 24 часов; молоко можно заморозить (если имеются надежные условия для его хранения в замороженном виде) при температуре -20°C и использовать в течение шести месяцев (но не более):
 - Если **не имеются холодильник или морозилка**, держите посуду с молоком накрытой в комнатной температуре до шести часов;
 - Убедитесь в том, что молоко согрето до комнатной температуры, перед тем как давать его ребенку:
 - Согревая замороженное или охлажденное молоко, поместите посуду в емкость, наполненную теплой водой (около 40°C), но старайтесь не перегреть молоко;
 - Используйте согретое молоко незамедлительно.

КОРМЛЕНИЕ ИЗ ЧАШЕЧКИ, ЧАШЕЧКИ И ЛОЖКИ ИЛИ ДРУГОГО СРЕДСТВА

- Убедитесь, что мать может правильно сцеживать грудное молоко (**страница С-15**).
- Кормите ребенка, используя чашечку, чашечку и ложку, или другое подходящее средство (напр., воронку) (**рис. С-6, страница С-17**).

- Используйте чистую (вымытую, прокипяченную или ополоснутую кипяченной водой и высушенную) посуду и средство для кормления.

РИСУНОК С-6 Кормление из чашечки (А), воронки (В), или чашечки и ложки (С)



- По возможности, покормите ребенка сразу после того, как молоко было сцежено. Если **ребенок не съел все молоко**, сохраните оставшуюся его часть, как описано в **странице С-16**.
- Посоветуйте матери самой кормить ребенка, за исключением тех случаев когда она отсутствует. Мать должна:
 - померить объем грудного молока в чашечке и убедиться, что он соответствует необходимому объему согласно возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**);
 - сидя держать ребенка на коленях с приподнятой головной частью;
 - осторожно приложить край чашечки (воронки или ложки) к нижней губе ребенка и коснуться краем чашечки внешней части его верхней губы;
 - наклонить чашечку (воронку или ложку) таким образом, чтобы молоко достигло губ ребенка;
 - позволить ребенку самому глотать молоко; не наливать молоко в рот ребенка;
 - завершить кормление, когда ребенок закрывает рот и больше не желает принимать пищу.
- Если **ребенок не получает необходимый объем молока** (согласно **таблице С-4, страница С-22**), посоветуйте матери кормить ребенка более продолжительно или более часто.
- Поощряйте мать начинать грудное вскармливание, как только ребенок начнет показывать признаки готовности сосать грудь.

- Если ребенка не удастся успешно кормить одним из средств для кормления или мать предпочитает не использовать его, посоветуйте ей рукой сцеживать молоко ребенку прямо в рот (**страница С-18**).

СЦЕЖИВАНИЕ ГРУДНОГО МОЛОКА РУКОЙ РЕБЕНКУ В РОТ

- Убедитесь, что мать умеет правильно сцеживать грудное молоко (**страница С-15**).
- Посоветуйте матери:
 - держать ребенка ртом близко к её соску;
 - сцедить несколько капель молока;
 - дать ребенку возможность почувствовать запах соска, попробовать сосать и сцедить несколько капель молока ребенку в рот;
 - добавить еще несколько капель молока, когда ребенок начнет глотать;
 - закончить кормление, когда ребенок закроет рот и больше не будет проявлять интереса к пище.
- Попросите мать повторять этот процесс каждый час или каждые два часа, если ребенок весит менее 1.5кг, или каждые два-три часа - если ребенок весит 1.5кг и более.

КОРМЛЕНИЕ СЦЕЖЕННЫМ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧНЫЙ ЗОНД

- Убедитесь, что мать умеет правильно сцеживать грудное молоко (**страница С-15**).
- Введите желудочный зонд (**страница Р-33**), если это еще не было сделано.
- Проверьте перед каждым кормлением, правильное ли положение зонда (**страница Р-35**).
- Поощряйте мать держать ребенка на руках и участвовать в процессе кормления.
- Определите нужный для кормления объем молока согласно возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Выгашите поршень глубоко дезинфицированного или стерильного шприца (он должен быть достаточного размера, чтобы вместить необходимый объем молока), и присоедините шприц к концу желудочного зонда:
 - Если **не имеется глубоко дезинфицированный или стерильный шприц**, используйте чистый (вымытый, прокипяченный или ополоснутый кипяченной водой и высушенный) шприц;
 - Если нет подходящего шприца, используйте любую другую подходящую, чистую воронку, которая хорошо присоединяется к желудочному зонду.

- Влейте необходимый объем молока для кормления в шприц, кончик которого направлен в низ.
- Попросите мать держать шприц 5-10 см над ребенком (**рис. С-7**) или подвесьте шприц с зондом над ребенком, давая возможность молоку из-за силы тяжести стекать вниз по зонду. Не вводите молоко из шприца с помощью поршня.

РИСУНОК С-7 Кормление сцеженным грудным молоком через желудочный зонд



- Когда используется этот метод, каждое кормление должно занимать около 10-15 минут. Если **молоко стекает слишком быстро**, слегка сожмите зонд под шприцом, чтобы замедлить отток молока.
- Когда кормление завершено, отсоедините, вымойте, хорошо дезинфицируйте или стерилизуйте шприц и закройте зонд пробкой до следующего кормления.
- Переходите к кормлению из чашечки или ложки, как только ребенок начинает глотать, некашляваясь и непоперхиваясь молоком. Это может случиться через 1-2 дня, но может потребовать и более одной недели.
- Через три дня замените желудочный зонд другим, чистым зондом; если зонд вышел из желудка или закупорился, сделайте это раньше. Проймите, хорошо продезинфицируйте или стерилизуйте зонд согласно **таблице С-11 (страница С-43)**.

МОЛОЧНЫЕ СМЕСИ

- Если мать не может ребенка кормить грудью или сцеживать грудное молоко, используйте молочные смеси. (Имейте в виду, что эти рекомендации предназначены для медработника. Перед выпиской ребенка домой, убедитесь, что мать знает, как правильно готовить молочную смесь.)

- Если **ребенок является маловесным** (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности), используйте молочную смесь, предназначенную для недоношенных или маловесных детей.
- После открытия упаковки молочной смеси, используйте ее за время, указанное в инструкции производителя (напр., используйте жидкую молочную смесь в течение четырех часов после открытия упаковки).
- Проверьте дату истечения срока годности молочной смеси.
- Готовьте молочную смесь из жидких концентратов или порошков в асептических условиях, используя глубоко дезинфицированную или стерильную посуду, и стерилизованную или прокипяченную и охлажденную воду.
- Вымойте руки с мылом и водой.
- Определите необходимый объем молока для кормления в соответствии с возрастом ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Отмерьте соответствующее количество молочной смеси и воды, перемешайте их и кормите ребенка чашечки, чашечки и ложки, или пользуясь другим средством (**страница С-16**). Если возможно, разрешите это делать матери.
- Храните оставшееся молоко в маркированном сосуде в холодильнике не более 24 часов.
- Если молочная смесь не доступна, посоветуйте матери использовать приготовленное в домашних условиях молоко животных (см. национальные рекомендации по правильному приготовлению заменителя грудного молока).

ВВЕДЕНИЕ ЖИДКОСТИ

- Жидкость вводится внутривенно для того, чтобы ребенок получил необходимый объем жидкости, минимальные потребности в калориях и электролитах. Жидкость вводите внутривенно только по показаниям, описанным в соответствующем разделе главы "ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ"
- Если **ребенок является маловесным** (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности), см. **страницу F-24** для специальных подходов по назначению жидкости и пищи маловесным детям.

ВЫБОР ВНУТРИВЕННОЙ ЖИДКОСТИ

- Давайте 10% глюкозу в течение первых трех дней жизни.

- Если имеется достаточное выделение мочи, на четвертый день жизни дайте 10 % глюкозу с добавлением 3 ммол/кг массы тела натрия и 2 ммол/кг массы тела калия:
 - По возможности, предпочтительнее использовать промышленно изготовленные внутривенные растворы, такие, как глюкоза с 0,25% раствором натрия хлорида. Использование этого раствора помогает избежать риска внесения инфекции во время добавления электролитов и совершения ошибок при расчетах во время подготовки раствора;
 - Если эти промышленно изготовленные растворы не доступны, добавьте физиологический раствор из расчета 20мл/кг массы тела в необходимый объем 10% раствора глюкозы. Для того, чтобы подсчитать необходимый объем вводимой жидкости, определите возрастные суточные потребности ребенка в воде (см. **таблицу С-4, страницу С-22**) и к этому объему добавьте физиологический раствор из расчета 20 мл/кг массы тела, однако перелейте только объем, соответствующий суточным потребностям ребенка. Например:
 - Для ребенка в возрасте 4 дней суточные потребности в жидкости составляют 120 мл/кг массы тела;
 - Добавьте 20 мл/кг массы тела физиологического раствора к 120 мл/кг 10% раствора глюкозы, таким образом получив общий объем 140 мл/кг массы тела;
 - Перелейте 120 мл/кг массы тела данного приготовленного раствора.
 - Когда ребенок не может получать энтеральное питание продолжительное время, в состав инфузионной терапии требуется включить калий. Это должно быть сделано с чрезвычайной осторожностью, так как малейшая передозировка может иметь серьезные последствия:
 - Общедоступными являются 7.5% и 15% растворы калия хлорида, в одном миллилитре которых соответственно содержится 1 и 2 ммол калия;
 - Для обеспечения потребностей в калии, добавьте 2 мл/кг массы тела 7.5 % калия хлорида или 1 мл/кг массы тела 15% калия хлорида в суточный объем внутривенно вливаемой жидкости..

ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЖИДКОСТИ (ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ)

- Используйте капельницу с микропипеткой (где 1 мл = 60 микро-капель). Микропипетки позволяют переливать жидкость медленно, гарантируя тот объем жидкости, в котором нуждается ребенок. Использование обычной капельницы (где 1 мл = 20 капель) может вызвать опасную перегрузку жидкостью.
- Перед тем, как начинать инфузионную терапию, проверьте:
 - дату истечения срока годности жидкости;

- не нарушена ли целостность упаковки бутылки или мешка;
- прозрачна ли жидкость и не имеется ли в ней видимых частиц.
- Рассчитайте скорость введения жидкости, и убедитесь, что микропипетка обеспечивает вливание жидкости с необходимой скоростью.
- Меняйте капельницу и мешок (бутылку) с жидкостью каждые 24 часа, даже если в мешке (бутылке) еще осталась жидкость (она может явиться главным источником инфекции).

ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ И ПИЩИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ

- Определите необходимый объем жидкости по возрастным суточным потребностям ребенка (**таблица С-4**; для маловесных младенцев [менее 2.5 кг при рождении или родившихся до 37 недели беременности], см. **страницы F-26 - F-30**). Обратите внимание на то, что в таблице С-4 представленные объемы жидкости состоят из внутривенно вводимой жидкости и пищи (день 1 – день рождения ребенка).
- Из общего суточного объема жидкости высчитайте объем пищи, который получает ребенок, чтобы определить необходимый объем внутривенно вводимых растворов.
- Корректируйте объем пищи и/или жидкости, если в этом имеется необходимость, и как указывается в другом разделе (напр., если **ребенок находится под источником лучистого тепла или он получает фототерапию**, увеличьте объем пищи и/или жидкости на 10% от общих суточных потребностей из-за повышенных неощутимых потерь воды через кожу).
- Пересчитайте общий объем вводимой жидкости в скорость введения в миллилитрах в час или каплях в минуту.

ТАБЛИЦА С-4 Общий суточный объем пищи и жидкости для новорожденных^а с первых суток жизни

День жизни	1	2	3	4	5	6	7+
пища и/или жидкость в мл/кг массы тела	60	80	100	120	140	150	160+

^аСм. **страницы F-26 - F-30** для определения необходимого объема жидкости для маловесных детей (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности).

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ, ПОЛУЧАЮЩИМИ ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ

- Ежечасно осматривайте место внутривенного доступа:
 - Осмотрите, нет ли покраснения и набухания вокруг места введения внутривенного катетера (канюли), наличие которых указывает на то, что катетер вышел из вены и жидкость капает в подкожную ткань. Если заметите покраснение и припухлость в месте внутривенного доступа, прекратите вливание, удалите катетер, и поставьте новый катетер в другую вену;

- Проверьте объем перелитой жидкости и сравните его с назначенным объемом;
- Записывайте все полученные данные.

Глюкозосодержащие растворы могут вызвать некроз ткани, поэтому недопустимо, чтобы они капали в подкожную ткань.

- Определите уровень глюкозы в крови каждые шесть часов:
 - Если уровень глюкозы в крови ниже 45 мг/дл (2.6 ммол/л), лечите гипогликемию (**страница F-91**);
 - Если уровень глюкозы в крови выше 105 мг/дл (6 ммол/л) (гипергликемия) в двух анализах подряд:
 - Смените 10% на 5% раствор глюкозы, по возможности;
 - Вновь определите уровень глюкозы в крови через три часа.
- Ежедневно оценивайте состояние гидратации ребенка:
 - Если **имеются признаки обезвоживания (дегидратации)** (т.е. запавшие глаза или родничок, снижена эластичность кожи или сухой язык и слизистые оболочки), увеличьте объем жидкости на 10 % от массы тела ребенка с первого же дня, когда было замечено обезвоживание;
 - Если **имеются признаки перегрузки жидкостью (гипергидратации)** (т.е. чрезмерное увеличение веса, запухшие глаза, или нарастающий отек на нижних частях тела), уменьшите объем вводимой жидкости на половину в течение 24 часов с того момента, когда была замечена перегрузка жидкостью.
- Отмечайте в истории болезни ребенка, когда он мочился. Если **выделение мочи недостаточное, или она вообще отсутствует в течении 24 часов при отсутствии асфиксии**, увеличьте объем жидкости на 10 %, как и в случае обезвоживания (выше).
- Взвешивайте ребенка ежедневно. Если **потеря массы тела превышает 5 % в сутки**, увеличьте общий объем жидкости на 10 мл/кг от массы тела в течение одного дня, чтобы компенсировать недостающее введение жидкости.

ОДНОВРЕМЕННОЕ КОРМЛЕНИЕ И ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЖИДКОСТИ

- Разрешите начинать кормить ребенка, как только улучшится его состояние, за исключением частных случаев, описанных в одном из разделов главы “ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ”. Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное

грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (страница С-14).

- Если **ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем**, продолжайте увеличивать объем пищи, одновременно уменьшая объем внутривенно вводимой жидкости, обеспечивая общий объем жидкости в размере возрастных суточных потребностей в воде (таблица С-4, страница С-22).
- Кормите ребенка каждые три часа или, в случае необходимости, чаще, соответственно увеличивая объем при каждом кормлении.
- Ежедневно увеличивайте объем пищи и внутривенно вводимой жидкости. Сравните реальный общий объем, который получает ребенок, с его возрастными суточными потребностями и, если необходимо, увеличьте его.
- Прекратите инфузионную терапию, когда ребенок энтерально получает более двух третей от объема возрастных суточных потребностей в жидкости и не имеет вздутия живота или рвоты.
- Поощряйте мать начинать исключительное грудное вскармливание, как только ребенок станет получать весь объем суточных потребностей в жидкости через рот.

КИСЛОРОДНАЯ ТЕРАПИЯ

ПОДАЧА КИСЛОРОДА

- Изучите методы подачи кислорода, рекомендации по их использованию, преимущества и недостатки (**таблица С-5**).
- Продолжайте выполнять любые обследования, тесты, процедуры и лечить ребенка, пока он получает кислород.
- Если **ребенок в состоянии усваивать энтеральное питание**, давайте ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**). Если **ребенка кормить невозможно**, обеспечьте внутривенный доступ (**страница Р-21**) и начинайте инфузионную терапию в объеме возрастных суточных потребностей в жидкости (**таблица С-4, страница С-22**).
- Убедитесь, что ребенок получает не слишком большую, но и не слишком маленькую концентрацию кислорода:
 - Недостаток кислорода может вызвать повреждение органов и в конечном итоге - смерть;
 - Избыток кислорода может повредить легкие и сетчатку глаз ребенка. Это повреждение происходит после использования слишком высокой концентрации кислорода в течение нескольких дней (не в течение нескольких минут или часов), однако оно маловероятно у новорожденных, родившихся после 35 недели беременности.

ТАБЛИЦА С-5 Методы подачи кислорода

Метод	Поток и концентрация	Преимущества	Недостатки
Носовые канюли	<ul style="list-style-type: none"> • Маленький = 0.5 л/мин. • Средний = 0.5-1 л/мин. • Большой = >1 л/мин. 	<ul style="list-style-type: none"> • Требуется низкий поток кислорода • Если использовать правильно, создается постоянная концентрация кислорода 	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимо иметь специальные канюли для новорожденных • Необходимо иметь специальный дозатор маленького потока кислорода • Подача холодного кислорода в легкие ребенка
Носовой катетер	<ul style="list-style-type: none"> • Маленький = 0.5 л/мин. • Средний = 0.5-1 л/мин. • Большой = >1 л/мин. 	<ul style="list-style-type: none"> • Требуется низкий поток кислорода • Если использовать правильно, создается постоянная концентрация кислорода 	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимо иметь специальный дозатор маленького потока кислорода • Подача холодного кислорода в легкие ребенка

ТАБЛИЦА С-5 (продолжение) Методы подачи кислорода

Метод	Поток и концентрация	Преимущества	Недостатки
Кислородная палатка (кислородный колпак)	<ul style="list-style-type: none"> • Маленький = 3 л/мин. • Средний = 3-5 л/мин. • Большой = >5 л/мин. 	<ul style="list-style-type: none"> • Согревает кислород • Можно создать высокую концентрацию 	<ul style="list-style-type: none"> • Требуется высокий поток кислорода, чтобы достичь желаемую концентрацию
Лицевая маска	<ul style="list-style-type: none"> • Маленький = 1 л/мин. • Средний = 1-2 л/мин. • Большой = >2 л/мин. 	<ul style="list-style-type: none"> • Можно быстро осуществить подачу кислорода • Удобна для подачи кислорода в течение короткого времени 	<ul style="list-style-type: none"> • Возможно накопление углекислого газа, если поток кислорода или маска слишком маленькие • Трудно кормить ребенка, когда наложена маска • Трудно фиксировать маску на месте
Инкубатор	<ul style="list-style-type: none"> • Если внутри инкубатора используется кислородный колпак, см. выше • Если кислород подается непосредственно в инкубатор, следуйте инструкции производителя 	<ul style="list-style-type: none"> • Согревает кислород 	<p>Неудобства подачи кислорода в инкубатор:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Требуется высокий поток кислорода, чтобы создать желаемую концентрацию • Трудно поддерживать концентрацию кислорода, дверца инкубатора открыта для ухода за ребенком и выполнения процедур

НОСОВЫЕ КАНЮЛИ

- Используйте 1 мм канюлю для маловесного ребенка (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) и 2 мм - для ребенка, рожденного в срок.
- Вставьте носовые канюли неглубоко в ноздри ребенка.
- Фиксируйте канюли на месте при помощи эластичной повязки или полоской пластыря.

- Отрегулируйте поток кислорода, чтобы достичь желаемой концентрации.
- Меняйте носовые канюли два раза в день. В то время, когда чистите или дезинфицируете канюли (см. **таблицу С-11, страница С-43**), подавайте кислород через лицевую маску (**страница С-28**), если есть необходимость.

НОСОВОЙ КАТЕТЕР

- Используйте 8 Fr размера катетер. Если **8 Fr катетер является слишком большим**, используйте катетер 6 Fr размера.
- Определите длину, на которую вы должны ввести катетер, измеряя расстояние от ноздрей до внутреннего края брови.
- Осторожно введите катетер в ноздрю. Если в одной из ноздрей уже стоит желудочный зонд, введите катетер в ту же самую ноздрю, если это возможно.
- Убедитесь, что катетер стоит в правильном положении:
 - Посмотрите в рот ребенка;
 - Катетер не должен быть виден в горле ребенка;
 - Если **катетер виден в горле ребенка**, медленно его подтяните до тех пор, пока он исчезнет из поля зрения.
- Отрегулируйте поток кислорода, чтобы достичь желаемой концентрации.
- Меняйте носовой катетер два раза в день. В то время, когда чистите или дезинфицируете катетер (см. **таблицу С-11, страница С-43**), подавайте кислород через лицевую маску (**страница С-28**), если есть необходимость.

КИСЛОРОДНАЯ ПАЛАТКА (КИСЛОРОДНЫЙ КОЛПАК)

- Наденьте кислородную палатку (**рис. С-8, страница С-28**) на голову ребенка.
- Убедитесь, что голова ребенка будет оставаться внутри кислородной палатки даже во время движения ребенка.
- Отрегулируйте поток кислорода, чтобы достичь желаемой концентрации.

РИСУНОК С-8 Ребенок, получающий кислород в кислородной палатке**ЛИЦЕВАЯ МАСКА**

- Наложите маску на рот и нос ребенка.
- Фиксируйте маску на лице при помощи резинки или полоски лейкопластыря.
- Отрегулируйте поток кислорода, чтобы достичь желаемой концентрации.

ИНКУБАТОР

- Используйте кислородную палатку, следуя указаниям по ее использованию (**страница С-27**), или подавайте кислород напрямую в инкубатор, следуя инструкциям производителя.
- Отрегулируйте поток кислорода, чтобы достичь желаемой концентрации.

ИСТОЧНИКИ КИСЛОРОДА

Убедитесь, что источник кислорода (**таблица С-6, страница С-29**) доступен в любое время. Кислород стоит дорого, поэтому используйте его только тогда, когда это необходимо, и прекращайте его подачу, как только в этом больше нет потребности. Существует три главных источника кислорода, которые описываются ниже. Из источника кислород подается ребенку через неперегибающийся, пластиковый шланг. Лицевая маска, с помощью которой можно создать высокую концентрацию кислорода, должна всегда быть под рукой, в случае быстрого ухудшения состояния ребенка.

ТАБЛИЦА С-6 Источники кислорода

Источник	Специальные советы	Преимущества	Недостатки
Кислородный баллон (цилиндр наполненный кислородом под высоким давлением)	<ul style="list-style-type: none"> Убедитесь в том, что в запасе имеется еще один кислородный баллон на случай если опустошится первый цилиндр 	<ul style="list-style-type: none"> Не требует электричества 	<ul style="list-style-type: none"> Необходим редуктор давления и измеритель потока кислорода
Концентратор кислорода (устройство, которое извлекает кислород из воздуха)	<ul style="list-style-type: none"> Убедитесь, что в запасе имеется кислородный баллон на случай возникновения электрического или механического сбоя 	<ul style="list-style-type: none"> Может стоить дешевле, чем закупка и смена кислородных баллонов (при продолжительной эксплуатации) Встроен в устройство измеритель потока кислорода 	<ul style="list-style-type: none"> Необходим надежный источник электричества
Централизованная подача кислорода из кислородной станции по стационарно оборудованной системе			<ul style="list-style-type: none"> Дорогостоящая система Обычно имеется только в больших медицинских учреждениях Необходим отдельный измеритель потока кислорода для каждого настенного выхода

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕАКЦИЕЙ РЕБЕНКА НА КИСЛОРОД

- Используйте пульсоксиметр согласно указаниям производителя, чтобы убедиться, что ребенок получает достаточную концентрацию кислорода.
- Если пульсоксиметр не доступен, оценивайте степень оксигенации по клиническим признакам: имеются ли дыхательная недостаточность или центральный цианоз (синий язык и губы) (заметьте, что клинические признаки не дают возможность различить нормальную и чрезмерную концентрацию кислорода в крови):

Центральный цианоз – это поздний признак нехватки кислорода. Если у ребенка проявляется центральный цианоз, немедленно увеличьте концентрацию кислорода и продолжайте его подачу до тех пор, пока цианоз не исчезнет.

- Если **имеется тяжелая дыхательная недостаточность или она средней тяжести** (см. таблицу F-12, страница F-49), дайте кислород средним потоком;
- Когда дыхательная недостаточность у ребенка начинает уменьшаться (т.е.. нормализуется частота дыхания, постепенно исчезает стонущее дыхание, втягивание грудной клетки), уменьшите поток кислорода;
- Когда частота дыхания в пределах нормы, и нет других признаков дыхательной недостаточности (т.е.. втягивание грудной клетки или стонущее дыхание во время выдоха), прекратите подачу кислорода и наблюдайте за ребенком в течение 15 минут:
 - Если **язык и губы ребенка остаются розовыми**, не давайте больше кислорода. Наблюдайте по поводу центрального цианоза каждые 15 минут в течение следующего часа;
 - Если в любое время вновь появится центральный цианоз, дайте кислород тем же потоком, который был установлен последний раз;
 - Продолжайте наблюдать за ребенком в течение 24 часов после прекращения подачи кислорода.

