



The Healthy Family Project



РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ НОВОРОЖДЕННЫХ:

руководство для врачей,
медицинских сестер и акушерок



The World Bank
Group



Департамент репродуктивного здоровья и исследований
Всемирная организация здравоохранения, Женева



За дальнейшей информацией обращайтесь:
Департамент репродуктивного здоровья и исследований, Здоровье семьи и общества, Всемирная организация здравоохранения
World Health Organization
Avenue Appia 20, Ch 1211 Geneva 27, Switzerland
Fax: +41 22 791 4189/4171
E-mail: reproductivehealth@who.int

Для обновления этой публикации, посетите веб-сайт ВОЗ, секция здоровья матери и ребенка:
www.who.int/reproductive-health



The Healthy Family Project

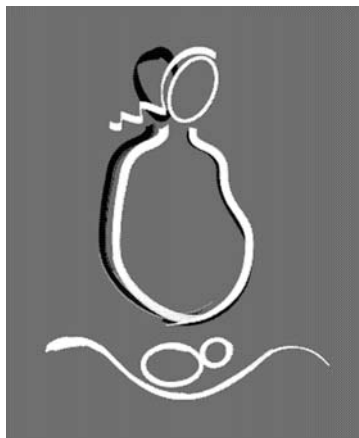


Отдел репродуктивного здоровья и исследований,
Всемирная Организация Здравоохранения, Женева
Интегрированное Ведение Беременности и Родов

Уход во время Беременности, Родов, Послеродового периода и Уход за новорожденным.

Руководство для эффективной практики

Рабочая версия русского перевода



**Департамент РЗ и исследований
Всемирная Организация Здравоохранения
Женева**

© Всемирная организация здравоохранения 2005

Все права защищены. Публикации Всемирной Организации Здравоохранения могут быть получены через Отдел Продаж и Распространения Всемирной Организации Здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел. +41 22 791 24766 факс +41 22 791 4857. e-mail bookorders@who.int). За разрешением на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ как для коммерческого, так и для некоммерческого распространения следует направлять в отдел Публикаций по приведенному выше адресу (факс +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Обозначение должностей упоминаемых работников и представленный в этой публикации материал не подразумевает выражение какого-либо мнения любой части Всемирной Организации Здравоохранения, касающегося юридического статуса страны, территории, города, области или их руководства, а также вопросов, касающихся размежевания границ. Прерывистые линии на картах обозначают примерные линии границ, по которым пока может не быть достигнуто окончательных соглашений.

Упоминание названий компаний или определенных производителей продуктов не подразумевает, что они одобряются или рекомендуются Всемирной Организацией Здравоохранения более, чем другие аналогичные, не упомянутые в тексте. Возможны ошибки и опечатки. Названия патентованных продуктов характеризуются первыми заглавными буквами.

Всемирная Организация Здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в этой публикации, является полной и безошибочной и не несет ответственности за любой вред, нанесенный в результате ее использования.

БЛАГОДАРНОСТИ

Внесли основной вклад:	Peter Cooper Robert Johnson Haroon Saloojee Jelka Zupan	
Внесли вклад:	Julia Brothers Atanu Kumar Jana Joy Lawn Indira Narayanan Chandrakant Ruparelia Harshad Sanghvi Achmad Surjono	
Редактор:	Melissa McCormick	
Помощники редактора:	Sonia Elabd Dana Lewison Erin Wagner	
Художник:	Kimberly Battista	
Графика и макет:	Deborah Raynor	
Дизайн обложки:	Maire Ni Mhearain	
Рецензенты:		
Youssef Al-Eissa	Adenike Grange	Suradi Rulina
Deema Al Imam	Dasatjipta Guslihan	Ирина Рюмина
Anna Alisjahbana	Petra ten Hoope-Bender	D. Setyowireni
Saif Al-Saif	Ardi Kaptiningsih	Mamdouh Shaaban
Duong Thi Cuong	M. Sholeh Kosim	Maryanne Stone-Jimenez
Gary Darmstadt	Ornella Lincetto	Haby Signate Sy
Sylvia Deganus	Sandra MacDonagh	Skender Sylva
A.M. Djauhariah	Viviana Mangiaterra	Ragnar Tunell
France Donnay	Marie Antonette	Ali Usman
Trevor Duke	Mendoza	Martin Weber
L. Haksari Ekawaty	Pius Okong	David Woods
Indarso Fatimah	Kike Osinusi	John Wyatt
Masanori Fujimura	Vinod K. Paul	
Frances Ganges	Nicky Pereira	
	Chen RuJun	