АНТИБИОТИКИ

ВЫБОР И НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

Антибактериальная терапия обычно начинается с эмпирического выбора антибиотика(ов), который вероятнее всего будет наиболее эффективным против микроорганизма, вызвавшего болезнь у новорожденного ребенка. Если **есть возможность выделить возбудителя и определить его чувствительность к антибиотикам**, то дальнейшее лечение будет основываться на результатах этих исследований, особенно если инфекция не поддается лечению эмпирическим (-ими) антибиотиком (-ами).

Если **нет возможности выделить возбудителя и определить его чувствительность к антибиотикам, и ребенок не улучшается после исходно назначенного антибиотика (-ов)**, ему эмпирически назначается антибиотик второго ряда или их комбинация. В **таблице С-7 (страница С-32)** перечислены антибиотики первого ряда для инфекций, описанных в этом пособии, а также антибиотики второго ряда, которые используются при отсутствии улучшения состояния ребенка (назначаются на третий день, если иначе не указано в одном из разделов в главе “ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ”), если не был выделен возбудитель и не была определена его чувствительность к антибиотикам. Ознакомьтесь с информацией о разведении антибиотиков, изложенной в **таблице С-8 (страница С-33)**, и с возрастной дозировкой антибиотиков, изложенной в **таблице С-9 (страницы С-34 - С-35)**.

Обратите внимание на то, что в этом разделе приводится информация только о тех антибиотиках, которые назначаются новорожденному ребенку. Информацию об антибиотиках, которые назначаются матери и/или её партнеру (напр., для лечения инфекций, передаваемых половым путем), и их дозировке, см.соответствующий раздел в главе “*Оценка состояния, выявления и лечение*”

ПУТИ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ

- Для лечения сепсиса, менингита, столбняка и врожденного сифилиса, давайте антибиотики внутривенно (в/в) (**страница Р-17**):
 - Антибиотики вводите медленно, не менее трех минут, особенно гентамицин и цефотаксим;
 - Во время внутривенного введения жидкости, наблюдайте за состоянием ребенка (**страница С-22**), чтобы убедиться в том, что не произошла перегрузка жидкостью;
 - Если **невозможно быстро установить внутривенный катетер**, назначьте антибиотики внутримышечно (в/м) (**страница Р-15**), пока не будет обеспечен в/в доступ;
 - Когда ребенок начинает поправляться, и в/в катетер больше не нужен для других целей, вводите антибиотики в/м, пока будет завершен курс лечения.
- Для большинства других инфекций, вводите антибиотики в/м (**страница**

Р-15). Если в/в доступ используется для других целей, тогда и антибиотики вводите внутривенно.

ТАБЛИЦА С-7 Антибиотики используемые для лечения инфекций, описываемых в данном пособии

Инфекция	Антибиотик(и) первого ряда	и	Антибиотик(и) второго ряда
Сепсис или менингит	Ампициллин гентамицин	и	Цефотаксим и гентамицин
Сепсис с инфекцией пупка или кожи	Клоксациллин гентамицин	и	Цефотаксим и гентамицин
Врожденный сифилис с поражением центральной нервной системы (ЦНС)	Бензилпенициллин		
Врожденный сифилис без поражения ЦНС	Прокаин бензилпенициллин или бензатин бензилпенициллин		
Столбняк	Бензилпенициллин		
Кожная инфекция с 10 и более пустулами или волдырями, или поражение покрывает более половины тела, но без симптомов сепсиса	Клоксациллин		Клоксациллин и гентамицин
Кожная инфекция с менее чем 10 пустулами или волдырями, или поражение покрывает менее половины тела, но без симптомов сепсиса	Клоксациллин		
Воспаление подкожной клетчатки	Клоксациллин		Клоксациллин и гентамицин
Бленорея (гонорейный конъюнктивит)	Цефтриаксон		
Хламидиозный конъюнктивит	Эритромицин		
У матери внутриутробная инфекция или лихорадка, или разрыв околоплодной оболочки более чем за 18 часов до рождения; бессимптомный ребенок	Ампициллин и гентамицин		
Мать не прошла лечения от сифилиса; бессимптомный ребенок	Прокаин бензилпенициллин или бензатин бензилпенициллин		

ТАБЛИЦА С-8 Разведение антибиотиков

Антибиотик	Разведение
Ампициллин	Добавьте 5 мл стерильной воды в бутылочку с 500 мг сухого вещества = 100 мг/мл
Бензатин бензилпенициллин	Добавьте 5 мл стерильной воды в бутылочку с 1.8 г (2.4 миллионов единиц) сухого вещества = 360 мг/мл (480 000 единиц/мл)
Бензилпенициллин	Добавьте 5 мл стерильной воды в бутылочку с 600 мг (1 миллион единиц) сухого вещества = 120 мг/мл (200 000 единиц/мл)
Цефотаксим	Добавьте 5 мл стерильной воды в бутылочку с 500 мг сухого вещества = 100 мг/мл
Цефтриаксон	Добавьте 5 мл стерильной воды в бутылочку с 250 мг сухого вещества = 50 мг/мл
Клоксациллин для инъекций	Добавьте 5 мл стерильной воды в бутылочку с 500 мг сухого вещества = 100 мг/мл
Клоксациллин для орального применения	Добавьте 5 мл кипяченной воды в бутылочку с 125 мг сухого вещества = 25 мг/мл
Эритромицин для орального применения	Добавьте 5 мл кипяченной воды в бутылочку с 125 мг сухого вещества = 25 мг/мл
Гентамицин	Используйте 10 мг/мл, 2 мл ампулу = 10 мг/мл
Прокаин бензилпенициллин	Добавьте 5 мл стерильной воды в бутылочку с 1 г (1 миллион единиц) сухого вещества = 200 мг/мл (200 000 единиц/мл)

ТАБЛИЦА С-9 Дозы антибиотиков

Антибиотик	Доза в мг		Доза в мл	
	1-7день жизни	8 и старше день жизни	1-7день жизни	8 и старше день жизни
Ампициллин ТОЛЬКО для менингита	100 мг/кг каждые 12 часов	100 мг/кг каждые 8 часов	1.0 мл/кг каждые 12 часов	1.0 мл/кг каждые 8 часов
Ампициллин для сепсиса	50 мг/кг каждые 12 часов	50 мг/кг каждые 8 часов	0.5 мл/кг каждые 12 часов	0.5 мл/кг каждые 8 часов
Бензатин бензилпенициллин для бессимптомного ребенка, мать которого не проходила лечение от сифилиса	75 мг/кг (100 000 единиц/кг) в единичной дозе	75 мг/кг (100 000 единиц/кг) в единичной дозе	0.2 мл/кг в единичной дозе	0.2 мл/кг в единичной дозе
Бензатин бензилпенициллин для врожденного сифилиса без поражения ЦНС	75 мг/кг (100 000 единиц/кг) один раз ежедневно	75 мг/кг (100 000 единиц/кг) один раз ежедневно	0.2 мл/кг один раз ежедневно	0.2 мл/кг один раз ежедневно
Бензилпенициллин для врожденного сифилиса без поражения ЦНС	30 мг/кг (50 000 единиц/кг) один раз ежедневно	30 мг/кг (50 000 единиц/кг) один раз ежедневно	0.25 мл/кг один раз ежедневно	0.25 мл/кг один раз ежедневно
Бензилпенициллин для врожденного сифилиса с поражением ЦНС	30 мг/кг (50 000 единиц/кг) каждые 12 часов	30 мг/кг (50 000 единиц/кг) каждые 12 часов	0.25 мл/кг каждые 12 часов	0.25 мл/кг каждые 12 часов
Бензилпенициллин для столбняка	60 мг/кг (100 000 единиц/кг) каждые 12 часов	60 мг/кг (100 000 единиц/кг) каждые 12 часов	0.5 мл/кг каждые 12 часов	0.5 мл/кг каждые 12 часов
Цефотаксим ТОЛЬКО для менингита	50 мг/кг каждые 8 часов	50 мг/кг каждые 6 часов	0.5 мл/кг каждые 8 часов	0.5 мл/кг каждые 6 часов
Цефотаксим для сепсиса	50 мг/кг каждые 12 часов	50 мг/кг каждые 8 часов	0.5 мл/кг каждые 12 часов	0.5 мл/кг каждые 8 часов
Цефтриаксон	50 мг/кг однократно	50 мг/кг однократно	0.5 мл/кг однократно	0.5 мл/кг однократно

ТАБЛИЦА С-9 (продолжение) Дозы антибиотиков^а

Антибиотик	Доза в мг		Доза в мл	
	1-7 день жизни	8 и старше день жизни	1-7 день жизни	8 и старше день жизни
Клоксациллин (оральное введение)	Менее 2 кг:		Менее 2 кг:	
	50 мг/кг каждые 8 часов	50 мг/кг каждые 8 часов	2 мл/кг каждые 8 часов	2 мл/кг каждые 8 часов
	2 кг и более:		2 кг и более:	
	50 мг/кг каждые 8 часов	50 мг/кг каждые 8 часов	2 мл/кг каждые 8 часов	2 мл/кг каждые 8 часов
Клоксациллин (инъекция)	Менее 2 кг:		Менее 2 кг:	
	50 мг/кг каждые 8 часов	50 мг/кг каждые 8 часов	0.5 мл/кг каждые 8 часов	0.5 мл/кг каждые 8 часов
	2 кг и более:		2 кг и более:	
	50 мг/кг каждые 8 часов	50 мг/кг каждые 8 часов	0.5 мл/кг каждые 8 часов	0.5 мл/кг каждые 8 часов
Эритромицин	12.5 мг/кг каждые 6 часов	12.5 мг/кг каждые 6 часов	0.5 мл/кг каждые 6 часов	0.5 мл/кг каждые 6 часов
Гентамицин	Менее 2 кг:		Менее 2 кг:	
	4 мг/кг один раз ежедневно	7.5 мг/кг один раз в день ИЛИ 3.5 мг/кг каждые 12 часов	0.4 мл/кг один раз в день	0.75 мл/кг один раз в день ИЛИ 0.35 мл/кг каждые 12 часов
	2 кг и более:		2 кг и более:	
	5 мг/кг один раз ежедневно	7.5 мг/кг один раз в день ИЛИ 3.5 мг/кг каждые 12 часов	0.5 мл/кг один раз в день	0.75 мл/кг один раз в день ИЛИ 0.35 мл/кг каждые 12 часов
Прокаин бензилпенициллин для врожденного сифилиса без поражения ЦНС	100 мг/кг (100 000 единиц/кг) один раз в день	100 мг/кг (100 000 единиц/кг) один раз в день	0.5 мл/кг один раз в день	0.5 мл/кг один раз в день
Прокаин бензилпенициллин для бессимптомного ребенка, мать которого не получала лечения от сифилиса	100 мг/кг (100 000 единиц/кг) однократно	100 мг/кг (100 000 единиц/кг) однократно	0.5 мл/кг однократно	0.5 мл/кг однократно

^аСмотрите **страницы С-31 - С-33**, где найдете информацию о путях введения и указания по разведению антибиотиков.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

Профилактика инфекций является неотъемлемой частью каждого компонента ухода за новорожденным ребенком. Новорожденные дети более восприимчивы к инфекциям, так как их иммунная система незрелая; поэтому несоблюдение принципов профилактики инфекций может иметь пагубные последствия. Ниже излагаются основы профилактики инфекций в каждодневной практике.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ

Соблюдение принципов профилактики инфекций, которые изложены ниже, защитит ребенка, мать и медработника от инфекций. Оно также поможет предотвратить распространение инфекций.

- Обеспечьте повседневный уход за новорожденным ребенком.
- Рассматривайте каждого человека (включая ребенка и персонал), как потенциального источника инфекций.
- Мойте руки или обрабатывайте их алкогольсодержащим средством.
- Надевайте защитные средства и перчатки.
- Пользуйтесь принципами асептики.
- Осторожно обращайтесь с острыми инструментами, мойте их, а при необходимости, инструменты и оборудование стерилизуйте или дезинфицируйте.
- Регулярно чистите отделение новорожденных и выбрасывайте отходы.
- Изолируйте инфицированных новорожденных, чтобы предотвратить внутрибольничные инфекции.

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОВСЕДНЕВНОГО УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

- Через шесть часов после рождения или после стабилизации температуры тела ребенка, почистите кровь или другую жидкость (оставшуюся с родов) с его кожи, используя хлопчатобумажную салфетку, смоченную в теплой воде, а потом насухо вытрите ребенка. Отложите купание маловесного ребенка (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) по крайней мере до второго дня жизни.
- Почистите ягодицы и промежность ребенка хлопчатобумажной салфеткой, смоченной в теплой воде, каждый раз когда меняете подгузник, или, по мере необходимости, чаще, а затем осторожно вытрите насухо это место.

- Убедитесь, что мать знает, как правильно уложить и приложить к груди ребенка во время грудного вскармливания (страница С-12), чтобы избежать мастита и повреждения сосков.

ЛЮДИ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ

- Расположите отделение для специального выхаживания новорожденных в той части здания, в которой наименьшее движение людей и ограничен доступ.
- По возможности, выделите для каждого новорожденного ребенка отдельную палату.
- Постарайтесь, чтобы персонал, который имеет прямой контакт с новорожденным, был бы иммунизирован от как можно большего числа инфекций:
 - от краснухи;
 - от кори;
 - от вируса гепатита В;
 - от свинки;
 - от гриппа (ежегодно).
- Не разрешайте персоналу с кожной инфекцией или повреждениями дотрагиваться до ребенка.
- Не разрешайте персоналу или посетителям входить в отделение новорожденных, если они имеют острую инфекцию (напр., респираторный вирус).
- Ограничьте число людей, берущих на руки ребенка.

МЫТЬЕ РУК

- Мойте руки с мылом и водой (если **руки кажутся чистыми**, обработайте их спиртосодержащим средством):
 - до и после контакта с ребенком и перед каждой процедурой;
 - после снятия перчаток;
 - после контакта с грязными инструментами или другими предметами.
- Проинформируйте мать и членов её семьи, что каждый обязан мыть руки до и после контакта с ребенком.
- Чтобы хорошо вымыть руки:
 - Полностью их смочите;

- Мойте в течение 10-15 секунд простым мылом и проточной или поливаемой водой;
- Позвольте рукам высохнуть на воздухе или вытрите их бумажным или личным полотенцем.
- Алкогольсодержащее средство готовится добавлением 2 мл глицерина (или другого смягчителя) на 100 мл 60-90% этилового или изопропилового спирта; такое средство является более эффективным для обработки рук, чем их мытье, если только руки явно не запачканы. Чтобы обработать руки алкогольсодержащим средством:
 - Налейте на руки достаточное количество средства, чтобы оно покрыло всю поверхность рук и пальцев;
 - Растирайте руки раствором до тех пор, пока они не станут сухими.

ЗАЩИТНАЯ ОДЕЖДА И ПЕРЧАТКИ

- Во время повседневного ухода за новорожденным ребенком не обязательно надевать халат или маску.
- Одевайте защитную одежду (напр., передник, халат), когда возможен контакт с кровью или другой жидкостью тела.
- По возможности, носите закрытую обувь. Не ходите босиком.
- Когда надеваются перчатки для выполнения процедуры, используйте отдельную пару перчаток для каждого ребенка, чтобы избежать перекрестного заражения; после контакта выбросьте перчатки. Используйте разные перчатки для различных ситуаций:
 - Надевайте стерильные или хорошо дезинфицированные перчатки для контакта с открытыми повреждениями кожи или для инвазивных процедур (напр., спинномозговой пункции, катетеризации пупочной вены);
 - Надевайте чистые перчатки при контакте со слизистыми или жидкостями тела (напр., при заборе крови, для обработки пуповины);
 - Надевайте толстые резиновые или латексные хозяйственные перчатки для контакта с грязными предметами, обработки инструментов и оборудования и утилизации отходов.
- Одноразовым перчаткам отдается предпочтение, однако там, где имеющиеся ресурсы ограничены, перчатки можно использовать многократно после того, как они:
 - дезинфицируются, замочив их в 0.5 % растворе хлора в течение 10 минут;
 - моются и ополаскиваются;

- стерилизуются в автоклаве (уничтожает все микроорганизмы), или глубоко дезинфицируются пропариванием или кипячением (уничтожает все микроорганизмы, кроме эндоспор некоторых бактерий).
- Если одноразовые хирургические перчатки используются вновь, не обрабатывайте их более трех раз, так как в них могут образоваться невидимые трещины.

Не используйте перчатки, которые имеют трещины или шелушатся, или которые имеют видимые отверстия или дырки.

АСЕПТИЧЕСКИЙ МЕТОД

Использование асептического метода устраняет или уменьшает до безопасного уровня число микроорганизмов на коже, ткани и на неподвижных предметах.

- Мойте руки в течение 3-5 минут, используя антисептическое мыло, и сполосните их проточной или поливаемой водой.
- Позвольте рукам высохнуть на воздухе или вытрите их бумажным или личным полотенцем.
- Наденьте чистые перчатки.
- Обработайте кожу для процедуры, промывая её спиральными движениями тампоном или ватным шариком, пропитанным антисептическим раствором (т.е. **таблица С-20, страница С-41**). Процедуру повторите еще два раза, каждый раз используя новый тампон или ватный шарик; дайте поверхности полностью просохнуть. Если **используется поливидон йод**, дайте поверхности полностью просохнуть после нанесения, или подождите хотя бы две минуты перед тем, как продолжить процедуру.
- Снимите чистые перчатки и наденьте глубоко дезинфицированные или стерильные перчатки.
- Используйте стерильные или глубоко дезинфицированные инструменты и оборудование.
- Если **возникнет сомнение относительно стерильности предмета**, считайте этот предмет загрязненным.

ФЛАКОНЫ МНОГОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

- Используйте новую, стерильную иглу и шприц каждый раз, когда забираете лекарство из флакона многоразового использования или другой емкости.
- Храните флаконы многоразового использования согласно их инструкции (напр., хранение в темном, прохладном месте или в холодильнике).
- Записывайте на флаконе дату и время когда он был открыт, и используйте его содержимое в течение одного месяца или согласно дате окончания срока годности.

- Не держите открытые стеклянные ампулы только для того, чтобы использовать лекарство нескольким младенцам. Лекарство может быть не стабильным, а закрытие ампулы лейкопластырем не предупредит от инфицирования.
- Вылейте раствор, используемый для разведения лекарства, (напр., стерильную воду или физиологический раствор) через 24 часа.
- Меняйте капельницу и емкость с внутривенной жидкостью каждые 24 часа, даже в том случае, если в ней все еще остается раствора (они могут быть главным источником инфекции).

АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ И ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ РАСТВОРЫ

Хотя эти термины иногда используются один вместо другого, антисептические и дезинфицирующие растворы (таблица С-10) служат для различных целей. Антисептические растворы используются для обработки кожи и они обычно не действуют так сильно, как дезинфицирующие средства.

Дезинфицирующие растворы используются для обеззараживания или глубоко й дезинфекции инструментов и оборудования.

ТАБЛИЦА С-10 Используемые антисептические и дезинфицирующие растворы

Антисептические растворы	Дезинфицирующие растворы ^а
<ul style="list-style-type: none"> • 2.5% поливидон йод (для обработки кожи или ее промывания) • 4% хлоргексидин глюконат (для обработки кожи или ее промывания) • 60-90% этиловый или изопропиловый спирт (для обработки кожи при заборе крови или катетеризации вены) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0.5% хлорный отбеливатель (для обеззараживания поверхностей и глубокой дезинфекции инструментов) • 2% глютаралдегид

^аНе используйте дезинфицирующие средства, содержащие компоненты фенола, так как это может повредить новорожденному ребенку.

- Чтобы предотвратить загрязнение антисептических и дезинфицирующих растворов:
 - Для разведения раствора, если оно необходимо, используйте только кипяченую воду для разбавления (кипятите воду в течение 20 минут, чтобы ее хорошо дезинфицировать);
 - Постарайтесь не контаминировать горлышко большой емкости, когда из нее переливаете раствор в сосуды меньшей емкости;
 - Не реже, чем один раз в неделю опорожняйте емкость, мойте ее с мылом и водой и дайте ей полностью просохнуть;
 - Заливайте антисептический раствор в емкость через вату или марлю, не опуская их в раствор;
 - храните растворы в прохладном, темном месте.

ИНСТРУМЕНТЫ И ОБОРУДОВАНИЕ

БЕЗОПАСНОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ОСТРЫМИ ИНСТРУМЕНТАМИ

- После использования обеззаражьте шприцы и иглы, три раза промывая их дезинфицирующим раствором (**таблица С-10, страница С-41**).
- Немедленно выбросите острые предметы в специальный контейнер. Не надевайте колпачок, не сгибайте, не ломайте иглу или не отсоединяйте ее от шприца. Если на **иглу все-таки надо надеть колпачок**, сделайте это одной рукой:
 - Положите колпачок на твердую, плоскую поверхность;
 - Держите шприц одной рукой и иглой старайтесь “поймать” колпачок;
 - Когда колпачок полностью накроет иглу, держа за ее основу, другой рукой укрепите его на игле.
- Утилизируйте контейнер таким образом, как указано на **странице С-44**.

ОБРАБОТКА ИНСТРУМЕНТОВ

- Следуйте в **таблице С-11 (страница С-43)** изложенным специальным рекомендациям по обработке инструментов, чтобы быть уверенным, что они чистые, глубоко дезинфицированы или стерильны.
- Убедитесь, что инструменты, которые проникают в кожу (напр., иглы, катетеры) хорошо стерилизованы или дезинфицированы перед использованием и они обработаны должным образом после применения.
- Обтирайте дезинфицирующим раствором оборудование, которое не имеет прямого контакта с кровью (напр., стетоскоп, инкубатор), перед каждым его использованием, и особенно когда оно применяется для разных детей.

ТАБЛИЦА С-11 Рекомендации по обработке инструментов и оборудования

Инструмент	Рекомендации по обработке (после каждого использования)
Термометры и стетоскопы	<ul style="list-style-type: none"> • Вытирайте дезинфицирующим раствором
Реанимационный мешок и маска	<ul style="list-style-type: none"> • Вытирайте открытые поверхности салфеткой, смоченной в дезинфицирующем растворе • Промойте мылом и водой
Инкубатор и Источник лучистого тепла	<ul style="list-style-type: none"> • Ежедневно вытирайте дезинфицирующим раствором • Помойте реанимационный столик мылом и водой перед использованием его для другого ребенка • Мойте инкубатор раз в неделю, если в нем находится ребенок, и каждый раз перед тем, как укладывать в него нового ребенка
Отсос и катетер для отсасывания, желудочный зонд, носовые канюли, носовой катетер, шприцы	<ul style="list-style-type: none"> • Погрузите в дезинфицирующий раствор на 10 минут • Промойте мылом и водой • Глубоко дезинфицируйте или стерилизуйте
Кислородная палатка (колпак)	<ul style="list-style-type: none"> • Промойте мылом и водой

УБОРКА ПОМЕЩЕНИЙ И УТИЛИЗАЦИЯ ОТХОДОВ

Регулярная и тщательная уборка помещения уменьшит число микроорганизмов на поверхностях и поможет предотвратить инфекцию. Запомните следующие моменты уборки помещения и утилизации отходов:

- Каждое отделение специального ухода за новорожденными должно иметь график уборки:
 - Повесьте график уборки на видном месте (в **таблице С-12, страница С-44** приведен образец графика уборки);
 - Детально распишите, что конкретно и как часто надо делать;
 - Обучите персонал принципам поддержания чистоты и распределите ответственность.
- Следуйте общим принципам уборки помещений:
 - Начинайте чистить сверху вниз (напр., покрытия стен и окон) для того, чтобы собиралась грязь (пыль), которая падает во время уборки;
 - Всегда надевайте толстые резиновые или латексные хозяйственные перчатки;
 - Убедитесь, что всегда имеется свободное ведро, содержащее дезинфицирующий раствор;

- Немедленно вымойте пролитую кровь или другие выделения организма дезинфицирующим раствором;
- Заверните или накройте чистые простыни и храните их в закрытой тележке или в шкафу, чтобы они не пылились;
- После каждого использования протрите дезинфицирующим раствором кровати, столы и процедурные тележки.
- Отделите грязные отходы (т.е. предметы, испачканные кровью, гноем и другими выделениями организма) от чистых.
- Грязные острые предметы выбрасывайте в специальный контейнер; утилизируйте контейнер, когда он наполнится на две трети:
 - Добавьте в контейнер небольшое количество керосина и сожгите его с отходами на открытом месте по направлению ветра от учреждения;
 - Если **невозможно сжечь контейнер с отходами**, закопайте его на участке, находящемся по крайней мере на расстоянии 50 метров от источника воды.