Европейское бюро ВОЗ выражает искреннюю благодарность за поддержку и экспертную помощь при обеспечении перевода на русский язык Проекту «Надежда» (Узбекистан), Джон Сноу Инк (JSI) (Украина), профессору Arunas Liubysys и профессору Е.Н.Байбариной

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	v
Предисловие	vii
Ведение в данное руководство	ix
Список сокращений	xiii
Список диагнозов	xv
Список рисунков	xviii
Список таблиц	xix

ГЛАВА 1: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ И ЛЕЧЕНИЕ

Организация помощи больному или маловесному ребенку	F-1
Немедленная оценка и неотложная терапия	F-5
Дальнейшее обследование и лечение	F-7
Маловесный ребенок	F-23
Множественные признаки заболевания (чаще всего сепсис и асфиксия)	F-35
Дыхательная недостаточность	F-47
Мать с внутриутробной инфекцией или лихорадкой во время или после родов, или с разрывом околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов	F-55
Судороги и мышечные спазмы	F-59
Аномальная температура тела	F-69
Желтуха	F-77
Летаргия и другие неспецифические признаки	F-87
Низкий уровень глюкозы в крови	F-91
Проблемы вскармливания	F-93
Рвота и/или вздутие живота	F-99
Диарея	F-107
Кровотечение и/или бледность	F-113
Родовая опухоль	F-121
Проблемы кожи и слизистых оболочек	F-127
Покрасневший и разбухший, с выделяющимся гноем или неприятным запахом пупок	F-135
Покрасневшие, отекающие или гноящиеся глаза	F-139
Родовая травма	F-145

Врожденные дефекты	F-151
Бессимптомный новорожденный ребенок от матери с гепатитом, туберкулезом, диабетом, или сифилисом	F-155
Мать с ВИЧ	F-159

ГЛАВА 2: ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Поддержание нормальной температуры тела	C-1
Кормление и введение жидкости	C-11
Кислородная терапия	C-25
Антибиотики	C-31
Профилактика инфекций	C-37
Клиническое использование крови	C-47
Иммунизация	C-51
Оценка развития	C-53
Общение и эмоциональная поддержка	C-57
Транспортировка и направление	C-63
Выписка и последующее наблюдение	C-67

ГЛАВА 3: ПРОЦЕДУРЫ

Реанимация ребенка, который дышал	P-1
Измерение температуры тела	P-5
Забор крови для исследования	P-9
Измерение уровня глюкозы крови	P-13
Инъекции	P-15
Обеспечение внутривенного доступа	P-21
Переливание крови	P-31
Введение желудочного зонда	P-33
Осуществление спинномозговой (люмбальной) пункции	P-37
Ректальное введение паральдегида	P-41
Дренаживание гнойника	P-43

ГЛАВА 4: ПРИЛОЖЕНИЯ

Сохранение медицинских записей	A-1
Необходимое оборудование, средства и лекарства	A-9
Предметный указатель	A-15

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время повышение знаний и совершенствование технологий значительно улучшили здоровье матерей и новорожденных. Однако в последнее десятилетие замедлился прогресс в снижении материнской смертности, также уменьшилась скорость постоянного снижения детской смертности, отмечавшегося во многих странах с середины пятидесятых годов. Причиной последнего в основном является невозможность понизить неонатальную смертность.

Ежегодно в мире умирает более четырех миллионов детей в возрасте до одного месяца, в основном в течение первой «критической» недели жизни. На каждого умершего новорожденного приходится один мертворожденный. Значительная часть этих смертей является следствием плохого состояния здоровья и нутритивного статуса матерей, а также неадекватной помощи до, во время и после рождения. К сожалению, эта проблема остается нераспознанной или, что еще хуже, считается неизбежной в большом количестве обществ, в основном потому, что она так обычна.