ТАБЛИЦА С-12 Образец графика уборки отделения специального ухода за новорожденными

Частота	Инструкции по уборке
Ежедневно	<ul style="list-style-type: none"> • Мойте полы, используя дезинфицирующий и моющий раствор. Не подметайте пол и не используйте другой способ уборки, который поднимает пыль. • Вытирайте инкубаторы и реанимационные столики дезинфицирующим раствором
Перед тем, как использовать для нового ребенка	<ul style="list-style-type: none"> • Вытирайте оборудование, детские кроватки, столы для обследования, и т.д. тряпочкой, смоченной в дезинфицирующем растворе • Дезинфицирующим раствором протерите инкубаторы и обогреватели, включая матрац, каждый раз перед укладыванием нового ребенка. Перед тем, как положить ребенка в инкубатор, дайте ему полностью просохнуть.
По необходимости	<ul style="list-style-type: none"> • Очистите окна, стены, лампы, кресла и шторы, чтобы предотвратить скопление пыли • Уберите и утилизируйте или почистите загрязненные емкости для отходов • Уберите и утилизируйте контейнер с отходами острых предметов; поставьте другой аналогичный контейнер • Вымойте пролитую кровь или другие выделения организма дезинфицирующим раствором

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ

- По возможности, выделите каждому новорожденному ребенку отдельную палату.
- Избегайте перезагруженности больными и неукомплектованности персоналом.
- Не укладывайте одновременно двух или более новорожденных в одну кровать, инкубатор, под источник лучистого тепла или под лампу фототерапии.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ (ГОСПИТАЛЬНЫЕ) ИНФЕКЦИИ

Внутрибольничная инфекция - это инфекция, приобретенная в медицинском учреждении. Можно предположить возможную вспышку внутрибольничной инфекции в отделении новорожденных детей, если у двух и более из них одновременно проявляются признаки того-же заболевания (т.е.. кожная и глазная инфекция, инфекционная диарея). Если **возникает вспышка госпитальной инфекции**, необходимо прибегнуть к строгому контролю и наблюдению за ситуацией, чтобы решить проблему. Если это инфекция кожи и глаз или диарея (чаще всего встречающиеся проявления внутрибольничной инфекции в отделениях новорожденных), примите следующие меры:

- Изолируйте ребенка, поместив его с матерью в отдельную палату:
 - В случае необходимости, оставьте дверь открытой, чтобы не терять ребенка с матерью из вуду;
 - Если нет отдельной палаты для каждого ребенка, поместите в одну комнату всех младенцев с той же (но не с другой) инфекцией.
- Когда заходите в комнату, в которой находится ребенок:
 - Надевайте чистые перчатки и заменяйте их после контакта с инфицированным материалом (напр., фекалиями, салфеткой, которой промывали пустылы или волдыри);
 - Надевайте чистый халат, если будете соприкасаться с ребенком или инфицированным материалом.
- Перед тем, как выйти из комнаты:
 - Снимите халат;
 - Снимите перчатки
 - Вымойте руки антибактериальным мылом или обработайте алкогольсодержащим средством;

- Постарайтесь не трогать возможно зараженные поверхности или предметы и убедитесь, что одежда не соприкасалась с потенциально загрязненными поверхностями или объектами.
- Избегайте перевода ребенка в другие подразделения лечебного учреждения, если нет жизненной необходимости. Во время перевода соблюдайте все необходимые меры по профилактике инфекции.
- По возможности, выделите простые средства ухода (напр., стетоскоп, термометр) отдельно для каждого конкретного инфицированного новорожденного ребенка; тщательно мойте и дезинфицируйте оборудование, которое используется как для зараженных, так и для незараженных младенцев.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРОВИ

Кровь переливается только в тех случаях, когда определенное состояние невозможно эффективно лечить другими способами. Районные медицинские учреждения должны быть готовы к экстренной необходимости в переливании крови. В больницах, в которых имеются специализированные отделения для новорожденных, должны всегда иметь запас крови, в особенности нулевой группы (0) Rh отрицательной крови. Расфасованная в маленькие мешки кровь (напр., по 50 мл) лучше всего подходит для новорожденных; это помогает использовать кровь экономично и снижает риск переливания чрезмерного ее объема. Процедура переливания крови описана в **странице Р-31**.

ПРИНЦИПЫ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Принципы переливания крови, которые следует запомнить, изложены ниже:

- Переливание крови является только одним из способов устранения проблемы у новорожденного ребенка.
- Уровень гемоглобина ребенка (или гематокрит) хотя и является важным критерием, однако не должен быть единственным при решении показаний для переливания крови. Принятие решения о необходимости переливания крови должно основываться на необходимости устранить клинические признаки (напр., острое или продолжающееся кровотечение) и возможность серьезного заболевания и смерти. Обратите внимание на то, что в случае продолжающегося кровотечения уровень гемоглобина не будет отражать реальное клиническое состояние ребенка.
- У маловесных детей (менее 2.5 кг при рождении или родившихся до 37 недели беременности) уровень гемоглобина может снижаться постепенно (анемия недоношенных детей); переливать кровь рекомендуется только в том случае, если уровень гемоглобина становится ниже 8 г/дл (гематокрит менее 24%), если в остальном ребенок чувствует себя хорошо.
- Объем крови, забираемой для лабораторного исследования, должен быть как можно меньше, чтобы уменьшить “потери” крови и необходимость в ее переливании. В этом может помочь использование маленьких по объему пробирок, если такие имеются.
- Если в экстренной ситуации не имеется кровь для переливания, переливайте кристаллоидные растворы (т.е.. физиологический раствор или раствор лактата Рингера), пока не получите кровь.

УМЕНЬШЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПЕРЕЛИВАНИЕМ КРОВИ

- Переливание крови несет в себе риск:
 - передачи вирусных инфекций, таких как ВИЧ и гепатит;
 - передачи бактериальных инфекций (любой препарат крови может быть

- заражен бактериями, если он готовится или хранится неправильно);
- серьезных гемолитических реакций;
- синдром “ трансплантат против хозяина”.
- Количество осложнений, связанных с переливанием крови, можно уменьшить:
 - тщательно обследуя и отбирая доноров;
 - исследуя кровь доноров на предмет инфекций, передающихся через переливаемую кровь (т.е. ВИЧ и гепатит; см. ниже);
 - обеспечивая высококачественное определение групп крови, проверку их на совместимость, создавая хорошие условия для хранения и транспортировки крови;
 - проверяя банки крови по поводу соблюдения рекомендаций по “безопасной крови”;
 - правильно используя кровь;
 - создавая и осуществляя программы обеспечения качества.
- Донорская кровь, которая переливается ребенку, должна быть проверена на совместимость не только с кровью ребенка, но и с кровью матери. Когда отправляете кровь ребенка для определения группы крови, резус фактора и совместимости с донорской кровью, по возможности, всегда отправляйте и образец крови матери.
- В тех регионах, в которых широко распространена малярия, ребенку, которому переливается кровь, профилактически назначьте противомаларийные лекарства.

ПРОВЕРКА ИНФИЦИРОВАНИЯ КРОВИ

- Проверяйте каждую заготовку донорской крови по поводу инфекций, передаваемых через переливаемую кровь, используя наиболее подходящие и эффективные методы исследования, с учетом принятых в стране подходов и распространенности конкретных инфекций среди населения потенциальных доноров.
- Вся донорами сдаваемая кровь должен быть проверена на:
 - ВИЧ-1 и ВИЧ-2;
 - поверхностный антиген гепатита Б (HbsAg);
 - Антитела против *Treponema pallidum* (сифилис).
- Там, где это возможно, вся донорская кровь должна также быть проверена на:
 - гепатит С;
 - болезнь Chagas (болезнь, вызванная *Trypanosoma cruzi*, в странах с высокой частотой серопозитивных людей);
 - цитомегаловирус;

- малярию (в странах, где малярия встречается редко, должна проверяться кровь доноров, посетивших страны с распространенной малярией).
- Кровь не должна выдаваться для переливания до тех пор, пока не будут получены отрицательные результаты обследований, проведенных по всем требованиям, существующим в данной стране.
- Проверьте каждую переливаемую кровь на совместимость с кровью реципиента, даже при угрожающих жизни неотложных состояниях, несмотря на то, что кровь была проверена при ее заготовке.

ИММУНИЗАЦИЯ

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Настоящие рекомендации имеют общий характер и они должны согласованы с имеющимися национальными подходами.

- При рождении вакцинируйте ребенка против туберкулеза (если имеется высокая заболеваемость), полиомиелита и гепатита В, если далее не приводятся другие указания.
- Проводите иммунизацию, руководствуясь данными рекомендациями, независимо от того,:
 - является ли ребенок маловесным (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности). Иммунизируйте в обычном возрасте (в хронологическом, а не в скорректированном возрасте), не уменьшая дозу вакцины;
 - как долго ребенок находился в больнице. Если **ребенок в возрасте 60 дней все еще госпитализирован**, завершите первый курс иммунизации (описывается ниже) и перед выпиской домой проведите вакцинацию против дифтерии, коклюша и столбняка (DPT), вводя 0.5 мл вакцины внутримышечно в верхнюю часть бедра;
 - имеется ли клинически стабильное неврологическое состояние (напр., травма головного мозга);
 - был ли ребенок рожден от ВИЧ положительной матери;
 - получает ли он антибактериальное лечение;
 - имеется ли у ребенка желтуха.
- Убедитесь, что для каждой вакцинации и для каждого ребенка используете стерильный или глубоко дезинфицированный шприц.

ВАКЦИНА ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА (БЦЖ)

- Однократно, подкожно, в верхней части левой руки введите 0.05 мл вакцины (**страница Р-19**), используя специальный шприц для вакцинации против туберкулеза.
- В странах, в которых туберкулез широко распространен, иммунизируйте новорожденного ребенка как можно раньше после рождения, но учитывая следующие состояния:
 - Если **ребенок болен**, вакцинируйте после того, как он поправится, непосредственно перед выпиской домой;
 - Если у матери ребенка имеется **активная форма туберкулеза легких, и она получала лечение менее двух месяцев перед родами, или туберкулез был установлен уже после родов, см. страницу F-155.**

ВАКЦИНА ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА (ВОП)

Не существует риска внутрибольничного инфицирования полиомиелитом в результате иммунизации младенцев вакциной ВОП.

- Закапайте две капли вакцины на язык ребенка.
- Назначьте четыре дозы ВОП для эффективной иммунизации:
 - В полио-эндемических областях дайте однократную дозу ВОП сразу после рождения или в течение первых двух недель жизни;
 - Независимо от того, получил ли ребенок первую дозу сразу после рождения или нет, назначьте ему остальные три дозы ВОП на 6, 10 и 14 неделе жизни.

ВАКЦИНА ОТ ГЕПАТИТА Б (ВГБ)

- Введите внутримышечно в верхнюю часть бедра (**страница Р-15**) 0.5 мл ВГБ (детскую дозу). Имейте в виду, что вакцинация может быть менее эффективной, если вакцина будет вводиться в ягодицы.
- ВГБ вводите трехкратно:
 - Если **ребенок болеет**, введите первую дозу, как только он поправится;
 - Если известно, что **мать HbsAg положительна** или **существует угроза перинатальной передачи**:
 - Введите первую дозу вскоре после рождения (желательно в течение первых 12 часов жизни);
 - Вторую и третью дозу введите соответственно на 6 и 14 неделе.
 - Если известно, что **мать HbsAg отрицательна, а ребенок все еще находится в больнице на 60 день жизни**, введите ребенку ВГБ непосредственно перед выпиской домой;
 - Во всех остальных случаях, первую дозу вводите на шестой неделе жизни, а вторую и третью дозу – с интервалом не менее четырех недель.

ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Наиболее часто используемый метод для наблюдения и оценки развития ребенка, это увеличение его массы тела. До тех пор, пока грудное вскармливание не станет полноценным, или в том случае, если ребенок болен или родился маловесным (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности), возможно, что он не только не будет набирать, но и будет терять массу тела. Новорожденные, у которых масса тела при рождении 1.5-2.5 кг, в течение первых 4-5 дней могут потерять до 10% своего исходного веса, а дети, родившиеся до 1.5 кг могут потерять до 15 % исходной массы тела в течение первых 7 - 10 дней жизни.

- За исключением тех случаев, когда необходимо определить массу тела сразу после рождения для расчета необходимой дозы медикаментов или жидкости, взвешивайте ребенка после того, когда стабилизируется его температура тела, или при поступлении для того, чтобы:
 - определить его низкий вес при рождении и ожидать связанных с этим проблем;
 - иметь исходные данные для дальнейшего наблюдения за его развитием;
 - иметь возможность рассчитать нужную дозу медикаментов и объем жидкости, если их назначение необходимо;
 - оценить адекватность питания или инфузионной терапии.
- Взвешивайте ребенка и оценивайте его прибавку массы тела дважды в неделю (обратите внимание на то, что взвешивание два раза в неделю в те же самые дни поможет установиться обычному режиму, к которому нетрудно привыкнуть) до тех пор, пока три подряд взвешивания не подтвердят, что ребенок стабильно набирает вес; затем его взвешивайте раз в неделю все время, пока ребенок будет находиться в больнице (если в другой главе не указано это делать чаще):
 - Минимальная ежедневная прибавка массы тела составляет 15 г/кг в течение трех дней с того момента, когда ребенок перестает терять вес;
 - После того, как восстанавливается масса тела при рождении, дальнейшее увеличение веса в течение первых трех месяцев жизни должно быть:
 - 150-200 г в неделю для детей с массой тела менее 1.5 кг (т.е. 20-30 г в день);
 - 200-250 г в неделю для детей с массой тела 1.5-2.5 кг (т.е. 30-35 г в день).

ТЕХНИКА ВЗВЕШИВАНИЯ

- Пользуйтесь точными и исправными весами, предназначенными для взвешивания новорожденных детей, с точностью взвешивания до 5-10-грамм.
- Установите весы согласно инструкции изготовителя. Если инструкция изготовителя отсутствует, устанавливайте весы еженедельно или каждый раз, когда меняется их положение.
- Положите чистую пеленку/бумагу на чашу весов.
- Установите на весах, на которые положили пеленку/бумагу, нулевое значение.
- Осторожно положите голого ребенка на пеленку/бумагу.
- Подождите, пока ребенок перестанет двигаться и будет зафиксирован его вес.
- Определите его вес с точностью 5-10 г.
- Отметьте массу тела ребенка в его истории и нанесите на весовую карту (см. ниже).

РЕГИСТРАЦИЯ МАССЫ ТЕЛА

В рисунке С-9 (страница С-55) показана пустая весовая карта, которую можно использовать для наблюдения за динамикой массы тела больного или маловесного ребенка. На горизонтальной оси отмечаются дни с момента поступления ребенка. На вертикальной оси наносится его вес в килограммах; ось разделена на 100-граммовые интервалы с разметками на каждые 500 грамм, однако сама карта оставлена пустой для того, чтобы ее можно было использовать для любого ребенка независимо от его изначальной массы тела.

Если масса тела ребенка при рождении известна, нанесите ее на день 0. Отметьте день поступления ребенка и нанесите его исходную массу тела на соответствующем поле (т.е. 1.5, 2.0, 2.2 кг). Убедитесь в том, что вы оставили достаточно места на вертикальной оси для пометки изначальной потери веса. Отмечайте динамику массы тела ребенка в весовой карте во время его госпитализации и рассчитывайте его прибавку/потерю веса. См. рисунок С-10 (страница С-56), в котором приведен пример заполнения весовой карты.

РИСУНОК С-9 Пустая весовая карта

Фамилия	Масса тела при поступлении
Возраст при поступлении	Масса тела при выписке

Масса тела (кг)

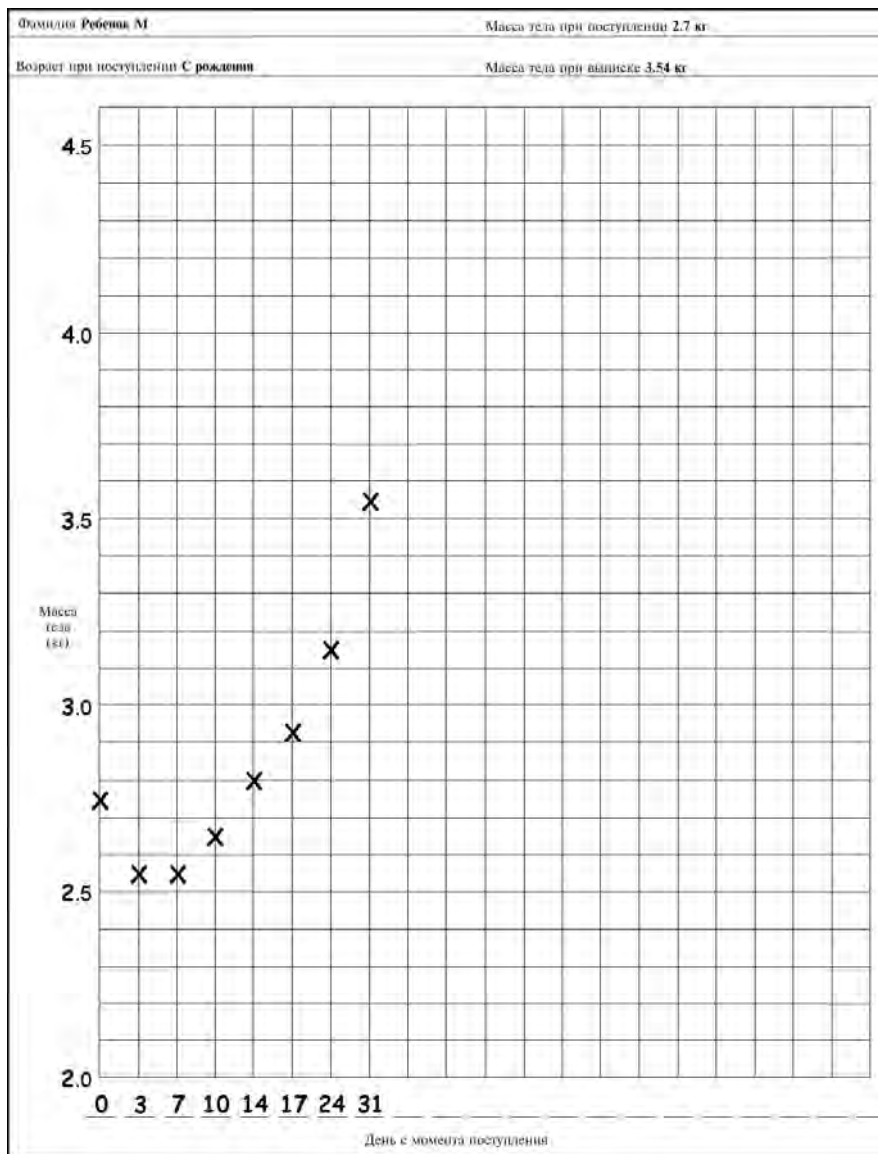
0 5 0 5 0

0 5 0 5 0

0

День с момента поступления

РИСУНОК С-10 Образец заполненной весовой карты



ОБЩЕНИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Критические ситуации часто вызывают большие волнения для каждого человека, который в них попадает, и пробуждают ряд эмоций, которые могут иметь серьезные последствия. Необходимость для больного или маловесного ребенка находиться в незнакомом больничном окружении вызывает стресс и наплыв эмоций для семьи, а особенно для матери. В дополнение к опасениям семьи по поводу возможной смерти ребенка, ее члены могут иметь чувство вины, гнева или отрицания.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ

Общаясь с матерью и семьей, помните следующее:

- Будьте вежливым и проявляйте понимание.
- Прислушивайтесь к беспокойствам семьи, поощряйте их задавать вопросы и выражать свои эмоции.
- Простым и доступным языком давайте семье информацию о состоянии ребенка, динамике заболевания и лечении; убедитесь, что семья понимает все вами сказанное. Если **вы не говорите на языке, который понимает семья**, пригласите хорошего переводчика.
- Уважайте право семьи на хранение тайны и конфиденциальность.
- Уважайте культурные обычаи и традиции семьи, и постарайтесь максимально удовлетворить потребности семьи.
- Убедитесь, что семья понимает любые указания, и по возможности, дайте информацию в письменном виде тем членам семьи, которые способны читать.
- По возможности, получите письменное согласие перед выполнением процедур.
- Помните, что медицинский персонал может чувствовать гнев, вину, горе, боль и разочарование. Показывать эмоции не является слабостью.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

- Каким образом каждый член семьи будет реагировать на критическую ситуацию, может зависеть от:
 - семейного положения матери и её отношений с партнером;
 - социального положения матери/пары, их культурных и религиозных традиций, веры и ожиданий;

- личности вовлеченных людей, качества и природы социальной и эмоциональной поддержки;
- природы, степени тяжести и прогноза проблемы, доступности и качества медицинских услуг;
- ожидаемых затрат за медицинские услуги.
- Наиболее частыми реакциями на проблемы или смерть новорожденного ребенка бывают:
 - отрицание (чувство “это не может быть правдой”);
 - вина возможной ответственности за случившееся;
 - гнев, который часто бывает адресован медицинскому персоналу, однако является скрытым и направленным против самих себя, упрекая себя за "неудачу";
 - желание заплатить, особенно если ребенок находится в критическом состоянии;
 - депрессия и потеря чувства собственного достоинства, которые могут сохраняться в течение длительного времени;
 - изоляция (чувство отличия или изолированности от других), которая может усугубляться медицинскими работниками, избегающими людей, переживших утрату;
 - дезориентация.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ДЛЯ СЕМЬИ

- Не вините семью за возможное пренебрежение или запазданное оказание помощи ребенку.
- Разрешите родителям сфотографировать ребенка, если они этого желают. Это может значительно утешить родителей, особенно если они не могут очень часто посещать своего ребенка.
- Покажите, что вы заботитесь как о ребенке, так и о семье, и что вы уважаете их:
 - Выражайте свое чувство озабоченности о семье и поощряйте членов семьи не скрывать свои эмоции, если это не противоречит их культурным традициям;
 - Способствуйте тому, чтобы мать находилась со своим ребенком, и, при необходимости, госпитализируйте её. Если **у матери нет возможности оставаться с ребенком**, создайте ей условия посещать ребенка всякий раз, когда она этого пожелает. Убедитесь, что рядом есть помещение, в котором она может начинать и продолжать кормить ребенка грудью и находиться рядом с ним;

- Поощряйте мать принимать активное участие в уходе за ребенком и, по возможности, присутствовать при выполнении простых процедур;
- Содействуйте матери в том, чтобы она трогала и держала ребенка на руках так часто и так долго, как этого ей хочется;
- Если **мать одинокая**, найдите друга или кого-нибудь из сотрудников для ее поддержки;
- Обеспечьте дополнительную поддержку и поощрение матери, которая сцеживает грудное молоко для своего больного или маловесного ребенка.

ПОСЕЩЕНИЕ

- Всегда, когда это возможно, позволяйте и поощряйте посещения ребенка близкими членами его семьи и друзьями:
 - Если **число посетителей должно быть ограниченным**, позвольте посещение одному человеку, чтобы он являлся представителем и передавал информацию другим;
 - Поощряйте семью посещать ребенка, но не настаивайте на этом. Члены семьи могут делать это неохотно из-за опасения того, что они могут увидеть при посещении, или потому, что они не хотят стать слишком привязанным к ребенку, пока не будут уверены, что он будет жить;
 - Не считайте частоту посещения показателем отношения родителей к ребенку или степени их беспокойства о нем. Практические проблемы – такие как стоимость проезда, необходимость заботиться дома о других детях, необходимость матери в лечении в другой больнице, или обязанности по работе или домашнему хозяйству - могут препятствовать матери и другим членам семьи посещать ребенка.
- Разрешите брату(ьям) или сестре(ам) ребенка посещать его/ее, если он/она не имеет лихорадки, признаков острой болезни (напр., острой респираторной инфекции), или не давно не болел одним из детских инфекционных заболеваний (напр., ветрянкой).
- Удостоверьтесь в том, что посещающий ребенок:
 - соприкоснется только со своим маленьким братом/сестрой;
 - правильно моет руки;
 - находится под наблюдением во время всего пребывания.

РЕБЕНОК С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ИЛИ ВРОЖДЕННЫМ ДЕФЕКТОМ

Наличие у ребенка с рождения неврологических расстройств (напр., повреждение мозга из-за асфиксии во время родов или ядерной желтухи) или врожденного дефекта может вызвать потрясение у родителей и семьи. Могут возникнуть различные реакции. Иметь ребенка с очевидными отклонениями является большим несчастьем для родителей, и во многих обществах это накладывает определенное клеймо на мать. В разных семьях это оставляет разный отклик и они нуждаются в разной помощи, поэтому медицинский персонал не может использовать одинаковый подход для всех семей; однако, все родители жаждут получить полную информацию о своем ребенке. Имейте в виду следующее:

- Недоверие, отрицание и печаль являются обычной реакцией, особенно если проблема возникла неожиданно. Чувство несправедливости, отчаяния, депрессии, беспокойства, гнева, неудачи и опасения – это обычные явления.
- Предоставьте родителям информацию о всех их возможностях и честное мнение о возможном исходе. Убедитесь в том, что они принимают решение, будучи полностью информированными и понимая все возможности будущего ухода.
- Поставьте в комнату, в которой находится мать с ребенком, кровать или раскладушку, чтобы с матерью мог остаться ее партнер, если она этого захочет.
- Сделайте для родителей возможным свободное посещение их ребенка и, по возможности, гарантируйте совместное пребывание матери и ребенка. Чем больше родители сами смогут сделать для ребенка, тем быстрее они осознают ребенка как их собственного.
- Помогите родителям найти профессиональных людей или группы поддержки, если это доступно.
- Будьте готовы повторить информацию и советы еще раз, поскольку родители часто не могут принять или запомнить всю информацию, которую они получали во время первого обсуждения или консультации.

РЕБЕНОК С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

- Убедите мать, по мере возможностей, участвовать в уходе за её ребенком.
- Обсудите с матерью возможность ухода за ребенком в домашних условиях, как только ребенок больше не будет нуждаться в лечении или когда лечение можно продолжить дома.
- Удостоверьтесь в том, что мать и в дальнейшем имеет возможность регулярно посещать с ребенком квалифицированного специалиста.

РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ДЕФЕКТОМ

- Спросите мать, желает ли она увидеть и взять на руки ребенка:
 - Некоторые матери воспринимают своего ребенка немедленно, в то время как для других это может занять больше времени;
 - Если **мать сразу не захочет увидеть своего ребенка**, не принуждайте её;
 - Позвольте матери, чтобы кто-то ее сопровождал, когда она впервые приходит увидеть своего ребенка;
 - Если **ребенок имеет значительные врожденные дефекты**, постарайтесь завернуть ребенка таким образом, чтобы дефекты были бы прикрыты, когда мать впервые увидит ребенка;
 - Перед тем, как рассказать матери о врожденных аномалиях, покажите нормальный общий вид и/или детали ребенка;
 - Позвольте матери и семье побыть с ребенком наедине, если это возможно.
- Объясните, что никто не виноват в случившемся. Может быть полезным дать простое объяснение тому, почему у ребенка мог возникнуть врожденный дефект.
- Объясните возможный прогноз ребенка, но подробно не останавливайтесь на негативных аспектах его будущего.
- Если **ребенок имеет врожденный дефект, который можно исправить** (напр., расщелина неба или косолапость), объясните это матери и успокойте ее. Однако, если аномалию исправить невозможно, не давайте слишком много надежд матери.

УМИРАЮЩИЙ ИЛИ УМЕРШИЙ РЕБЕНОК

Отношение каждой семьи к умирающему или умершему ребенку будет разной. Попытайтесь применить следующие принципы:

- Позвольте матери и членам семьи быть рядом с ребенком, даже во время выполнения процедур, если это возможно.
- Объясните, что делается ребенку и почему. Привлеките родителей в процесс принятия решения, если решается вопрос о целесообразности продолжения лечения.
- Если **было принято совместное согласие прекратить реанимационные мероприятия или если смерть ребенка неизбежна**, сосредоточьте свои усилия на эмоциональную поддержку семьи.

- Создайте условия матери и семье увидеть и подержать на руках ребенка после его смерти столько, сколько они желают, если они этого хотят.
- Там, где существует традиция дать новорожденному ребенку имя сразу после рождения, посоветуйте семье и персоналу называть ребенка по имени, которое ему было выбрано.
- Если это не противоречит культурным традициям, предложите матери оставить для себя кое-что на память о ребенке, например, бирку с именем ребенка, локон или отпечаток пятки; это может помочь ей преодолеть глубокую печаль.
- Спросите семью, как она будет хоронить ребенка. Даже в том случае, если семья не будет заниматься похоронами малыша, позвольте матери (или другому члену семьи), подготовить ребенка для похорон, если она этого желает.
- Поддержите местные обычаи похорон и убедитесь в том, что медицинские процедуры (напр., вскрытие трупа) не препятствуют им.
- В случае необходимости, помогите семье оформить документы по регистрации смерти ребенка, если для этого не существует специальный штатный медработник.
- Договоритесь встретиться с семьей, спустя несколько недель после смерти ребенка:
 - Ответьте на любые имеющиеся у них вопросы и постарайтесь облегчить их горе;
 - Грамотным семьям, по возможности, дайте письменную информацию, особенно в тех случаях, когда проблема имеет генетический характер, или ее можно предотвратить при возможной будущей беременности.

ТРАНСПОРТИРОВКА И НАПРАВЛЕНИЕ

Если ребенок должен быть переведен в больницу третьего уровня или центр специализированной помощи, или из периферической больницы в больницу более высокого уровня, или из одного отделения в другое в пределах той же самой больницы (напр., из родильного зала в отделение специализированное отделение новорожденных), организуйте безопасный и своевременный его перевод. Очень важно подготовиться к переводу ребенка, связаться с учреждением, отправляющим ребенка и с учреждением, принимающим больного, обеспечить уход во время транспортировки.

ПОДГОТОВКА

- Объясните семье причину перевода ребенка (**страница С-57**).
- Получите письменное согласие близких для возможных процедур, если это применимо.
- Перевезите мать вместе с ребенком, если это возможно, чтобы она могла продолжать грудное вскармливание или кормление сцеженным грудным молоком.
- Подготовьте ребенка к транспортировке:
 - Перед переводом убедитесь в том, что состояние ребенка стабильное;
 - По возможности, перед транспортировкой назначьте необходимое лечение (напр., устраните гипогликемию);
 - Если **ребенка можно кормить, но мать не может его сопровождать и кормить грудью, или ребенок должен получать пищу одним из альтернативных методов кормления**, введите ему желудочный зонд (**страница Р-33**);
 - Убедитесь, что внутривенный катетер, если он имеется, стоит на месте и фиксирован правильно, и что капельница заполнена жидкостью;
 - Соберите необходимое оборудование, медицинские средства, лекарства, и жидкость для внутривенных вливаний (**таблица С-13, страница С-64**).
- По возможности, назначьте медика (с опытом катетеризации вен, реанимации ребенка и введения медикаментов) для сопровождения ребенка.
- Убедитесь в том, что транспортное средство имеет хорошее освещение и изоляцию, чтобы содержать ребенка в тепле или предотвратить его перегревание.
- Попросите одного из родственников сопровождать мать и ребенка, если это возможно.

ТАБЛИЦА С-13 Предлагаемое оборудование, медицинские средства, лекарства, и жидкость для транспортировки больного или маловесного ребенка

Оборудование и медицинские средства		Лекарства и жидкость
<ul style="list-style-type: none"> • Дыхательный мешок и маска • Аспиратор для отсасывания слизи • Кислородный баллон с измерителем потока, кислородная палатка, носовые канюли, носовой катетер или лицевая маска • Стетоскоп • Термометр • Одеяло • Источник тепла • Желудочные зонды (5F-8F) 	<ul style="list-style-type: none"> • Капельница • Игла типа бабочки или внутривенная канюля • Антисептический раствор и ватные шарики • Шприцы (разной величины и разного назначения) • Пластырь • Перчатки • Салфетки (подгузники) • Пища для ребенка^a • Фонарь с запасными батарейками и лампочкой 	<ul style="list-style-type: none"> • Любой медикамент (напр., антибиотик) который получает ребенок, если намечается его вводить во время транспортировки • Жидкость для внутривенных вливаний

^aЕсли ребенка можно кормить, но мать не может его сопровождать, возьмите у нее сцеженное грудное молоко.

ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ

- Если поступает ребенок, переведенный из другого учреждения (отделения) попросите форму его направления (см., рисунок А-3, страница А-4), в которой содержится необходимая информация о нем. При выписке или в случае смерти ребенка, отправьте детальную выписку или форму обратной информации (см., рисунок А-4, страница А-5) в учреждение, из которого поступил больной.
- Если направяете ребенка в другое медицинское учреждение:
 - Заранее свяжитесь с его принимающим учреждением, если это возможно, для того, чтобы они могли подготовиться;
 - Удостоверьтесь в том, что учреждение готово принять ребенка;
 - Укажите приблизительное время прибытия;
 - Заполните форму направления и отправьте её вместе с ребенком (см., рисунок А-3, страница А-4);
 - Если мать сопровождает ребенка, информируйте об этом принимающее медицинское учреждение, чтобы для матери оказалось место рядом со своим ребенком.

УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ

- Уложите ребенка на грудь матери или родственника, обеспечивая контакт кожа-к-коже. Если **контакт кожа-к-коже невозможен**, держите ребенка одетым и накрытым.
- Если **перевозите ребенка в холодную погоду**:
 - Используйте инкубатор. Держите ребенка одетым и накрытым, проверяйте установленную на приборе температуру и измеряйте температуру тела ребенка ежечасно;
 - Если обогревающего прибора не имеется, положите ребенка в переносную кроватку вместе с бутылками, наполненными теплой водой:
 - Накройте бутылки тканью и убедитесь, что они фиксированы таким образом, что непосредственно не соприкасаются с кожей ребенка;
 - Когда вода остывает, снова наполните бутылки теплой водой или уберите их из емкости.
- Если **перевозите ребенка в жаркую погоду**, убедитесь в том, что ребенок не перегреется.
- Не забудьте, что ребенок должен получать пищу или жидкость:
 - Разрешите кормить ребенка грудью. Если грудное вскармливание невозможно, давайте малышу сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**);
 - Если **ребенок получает жидкость внутривенно**:
 - Тщательно контролируйте скорость введения, чтобы ребенок получал необходимый объем жидкости (**таблица С-4, страница С-22**);
 - Каждый час осматривайте место введения внутривенного катетера:
 - Посмотрите, нет ли покраснения или припухлости вокруг введенной канюли; их наличие указывает на то, что канюля стоит не в просвете вены, и жидкость вводится в подкожную ткань. **В любой момент, когда заметите покраснение или припухлость**, прекратите вливание, удалите канюлю и обеспечьте другой внутривенный доступ;
 - Проверьте объем введенной жидкости и сравните его с исходно назначенным объемом;
 - Запишите все полученные сведения.
- Если **ребенок получает кислород**, проверяйте поток кислорода и трубки каждые 15 минут.

- Оценивайте частоту дыхания ребенка каждые 15 минут. Если **ребенок вообще не дышит, у него нерегулярное дыхание типа гаспинга, или частота дыхания менее 20 раз в минуту**, начинайте вспомогательное дыхание с помощью мешка и маски (**страница Р-1**).
- В случае необходимости, остановите транспортное средство, пока проблема не будет решена.

ВЫПИСКА И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ВЫПИСКА

- Имейте правила выписки новорожденных детей, изложенные в письменном виде. Объясните эти правила матери ребенка и ответьте на все вопросы, которые могут у нее возникнуть.
- Обследуйте ребенка и убедитесь, что его можно выписывать домой. Если необходимо, следуйте конкретным рекомендациям по выписке, изложенных в каждой конкретной главе.
- В общем, ребенка можно выписывать домой, когда:
 - у него нет дыхательной недостаточности или других постоянных проблем, с которыми невозможно справиться в амбулаторных условиях;
 - температуру его тела удается поддерживать в пределах 36.5-37.5 °С (пользуясь одним из способов, который может применяться и дома, если ребенок является маловесным [менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности]);
 - мать уверена в том, что она способна самостоятельно ухаживать за своим ребенком;
 - он хорошо сосет грудь, или мать знает, как пользоваться одним из альтернативных методов кормления;
 - он стабильно набирает вес.
- Посоветуйте матери немедленно вернуться с ребенком в медицинское учреждение, если у малыша возникнут любые проблемы (напр., проблемы вскармливания или дыхательные нарушения, судороги, гипо- или гипертермия).
- Убедитесь в том, что у ребенка имеются все необходимые прививки (**страница С-51**).
- Обеспечьте мать достаточным набором лекарств для завершения любого лечения в домашних условиях, или выпишите для лекарств рецепт (напр., дайте на дом или выпишите рецепт для препарата железа/фолиевой кислоты на три месяца).
- Посоветуйте матери, как надо ухаживать за ребенком дома (уход за здоровым новорожденным и грудное вскармливание, правильное положение ребенка во время сна, появление опасных симптомов, когда и к кому обращаться при появлении опасных признаков, и т.д.) и назначьте ей встречу для последующего посещения с ребенком.
- Обсудите с матерью возможности ее поддержки как дома, так и в общине, в особенности если мать еще в подростковом возрасте, является одинокой женщиной, впервые стала матерью или является ВИЧ положительной.

- Заполните историю болезни ребенка, занеся информацию при выписке, включая массу тела ребенка, диагноз и план последующего наблюдения.
- Заполните форму выписки (см. **рисунок А-2, страница А-3**) и отправьте форму обратной информации (см. **рисунок А-4, страница А-5**) в учреждение или отделение, откуда поступил ребенок.
- Напишите выписку в виде письма с изложенной в ней медицинской информацией с указаниями для домашнего лечения и последующего последующего визита к врачу, если это необходимо.

ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Запланируйте по крайней мере одно посещение после выписки ребенка из больницы, если новорожденный был серьезно болен, родился маловесным (менее 1.5 кг при рождении или родившийся до 32 недели беременности) или кормился одним из альтернативных методов. Посоветуйте родителям позаботиться о том, чтобы ребенок находился под регулярным наблюдением педиатра после первого посещения после выписки домой.
- При каждом посещении:
 - Осмотрите ребенка, обращая особое внимание на конкретную проблему, по поводу которой ребенок нуждался в последующем наблюдении, и убедитесь в том, что данная проблема больше не существует;
 - Оцените общее состояние ребенка;
 - Взвесьте ребенка и оцените его развитие;
 - Дайте матери совет и/или помогите решить вопросы, которые у нее возникли;
 - Оцените качество грудного вскармливания или альтернативного способа кормления и посоветуйте матери кормить исключительно грудью;
 - Укрепите знания родителей об уходе за новорожденным ребенком и проявлении у него опасных признаках;
 - Посоветуйте семье продолжать посещать с ребенком поликлинику;
 - Делайте прививки (**страница С-51**), когда им подходит срок, или направьте ребенка с матерью в соответствующую службу.
- Если мать ВИЧ положительная или существует большая вероятность, что проблемы ребенка будут иметь долгосрочный характер (напр., повреждение мозга), убедитесь в том, что ребенок находится под регулярным наблюдением педиатра.

ГЛАВА 3: ПРОЦЕДУРЫ

РЕАНИМАЦИЯ РЕБЕНКА, КОТОРЫЙ ДЫШАЛ

В этой главе описывается реанимация новорожденных с дыхательными расстройствами и не касается тех случаев, когда ребенка приходится реанимировать сразу после рождения.

ОБОРУДОВАНИЕ И СРЕДСТВА

- Саморасправляющийся дыхательный мешок для новорожденных (если нет мешка для новорожденных, можно использовать мешок взрослых размеров),
- Маска для новорожденных (размер 0 для маловесного ребенка [менее 2.5 кг при рождении или родившегося до 37 недели беременности] и размер 1 для ребенка, родившегося в срок)
- Отсос (напр., отсос слизи DeLee)
- Источник кислорода (если имеется)

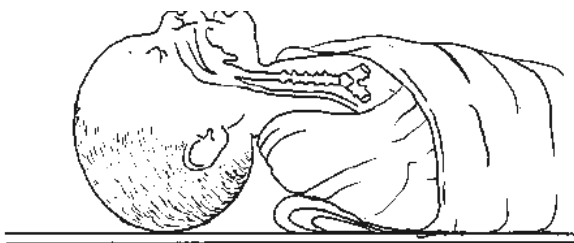
МЕТОДИКА

- Соберите необходимое оборудование и средства.
- Вымойте руки (**страница С-38**).
- Убедитесь, что реанимационное оборудование функционирует исправно. Ладонью плотно закройте просвет маски и другой рукой сдавите мешок:
 - Если вы рукой чувствуете достаточное сопротивление, это означает, что мешком создается достаточное давление;
 - Если мешок повторно раздувается, когда вы его отпускаете, значит он работает исправно.
- Держите ребенка обернутым или накрытым, оставляя открытым лицо и верхнюю часть груди.
- Переложите ребенка на твердую, теплую поверхность под источник лучистого тепла.

ОСВОБОЖДЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- Правильно уложите ребенка (**рисунок Р-1, страница Р-2**):
 - Положите ребенка на спину;
 - Для того, чтобы обеспечить проходимость дыхательных путей, слегка запрокиньте голову ребенка (шея не должна быть вытянута как у взрослых). Для этого можно использовать валик из завернутой пеленки, который подкладывается под плечи ребенка.

РИСУНОК Р-1 Правильное положение головы для проведения вспомогательной вентиляции



- Если присутствует слизь или рвотное содержимое, очистите дыхательные пути, отсасывая содержимое сначала изо рта, а потом – из носа.

Не отсасывайте глубоко из носоглотки, поскольку это может вызвать брадикардию у ребенка.

- Если ребенок по прежнему не дышит, начинайте вентиляцию с помощью мешка и маски.

ВЕНТИЛЯЦИЯ С ПОМОЩЬЮ МЕШКА И МАСКИ

- Повторно проверьте положение ребенка и убедитесь, что его голова слегка запрокинута (рис. Р-1).
- Правильно надожите маску и проверьте ее герметичность (рисунок Р-2, страница Р-3):
 - Наложите маску на лицо ребенка таким образом, чтобы она закрывала его подбородок рот и нос;
 - Обеспечьте герметичность между маской и лицом ребенка;
 - Сжимайте мешок только двумя пальцами (мешок для взрослых) или всей рукой (мешок для новорожденных);
 - Проверьте герметичность между маской и лицом ребенка, сделав пару вдохов и наблюдая за движениями грудной клетки.

РИСУНОК Р-2 Положение маски и проверка ее герметичности

- Если герметичность обеспечена и отчетливо видны движения грудной клетки, вентилируйте ребенка, используя кислород. Если **кислород сразу же не имеется**, начинайте вентиляцию с помощью комнатного воздуха.
- Поддерживайте правильную частоту (приблизительно 40 раз в минуту) и давление на входе во время вентиляции:
 - Если **грудная клетка ребенка поднимается**, вероятно, что давление на входе во время вентиляции является достаточным;
 - Если **грудная клетка ребенка не поднимается**:
 - Еще раз проверьте и, в случае необходимости, поправьте положение ребенка (**рисунок Р-1, страница Р-2**);
 - Повторно наложите маску на лицо ребенка, чтобы улучшить герметичность между маской и лицом ребенка;
 - Сжимайте мешок сильнее, чтобы увеличить давление на входе во время вентиляции.
- Продолжайте вентиляцию в течение одной минуты и затем остановитесь и быстро убедитесь, дышит ли ребенок самостоятельно:
 - Если **частота дыхания нормальная** (30-60 дыханий в минуту), прекратите вентиляцию;
 - Если **имеется центральный цианоз** (синий язык и губы), **втягивание грудины, постанывание при выдохе, или частота дыхания 20 - 30 или более 60 дыханий в минуту**, лечите дыхательную недостаточность (**страница F-47**);

- Если у **ребенка имеется нерегулярное дыхание типа гаспинга, он не дышит, или частота его дыхания менее 20 раз в минуту**, продолжайте вентиляцию.
- Если **ребенок начинает плакать**, прекратите вентиляцию и наблюдайте за частотой его дыхания в течение пяти минут после того, как ребенок успокоится:
 - Если **частота дыхания нормальная (30-60 дыханий в минуту)**, прекратите вентиляцию;
 - Если **имеется центральный цианоз (синий язык и губы), втягивание грудины, стон во время выдоха, частота дыхания 20-30 или более 60 раз в минуту**, лечите дыхательную недостаточность (**страница F-47**);
 - Если у **ребенка имеется нерегулярное дыхание типа гаспинга, он не дышит, или частота его дыхания менее 20 раз в минуту**, продолжайте вентиляцию.
- Если у **ребенка не восстанавливается регулярное дыхание после 20 минут вентиляции**:
 - Продолжайте вспомогательную вентиляцию кислородом;
 - Обеспечьте внутривенный доступ (**страница Р-21**), если это еще не сделано, и струйно, внутривенно, в течение 10 минут, введите жидкость в объеме 10 мл/кг массы тела, и затем продолжайте инфузионную терапию в объеме возрастных суточных потребностей ребенка (**Таблица С-4, страница С-22**);
 - Введите желудочный зонд (**страница Р-33**), чтобы освободить желудок от воздуха и содержимого;
 - По возможности, организуйте перевод (**страница С-63**) ребенка в больницу третьего уровня или специализированный центр для дальнейшего обследования и лечения.
- Если **через 20 минут вентиляции ребенок по прежнему не дышит, или через 30 минут у него имеются единичные подвздохи, но нет регулярного дыхания**, прекратите вспомогательную вентиляцию. Обеспечьте эмоциональную поддержку семье (**страница С-57**).

УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ПОСЛЕ УДАЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

- Держите ребенка под источником лучистого тепла до тех пор, пока его состояние не стабилизируется.
- Сначала каждый час в течение 4 часов, а потом – каждые 2 часа в течение 24 часов, оценивайте частоту дыхания и другие возможные признаки болезни у новорожденного ребенка.
- Если **дыхательная недостаточность вновь нарастает** (частота дыхания стабильно более 60 или менее 30 раз в минуту, центральный цианоз, втягивание грудины или стон во время выдоха), лечите дыхательную недостаточность (**страница F-47**).

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

СРЕДСТВА

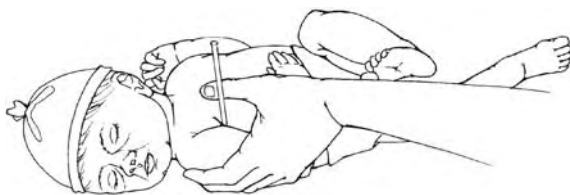
- термометр, которым можно измерять температуру тела (подмышечную) от 35°C
- термометр, которым можно измерять температуру тела (ректальную) от 25°C
- дезинфицирующий раствор (**таблица С-10, страница С-41**)
- мазь на водной основе

МЕТОДИКА

ИЗМЕРЕНИЕ ПОДМЫШЕЧНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

- Соберите необходимые средства.
- Вымойте руки (**страница С-38**).
- Используйте обычный термометр, которым можно измерить температуру тела от 35°C.
- Убедитесь, что термометр чистый.
- Во время измерения температуры наилучшим образом обеспечьте ребенку тепло (т.е. заверните его или уложите на теплую поверхность).
- Уложите ребенка на спину или на бок.
- Встряхните термометр, чтобы он показывал менее 35 °С.
- Вставьте наконечник термометра глубоко в подмышечную впадину ребенка и прижмите руку к туловищу по крайней мере на три минуты (**рисунок Р-3, страница Р-6**).
- Выньте термометр и посмотрите температуру. Если **температура ребенка слишком низкая, чтобы она могла быть измерена этим термометром** (менее 35°C), измерьте ректальную температуру (**страница Р-6**).
- После использования вытрите термометр дезинфицирующим раствором.

РИСУНОК Р-3 Измерение подмышечной температуры



ИЗМЕРЕНИЕ РЕКТАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

Ректальную температуру измеряйте только в том случае, если обычным термометром невозможно измерить слишком низкую подмышечную температуру.

- Соберите необходимые средства.
- Вымойте руки (**страница С-38**).
- Используйте термометр, которым можно измерить температуру от 25°C.
- Убедитесь, что термометр чистый.
- Во время измерения температуры наилучшим образом обеспечьте ребенку тепло (т.е. заверните его или уложите на теплую поверхность).
- Уложите ребенка на спину или на бок.
- Встряхните термометр, чтобы он показывал менее 25 °С.
- Смажьте термометр мазью которая изготовлена на водной основе.
- Нежно возьмите за лодыжки ребенка и держите ноги, слегка прижав колени ребенка к его груди (**Рис. Р-4**).

РИСУНОК Р-4 Измерение ректальной температуры



- Вставьте термометр в прямую кишку (рисунок P-4, страница P-6), но не глубже, чем на 2 см; держите термометр таким образом не менее трех минут.

Не оставляйте ребенка одного с термометром в прямой кишке; любое движение ребенка может закончиться тем, что термометр перфорирует прямую кишку.

- Удалите термометр и посмотрите, какую температуру он показывает.
- После использования вытрите термометр дезинфицирующим раствором.

ЗАБОР КРОВИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определите, сколько крови потребуется для выполнения всех необходимых лабораторных исследований (т.е. определения гемоглобина, глюкозы крови, сывороточного билирубина, группы крови и выполнения пробы на совместимость) и, по возможности, одновременно возьмите достаточно крови для всех исследований. Если **нужен небольшой объем крови** (напр., для определения уровня глюкозы крови, сывороточного билирубина, или гемоглобина), по возможности, используйте капиллярную кровь (забор из пятки) (**страница Р-11**). Если **необходимо взять больше крови, чем это возможно сделать, забирая капиллярную кровь из пятки** (напр., если нужно более 1мл крови для нескольких лабораторных исследований или для посева крови и определения чувствительности возбудителя к антибиотикам), пользуйтесь венопункцией (ниже).