Признавая значительное влияние материнских и неонатальных заболеваний или здоровья на способность к развитию индивидуумов, отдельных сообществ и всего общества, мировые лидеры вновь подтвердили свое обязательство инвестировать в здоровье матерей и детей, включив цели и задачи снижения материнской, детской и младенческой смертности в Декларацию Миллениума.

Широко распространена ошибочная идея о том, что для улучшения здоровья новорожденных необходимы высокие технологии и высокоспециализированный персонал. В реальности многие состояния, приводящие к перинатальной смерти, могут быть излечены или предотвращены без использования сложных и дорогостоящих технологий. Требуется лишь необходимый уход во время беременности, помощь акушерки во время родов и ближайшем послеродовом периоде и небольшое число интенсивных вмешательств при оказании помощи новорожденному в первые несколько дней жизни.

В связи с вышеизложенным, мы с гордостью представляем документ «Ведение больного новорожденного: руководство для врачей, медицинских сестер и акушерок» как новое дополнение к руководству «Интегрированное ведение беременности и родов». Руководство содержит полный перечень современных, основанных на доказательности норм и стандартов, которые помогут провайдерам медицинских услуг оказывать высококачественную помощь в периоде новорожденности, соотносимую с потребностями матери и ее новорожденного ребенка.

Мы ожидаем, что данное руководство поможет лицам, принимающим решения, менеджерам программ и поставщикам медицинских услуг правильно наметить курс на такую организацию службы, которая бы отвечала интересам всех новорожденных детей. У нас есть знания, наша задача трансформировать их в действие на благо тех матерей и детей, которые в наибольшей степени нуждаются в помощи.

Др. Томрис Термен
Исполнительный Директор
Отдел семейного и общественного здоровья (FCH)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Это руководство было создано Всемирной Организацией Здравоохранения для помощи странам с ограниченными ресурсами в осуществлении их усилий по снижению неонатальной смертности и для обеспечения адекватной помощи новорожденным детям с проблемами, вызванными осложнениями беременности и родов, такими, как асфиксия, сепсис, низкий вес при рождении или преждевременные роды.

Основная часть этого руководства состоит из описания клинических симптомов и лабораторных данных, позволяющих рано выявить заболевание, и современных рекомендаций по ведению. Данное руководство будет полезным при проведении организационных мероприятий по улучшению качества работы служб здравоохранения и проведении тренингов для персонала путем контроля и обратной связи с потребителями медицинских услуг.

Рекомендации, представленные в этом руководстве, основаны на последних научных доказательных данных и будут обновляться по мере поступления новой информации. Кроме того, рекомендации по диагностике и ведению в данном руководстве не противоречат другим материалам ВОЗ серии «Интегрированное ведение беременности и родов (ИВБР)», таким, как *«Уход во время беременности, родов, послеродового периода и уход за новорожденным: руководство для эффективной практики»* и *«Ведение осложненной беременности и родов: руководство для акушерок и врачей»*. Данное руководство содержит сведения о заболеваниях, возникших при рождении и в первую неделю жизни, таким образом, оно дополняет «Интегрированное ведение болезней детского возраста», где представлены рекомендации по лечению больных младенцев, заболевания у которых возникли после первой недели жизни.

Мы надеемся, что руководство будет доступно всякий раз, когда врач, медицинская сестра или акушерка встретятся с больным или недоношенным новорожденным. Кроме того, все руководства серии ИВБР могут помочь национальным министерствам здравоохранения удостовериться в том, что страны владеют достоверной и современной информацией, которая может стать основой их национальных стандартов, учебных программ и руководств. Для того, чтобы руководство оказывало необходимый эффект, его пользователей следует также обучать в тех условиях, где полученные навыки могут быть использованы. Руководства серии ИВБР могут быть дополнены значительным количеством имеющихся в наличии комплексов обучающих пособий.

ВВЕДЕНИЕ В ДАННОЕ РУКОВОДСТВО

Недоношенный или страдающий потенциально угрожающим жизни заболеванием новорожденный ребенок находится в неотложной ситуации и требует немедленного проведения диагностических и лечебных мероприятий. Задержка в выявлении проблемы или в предоставлении помощи может быть фатальной. В данном руководстве представлены современные авторитетные клинические рекомендации для использования в первичном звене здравоохранения в условиях дефицита ресурсов, предназначенные для врачей, медицинских сестер, акушерок и других медицинских работников отвечающих за ведение больных новорожденных детей первой недели (недель) жизни. Руководство также может быть использовано для выявления более редких и тяжелых состояний, требующих перевода ребенка в учреждение более высокого уровня.

Для эффективного приложения данного руководства к практике необходимо обеспечить круглосуточное присутствие в родовспомогательном учреждении лица, имеющего навыки в ведении больных и недоношенных новорожденных. Кроме того, необходимо наличие базовых поддерживающих систем, включающих:

- Возможность проведения основных лабораторных исследований – определение гемоглобина, гематокрита (объемная фракция эритроцитов), глюкозы крови, сывороточного билирубина, бактериологических исследований с определением чувствительности выделенных из крови, гноя и ликвора микроорганизмов.
- Доступность необходимых лекарств, включая ключевые антибиотики, такие как ампициллин и гентамицин
- Необходимое оборудование и расходный материал, включая точные весы и инфузионные насосы (микрокапельницы).
- Возможность обеспечить безопасное переливание крови.

В некоторых учреждениях эти базовые возможности могут отсутствовать. Для таких ситуаций в руководстве указаны альтернативные методы исследования или ведения больных (при возможности), однако задачей работников здравоохранения и руководителей службы является борьба за более широкую доступность этих базовых стандартов, позволяющих осуществлять эффективную помощь больным и недоношенным новорожденным.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТИМ РУКОВОДСТВОМ

В данном руководстве сделан акцент на быстрое обследование и принятие решений с тем, чтобы в первую очередь выделить наиболее больных новорожденных и предпринять необходимые экстренные действия.

- Главным приоритетом является немедленное выявление у всех новорожденных признаков угрожающих жизни состояний и идентификация тех детей, которым требуется неотложная помощь.
- Дальнейшая оценка, включая сбор анамнеза и полное физикальное обследование, необходимы для того, чтобы медицинский работник мог выбрать соответствующую тактику для каждой из выявленных проблем.

В основной части руководства материал излагается в соответствии с клиническими признаками и симптомами (например «Затруднение дыхания»). Поскольку такой подход отличается от методики изложения в большинстве медицинских учебников (там материал излагается в соответствии с заболеваниями), в данном руководстве представлена таблица диагнозов и указаны страницы соответствующего этому заболеванию текста. Основной раздел руководства состоит из четырех глав, каждая из которых снабжена буквенным кодом и имеет отдельную нумерацию страниц. Широко используются перекрестные ссылки, что позволяет читателю быстро найти нужную информацию во всех главах руководства.

Глава 1 - ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ (имеющая буквенный код нумерации страниц «F») содержит короткий раздел, в котором излагаются признаки для выявления детей, которые могут умереть в ближайшее время, и даны рекомендации по неотложным действиям для стабилизации состояния новорожденного. Эта глава также включает описание необходимой дальнейшей оценки состояния для уточнения имеющейся проблемы, список относящихся к этой проблеме вопросов для уточнения анамнеза и описание полного физикального обследования. В табличной форме представлены детали обследования и, при необходимости, оказания начальной помощи и затем указаны соответствующие выявленной патологии главы руководства. В последующих главах, за редкими исключениями, по отдельности рассматривается каждый патологический клинический или лабораторный признак.