ВЕНЕПУНКЦИЯ

- В первую очередь используйте вены на руках и ногах. Не используйте яремные или бедренные вены для обычного забора крови.
- Закрытая система, которая состоит из бабочки и шприца, гарантирует стерильность при заборе крови на посев и определения чувствительности возбудителя к антибиотикам.

НЕОБХОДИМЫЕ СРЕДСТВА

- чистые перчатки
- тампон или ватный шарик, пропитанный антисептическим раствором (**таблица С-10, страница С-41**)
- сухие ватные шарики
- стерильная игла (21-23 размер) или система типа бабочки (23-25 размер)
- стерильный шприц (соответствующий размер для необходимого объема крови; если забор крови проводится только иглой, шприц не требуется)
- соответствующие пробирки для сбора крови

МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Соблюдайте принципы профилактики инфекции (**страница С-37**).
- Определитесь, какую вену будете использовать.
- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Обработайте поверхность кожи над местом пункции вены, используя тампон или ватный шарик, смоченный в антисептический раствор, и дайте ей высохнуть.

- Удостоверьтесь, что пробирки для сбора крови находятся под рукой.
- Укажите вашему помощнику указательным и большим пальцами осторожно обхватить конечность над местом выбора пункции.

ИГЛА СО ШПРИЦОМ ИЛИ СИСТЕМА ТИПА БАБОЧКИ

- Подключите шприц к игле или трубке от системы типа бабочки.
- Вводите иглу через кожу под углом приблизительно 15 градусов со срезом иглы, направленным вверх.
- Вводя иглу, осторожно подтягивайте поршень шприца на себя. Как только кровь свободной струей покажется в шприце или системе типа бабочки, не продвигайте ее больше вперед.
- Возьмите достаточный объем крови для всех необходимых исследований.
- После того как была взята кровь:
 - Попросите вашего помощника отпустить конечность ребенка;
 - Извлеките иглу из вены и попросите вашего помощника на несколько минут осторожно прижать место пункции сухим ватным шариком для того, чтобы предотвратить кровоизлияние.
- Если **используется открытая пробирка для сбора крови**, осторожно вновь наденьте колпачок на иглу (**страница С-42**) и снимите ее со шприца перед тем, как перелить кровь из шприца в пробирку.
- Утилизируйте шприц (или вымойте его) и иглу или систему типа бабочки согласно рекомендациям по профилактике инфекций (**страница С-42**).
- Зарегистрируйте, какой объем крови был взят у ребенка.

ИГЛА БЕЗ ШПРИЦА

Кровь можно забирать и иглой без присоединенного к ней шприца; однако, игла может запачкаться и стать нестерильной, делая этот метод непригодным для забора посева крови и определения чувствительности возбудителя к антибиотикам. Убедитесь в том, чтобы игла была правильно утилизирована (**страница С-42**).

- Вводите иглу через кожу под углом приблизительно 15 градусов со срезом иглы, направленным вверх, пока она попадет в вену и кровь будет капать быстрыми каплями:
 - Если кровь капает медленно, осторожно поправьте положение иглы, немного подтянув её на себя или протолкнув вперед;

- Держите пробирку под иглой, собирая таким образом кровь; старайтесь не дотронуться до края пробирки или до кончика иглы.
- Возьмите достаточный объем крови для всех необходимых исследований.
- После того, как кровь была взята, извлеките иглу из вены и попросите вашего помощника на несколько минут осторожно прижать место пункции сухим ватным шариком для того, чтобы предотвратить кровоизлияние.
- Утилизируйте иглу согласно рекомендациям по профилактике инфекций (**страница С-42**).
- Зарегистрируйте, какой объем крови был взят у ребенка.

ЗАБОР КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (УКОЛ В ПЯТКУ)

НЕОБХОДИМЫЕ СРЕДСТВА

- чистые перчатки
- тампон или ватный шарик, пропитанный антисептическим раствором (**таблица С-10, страница С-41**)
- сухие ватные шарики
- стерильный ланцет (если его нет, можно использовать 24 размера иглу)
- капиллярные трубки или другие подходящие стеклянные пробирки для сбора крови

МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Соблюдайте принципы профилактики инфекции (**страница С-37**).
- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Обработайте поверхность кожи над местом пункции пятки, используя тампон или ватный шарик, смоченный в антисептический раствор, и дайте ей высохнуть.
- Пригните стопу к голени и одной рукой держите ее в этом положении.
- Достаточно крепко сожмите пятку, чтобы она покраснела (но не так сильно, чтобы она стала белой).
- Ланцетом сделайте достаточный прокол кожи (приблизительно на глубину 1-2 мм):

- Постарайтесь уколоть в боковую или срединную сторону пятки (рис. P-5);
- Избегайте укола в подпяточник, так как существует риск инфицирования;
- По возможности избегайте колоть в те участки, которые уже использовались.

РИСУНОК P-5 Участок для укола в пятку



- Нежно периодически сжимайте пятку, чтобы увеличить приток крови. Избегайте чрезмерного сдавливания и потирания пятки, поскольку это может вызвать кровоизлияние и разбавление крови жидкостью ткани, что приведет к неточным результатам исследования.

Крошечный прокол является более неприятным для ребенка в связи с тем, что это занимает больше времени для забора крови и требует более продолжительного сдавливания пятки; в некоторых случаях может потребоваться повторный укол в пятку. Однако, чрезмерно глубокие проколы пятки могут вызвать рассечение, инфицирование и рубцевание кожи.

- Соберите кровь в трубку, взяв достаточный ее объем для всех необходимых исследований.
- После того, как кровь была взята, попросите вашего помощника на несколько минут осторожно прижать место пункции сухим ватным шариком для того, чтобы предотвратить кровоизлияние.
- Зарегистрируйте, какой объем крови был взят у ребенка.

ИЗМЕРЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ

Измеряйте уровень глюкозы в крови, используя обычные лабораторные методы исследования. Если **лабораторные методы не доступны**, используйте бумажные реагентные ленточки, предназначенные для новорожденных. Обратите внимание на то, что бумажные реагентные ленточки могут показывать уровень глюкозы, на 0.5 - 1.0 ммол/л ниже, чем определенный лабораторным способом.

- Соберите необходимое оборудование и средства.
- Прочитайте инструкцию по использованию реагентных ленточек.
- Возьмите образец крови (**страница P-9**).
- Нанесите необходимый объем крови на реагентную ленточку, обычно на ее кончик, одной-двумя каплями крови одновременно покрывая всю необходимую площадь.
- Оставьте кровь на ленточке на необходимое время - обычно на 60 секунд.
- Согласно инструкции изготовителя, вытрите или смойте кровь проточной водой.
- Оцените уровень глюкозы в крови:
 - Немедленно сравните цвет на ленточке с набором цветов (он обычно имеется на коробке реагентных ленточек) для того, чтобы определить уровень глюкозы в крови;
 - Точность этого метода возможно улучшить, пользуясь рефлектометром, если он имеется, (обычно поставляется изготовителем реагентных ленточек), чтобы точнее определить изменения цвета реагентной ленточки.
- Если **уровень глюкозы в крови менее 25 мг/дл (1.1 ммол/л)**, по возможности подтвердите это лабораторным исследованием.

ИНЪЕКЦИИ

ВНУТРИМЫШЕЧНЫЕ (В/М) ИНЪЕКЦИИ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

- Наилучшими местами для в/м инъекций являются:
 - Участок четырехглавой мышцы верхней внешней части бедра. Этот участок предпочтительнее в связи с минимальным риском введения медикамента внутривенно, укола в бедренную кость, или повреждения седалищного нерва;
 - Участок ягодичной мышцы на ягодичках. Эту группу мышц не всегда удобно использовать для в/м инъекций в связи с тем, что у разных новорожденных имеется различный слой жира и подкожной клетчатки, и есть возможность повредить седалищный нерв и крупные кровеносные сосуды этой области. Если используете этот участок, делайте укол только в верхний внешний квадрант мышцы и перед инъекцией всегда подтяните поршень шприца на себя;
 - Участок дельтовидной мышцы. Это место можно использовать для иммунизаций, но оно не должно использоваться для инъекций других медикаментов.
- Чтобы уменьшить боль во время инъекции:
 - Пользуйтесь острой иглой наименьшего просвета, который позволит без затруднения вводить жидкость (т.е. 22-24 размеров);
 - Убедитесь, что в просвете иглы нет вводимого медикамента в то время, когда игла проходит через кожу;
 - Вводите как можно меньший объем для инъекции (т.е. 2 мл или менее для каждого отдельного участка для инъекции);
 - Избегайте быстрого введения медикамента;
 - Используйте другие места для повторных инъекций.
- Возможные осложнения в/м инъекций:
 - случайное введение медикаментов в артерию или вену;
 - инфицирование ребенка загрязненным инъекционным раствором;
 - повреждение нерва (обычно седалищного нерва после инъекции в ягодичную область);
 - местное повреждение тканей из-за самой инъекции или введенного раздражающего раствора.

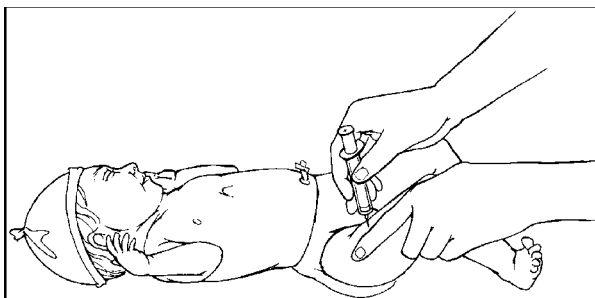
- Постарайтесь предотвратить вышеупомянутые осложнения:
 - выбирая наиболее безопасный раствор для инъекций;
 - выбирая правильное место для инъекции;
 - основываясь на анатомические ориентиры;
 - тщательно обрабатывая кожу;
 - меняя место последующей инъекции;
 - аспирируя перед инъекцией;
 - избегая введения медикамента в поверхностные ткани;
 - используя инъекционную иглу достаточной длины, чтобы достичь необходимой глубины введения лекарства.

СРЕДСТВА

- стерильная 1-дюймовая игла наименьшего просвета, который позволяет без затруднения вводить жидкость (т.е. 22-24 размеров)
- стерильный шприц наименьшего размера, который имеет соответствующую маркировку для правильной дозировки лекарства (т.е. 1-3 мл)
- сухой ватный шарик

МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Вымойте руки (**страница С-38**)
- Определите место для инъекции.
- Наберите лекарство в шприц.
- Убедитесь в том, что набрали нужное лекарство и его правильную дозу.
- По возможности, захватите середину выбранной мышцы между большим и указательным пальцами.
- Одним быстрым движением введите иглу через кожу под углом 90 градусов (**рис. Р-6, страница Р-17**).

РИСУНОК Р-6 Внутримышечная инъекция в четырехглавую мышцу

- Немного потяните поршень шприца назад, чтобы убедиться, что кончик иглы не находится в вене (т.е. кровь не должна попадать в иглу):
 - Если **игла попала в вену**:
 - Удалите иглу, не вводя лекарство;
 - Сухим ватным шариком осторожно надавите на участок укола, чтобы предотвратить кровоподтек;
 - Присоедините новую, стерильную иглу к шприцу;
 - Выберите новый участок для инъекции;
 - Повторите процедуру, описанную выше.
 - Если игла прошла до мышцы, вводите лекарство в течение 3-5 секунд, равномерно надавливая на поршень шприца.
- Завершив инъекцию, удалите иглу и сухим ватным шариком слегка надавите на место укола.
- Отметьте себе место, в которое вводилось лекарство, и меняйте участок для последующих инъекций.

ВНУТРИВЕННЫЕ (В/В) ИНЪЕКЦИИ

Указания в этом разделе касаются только в/в струйного введения лекарств через установленный внутривенный катетер; они не относятся к тем случаям, когда медикамент смешивается с инфузионным раствором в одном мешке и вводится капельным путем.

СРЕДСТВА

- салфетка или ватный шарик, пропитанный антисептическим раствором (таблица С-10, страница С-41)

- две стерильные 1-дюймовые иглы наименьшего просвета, который позволяет без затруднения вводить жидкость (т.е. 22-24 размеров)
- два стерильных шприца наименьшего размера, которые имеют соответствующую маркировку для правильной дозировки лекарства (т.е. 1-3 мл)
- 2 мл в/в жидкости

МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Вымойте руки (**страница С-38**).
- Выберите ту часть внутривенной трубочки, которая находится на ближайшем расстоянии от места введения канюли в вену, через которую можно ввести в/в лекарство (т.е. краник или мягкий резиновый соединитель).
- Обработайте место инъекции салфеткой или ватным шариком, смоченным в антисептический раствор, и дайте поверхности высохнуть.
- Наберите лекарство в шприц.
- Убедитесь в том, что набрали нужное лекарство и его правильную дозу.
- Если **жидкость вводится в/в без всяких проблем**:
 - Прекратите в/в вливание;
 - Вколите иглу в в/в трубочку и вводите лекарство медленно в течение двух минут, обращая особое внимание на область вокруг канюли по поводу возможной припухлости.
- Если **возникнет сомнение по поводу правильного положения канюли в вене**:
 - Прекратите в/в вливание;
 - Сначала промойте в/в трубочку 2 мл раствора, внимательно наблюдая область вокруг канюли по поводу возможной припухлости; если она появляется, это указывает на то, что канюля находится вне вены;
 - Если канюля все еще находится в просвете вены, введите лекарство медленно в течение двух минут, обращая особое внимание на область вокруг канюли по поводу возможной припухлости.
- После завершения инъекции, извлеките иглу из трубочки и продолжайте инфузионную терапию.

ПОДКОЖНЫЕ ИНЪЕКЦИИ

Используйте подкожную инъекцию только для введения БЦЖ вакцины (**страница С-51**) или местного анестетика для дренирования гнойника (**страница Р-43**).

СРЕДСТВА

- стерильная 5/8-дюймовая игла (25-27 размера)
- стерильная 1-дюймовая игла (21 размера)
- стерильный туберкулиновый шприц (1 мл)
- сухой ватный шарик

МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Определите место для инъекции.
- Вымойте руки (**страница С-38**)
- Наберите медикамент в шприц, используя иглу 21 размера.
- Убедитесь в том, что набрали нужное лекарство и его правильную дозу.
- Замените иглу 21 размера на иглу 25-27 размера.
- Держите шприц и иглу почти параллельно с кожей таким образом, чтобы кончик иглы был направлен вверх.
- Одной рукой туго натяните кожу и неглубоко под кожу введите кончик иглы. Медленно продвигайте иглу в глубину, пока срез иглы полностью не войдет под кожу.
- Осторожно направте иглу вверх, стараясь вновь не проколоть кожу.
- Вводите медикамент в течение 3-5 секунд под равномерным давлением (здесь будет чувствоваться существенное сопротивление) и наблюдайте за побледнением кожи. По всей вероятности, ребенок будет плакать во время инъекции; правильно проводимая подкожная инъекция может немножко жечь и образовать под кожей небольшой волдырь, который отслаивает кожу, по подобию отслойки корки апельсина.
- После завершения инъекции извлеките иглу и слегка надавите на место инъекции сухим ватным шариком.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ДОСТУПА

- Для обеспечения внутривенного доступа можно использовать различные участки. Наиболее часто для новорожденного используются:
 - периферические вены на верхней стороне кисти или ступни (наиболее часто используемые и предпочитаемые участки);
 - вены предплечья, логтевые, или вены в области лодыжки или колена (старайтесь как можно реже использовать вены в области колена в связи с тем, что имеется опасность иглой задеть кость);
 - вены в области головы.
- Если в неотложной ситуации невозможно быстро обеспечить доступ в периферическую вену, поставьте пупочный катетер в пупочную вену (страница Р-24) или обеспечьте внутрикостную инфузию (страница Р-27).

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ

СРЕДСТВА

- чистые перчатки
- тампон или ватный шарик, пропитанный антисептическим раствором (таблица С-10, страница С-41)
- стерильная капельница, заполненная раствором (если имеется возможность, используйте капельницу с микродозатором),
- стерильная система с иглой типа бабочки или канюля (23-25 размера; **если внутривенный доступ необходим для переливания крови**, убедитесь в том, что просвет иглы имеет достаточный размер [т.е. 22 размер], чтобы кровь не тромбировала иглу во время переливания)
- лейкопластырь или тонкая бумажная липкая лента
- тинктура бензоата (по возможности)
- резиновая ленточка (если используются вены скальпа)
- палочка для фиксации руки (или шина)

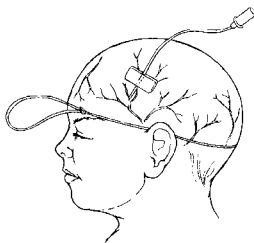
МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Соблюдайте требования по профилактике инфекций (страница С-37).
- Приготовьте раствор для вливания и удостоверьтесь, что он полностью заполняет капельницу жидкостью и что в ней нет воздуха. Если используется система с иглой типа бабочки, убедитесь, что она заполнена инфузионным раствором.

У младенцев легко может произойти воздушная эмболия. Перед тем как начать в/в вливание, убедитесь в том, что все компоненты инфузионной системы заполнены жидкостью и что в ней нет воздушных пузырей.

- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Обработайте кожу над проекцией вены тампоном или ватным шариком, смоченным в антисептическом растворе, и дайте поверхности просохнуть.
- Попросите вашего помощника надавить на кожу рядом с веней, чтобы это как бы заменило жгут:
 - Если для венозного доступа выбрали кисть, ступню, руку, или ногу, попросите вашего помощника указательным и большим пальцами одной руки осторожно сжать конечность над местом выбранной вены.
 - Если собираетесь использовать вену скальпа, попросите помощника нажать на вену ниже избранного места пункции или надеть резиновую ленточку (как жгут) на голову ребенка (**рис. P-7**).

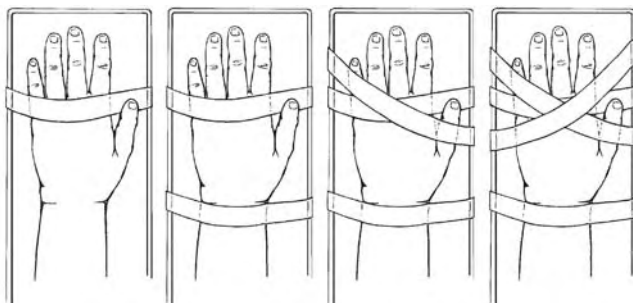
РИСУНОК P-7 Применение резиновой ленточки в качестве жгута для пункции вены скальпа



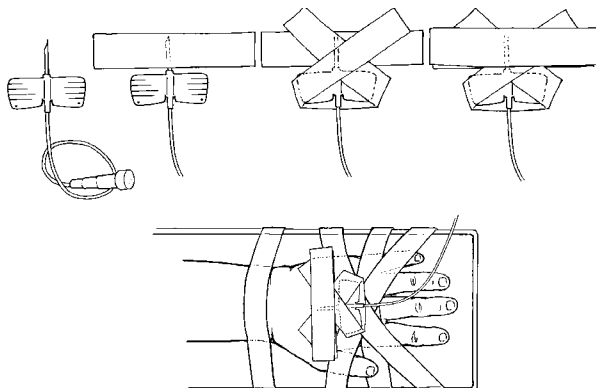
- Вколите иглу, срез которой должен быть направлен вверх, через кожу под углом приблизительно 15 градусов:
 - Если **используется система с иглой типа бабочки**, небольшое количество крови покажется в трубочке, присоединенной к игле, как только игла попадет в вену. Не продвигайте иглу глубже;
 - Если **используется канюля**:
 - Как только кровь заполнит втулку канюли, постепенно вытаскивайте иглу, одновременно продвигая канюлю внутрь;

- Когда втулка канюли доходит до места пункции кожи, полностью удалите иглу;
- Утилизируйте иглу согласно рекомендациям по профилактике инфекций (**страница С-42**).
- Попросите вашего помощника отпустить конечность новорожденного ребенка (или убрать резиновую ленточку с головы, если производилась пункция вены скальпа).
- Присоедините капельницу к системе с иглой типа бабочки или канюле:
 - Убедитесь, что в системе для в/в вливания нет воздушных пузырей;
 - Введите раствор в вену в течение нескольких секунд для того, чтобы удостовериться, что вена была успешно канюлирована. Жидкость должна свободно капать, а вокруг места стояния канюли не должно быть выпуклости;
 - Если **вокруг места вливания появляется выпуклость**, вытащите иглу из вены и повторите процедуру, используя другую вену.
- Если используете вену на кисти, ступне, руке, или ноге, иммобилизируйте конечность (напр., лейкопластырем или тонкой бумажной липкой лентой фиксируя конечность к палочке [или шине]) для ограничения ее движений (**рис. P-8**).

РИСУНОК P-8 Иммобилизация руки



- Фиксируйте канюлю или иглу типа бабочки на месте пункции полосками лейкопластыря или тонкой бумажной липкой ленты (**как показано на рис. P-9, стр. P-24**). Если имеется **тинктура бензоата**, намажьте ею кожу перед фиксацией канюли (иглы) пластырем.

РИСУНОК P-9 Фиксация системы с иглой типа бабочки

- Осматривайте место канюлирования вены ежедневно:
 - Оцените наличие покраснения или выпуклости вокруг места введения канюли; их наличие указывают на то, что игла находится вне вены и жидкость накапливается в подкожной ткани. **Как только заметите покраснение или припухлость, прекратите в/в вливание, удалите иглу, и обеспечьте новый внутривенный доступ, используя другую вену;**
 - Проверьте объем перелитой жидкости и сравните его с исходно назначенным объемом;
 - Регистрируйте все данные.

Растворы, содержащие глюкозу, могут стать причиной некроза ткани, поэтому не позволяйте им просачиваться в подкожную ткань.

- Меняйте систему для в/в вливания и мешок с инфузионным раствором каждые 24 часа даже в том случае, если в мешке еще остается раствор (он может явиться главным источником инфекции).

КАТЕТЕР ПУПОЧНОЙ ВЕНЫ

Катетер в пупочную вену вводится только в том случае, когда срочно нужен внутривенный доступ, но не удается быстро канюлировать периферическую вену.

ОБОРУДОВАНИЕ И СРЕДСТВА

- чистые перчатки
- качественно дезинфицированные или стерильные перчатки
- качественно дезинфицированный или стерильный пупочный катетер или обычный желудочный зонд:
 - если вес ребенка менее 1.5кг, используйте катетер 3.5 F размера
 - если вес ребенка 1.5 и более кг, используйте катетер 5 F размера
- стерильная капельница, заполнена раствором (по возможности, используйте капельницу с микродозатором)
- стерильный 5 или 10 мл шприц
- тампон или ватный шарик, пропитанный антисептическим раствором (**таблица С-10, страница С-41**)
- стерильные салфетки
- стерильное лезвие
- ленточка или толстая нить для перевязки пуповины (для остановки кровотечения)
- стерильные щипцы (зажимы)
- стерильная нить, пластырь, или тонкая бумажная липкая лента (для фиксации катетера)

МЕТОДИКА

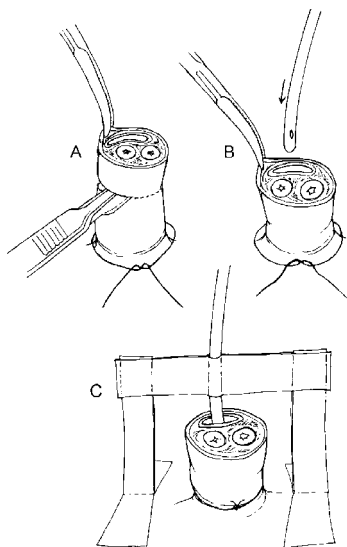
- Соберите необходимое оборудование и средства.
- Соблюдайте принципы профилактики инфекций (**страница С-37**) и методы асептики (**страница С-40**) .
- Приготовьте раствор для в/в вливания.
- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Обработайте пуповину и кожу вокруг нее, смазывая спиральными движениями от центра к периферии тампоном или ватным шариком, пропитанным антисептическим раствором. Повторите процедуру еще два раза, каждый раз используя новый тампон или ватный шарик; после обработки дайте поверхности просохнуть.

- Снимите чистые перчатки и наденьте качественно дезинфицированные или стерильные перчатки.
- Заполните пупочный катетер раствором и к концу катетера присоедините закрытый шприц (т.е. поршень находится в корпусе шприца).

Убедитесь в том, что в катетере нет воздуха и что к его концу присоединен закрытый шприц; если в катетере имеется воздух, то внезапный глубокий вздох ребенка после того, как был введен катетер, может вызвать воздушную эмболию.

- Накройте тело ребенка стерильными пеленками таким образом, чтобы только пуповина оставалась неприкрытой.
- Чтобы было возможно остановить кровотечение, наложите повязку или толстую нитку у основания пуповины и, используя стерильное лезвие, срежьте пуповину, оставляя ее на 1-2 см (**рис. P-10A**).
- Распознайте две пупочные артерии, которые имеют более толстые стенки и обычно сужены, и единственную пупочную вену, которая обычно имеет более широкий просвет и находится над артериями (ближе к головной части ребенка; **рис. P-10**).