Большинство глав начинается с общего описания, ведения (где возможно), затем следует таблица дифференциального диагноза, которая приводит медицинского работника к наиболее вероятному заболеванию, которое обусловило данную проблему. В каждой таблице отдельно указаны соответствующие данные анамнеза и клиничко-лабораторного обследования. Для того, чтобы помочь пользователю выявить значимость выявленных признаков используются курсив и жирный шрифт: диагноз не может быть выставлен если признаки, выделенные жирным шрифтом отсутствуют у ребенка. Однако присутствие этих признаков не гарантирует наличия соответствующего заболевания. Диагноз определенно подтверждается при наличии признаков, отмеченных курсивом. Признаки, напечатанные обычным шрифтом являются вспомогательными – их наличие помогает в постановке диагноза, но их отсутствие не позволяет исключить заболевание.

После диагностических таблиц следуют упрощенные протоколы ведения. Если имеются несколько методов лечения, то предпочтение отдается наиболее эффективным и наименее затратным. Даны четкие рекомендации относительно используемых медикаментов и их дозировок, приведены альтернативные медикаменты. И в диагностических таблицах, и в отдельных главах дано описание состояний, требующих перевода ребенка в больницу более высокого уровня.

Глава 2 - ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ (имеющая буквенный код нумерации страниц «С»), содержит общие принципы ведения больного или недоношенного новорожденного. Эта глава включает общие принципы текущего ухода, включая вскармливание, поддержание нормальной температуры тела, предотвращение инфекции, иммунизацию и оценку роста. Кроме того, в главе представлены сведения о правилах назначения кислорода, антибиотиков и переливания крови. Включены также сведения по эмоциональной поддержке, посещениям, выписке домой и дальнейшему наблюдению.

Глава 3 - ПРОЦЕДУРЫ (имеющая буквенный код нумерации страниц «Р») содержит описания процедур, которые могут потребоваться при уходе за больным или недоношенным новорожденным. Эти описания не являются детальными инструкциями, а скорее краткими резюме основных ступеней каждой процедуры. Поскольку основные принципы ухода представлены в главе 2, здесь они не повторяются если только это не требуется при описании процедуры.

Глава 4 - ПРИЛОЖЕНИЯ (имеющая буквенный код нумерации страниц «А»), содержит образцы записей и перечень необходимого оборудования, расходных материалов и медикаментов. Включен также индекс, причем он организован так, что он может быть использован в экстренной ситуации для того, чтобы быстро найти необходимый материал. Наиболее «критическая» информация, включающая диагноз, ведение и необходимые процедуры напечатана в начале главы жирным шрифтом. Остальные позиции перечислены в алфавитном порядке. Указаны только страницы, содержащие критически важную или полностью относящуюся к данному термину информацию, номера страниц, где лишь упоминаются данные термины не указываются.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ABO	система основных групп крови человека
БЦЖ (BCG)	бацилла Calmette-Guérin (вакцина для иммунизации против туберкулеза)
ВГБ (HBV)	вирус гепатита В
ВИЧ (HIV)	вирус иммунодефицита человека
в/м (IM)	внутримышечно
в/в (IV)	внутривенно
г (g)	грамм
Г6ФДГ (G6PD)	глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа
дл (dl)	децилитр
кг (kg)	килограмм
КДС (DPT)	вакцина для иммунизации против коклюша, дифтерии и столбняка
мг (mg)	миллиграмм
мкмол (μmol)	микромольный/микромоль
мл (ml)	миллилитр
ммол (mmol)	миллимолярный/миллимоль
МУК (KMC)	материнский уход по методу кенгуру
ОВП (OPV)	оральная вакцина против полиомиелита
РОР (ORS)	раствор для оральной регидратации
СПИД (AIDS)	синдром приобретенного иммунодефицита
ЦСЖ (CSF)	цереброспинальная жидкость (ликвор)
°C	градусы по Цельсию
F	французская шкала измерений
HbsAg	поверхностный антиген гепатита В
Rh	резус фактор

СПИСОК ДИАГНОЗОВ

Абсцесс	F-130	Мать больна туберкулезом	F-155
Анемия больного или маловесного ребенка	F-119	Мать, имеющая в анамнезе внутриутробную инфекцию или лихорадку во время или после родов	F-55
Апноэ	F-52	Мать, имеющая в анамнезе разрыв околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов	F-55
Асфиксия	F-44	Мать с ВИЧ	F-159
Атрезия ануса	F-153	Маловесный ребенок	F-23
Билирубиновая энцефалопатия	F-83	Медикаментозная летаргия	F-89
Бледность неизвестного происхождения	F-119	Менингит	F-43
Вес при рождении, маленький	F-23	Менингомиелоцеле	F-152
Внутрижелудочковое кровоизлияние	F-66	Недоношенность	F-23
Врожденные пороки желудочно-кишечного тракта или его обструкция (подозрение)	F-105	Недостаточная прибавка массы тела	F-96
Врожденный дефект	F-151	Некротизирующий энтероколит	F-104
Врожденный порок сердца	F-52	Неправильное положение и прикладывание к груди	F-96
Врожденный сифилис	F-46	Низкая масса тела при рождении	F-23
Выскабливание (аборт)	F-132	Низкий уровень глюкозы в крови	F-91
Гастрошизис	F-152	Омфалоцеле	F-152
Гемолитическая болезнь новорожденного ребенка	F-119	Паралич лицевого нерва	F-148
Гемолитическая желтуха	F-81	Паралич руки	F-147
Генетические врожденные дефекты	F-153	Перелом бедра	F-150
Гипертермия	F-73	Перелом ключицы	F-149
Гипогликемия	F-91	Перелом предпречия	F-149
Гипотермия, средней тяжести	F-72	Проблемы вскармливания маловесных или родившихся из двойни детей	F-96
Гипотермия, тяжелая	F-71	Раздражение желудка	F-106
Глюкоза в крови, низкий уровень	F-91	Рана	F-132
Диарея	F-107	Расщелина губы или неба	F-151
Дополнительный (-ые) палец на руке или ноге	F-151	Расщелина позвоночника	F-152
Дыхательная недостаточность	F-47	Родимое пятно	F-151
Желтуха недоношенных детей	F-82	Родовая опухоль	F-124
Затянувшаяся желтуха	F-83	Сепсис	F-41
Кефалогематома	F-124	Синдром дыхательных расстройств	F-51
Коагулопатия	F-119	Флегмона	F-130
Кожная инфекция	F-129	Шиньон	F-124
Кожные отростки	F-151	Ядерная желтуха	F-83
Конъюнктивит	F-142		
Кровоизлияние под надчерепной апоневроз	F-123		
Кровопотеря из-за акушерских причин	F-119		
Косолапость	F-152		
Мать больна диабетом	F-156		
Мать больна гепатитом Б	F-155		
Мать больна сифилисом	F-157		

СПИСОК РИСУНКОВ

ГЛАВА 1: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Рис. F-1	Нормальное положение в покое маловесного ребенка (А) и ребенка родившегося в срок (Б)	F-23
Рис. F-2	Ребенок в положении кенгуру под одеждой матери	F-32
Рис. F-3	Втяжение грудины	F-47
Рис. F-4	Ребенок с мышечными спазмами лица и конечностей (А) и опистотонусом (В)	F-60
Рис. F-5	Ребенок под лампой фототерапии	F-85
Рис. F-6	Вдутие живота	F-99
Рис. F-7	Изменение формы головы ребенка	F-121
Рис. F-8	Ребенок с односторонней кефалогематомой	F-125
Рис. F-9	Ребенок с ссадиной от наложения щипцов	F-132
Рис. F-10	Необычное положение руки и кисти	F-145
Рис. F-11	Ребенок не может сморщить лоб, закрыть глаз на пораженной стороне	F-145
Рис. F-12	Нормальная поза покоя у ребенка, родившегося в ягодичном предлежании	F-146
Рис. F-13	Фиксация сломанной плечевой кости	F-149
Рис. F-14	Наложение шины при переломе бедра	F-150

ГЛАВА 2: ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Рис. С-1	Источник лучистого тепла (утеплитель)	С-6
Рис. С-2	Инкубатор	С-7
Рис. С-3	Помощь ребенку в прикладывании к груди	С-13
Рис. С-4	Правильное (А) и неправильное (В) прикладывание к груди	С-14
Рис. С-5	Сцеживание грудного молока	С-16
Рис. С-6	Кормление из чашечки (А), воронки (В), или чашечки и ложки (С)	С-17
Рис. С-7	Кормление сцеженным грудным молоком через желудочный зонд	С-19
Рис. С-8	Ребенок, получающий кислород в кислородной палатке	С-28
Рис. С-9	Пустая весовая карта	С-55
Рис. С-10	Образец заполненной весовой карты	С-56