РИСУНОК P-10 Катетеризация пупочной вены



- Держа катетер одной рукой (пицетом осторожно подтягивая культю пуповины другой рукой, если необходимо), введите его в пупочную вену по направлению к головной части и в правую сторону ребенка (**рис. Р-10В, страница Р-26**).
- Продвигая катетер в пупочную вену, шприцом периодически создавайте отрицательное давление, пока в катетере не покажется кровь. Как только кровь появится в катетере (обычно, когда катетер входит в вену на 5-7см), дальше его не продвигайте.
- **Если при введении катетера чувствуется сопротивление**, особенно проходя первые 2 - 3 см, дальше его не продвигайте. Вытащите катетер и попробуйте его поставить еще раз.

Если чувствуете сопротивление при введении катетера, никогда не проталкивайте его вперед.

- Завяжите ленточку или нитку у основания культи пуповины для того, чтобы фиксировать катетер и предотвратить кровотечение вокруг катетера или из одной из артерий.
- Отсоедините шприц и присоедините капельницу к катетеру, убедившись, что в системе нет воздушных пузырей.
- Чтобы предотвратить смещение катетера, пришейте катетер ниткой или фиксируйте клейкой лентой (**рис. Р-10 С, стр. Р-26**).
- Наблюдайте за в/в вливанием ежечасно:
 - Наблюдайте за возможным покраснением или набуханием вокруг пупка – это может указывать на инфекцию. **Как только заметите покраснение или набухание**, прекратите инфузионную терапию и удалите пупочный катетер. Попытайтесь снова канюлировать периферическую вену и лечите пупочную инфекцию (**страница F-135**);
 - Проверьте объем введенной жидкости и сравните его с исходно назначенным объемом;
 - Регистрируйте все данные.

ВНУТРИКОСТНОЕ ВЛИВАНИЕ

Не всегда легко обеспечить внутривенный доступ новорожденному ребенку. В неотложной ситуации хорошей временной альтернативой может служить внутрикостный путь, используя для вливания полость костного мозга. Этим путем можно вводить как жидкость, так и лекарства.

Прекратите использовать внутрикостный путь, как только будет обеспечен внутривенный доступ (по возможности, в течение восьми часов). Не пользуйтесь внутрикостным способом вливания, если намеченное место для пункции инфицировано или имеется перелом кости. Так как эта процедура используется только в неотложных ситуациях, обезболивание не требуется.

СРЕДСТВА

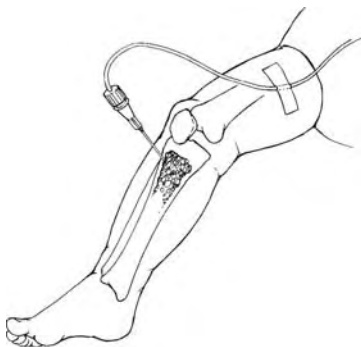
- чистые перчатки
- тампон или ватный шарик, пропитанный антисептическим раствором (**таблица С-10, страница С-41**)
- стерильная игла для пункции кости или костного мозга, или обычная игла 22 размера
- стерильная капельница, заполнена раствором (по возможности, капельница с микродозатором)
- лейкопластырь или тонкая бумажная липкая лента
- стерильный 5 мл шприц
- эластичный бинт
- шина с мягкой прокладкой

МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Приготовьте инфузионный раствор и убедитесь, что вся система для в/в вливания заполнена жидкостью и в ней нет воздуха.
- Если используете обычную иглу, присоедините к ней 5 мл шприц, в который набрано 3 мл раствора, и промойте иглу этим раствором.
- Определите место вкола (проксимальный конец большеберцовой кости или дистальный конец бедра):
 - Место на проксимальной части большеберцовой кости находится на 1 см ниже и на 1 см в сторону от бугристости большеберцовой кости;
 - Место на дистальном конце бедра находится на 2 см над наружным мыщелком.
- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Обработайте кожу над местом пункции тампоном или ватным шариком, смоченным в антисептический раствор, и дайте поверхности просохнуть.

- Выберите такое положение ноги ребенка, чтобы она была согнута в коленном суставе на 30 градусов и пятка свободно лежала на столе.
- Придерживайте большеберцовую кость одной рукой таким образом, чтобы рука не находилась непосредственно под местом укола.
- В другой руке держите иглу (с присоединенным шприцом, если используется обычная игла) и делайте укол под углом 90 градусов к выбранному месту, слегка наклонив иглу в сторону пятки.
- Вкалывайте иглу вращающим движением умеренной и постоянной силой. Немедленно остановите продвижение иглы, как только почувствуете уменьшение сопротивления - это означает, что игла вошла в полость костного мозга.
- Если игла стоит в правильном положении, удалите стилет (если использовалась специальная игла для пункции кости или костного мозга) и присоедините шприц.
- Чтобы убедиться в правильном стоянии иглы, подтяните на себя поршень шприца. Аспират, появившийся в шприце, должен напоминать кровь.
- Чтобы проверить правильное положение иглы, начинайте медленно вводить 3 мл раствора:
 - Следите, нет ли припухлости (это говорит о том, что жидкость просачивается под кожу) на передней поверхности ноги или в проекции малоберцовой мышцы на задней поверхности ноги. Если заметили припухлость, удалите иглу и попробуйте вколоть ее еще раз;
 - Если **раствор вводится с трудом, но нет припухлости в проекции малоберцовой мышцы**, возможно, что игла вошла в заднюю надкостницу. Вытащите иглу приблизительно на 0.5 см и осторожно снова введите раствор.
- Если **не отмечено никаких проблем**, присоедините инфузионную систему к игле (рис. P-11).

РИСУНОК P-11 Внутрикостное вливание



- Фиксируйте иглу лейкопластырем и иммобилизируйте ногу как при переломе бедра (**страница F-150**), удостоверившись в том, что эластичная повязка не мешает игле или капельнице.
- Наблюдайте за местом вливанием ежечасно:
 - Следите по поводу покраснения или припухлости вокруг участка введения иглы и в проекции малоберцовой мышцы; их появление указывает на то, что игла стоит неправильно и жидкость просачивается в подкожную ткань. Как **только заметите покраснение или припухлость**, немедленно прекратите вливание и удалите иглу. Вновь попытайтесь канюлировать периферическую вену, или постарайтесь пуктировать кость в другом месте;
 - Проверьте объем введенной жидкости и сравните его с исходно назначенным объемом; скорость вливания может резко меняться в зависимости от положения ноги;
 - Регистрируйте все данные.
- Удалите иглу из костного мозга, как только будет установлен внутривенный доступ, по возможности, в течение восьми часов.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЕНКОМ, КОТОРОМУ ПЕРЕЛИВАЕТСЯ КРОВЬ

- Каждый раз, когда собираетесь переливать кровь, наблюдайте за ребенком:
 - перед началом переливания;
 - начиная переливание;
 - каждые пять минут в течение первых 15 минут после начала переливания;
 - по крайней мере ежечасно во время последующего переливания;
 - каждые четыре часа в течение 24 часов после завершения переливания.

Тщательно наблюдайте за ребенком в течение первых 15 минут, а затем – регулярно в течение последующего времени переливания крови для того, чтобы вовремя распознать ранние признаки трансфузионных осложнений.

- В каждом из выше указанных временных промежутков записывайте следующую информацию в листе наблюдения ребенка:
 - внешний вид;
 - температуру
 - частоту сердечных сокращений;
 - частоту дыхания;
 - баланс жидкости (т.е. жидкость, которую ребенок получает через рот и внутривенно, и жидкость, которая выделяется с мочой).
- Кроме того, отмечайте:
 - время начала и завершения переливания;
 - объем и группу (Rh фактор) всей перелитой крови;
 - номера идентификации всей перелитой донорской крови;
 - любые побочные реакции.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

- Еще раз вспомните общие принципы использования крови в клинических условиях (**страница С-47**).
- Если пока не имеется внутривенного доступа, канюлируйте вену (**страница Р-21**).

- Перед началом переливания, проверьте (по возможности, со вторым сотрудником), чтобы убедиться в том, что:
 - кровь подходит для ребенка, информация о ребенке четко обозначена, была подобрана кровь, совместимая с кровью матери и ребенка. В экстренных случаях, используйте О группы, Rh-отрицательную кровь;
 - мешок переливаемой крови не был открыт и не протекает;
 - мешок с кровью не был извлечен из холодильника более, чем 2 часа тому назад, плазма не является розового цвета, эритроциты не выглядят багровыми или черными и что кровь не свернулась;
 - просвет внутривенного катетера свободный, а используемая игла имеет достаточный просвет (т.е. 22 размер), чтобы в ней не образовывались сгустки крови во время переливания.
- Отметьте температуру, частоту дыхания и сердцебиения ребенка.
- Удалите защитную крышку с мешка или бутылки с кровью, не касаясь открытой поверхности, и подключите систему для переливания крови.
- Откройте зажим на капельнице и дайте крови дойти до конца трубки, затем закройте зажим.
- Отсоедините трубку от внутривенной канюли и немедленно присоедините систему для переливания крови.
- Переливайте кровь в течение четырех часов из расчета 20 мл/кг массы тела ребенка.
- Регистрируйте температуру, сердцебиение и дыхание ребенка и замедлите скорость переливание крови на половину по мере улучшения жизненно важных показателей новорожденного ребенка.

Не оставляйте висеть мешок с кровью в комнатной температуре на более чем четыре часа.

- По возможности, используйте инфузионный насос для установления точной скорости переливания крови.
- Убедитесь в том, что кровь переливается с необходимой скоростью.
- После завершения переливания, вновь оцените состояние ребенка. Если **требуется повторное переливание крови**, переливайте ее в том же объеме и с той же скоростью.

ВВЕДЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДА

Желудочный зонд можно ввести через одну из ноздрей или через рот. Если ребенок дышит регулярно, введите самый тонкий имеющийся зонд через одну из ноздрей. Введите зонд через рот, если он нужен для опорожнения желудочного содержимого, необходим для кормления ребенка с дыхательными нарушениями, или в том случае, когда имеется зонд только относительно большого диаметра.

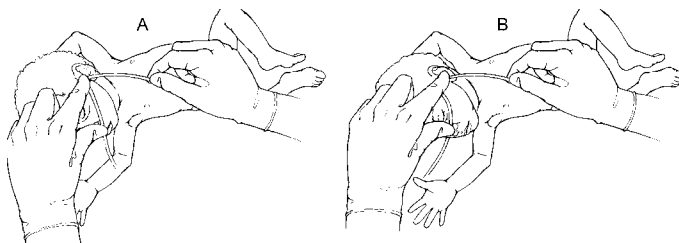
СРЕДСТВА

- чистые перчатки
- чистый пластиковый зонд или катетер, соответствующий весу ребенка:
 - если вес ребенка менее 2 кг, используйте зонд 5 F размера
 - если вес ребенка 2 и более кг, используйте зонд 8 F размера
- маркер или эластичная измерительная лента
- шприц 3-5 мл (для аспирации желудочного содержимого)
- синяя лакмусовая бумага или стетоскоп
- стерильный или глубоко дезинфицированный шприц или воронка для набора грудного молока (если зонд будет использоваться для кормления)
- пробка для желудочного зонда (если он будет использоваться для кормления)
- лейкопластырь
- тинктура бензоата (если она имеется)

МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Определите необходимую длину зонда:
 - держите зонд таким образом, чтобы он как бы повторял путь его введения (т.е. ото рта или кончика носа до нижнего края мочки уха и до живота, немножко ниже края реберной дуги; **рис. Р-12, страница Р-34**) и сделайте пометку на зонде с помощью маркера или пластыря.
 - параллельно измерьте нужное расстояние, используя эластичную измерительную ленту, и сделайте пометку на зонде с помощью маркера или пластыря.

РИСУНОК Р-12 Измерение нужной длины желудочного зонда при его введении через рот (А) и через нос (В)



- Немного пригните голову ребенка и осторожно введите зонд через рот (рис. Р-13) или через одну из ноздрей на необходимое расстояние. Если зонд **вводится через нос**:
 - если для кислородной терапии уже введен носовой катетер, введите желудочный зонд через ту же самую ноздрю, если это возможно;
 - если зонд легко не проходит через эту ноздрю, попробуйте другую;
 - если зонд легко не проходит и через другую ноздрю, введите его через рот;

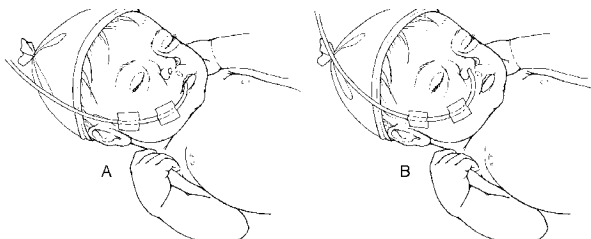
Никогда не вводите зонд насильно через ноздрю, если чувствуете сопротивление.

РИСУНОК Р-13 Введение зонда через рот



- Фиксируйте зонд с помощью пластыря (**рис. Р-14**):
 - Если **имеется тинктура бензоата**, помажьте ею кожу перед использованием пластыря;
 - Если **используется назогастральный зонд**, постарайтесь, чтобы он не давил на ноздрю, так как это может повредить кожу (дать пролежни).

РИСУНОК Р-14 Фиксация желудочного зонда, введенного через рот (А) и через нос (В)



ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДА

- Подтвердите правильное положение зонда:
 - Наберите в шприц 1-2 мл воздуха и присоедините его к концу зонда. Стетоскопом слушайте живот на проекции желудка, одновременно быстро вводя воздух через зонд:
 - Если **стетоскопом слышен свистящий звук во время введения воздуха**, конец зонда находится в желудке;
 - Если **свистящий звук не слышен**, положение зонда неправильное. Извлеките зонд и повторите процедуру.
 - Альтернативно проверьте кислотность желудочного содержимого:
 - Обратите внимание на то, что этот метод является достоверным только для новорожденных, возраст которых превышает 24 часа, или для маловесных детей (менее 2.5 кг при рождении или родившихся до недели 37 беременности), возраст которых более 48 часов;
 - Шприцом отсосите небольшое количество желудочного содержимого и накапайте его каплю на полоску синей лакмусовой бумаги:

- Если **лакмусовая бумага розовеет**, желудочное содержимое имеет кислотный характер, конец зонда стоит правильно в желудке;
- Если **лакмусовая бумага остается синей**, конец зонда находится в неправильном положении. Удалите зонд и заново повторите процедуру.
- Меняйте зонд каждые три дня или раньше, если зонд смещается или забивается; промойте его, глубоко дезинфицируйте или стерилизуйте согласно рекомендациям, изложенным в **таблице С-11 (страница С-43)**.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДА ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ ОПОРОЖНЕНИЯ СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДКА

- Если зондирование желудка осуществлено для кормления ребенка сцеженным грудным молоком, смотрите **страницу С-18** для указаний по вскармливанию.
- Если желудочный зонд введен для опорожнения желудочного содержимого, оставьте зонд открытым, фиксируйте его пластырем, а его конец заверните в чистую марлевую салфетку, таким образом обеспечивая содержание зонда в чистоте и сбор желудочного содержимого.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ (ЛЮМБАЛЬНОЙ) ПУНКЦИИ

Люмбальная пункция используется для подтверждения диагноза, когда ребенок имеет признаки, дающие повод заподозрить менингит. Не делайте люмбальную пункцию, если у ребенка имеется расщелина позвонка или менингомиелоцеле.

СРЕДСТВА

- чистые перчатки
- глубоко дезинфицированные или стерильные перчатки
- стерильные салфетки
- тампоны или ватные шарики, пропитанные антисептическим раствором (**таблица С-10, страница С-41**)
- игла для спинномозговой или для внутривенной пункции (22-24 размера)
- соответствующие пробирки
- сухие ватные шарики
- лейкопластырь

МЕТОДИКА

- Будьте готовы реанимировать ребенка с помощью мешка и маски (**страница Р-1**), если возникнет такая необходимость.
- Соберите необходимые средства.
- Уложите ребенка под источник лучистого тепла (страница С-5), если это возможно, и разденьте ребенка только тогда, когда будете готовы к выполнению процедуры.
- Соблюдайте принципы профилактики инфекций (**страница С-37**) и методы асептики (**страница С-40**).
- Выберите правильное положение ребенка:
 - Попросите вашего помощника держит ребенка в сидячем положении:
 - Держите ребенка таким образом, чтобы его ноги были вытянуты прямо, а спина изогнута (**рис. Р-15, страница Р-38**);
 - Убедитесь в том, что голова ребенка слегка опрокинута, но не согнута к груди, так как это может нарушить проводимость дыхательных путей ребенка.

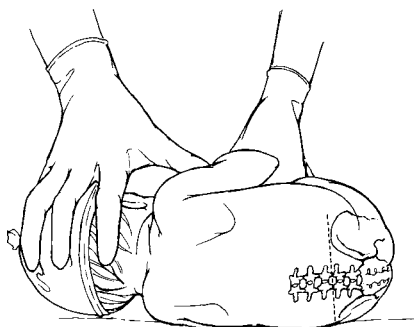
РИСУНОК Р-15 Сидячее положение для спинномозговой пункции

- Альтернативное положение ребенка – положение на её/его боку лицом к помощнику (большинство медработников правой рукой предпочитают, если ребенок лежит на её/его левом боку; **рис. Р-16**):
 - Положите ребенка таким образом, чтобы его спина находилась как можно ближе к той стороне стола, где будет выполняться люмбальная пункция;
 - Попросите вашего помощника одной рукой захватить затылок и шею, а другой рукой - заднюю часть бедер ребенка, чтобы придать его позвоночнику согнутое положение;
 - Убедитесь в том, что голова ребенка слегка опрокинута, но не согнута к груди, так как это может нарушить проходимость дыхательных путей ребенка.

РИСУНОК Р-16 Лежачее положение для спинномозговой пункции

- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Обработайте кожу в проекции поясничного позвончика, а в дальнейшем – и остальную часть спины, смазывая спиральными движениями от центра к периферии тампоном или ватным шариком, пропитанным антисептическим раствором. Повторите процедуру еще два раза, каждый раз используя новый тампон или ватный шарик; после обработки дайте поверхности просохнуть. промывая движением по спирали при помощи тампона или ваты, пропитанного в антисептическом растворе. Повторите еще два раза, каждый раз используя новый тампон или вату, и дайте высохнуть.
- Определите участок пункции между третьим и четвертым поясничными позвонками (т.е. на линии, проведенной между гребешками подвздошных костей; **рис. Р-17**).

РИСУНОК Р-17 Место спинномозговой пункции



- Снимите чистые перчатки и наденьте глубоко дезинфицированные или стерильные перчатки.
- Накройте тело ребенка стерильными пеленками, оставляя неприкрытым только место пункции.
- Вводите иглу в среднюю линию позвоночника по направлению к пупку ребенка.
- Медленно продвигайте иглу вперед на глубину приблизительно 1 см (или меньше, если ребенок маловесный [менее 2,5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности]). В связи с тем, что игла войдет в субарахноидальное пространство, возможно, вы почувствуете "провал".
- Если **используется игла для спинномозговой пункции**, удалите стилет.
- Если **игла упирается в кость**, не получится изменить ее направление. Вытащите иглу до кожи и еще раз сделайте укол, направляя иглу немножко вверх по направлению пупка ребенка.

- Соберите цереброспинальную жидкость (ЦСЖ):
 - Возьмите около 0.5-1 мл (приблизительно 6-10 капель) ликвора в каждую пробирку;
 - Если **не удается получить ЦСЖ**, немножко поверните иглу;
 - Если **ЦСЖ по прежнему не капает**, вытащите иглу и повторите пункцию, вводя иглу между четвертым и пятым поясничными позвонками;
 - Если **ЦСЖ с примесью крови**, вероятно, что игла прошла через спинной канал и вызвала кровотечение. Если ЦСЖ кровянистая, соберите достаточное ее количество на посев и определения чувствительности возбудителя к антибиотикам.
- Собрав ЦСЖ, вытащите иглу.
- Попросите вашего помощника осторожно прижать ватным тампоном место пункции, пока прекратится кровотечение или ликворея.
- Закройте место пункции повязкой с лейкопластырем.

РЕКТАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПАРАЛЬДЕГИДА

СРЕДСТВА

- чистые перчатки
- 3 мл пластиковый шприц
- стерильная 1-дюймовая игла (22-23 размера)
- паральдегид
- арахисовое (или растительное) масло
- мазь на водной основе

МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Попросите вашего помощника снять ребенку подгузники и держать ребенка на боку, в похожем положении, как при люмбальной пункции (**рис. Р-16, страница Р-38**).
- Наберите в шприц 2 мл арахисового масла.
- Наденьте на шприц иглу и наберите в тот же самый шприц паральдегид из расчета 0.3 мл/кг массы тела.
- Снимите иглу со шприца.
- Смажьте шприц мазью на водной основе.
- Осторожно вставьте шприц в выходное отверстие ребенка и продвиньте его в прямую кишку приблизительно на 3см.
- Медленно, в течение трех минут, вводите препарат и потом медленно удалите шприц.
- Позвольте ребенку расслабиться от согнутого положения.
- Если в течение пяти минут у ребенка отошел стул, еще раз повторите ту же самую дозу. Основное количество медикамента всасывается через 5-15 минут после введения и, если у ребенка после этого отошел стул, нет необходимости в повторном введении лекарства.

ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНИКА

СРЕДСТВА

- чистые перчатки
- глубоко дезинфицированные или стерильные перчатки
- тампон или ватный шарик, пропитанный антисептическим раствором (**таблица С-10, страница С-41**)
- стерильный тампон в стеклянной пробирке для забора материала на посев
- глубоко дезинфицированные или стерильные зажимы
- стерильная марля
- стерильное лезвие
- стерильные салфетки
- стерильный 10 мл шприц
- стерильный 3 мл шприц (или другого размера с соответствующей маркировкой для точной дозировки)
- стерильная игла 22 размера
- стерильная 5/8 дюймовая игла, 25 размера
- местный анестетик (напр., 0.5 % раствор лигнокаина)
- стерильная в/в жидкость

МЕТОДИКА

- Соберите необходимые средства.
- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Обработайте кожу над гнойником и вокруг его тампоном или ватным шариком, смоченным в антисептический раствор, и после этого дайте поверхности просохнуть.
- Снимите чистые перчатки и наденьте качественно дезинфицированные или стерильные перчатки.
- Наденьте иглу 22 размера на 10 мл шприц, наберите в шприц в/в жидкость и после этого удалите иглу.
- Накройте место гнойника стерильными пленками, оставляя неприкрытым только сам гнойник.

- Введите местное обезболивающее средство вокруг гноя:
 - Наберите анестетик в 3 мл шприц и на него наденьте иглу 25 размера.
 - Введите местный анестетик внутридермально (**страница Р-19**) таким образом, чтобы на коже появился маленький «волдырь»;
 - Через минуту, на шприц наденьте иглу 22 размера, вколите иглой через «волдырь» и инфильтруйте местным анестетиком ткани вокруг гноя.
- Подождите две минуты, пока начнет действовать местный анестетик, сделайте надрез флюктуирующего участка гноя.
- Стерильным тампоном возьмите образец гноя и отправьте его в лабораторию на посев и определение чувствительности возбудителя к антибиотикам.
- С помощью глубоко дезинфицированных или стерильных щипцов откройте «гнояный карман».
- Промойте гноя в/в жидкостью и оставьте рану открытой.

ГЛАВА 3: ПРИЛОЖЕНИЯ

СОХРАНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ЗАПИСЕЙ

Существует несколько видов медицинских записей при выхаживании новорожденных детей. В этом руководстве представлены следующие медицинские записи: записи общего клинического течения, форма выписки, форма направления, форма обратной информации и свидетельство о смерти. Образцы медицинских записей представлены в большей степени для своего содержания, нежели для своей формы. Дополнительные записи могут использоваться для административных целей. Кроме того, необходимо иметь журнал регистрации (**страница А-8**), в котором хранится основная информация о поступавших детях.

- Убедитесь, что во всех медицинских документах правильно написана фамилия ребенка и номер его идентификации.
- Храните клинические записи по правилам, принятым в данном учреждении. Будьте уверены в том, что клинические записи легко доступны для годовых отчетов, специальных исследований или научной работы.
- Храните истории болезни не менее одного года, если местные правила не предусматривают других терминов.
- Ознакомьтесь с требованиями по национальной регистрации некоторых болезней (напр., врожденного сифилиса).
- Анализируйте больничную статистику каждые 6-12 месяцев:
 - Число поступивших новорожденных детей;
 - Число выписанных новорожденных детей;
 - Число умерших младенцев;
 - Основные показатели по массе тела при рождении и полу ребенка;
 - Недостатка медикаментов, оборудования, средств и дежурного персонала.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАПИСИ

Клинические записи состоят из описания состояния во время поступления и регистрации текущего состояния и ухода.

- Записи о состоянии при поступлении (пример не приводится) должны в себя включать причину поступления, анамнез, предыдущее лечение и другую информацию о матери и семье. Удобно иметь заранее подготовленный вопросник.
- Записи о текущем состоянии и уходе во время госпитализации является конфиденциальным документом, к которому имеет доступ врач и медицинские сестры, участвующие в уходе за ребенком:
 - Храните записи рядом с ребенком;
 - По необходимости, заполняйте более одного столбика для ежедневных записей, когда ребенок болен, или когда он поправляется.

РИСУНОК А-1 Клинические записи текущего ухода

Но. регистрации		Фамилия и пол			Масса тела при рождении			Гестационный возраст			Диагноз			Палата		
														Страница №		
Дата	День															
Масса тела																
Температура																
Дыхание																
Рекомендации по кормлению																
Кормление (см. ниже ключ)																
Клиническое обследование																
Лабораторное обследование																
Лечение																

Ключ для обозначения кормления: Г = грудное вскармливание. Если ребенок не получает грудного вскармливания, на левом столбике укажите, что получает ребенок (СГМ = сцеженное грудное молоко, С = смесь) и каким способом (К = чашка/ложка, другое средство, З = желудочный зонд); на правом столбике укажите объем молока/смеси, который ребенок получает.

ФОРМА ВЫПИСКИ

Форма выписки (т.е. рис. А-2) должна включать информацию для родителей и медицинских работников, которые будут осуществлять дальнейший уход за ребенком после выписки из больницы.

РИСУНОК А-2 Форма выписки

Номер:	Дата поступления:	Отделение/палата		
Фамилия:		Дата рождения:	Возраст:	Масса тела при рождении:
Родители:		Место проживания:		
Причина поступления:		Поступил из: <input type="checkbox"/> Дому <input type="checkbox"/> Из другой больницы		
Анамнез беременности и родов:				
Начало заболевания:				
Течение болезни в больнице:				
Рекомендации по домашнему уходу:				
Дата выписки:	Выписан: <input type="checkbox"/> Домой <input type="checkbox"/> В другую больницу		Если умер, возраст в момент наступления смерти:	
Диагноз при выписке:			Причина смерти (диагноз и код):	
Последующее наблюдение:			Подпись:	
Где:		Когда:		

ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ

Форма направления (т.е. **рис.А-3**) имеет информацию, которая должна быть передана с ребенком и/или матерью во время перевода в другое медицинское учреждение или другое отделение для продолжения ухода и лечения.

РИСУНОК А-3 Форма направления

Номер регистрации:	Фамилия РЕБЕНКА :	Фамилия МАТЕРИ :
Кто направляет:	Масса тела при рождении:	Возраст:
Фамилия:	Дата и время рождения:	Адрес:
Учреждение/отделение:	Гестационный возраст:	
Сопровождающие медработники:	Основная причина направления: <input type="checkbox"/> Неотложное состояние <input type="checkbox"/> Плановый перевод <input type="checkbox"/> Сопровождать мать	Основная причина направления: <input type="checkbox"/> Неотложное состояние <input type="checkbox"/> Плановый перевод <input type="checkbox"/> Сопровождать ребенка
Переводится: Дата: Время:	Основные симптомы (клинические и температура):	Основные симптомы (клинические, кровяное давление, температура, лабораторные исследования):
Поступил: Дата: Время:	Лечение и время его назначения До перевода: Во время перевода: Последнее (грудное) кормление (время):	Лечение и время его назначения До перевода: Во время перевода:
	Информация, предоставлена матери и ее партнеру по поводу показаний для перевода:	Информация, предоставлена матери и ее партнеру по поводу показаний для перевода:

ФОРМА ОБРАТНОЙ ИНФОРМАЦИИ

В форме обратной информации (т.е. **рис. А-4**) имеется информация, которая должна быть отправлена обратно в учреждение, из которого поступил ребенок, после его выписки или смерти.

РИСУНОК А-4 Форма обратной информации

Номер регистрации:	Фамилия РЕБЕНКА :	Фамилия МАТЕРИ :
Кто направляет:	Масса тела при выписке:	Возраст:
Фамилия:	Дата рождения:	Адрес:
Учреждение/отделение:	Возраст (дни):	
Сопровождающие медработники:	Основная причина направления: <input type="checkbox"/> Неотложное состояние <input type="checkbox"/> Плановый перевод <input type="checkbox"/> Сопровождать мать	Основная причина направления: <input type="checkbox"/> Неотложное состояние <input type="checkbox"/> Плановый перевод <input type="checkbox"/> Сопровождать ребенка
Поступил: Дата:	Диагнозы:	Диагнозы:
Время:	Проведенное лечение:	Проведенное лечение:
Выписан: Дата:	Настоящее лечение и рекомендации по дальнейшему уходу:	Настоящее лечение и рекомендации по дальнейшему уходу:
	Последующее посещение: Когда: Где:	Последующее посещение: Когда: Где:
	Профилактические меры:	Профилактические меры:
	В случае смерти: Дата: Причины:	В случае смерти: Дата: Причины:

МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПРИЧИНЕ СМЕРТИ

- Если ребенок умирает, заполните свидетельство о смерти и отправьте его в официальные инстанции, руководствуясь существующими в стране правилами. Пользуйтесь Международной классификацией болезней или другой принятой в стране системой кодирования заболеваний. Придерживайтесь указаний по кодированию заболеваний.
- **Рисунок А-5 (страница А-6)** представляет образец свидетельства о смерти, предлагаемый ВОЗ. Каждая страна имеет свою форму и порядок регистрации смерти и ее причин, который обуславливает как содержание самой формы, так и промежуток времени, в течение которого необходимо сообщить о смерти. Подумайте о необходимости внесения дополнительных данных о ребенке в свидетельстве о смерти, который используется в вашей стране.

РИСУНОК A-5 Свидетельство о смерти

Причина смерти		Приблизительное время между началом заболевания и смерти
I Болезнь или состояние непосредственно приведшее к смерти* Предшествующие причины Патологические состояния, если такие имели место и привели к летальному исходу, с указанием основной причины смерти последней.	(a)..... В результате (или как следствие)
	(б)..... В результате (или как следствие)
	(в)..... В результате (или как следствие)
	(г).....
II Другие серьезные состояния содействовавшие смерти, но непосредственно не связанные с болезнью или состоянием, вызвавшим ее

* Это не указывает на механизм смерти, напр., сердечную или дыхательную недостаточность. Это означает болезнь, повреждение или осложнение, которое вызвало смерть.		

Подумайте о сборе следующей информации:

III Если умершая является женщиной, была ли она: Предшествующие причины Патологические состояния, если такие имели место и привели к летальному исходу, с указанием основной причины смерти последней.	<input type="checkbox"/> Не была беременной <input type="checkbox"/> Не была беременной, но забеременела в период 42 дней до смерти <input type="checkbox"/> Была беременной во время смерти <input type="checkbox"/> Не известно, была ли беременной или была беременной в период 42 дней до смерти
IV Если умерший является новорожденным и не старше одного месяца жизни:	Какой был вес ребенка:.....г Если не известен точный вес ребенка, он весил: <input type="checkbox"/> 2.5 кг и более <input type="checkbox"/> менее 2,5 кг

КНИГА РЕГИСТРАЦИИ

- Храните книгу регистрации для основной информации о всех поступающих новорожденных детях:
 - номер идентификации;
 - регистрационный номер;
 - фамилия;
 - адрес;
 - масса тела при рождении;
 - время поступления и время выписки;
 - причины поступления;
 - диагнозы при выписке;
 - состояние при выписке (выжил, переведен в другое учреждение, умер);
 - следующее посещение для осмотра;
- Минимальная информация включает в себя дату поступления, фамилию матери и ребенка, основное заболевание, исход (выписан домой, переведен в другое учреждение, или умер) и дату. Полезно включить и массу тела ребенка при рождении.
- Может быть полезным иметь отдельные книги регистрации для новорожденных, которые умерли, были переведены в другое учреждение или нуждающихся в дальнейшем наблюдении.

НЕОБХОДИМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ, СРЕДСТВА И ЛЕКАРСТВА ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ БИОХИМИЯ И ГЕМАТОЛОГИЯ

Средства, необходимые для:

- Измерения глюкозы крови
- Измерения гемоглобина (или гематокрита [объемная часть эритроцитов])
- Измерение сывороточного билирубина
- Подсчета клеток в цереброспинальной жидкости
- Выполнения серологического определения сифилиса

МИКРОБИОЛОГИЯ

Средства, необходимые для выполнения:

- Посева крови, гноя и ликвора и определения чувствительности возбудителя
- Окраски (мазка) по Граму

БАНК (РЕЗЕРВ) КРОВИ

Свежая цельная кровь, включая Rh-отрицательную кровь, группы O

Средства, необходимые для определения:

- Группы крови и перекрестной совместимости
- Теста Кумбса

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ НЕЛЕЧЕБНЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ

- Площадь для приготовления в/в растворов и лекарств
- Холодильник и/или морозильник
- Склад для хранения медицинских средств
- Фонарь с запасными батарейками и лампочкой

ЛЕЧЕБНЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ

- Одеяла, простыни, одежда для младенцев (или материал для заворачивания), шапочки, и пеленки
- Кресло для матери (удобное для грудного вскармливания)
- Кроватки для новорожденных
- Место для мытья рук
- Источник тепла
- Источник освещения
- Источник кислорода (кислородный баллон, кислородный концентратор, или централизованная подача кислорода) и измеритель потока (флоуметр), который позволяет регулировать поток, начиная с 0.5 литров в минуту
- Комнатный термометр

Настенные часы

ОБОРУДОВАНИЕ

Лицевые маски для реанимации (0 и 1 размеров)

Инкубаторы

Стойки для капельниц

Лампа фототерапии

Источники лучистого тепла

Саморасправляющиеся дыхательные мешки для новорожденных

Стетоскоп

Отсос

Термометры (включая ректальный термометр, которым можно измерить температуру, начиная от 25 °С),

Весы с точностью измерения 5-10 грамм

МЕДИЦИНСКИЕ СРЕДСТВА

ТРУБКИ И КАТЕТЕРЫ

Желудочные зонды (3.5F, 5F и 8F размера) с крышками

Отсосные катетры

Пупочные катетры

СРЕДСТВА ДЛЯ КИСЛОРОДНОЙ ТЕРАПИИ

Кислородная палатка

Носовой катетер (6F и 8F размера)

Носовые канюли (1 мм и 2 мм)

СРЕДСТВА ДЛЯ В/В ВЛИВАНИЯ

Система с иглой типа бабочки (22-25 размера)

Канюли (22-25 размера)

Капельницы

Микродозаторы

Краники (двухходовые или трехходовые)

СРЕДСТВА ДЛЯ ИНЪЕКЦИИ

Иглы (21-25 размера)

Шприцы (1-10 мл)

ИНСТРУМЕНТЫ

Лезвия и ручки

Пинцеты (зажимы) (т.е. для катетеризации артерий, рассечения, тканей)

Иглодержатель

СРЕДСТВА ДЛЯ ЗАБОРА АНАЛИЗОВ

Капиллярные трубки

Пробирки для сбора материала для анализов (крови, гноя и ликвора)

Реагентные бумажные ленточки для определения глюкозы

Ланцет

КОРМЛЕНИЕ И ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Молочные смеси доношенных и недоношенных детей

Умкости для хранения сцеженного грудного молока

Кружки, чашки и ложки, или другие средства для кормления

Посуда и емкости для приготовления молочной смеси

ДРУГИЕ СРЕДСТВА

Лейкопластырь или тонкая бумажная липкая лента

Подкладка для руки

Ленточки для перевязки пуповины

Ватные шарики

Салфетки

Марлевые бинты

Шины

Нити для наложения швов

Тампоны

ФОРМЫ УЧЕТА

Лабораторные бланки

Журнал регистрации

Формы медицинские записей, номограммы роста, формы направления и обратной информации

Другие предписанные формы

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ***СРЕДСТВА ДЛЯ МЫТЬЯ РУК***

Проточная/чистая вода

Мыло и/или алкогольсодержащее дезинфицирующее средство

Полотенца

ПЕРЧАТКИ

Чистые перчатки

Толстые резиновые или латексные хозяйственные перчатки

Качественно дезинфицированные или стерильные перчатки

СРЕДСТВА ДЛЯ ОБРАБОТКИ КОЖИ

Антисептический раствор (т.е. 2.5 % поливидон йода, 4 % глюконат хлоргексидина, 60-90% этиловый или изопропиловый спирт)

СРЕДСТВА ДЛЯ УТИЛИЗАЦИИ ОТХОДОВ

Герметичный контейнер для грязных отходов

Проколоустойчивый контейнер для острых предметов

Ящик для грязного белья и салфеток

СРЕДСТВА ДЛЯ ЧИСТКИ И ДЕЗИНФЕКЦИИ

Место для чистки и дезинфекции оборудования и медицинских средств

Дезинфицирующий раствор (т.е. 0.5 % раствор хлорки, 2 % глютаралдегид),

Стерилизатор инструментов

МЕДИКАМЕНТЫ

0.5 % генциан виолет

1% мазь гидрохлорида тетрациклина

10% раствор глюкозы

Ампициллин

Иммуноглобулин антистолбнячный (людской)

Арахисовое (или растительное) масло

Бензатин бензилпенициллин (или прокаин бензилпенициллин)

Бензилпенициллин

Оральный препарат железа

Средства для глазной профилактики (т.е. 1% нитрат серебра, 2.5 % поливидон йода, или 1% тетрациклиновая мазь)

Цефотаксим

Цефтриаксон

Ципрофлоксацин

Клоксациллин

Диазепам

Гентамицин

Изониазид

Лигнокаин (лидокаин)

Невирапин
Физиологический раствор (или лактат Рингера)
Нистатиновый крем
Оральный раствор для регидратации (ОРР)
Паральдегид
Фенобарбитал
Фенитоин
Витамин К₁ (фитоменадион)
Зидовудин (АЗТ)

ВАКЦИНЫ

Противотуберкулезная (БЦЖ)
Против дифтерии, коклюш, и столбняк (АКДС)
Против гепатита Б (ВГБ)
Против полиомелит (ОПВ)
Противостолбнячная (столбнячный анатоксин)

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абсцесс
диагностика F-128
ведение F-130, F-131
процедура вскрытия и дренирования P-43 – P44
расходный материал P-43
- ABO группы крови
несовместимость F-77, F-80, F-81, F-113
семейный анамнез F-77
желтуха F-78
- Активность, сниженная F-87
- Альтернативные методы вскармливания C-14 -C-15
чашка, ложка, др.
приспособления C-16 - C-18
желудочный зонд C-18- C-19
сцеживание грудного молока в рот ребенка C-18
- Ампициллин
разведение C-33
дозировки C-34
- Анализы крови
Процедура, P-9
о них P-9
кровотечение и\или бледность и F-113, F-118
- Анамнез
ребенка F-7, F-8
родов F-9
матери F-8, F-9
течения беременности F-8, F-9
- Анемия
анамнез F-77
у больного и недоношенного ребенка F-119, F-120
- Антибиотики
выбор и назначение C-31
разведения C-33
дозировки C-34, C-35
в\м назначение C-32
в\в назначение C-31
При специфических инфекциях C-32
- Антисептические растворы C-41
- Анус, неперфорированный A-153
- Апноэ
ведение F-52
у маловесных F -52, F-53
и припухлость на голове F-123
у доношенных F-53
- Асептика, техника C-41
антисептические и дезинфицирующие растворы C-41
- Асфиксия
и кровотечение и\или бледность F-117
различия с сепсисом F-35
ведение F-44, F-45
полученные данные F-37
текущий уход F-45, F-46
подозрение F-39, F-40
- Банк крови, оборудование, A-9
- Бедро, перелом F-150
- Бензатин бензилпенициллин
разведение C-33
дозировки C-34
- Бензилпенициллин
разведение C-33
дозировки C-34
- Беременность
диабет во время F-156
гепатит В во время F-155
ВИЧ во время F-159
анамнез течения F-8, F-9

- положительная реакция на сифилис у матери во время F-36, F-157
 туберкулез во время F-155,156
 кровотечение из влагалища в поздних сроках F-116
- Бессознательное состояние F-14, F-37
- Билирубиновая энцефалопатия
диагностика F-81
ведение F-83-F84
- Биохимическое оборудование А-9
- Бледность
дифференциальный диагноз с F-115 по F-118
общее ведение F-119, F-120
 симптомы F-113
 и припухлость на голове F-123
 без кровотечения в анамнезе F-114
- Бледность неясной этиологии F-119, F-120
- Близнецы
 и кровотечение и\или бледность F-113, F-116
 грудное вскармливание С-14
 затруднения при кормлении F-95, F-96
- Болезненный живот
 и вздутие живота F-110
 кровотечение и\или бледность F-117
 и диарея F-110
 и рвота F-101
- Болезненная припухлость на коже F-127, F-128
- Боль
 и движения конечностей F-147
 и припухлость на голове F-122
- Большой на вид ребенок F-87
- Большой ребенок
 быстрая оценка F-5, F-6
 анемия у F-118, F-119
 вскармливание и инфузионная терапия
 1,25-1,49кг F-29
 1,5-1,749кг F-29
 1,75-2,5кг F-30
 менее, чем 1,25 кг F-30
- БЦЖ (противотуберкулезная вакцина)С-51
- Вакцина туберкулезная (БЦЖ) С-51
- Вакцина против гепатита В С-52
- Вакцины
 необходимые расходные материалы А-13
 общие указания С-51
 гепатит В С-52
 полиомиелит С-52
 персонала С-38
 туберкулез С-51
- Вагинальное кровотечение в конце беременности\при родах F-116
- Венепункция
 процедура Р-9, Р-11
 иглой и шприцом или набором «баттерфляй» Р-10
 иглой без шприца Р-10, Р-11
 кровотечение из мест венепункции F-115
 принадлежности для Р-9
- Вакцинация
 общие указания С-51
 гепатит В С-52
 полиомиелит С-52
 персонала С-38

- туберкулез С-51
 Ведение записей А-1
 история болезни А-1, А-2
 свидетельство о смерти А-6,
 А-7
 выписка из истории болезни
 (при выписке домой) А-3
 выписка из истории болезни
 (при переводе) А-5
 регистрационный журнал А-8
 выписка при переводе А-4
 расходный материал А-11
- Вес
 ребенка, получающего
 жидкость в\в С-23
 и мониторинг роста С-53
 измерение при рождении F-19
 фиксация С-54, С-55
 -пример С-56
- Веса прибавка
 и вскармливание у
 маловесного ребенка старше
 7 дней F-30
 неадекватная F-93
 диагностика F-95
 ведение F-96, F-98
- Витамин К₁, F-21
 и кровотечение F-6
- ВИЧ, мать, получающая
 антиретровирусную терапию
 F-159, F-160
 общее ведение F-159
 вскармливание и с F-160 по
 F-162
- Внутрижелудочковое
 кровотечение
 диагностика F-63
 ведение F-66
- Воздушная эмболия и в\в инфузии
 P-22, P-26
- Врожденные дефекты
 стигмы дисэмбриогенеза F-151
 незаращение губы или неба
 F-151, F-152
 косолапость F-152
 общение, эмоциональная
 поддержка С-60, С-61
 полидактилия F-151
 гастрошизис F-152, F-153
 генетические F-153
 атрезия ануса F-153
 Рвота и F-100
 менингомиелоцеле F-152
 омфалоцеле F-152, F-153
 кожные отростки F-151
 спина бифида F-152
- Выписка
 наблюдение после С-68
 политика и процедуры С-67,
 С-68
 маловесного ребенка F-33, F-34
- Врожденный порок сердца F-52
 Врожденный сифилис F-36, F-37
- Втяжения уступчивых мест
 грудной клетки F-47
- Выжидательная тактика С-53, С-54
- Выделения из носа F-37
- Выписка при переводе А-4
- Вялость F-87
- Вялость F-87
 вызванная лекарствами
 диагностика F-89
 ведение F-89
- Г6ФД (глюкозо-6-фосфат-
 дегидрогеназы) дефицит
 кровотечение и\или бледность
 и F-116
 желтуха и F-80, F-81, F-82

- Гаспы
неотложные мероприятия F-5, F-6
- Гастрошизис F-152, F-153
- Генетические заболевания при рождении F-153
- Гентамицин
разведение C-33
дозировки C-35
- Гематокрит
показания к трансфузии и F-114
- Гематология, расходный материал A-9
- Гемоглобин
уровень, показания к трансфузии и F-114
- Гемолиз F-116
- Гемолитическая желтуха
диагностика F-80
ведение с F-81 по F-83
семейный анамнез F-77
- Геморрагическая болезнь новорожденных
диагностика F-115
ведение F-119
- Гепатит В, бессимптомный ребенок от нелеченой матери F-155
- Гепатит В, вакцина C-52
- Вялость F-87
- Гипервозбудимость F-87
- Гипергидратация
и в\в введение жидкости C-23
- Гипергликемия C-22, C-23
- Гипертермия
диагностика F-70
ведение с F-73 по F-75
- Гипотермия
диагностика F-70
- ведение**
умеренная F-72, F-73
тяжелая F-71, F-72
- Глаза
оценка F-16
профилактика F-21
красные, отечные, гноящиеся F-139
дифференциальный диагноз F-141
общее ведение F-139, F-140
хламидии и F-142, F-143
гонорея и F-142
окраска по Граму или посевы при невозможности определить чувствительность F-143
золотистый стафилококк и F-142
- Глюкоза крови
кровотечение и\или бледность F-114
судороги или спазмы и F-59. F-62
в\в жидкость и C-22
низкая
ведение
менее 25мг%, F-91
менее 45, но более 25мг% , F-92
частота измерения после получения нормального значения F-92
множественные симптомы при F-36
измерение P-13

- Глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназа (Г6ФД)
дефицит F-81, F-82
кровотечение и/или бледность и F-116
семейный анамнез F-77, F-113
желтуха и F-78, F-80
- Гной
выделение из глаз F-139
дифференциальный диагноз F-141
общее ведение F-139, F-140
выделение из пупка F-135, F-136
- Гонорея
конъюнктивит F-141, F-142
- Голова
оценка F-17
нарастание окружности F-123, F-124
конфигурация F-121
- Группы крови. См. ABO- группы крови
- Грудное вскармливание
затруднения
дифференциальный диагноз F-95
общее ведение F-94
полученные данные F-93, F-94
исключительно
общие принципы с C-11 по C-14
положение матери и прикладывание ребенка с C-12 по C-14
двойня C-14
сцеживание молока в рот ребенку C-18
метод «кенгуру» F-32, F-33
и мать с ВИЧ F-160, F-161
маловесный ребенок
- Губы
синюшные F-47
назначение кислорода и их цвет C-30
- Дауна синдром F-153
- Движения, оценка F-12, F-13
- Дегидратация
диарея и F-107, F-108
и в\в введение жидкости C-23
- Дезинфицирующие растворы C-41
- Диабет, бессимптомный ребенок от нелеченой матери F-156, F-157
- Диарея F-108
дифференциальный диагноз F-109, F-110
общее ведение F-108
кровотечение и F-117
симптомы F-107
профилактика инфекций и F-107
нозокомиальная инфекция F-110, F-111
раствор для оральной регидратации F-108
- Диазепам
при судорогах, предосторожности F-64
при столбняке F-66, F-67
- Документации ведение A-1, A-2, F-5
- Дренирование
абсцесса P-43, P-44
желудочный зонд для P-36

Дыхательные нарушения

классификация F-49

неотложные мероприятия

гаспы F-5, F-6

менее 20 дыханий в

минуту F-5, F-6

отсутствие дыхания

F-5, F-6

общее ведение, F-48

апноэ

у маловесных детей

F-52, F-53

у доношенных детей

F-53

и врожденный порок сердца

F-52

легкой степени F-49, F-51, F-52

средней степени F-49, F-50,

F-51

тяжелой степени F-49, F-50

как признак сепсиса и

асфиксии F-37

симптомы F-47

оживление ребенка, который

дышал –с P-1 по P-4

Жаропонижающие,

предосторожности при

гипертермии F-73

Живот, оценка F-18

Живот, вздутие

дифференциальный диагноз

с F-101

до F-103

ведение, общее, F-100

симптомы с F-99 до F-100

Желтуха

дифференциальный диагноз

F-80, F-81

первоначальное ведение F-78
кровотечение и\или бледность
F-116

клиническое выявление

степени тяжести F-78, F-79

врожденный сифилис и F-46

судороги и спазмы и F-59

семейный анамнез F-80, F-116

симптомы F-77

припухлость на голове и F-124

лечение, основанное на

концентрации

сывороточного билирубина

F-79

Желудка раздражение

диагностика F-103

ведение F-106

Желудочные зонды

необходимый расходный

материал A-10

затруднения вскармливания и

F-94, F-95

для питания сцеженным

грудным молоком C-18, C-19

профилактика инфекций при

использовании C-43

введение P-33

процедура с P-33 по

P-36

расходный материал

P-33

Желудочно-кишечного тракта

порок или непроходимость

диагностика F-102

ведение F-105

Жидкость

кровотечение и\или бледность

и F-114, F-120

- при шоке F-2
 в\в (внутривенно) C-20
 назначение C-21
 выбор препарата C-20, C-21
 комбинация с питанием C-23
 электролиты и C-21
 мониторирование при
 проведении детям C-22, C-23
 объемы жидкости и питания в
 первые дни жизни C-22
 при транспортировке
 больного или маловесного
 ребенка C-64
- ЖПВ (полиомиелитная вакцина)
 C-52
- Журнал учета A-8
- Заглатывание материнской крови
диагностика F-102
ведение F-105, F-106
- Заменители грудного молока C-19,
 C-20
 и мать с ВИЧ F-160, F-161,
 F-162
- Игла «бабочка»
 постановка в вену с P-21 по
 P-24
 закрепление P-23, P-24
 использование венепункции
 P-10
- Инкубатор
 аномальная температура тела
 и F-69, F-73
 достоинства и недостатки C-
 26
 профилактика инфекции при
 использовании C-43
 для оксигенотерапии C-28
 рекомендованная температура
- C-7
 для согревания ребенка и
 поддержания его
 температуры C4, C-7, C-8
- Инфекции
 нозокомиальные C-45, C-46
 диарея F-111
 глаз F-140
 кожи F-129
 пупка F-136
 люди как источник C-38
 кожи F-128, F-129, F-130
 пупка
 локальная F-137
 тяжелая 136, 137
- Инфекции профилактика
 дополнительные методы C-45
 асептические технологии C-40,
 C-41
 антисептические и
 дезинфицирующие
 растворы C-41
 многоразовые бутылочки C-40,
 C-41
 скрининг при переливании
 крови C-48, C-49
 мытье и дезинфекция,
 необходимое оборудование
 A-12
 диарея и F-107
 глаза и F-139
 общие принципы C-37
 перчатки A-12
 защитные C-39, C-40
 мытье рук C-38, C-39
 необходимые
 принадлежности A-11
 санитарный режим отделения и
 уничтожение одноразового
 инвентаря C-43, C-44

- инструменты и оборудование.
 Инструкции по
 использованию С-42, С-43
 безопасное обращение с
 острыми предметами С- 42
 в\в линии и мешки для
 жидкости и Р-24
 нозокомиальных инфекций
 С-45, С-46
 защитная одежда для С-39
 рутинный уход С-37, С-38
 инфекции кожи у
 новорожденных и F-127
 пупок и F-135
 уничтожение одноразового
 инвентаря, необходимое для
 этого оборудование А-12
- Иньекции**
 необходимое оборудование и
 расходный материал А-10
 внутривенные Р-19, Р-20
 внутримышечные (в\м) с Р-15
 по Р-17
 внутривенные (в\в) Р-17, Р-18
- Исследование** F-10
 живота и спины F-18
 веса при рождении F-19
 температуры тела F-12
 цвета кожи F-11
 глаз F-16
 питания F-20
 лица и головы F-17
 частоты сердечных
 сокращений F-12
 неотложные мероприятия
 после F-20, F-21
 конечностей F-14, F-15
 рта и носа F-18
 мышечного тонуса и уровня
 активности F-14
 положения и движений F-12,
 F-13
 числа дыхательных движений
 F-11
 кожи F-15, F-16
 пупка F-16
 мочи и стула F-19
- Источник лучистого тепла**
 и аномальная температура
 тела F-69, F-73, F-74
 профилактика инфекции при
 использовании С-43
 и в\в жидкость и объем
 питания С-22
 для согревания и
 поддержания температуры
 тела С-3, С-5, С-6
- Канюля**
 постановка в вену с Р-21 по
 Р-24
 закрепление Р-23
- Катетеры** А-10
 предотвращение инфекции С-43
 назальные
 для
 кислородотерапии С-27
 для пупочной вены с Р-25 по
 Р-27
- Кашель** при сосании
дифференциальный диагноз
 F-95
общее ведение F-94
- Кислородная палатка** С-27, С-28
 достоинства и недостатки С-26
 профилактика инфекции при
 использовании С-43

- Кефалогематома
 диагностика F-122
 ведение F-124, F-125
- Клинические записи А-1, А-2
- Клоксациллин
 для инъекций
 разведение С-33
 дозировки С-35
 для перорального применения
 разведение С-33
 дозировки С-35
- Клюмпке паралич F-147
- Ключица, перелом F-150
- Коагулопатия
 диагностика F-115
 ведение F-119
- Кожа
 оценка F-15, F-16
 проблемы
 дифференциальный
 диагноз F-128
 ведение
 потертости F-132,
 F-133
 воспаления,
 абсцессы F-130, F-131
 порезы F-132
 инфекции F-129,
 F-130
 молочница F-131
 симптомы F-127,
 F-128
- Кожа головы, опухоль F-121
 диагностика F-122
 ведение F-123, F-125
 симптомы F-121
- Конечности, оценка F-14, F-15
- Контакт «кожа-к коже»
 для согревания и
 поддержания температуры
- тела С-5
 и маловесный ребенок F-23,
 F-36 *См. также*
 Больной ребенок
 анемия у F-118, F-119
 апноэ у F-52, F-53
 затруднение дыхания у F-49
 выписка и последующее
 наблюдение F-33, F-34
 вскармливание и инфузионная
 терапия
 общие принципы F-24,
 F-30
 при отсутствии
 серьезного заболевания
 1,25-1,49кг F-27
 1,5-1,749кг F-27
 1,75-2,5кг с F-26 по
 F-27
 менее, чем 1,25 кг
 F-27, F-28
 затруднения при
 вскармливании F-93, F-95,
 F-96
 выхаживание методом
 «кенгуру» с F-30 по F-33
 множественные симптомы
 при F-36, F-37, F-38, F-40,
 F-41
 прибавка веса и
 вскармливание после 7 дня
 жизни F-30
- Конъюнктивит
 дифференциальный диагноз
 F-141
 ведение
 хламидийный F-142,
 F-143
 гонорейный F-142
 Золотистый

стафилококк и F-142
 Косолапость F-152
 Кровапотеря, акушерские
 причины
диагностика F-116
ведение F-119
 Кумбса проба
 кровотечение и F-116
 при желтухе F-78
 желтуха и F-80
 Кровотечение F-113
**Дифференциальный
 диагноз** с F-115 по F-118
Ведение
 коагулопатия F-119
 общее F-114
 геморрагическая
 болезнь новорожденного
 F-119
 акушерские причины
 F-119
 продолжающееся
 F-120
 внутрижелудочковое и
 судороги F-66
 Кровь
 клиническое использование
 С-477
 в кале F-102, F-115, F-117
 в рвотных массах F-99, F-
 101, F-102
 проглоченная материнская
диагностика F-102
ведение F-105, F-106
 Лицо
 оценка F-17
 паралич F-147, F-148
 Лицевая кислородная маска С-28

достоинства и недостатки С-26
 Люмбальная пункция
процедура с Р-37 по Р-40
 положение лежа для Р-38
 место вкола Р-39
 положение сидя для Р-38
 необходимые
 принадлежности Р-37
 Мать *См. также* Грудное
 вскармливание
 отмечает изменения в
 состоянии ребенка F-21
 трещины сосков и рвота у
 ребенка F-102
 сцеживание грудного молока
 С15, С-16
 с лихорадкой в родах или
 после них F-55
 ребенок с
 множественными
 симптомами и F-37
 с безводным промежутком
 более 18 часов до родов F-55
 ребенок с
 множественными
 симптомами и F-37
 иммунизация от столбняка,
 судороги и спазмы у
 ребенка и F-59
 с инфекцией мочевых путей
 во время родов и после них
 F-55
 ребенок с
 множественными
 симптомами и F-37
 Медикаменты
 необходимые А-12, а-13

Меконий

в амниотической жидкости F-47

не отходит в течение 24 часов после рождения F-19

Менингит

ведение F-43

подозрение F-42

Менингомиелоцеле F-152**Микробиология, необходимое оборудование** A-9**Международный медицинский сертификат о**

причине смерти A-6, A-7

Метод «кенгуру» с F-30 по 34

выписки и дальнейшее

наблюдение F-33, F-34

мониторинг ребенка при F-33

для согревания и

поддержания температуры

C-3

что должна знать мать с F-31

по F-33

начало F-31, F-32

грудное

вскармливание F-32, F-33

повседневная жизнь F-33

для транспортировки

больного и маловесного

ребенка C-64

Множественные симптомы F-35

классификация F-36, F-37

ведение

асфиксия с F-44 по F-46

врожденный сифилис F-46

менингит F-43

выбор лечения с F-38 по

F-41

сепсис F-41 по F-43

Молочница

диагностика F-128

ведение F-131

Моча

оценка F-19

кровь в F-115

Мышечный тонус, оценка F-14**Назальные канюли, кислородные**

постановка C-26, C-27

достоинства и недостатки C-25

Назальный катетер, кислородный

постановка C-27

достоинства и недостатки C-25

Назальный катетер для питания,

введение P-33

процедура P-33-P-36

Назначение кислорода C-25, C-26

необходимое оборудование и

расходный материал A-10

методы C-25, C-26

мониторинг ответа

ребенка на C-29, C-30

источники кислорода C-28,

C-29

Недоношенности желтуха

диагностика F-80

ведение F-82

Незаращение губы или неба F-151,

F-152

Некротизирующий энтероколит

диагностика F-101

ведение F-104, F-105

Неперфорированный анус F-153**Неспецифические признаки**

дифференциальный диагноз

F-89

ведение F-87, F-88

Низкий уровень сахара

ведение

- менее 25мг%, F-91
 менее 45мг%, но более
 25мг% , F-92
 частота измерения после
 получения нормального
 значения F-92
- Нитрата серебра капли
 химическое раздражение в
 связи с F-139, F-141
 для профилактики
 заболевания глаз F-21
- Нозокомиальные инфекции С-45,
 С-46
 диарея F-111
 глаз F-140
 кожи F-129
 пупка F-136
- Нос *см. также* Назальный
 оценка F-18
- Облучение солнечным светом
 и аномальная температура
 тела F-69
- Оборудование больничной
 лаборатории, расходный
 материал и медикаменты А-9
- Обрезание, кровотечение из раны
 F-115
- Общение
 по поводу перевода больного
 ребенка С-64
 с матерью и семьей об
 умирающем или умершем
 ребенке С61,С-62
 по поводу врожденных
 дефектов С-60,С-61
 по поводу неврологических
 проблем С-60
 общие принципы С-57
- Одежда
 защитная, предотвращение
 инфекции С39,С-40
- Оживление ребенка, который
 дышал
процедура Р-1, Р-4
 уход после Р-4
 оборудование и расходный
 материал Р-1
 предотвращение инфекции
 при С-43
 восстановление
 проходимости дыхательных
 путей Р-1, Р-2
- Оживление ребенка при рождении
 F-36, F-38
- Окраска по Граму невозможна,
 гноетечение из глаз F-143
- Оксиметр С-29
- Омфалоцеле F-152, F-153
- Оπισитотонус F-12, F-60
 и множественные симптомы
 F-42
- Опухоль
 на волосистой части головы
 F-121
**дифференциальный
 диагноз** F-122
ведение с F-123 по
 F-125
 симптомы F-121
 на коже F-127, F-128, F-136
 на коже над костью F-147
- Оральное введение желудочного
 зонда Р-33
 процедура с Р-33 по Р-36
- Острые инструменты
 безопасное обращение С-42

- Отделение интенсивной терапии
 новорожденных
 руководство по уборке С-44
 санэпидрежим и утилизация
 использованного материала
 С-43, С-44
 зоны, где нет пациентов
 оборудование и
 запасные части А-9
 зоны, где есть пациенты А-9,
 А-10
 поставка
 медикаментов А-12, А-13
 оборудование А-10
 мебель А-9, А-10
 расходный материал
 А-10, А-13
 для кормления А-11
 для предотвра-
 щения инфекции А-11, А-12
 для инъекций А-10
 инструменты А-11
 для в/в линий А-10
 другое А-11
 для подачи
 кислорода А-10
 тесты А-11
 катетеры А-10
 вакцины и расходный
 материал А-13
- Отеки
 генерализованные
 и кровотечение и/или
 бледность F-116
 и желтуха F-80
 и проблемы с кожей
 и слизистыми оболочками
 F-128
- Оростки кожи F-151
- Пальцы, добавочные F-151
 Пальцы ног, добавочные F-151
 Паралич лицевого нерва F-147, F-
 148
 Паралич руки F-147, F-148
 Перевод
 коммуникативные вопросы С-
 64
 подготовка С-63
 Перевод в стационар и
 транспортировка
 уход во время С-65
 вопросы общения С-64
 подготовка С-63
 оборудование, расходный
 материал, медикаменты и
 инфузионные среды для С-64
- Переливание крови
 процедура Р-31, Р-32
 мониторинг Р-31
 принципы, С-47
 снижение риска, С-47, С-48
 скрининг на инфекции С-48,
 С-49
- Переломы F-147, F-148, F-149
 диагностика F-147
 общее ведение F-148, F-149
- Перчатки
 необходимый расходный
 материал А-12
 защитные, профилактика
 инфекций С-39, С-40
- Плечевая кость, перелом F-149,
 F-150
- Печень увеличенная
 семейный анамнез F-80, F-116
- Питание С-11 *См. также* Грудное
 вскармливание
 оценка F-20

- заменители грудного молока
С-19, С-20
- мать с ВИЧ и F-161, F-162
- незаращение губы или неба и
F-151, F-152
- сочетание с в\в введением
жидкости С-23
- диарея и F-107, F-108
- затруднения
- дифференциальный
диагноз** F-94, F-95
- общее ведение** F-94
- симптомы F-93, F-94
- неадекватная
- прибавка веса и с F-96 по
F-98
- неправильное
- положение и прикладывание
F- 96
- маловесный ребенок
F-96
- близнецы F-96
- оборудование и расходные
материалы А-11
- сцеженным грудным молоком
С-14,С-15
- из чашки,ложки или
др.приспособления с С-16 по
С-18
- через желудочный
зонд С18,С-19
- сцеживание в рот
ребенка С-18
- желудочный зонд для Р-36,
С-18, С-19
- мать с ВИЧ и с F-160 по
F-162
- при фототерапии F-85
- рвота и F-99
- План лечения F-2, F-3
- Повышенная возбудимость,
 уровень, определение F-14
- Повышенная возбудимость F-87
- Подгузника область, высыпания
F-128, F-131
- Подкожная вена головы
 постановка линии для в\в
 введения Р-22
- Покраснение кожи F-127, F-128
 и локальная инфекция пупка
F-136, F-137
- Полимиелитная вакцина С-52
- Положение, оценка F-12, F-13
- Порезы кожи F-132
- Посещения в больнице С-59
- Потертости, кожные с F-132 по
F-133
- Прием ребенка в больницу F-21-
F-22
- Прием матери в больницу F-22
- Признаки необходимости
 экстренной помощи
 неотложные мероприятия F-5,
 F-6
- эмоциональные реакции С-57,
 С-58
- Проба капиллярной крови
 процедура Р-11,Р-12
- оборудование Р-11
- Прокаин бензилпенициллин
 разведение С-33
- дозы С-33
- Психомоторные проблемы у
 ребенка
- общение, эмоциональная
 поддержка С-60
- Психологические реакции С-57,
С-58

- Пупочной вены катетеризация
процедура с P-25 по P-27
 оборудование и
 расходный материал P-25
- Пупок
 оценка F-16
 кровотечение из F-115
 покрасневший и отечный, с
 выделением гноя или
 с дурным запахом F-135
классификация
тяжести инфекции F-136
ведение F-136, F-137
 прикладывание загрязненных
 и опасных веществ F-62,
 F-136
- Пустулы на коже F-127, F-128,
 F-129, F-130
 и тяжелая инфекция пупка
 F-137
- Пятка, прокол для взятия крови
процедура P-11, P-12
 расходный материал P-11
- Разрыв околоплодных оболочек
 более, чем за 18 часов до
 родов
 ведение F-55
 ребенка старше
 3 дней F-55
 при
 гестационном возрасте 35
 недель и более или весе при
 рождении 2кг и более F-55,
 F-56
 при
 гестационном возрасте менее
 35 недель или весе при
 рождении менее 2кг F-57
- Раствор для оральной
 регидратации
 диарея F-108
- Рвота
дифференциальный диагноз
 с F-101 по , F-103
общее ведение F-100
 раздражение желудка
 F-106
 некротизирующий
 энтероколит, F-104, F-105
 подозрение на порок
 развития или обструкцию
 F-105
 проглоченной
 материнской кровью F-105,
 F- 106
 и кровотечение и\или
 бледность F-117, F-118
 причина не выявлена F-103,
 F-104
 симптомы F-99
- Рвотные массы
 пенистые, с желчью или
 кровью F-99, F-101, F-102
- РДС (респираторный дистресс
 синдром) F-49
 умеренное затруднение
 дыхания при F-51
- Ребенок, родившийся в тазовом
 предлежании
 и паралич руки F-147
 нормальная поза F-146
- Резус (Rh) фактор
 кровотечение и\или бледность
 F-116
 желтуха и F-78, F-80
- Ректальное назначение
 паральдегида
процедура P-41
 расходный материал P-41

Ректальная температура
измерение P-6, P-7

Респираторный дистресс синдром
(РДС) F-49
умеренное затруднение
дыхания при F-51

Рингер Лактат
при шоке F-2
при недоступности крови C-47

Родничок, выбухающий передний
множественные симптомы
при F-42

Роды
кровотечение при F-116, F-
119
отсутствие спонтанного
дыхания при F-36, F-38
лихорадка или эндометрит у
матери после
----**ведение** F-55
 новорожденного
 старше 3 дней F-55
 при гестационном
 возрасте 35 недель и больше
 или при весе при рождении
 2кг и более F-55, F- 56
 при гестационном
 возрасте менее 35 недель или
 весе при рождении менее
 2кг, F-57
 бледность при F-116
 реанимация при F-36
 в грязных условиях,
 конвульсии и спазмы при F-
 62

Родовые травмы F-145
**Дифференциальный
диагноз** F-147

Ведение
 паралич руки F-147,
F-148
 паралич лицевого
 нерва F-147, F-148
 переломы с F-148 по
F-150

Роды
 кровотечение во время F-116
 осложненные, трудные или
 затянувшиеся F-36, F- 37
 лихорадка во время F-55
 ведение F-55
 ребенок старше 3
 дней F-55
 ребенок 35
 недель гестации и старше
 или вес при рождении 2кг и
 больше F-55, F-56
 ребенок менее
 35 недель гестации и вес при
 рождении менее 2кг F-57

Рост, оценка
 общие принципы C-53

Рот
 оценка F-18
 молочница F-128, F-131
 белые пятна изнутри F-128

Рука(и)
 иммобилизация для в\в
 инфузии P-23
 постановка в\в линии P-22

Свет для наблюдения за желтухой
F-77

Свидетельство о смерти A-6, A-7

Селезенка, семейный анамнез
удаления F-80, F-116

Сепсис

симптомы, классификация

F-37

ведение с F-41 по F-43выбор метода с F-38-
по F-40

и диарея F-107

и желтуха F-80

Симптомы *см* Обследование,

Множественные симптомы

Синяки

при родовой травме F-15

без родовой травмы F-115

Сифилис

и ребенок без клинических
симптомов и нелеченая

мать F-157

врожденный F-36, F-37

ведение F-46

выбор F-38, F-41

положительный тест у матери
во время

беременности F-36, F-157

Склеивание век F-140

Слизистые оболочки, проблемы

дифференциальный диагноз

F-128

ведение

высыпания F-131

Смерть ребенка, общение и

эмоциональная поддержка

C-61, C-62

Сниженная активность F-87

Солевой раствор

при шоке F-2

при недоступности крови C-47

Сопение носом F-37

Сопrotивление при введении

катетера в пупочную вену P-27

Спазмы F-59

дифференциальный диагноз

F-62, F-63

ведение при столбняке с

F-66 по F-68

описание F-60, F-61

симптомы F-59

повышенная возбудимость
или F-61

Спина, оценка F-18

Спина бифида F-152

Спонтанное кровотечение

См. Кровотечение

Срыгивание при первом

кормлении

дифференциальный диагноз

F-94, F-95

общее ведение F-94

Стетоскопы

предотвращение инфекции
при использовании C-43

Стигмы дисэмбриогенеза F-151

Столбняк

диагностика F-62**ведение с** F-66 по F-68

уход F-67, F-68

Стул

оценка F-19

кровь в F-102, F-115, F-117

и диарея F-107

Субапонеvротическое

кровоизлияние F-122, F-123,
F-124

Судороги F-59

дифференциальный диагноз

F-62, F-63

первоначальное ведение F-64

уход после F-65, F-66

описание F-60

симптомы F-59

- внутрижелудочковое кровоизлияние и F-66
 повышенная возбудимость или F-61
 сочетанные симптомы с F-62 столбняк и с F-66 по F-68
- Сцеженное грудное молоко
 вскармливание С-14,С-15
 из чашки,ложки или др.приспособления с С-16 по С-18
 через желудочный зонд С18,С-19
 сцеживание в рот ребенка С-18
- Сцеживание грудного молока С-15, С-16
- Сыпи, кожа с волдырями F-37
- Текущий уход F-2, F-3
- Температура *См также*
 Температура тела окружающая и трудности вскармливания F-97
- Температура подмышечная
 оценка F-12
 измерение F-5, F-6
 аномальная F-69
- Температура тела
 аномальная
 дифференциальный диагноз, F-70
 ведение
 гипертермия с F-73 по F-75
 умеренная гипотермия F-72, F-73
 тяжелая гипотермия F-71, F-72
- полученные данные F-69
 оценка F-12
 поддержание в нормальных границах
 общие принципы С-1
 методы согревания с С-2 по С-9
 инкубатор С-4, С-76
 С-8
 другие методы С-5, С-9
 источник лучистого тепла С-3, С-5, С-6
 контакт «кожа-коже» С-2, С-5
 теплая комната С-4, С-8, С-9
 измерение **процедура** P-5
 в подмышечной области P-5, P-6
 частота С-2
 ректальная P-6, P-7
 оборудование P-5
- Теплая комната С-4, С-8, С-9
- Термометры
 предотвращение инфекции при использовании С-43
 для измерения температуры тел P-5
- Туберкулез, ребенок без клинических симптомов от матери, не получавшей лечения F-155, F-156
- Удушье во время сосания **дифференциальный диагноз** F-128

- общее ведение** F-130,F-131
- Умирающий ребенок, общение,
эмоциональная поддержка
С-61, С-62
- Фенобарбитал
осторожность при
применении с диазепамом
F-64
- Флегмона
диагностика F-128
ведение F-130,F-131
- Флюктуирующая припухлость
на голове F-121, F-122
на коже F-127, F-128, F-130,
F-131
- Форма выписного эпикриза А-3
- Форма обратной связи А-5
- Фототерапия
процедура F-85, F-86
при ранней и тяжелой
желтухе F-78, F-79
и в/в жидкость и объем
питания С-22
приготовление прибора к
работе F-84
- Хламидийный конъюнктивит
диагностика F-141
ведение F-142,F-143
- Хрюкающий выдох F-47
- Цвет кожи, определение F-11
ведение F-46
выбор лечения F-38,
F-41
- Цефортаксим
разведение С-33
дозировки С-34
- Цефтриаксон
разведение С-33
дозировки С-34
- Цианоз центральный С-30, F-47
- Число сердечных сокращений
оценка F-12
припухлость на волосистой
части F-123
- катетеризация
пупочной вены Р-25
процедура с Р-25
по Р-27
расходный
материал Р-25
- Число дыхательных движений
оценка F-11
менее 30 в минуту F-47, F-48
более 60 в минуту F-47, F-48,
F-49
припухлость на голове и
F-123
- Шелушение кожи F-16
- Шок
неотложные мероприятия
F-5, F-6
кровотечение и/или бледность
F-114
внутривенное введение
жидкости при F-2
опухоль на коже головы и
F-124
- Шприцы
необходимый расходный
материал А-10
предотвращение инфекции
при использовании С-43

- Эмоциональная поддержка
если ребенок умер или умирает С-61, С-62
если у ребенка врожденные дефекты С-60, С-61
если у ребенка неврологические проблемы С-60
семьи С-58, С-59
посещений С-59
- Эрба паралич F-147
- Эритромицин перорально
разведение С-33
дозировки С-35
- Ядерная желтуха
диагностика F-81
ведение F-83, F-84
- Язык
цианотичный F-47
и цианоз С-29, С-30
белые пятна на F-128
- Caput succedaneum
диагностика F-122
ведение F-124, F-125
- Staphylococcus aureus,
конъюнктивит F-141, F-142