ГЛАВА 3: ПРОЦЕДУРЫ

Рис. P-1	Правильное положение головы для проведения вспомогательной вентиляции	P-2
Рис. P -2	Положение маски и проверка ее герметичности	P-3
Рис. P -3	Измерение подмышечной температуры	P-6
Рис. P -4	Измерение ректальной температуры	P-6
Рис. P -5	Участок для укола в пятку	P-12
Рис. P -6	Внутримышечная инъекция в место четырехглавой мышцы	P-17
Рис. P -7	Применение резиновой ленточки в качестве жгута для пункции вены скальпа	P-22
Рис. P -8	Иммобилизация руки	P-23
Рис. P -9	Фиксация системы с иглой типа бабочки	P-24
Рис. P -10	Катетеризация пупочной вены	P-26
Рис. P -11	Внутрикостное вливание	P-29
Рис. P -12	Измерение нужной длины желудочного зонда при его введении через рот (А) и через нос (В)	P-34
Рис. P -13	Введение зонда через рот	P-34
Рис. P -14	Фиксация желудочного зонда, введенного через рот (А) и через нос (В)	P-35
Рис. P -15	Сидячее положение для спинномозговой пункции	P-38
Рис. P -16	Лежачее положение для спинномозговой пункции	P-38
Рис. P -17	Место спинномозговой пункции	P-39

ГЛАВА 4: ПРИЛОЖЕНИЕ

Рис. А-1	Клинические записи текущего ухода	А-2
Рис. А -2	Форма выписки	А-3
Рис. А -3	Форма направления	А-4
Рис. А -4	Форма обратной информации	А-5
Рис. А -5	Свидетельство о смерти	А-7

СПИСОК ТАБЛИЦ

ГЛАВА 1: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ

Таблица F-1	Неотложное лечение угрожающих жизни состояний	F-6
Таблица F-2	Обследование новорожденного ребенка	F-11 – F-20
Таблица F-3	Объем грудного молока для ребенка с весом 1.5 - 1.749 кг, не имеющего серьезных проблем	F-27
Таблица F-4	Объем грудного молока для ребенка с весом 1.25 - 1.49 кг, не имеющего серьезных проблем	F-27
Таблица F-5	Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для всех детей с весом менее 1.25 кг	F-28
Таблица F-6	Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.75 - 2.5 кг	F-28
Таблица F-7	Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.5 - 1.749 кг	F-29
Таблица F-8	Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.25 - 1.49 кг	F-29
Таблица F-9	Признаки, свойственные сепсису и асфиксии	F-37
Таблица F-10	Признаки, характерные для маловесных младенцев или детей с врожденным сифилисом	F-37
Таблица F-11	Краткое изложение алгоритма принятия решений по различению сепсиса от асфиксии	F-40
Таблица F-12	Степень тяжести дыхательной недостаточности	F-49
Таблица F-13	Различительные симптомы судорог и мышечных спазмов	F-60
Таблица F-14	Дифференциальная диагностика судорог и мышечных спазмов	F-62 – F-63
Таблица F-15	Дифференциальный диагноз аномальной температуры тела	F-70
Таблица F-16	Клиническая оценка выраженности (степени тяжести) желтухи	F-78
Таблица F-17	Лечение желтухи, исходя из уровня билирубина в сыворотке крови	F-79
Таблица F-18	Дифференциальная диагностика желтухи	F-80 – F-81
Таблица F-19	Дифференциальная диагностика неспецифичных признаков	F-89
Таблица F-20	Дифференциальная диагностика нарушений питания	F-94 – F-95
Таблица F-21	Дифференциальная диагностика рвоты и/или вздутия живота	F-101 – F-103
Таблица F-22	Дифференциальная диагностика диареи	F-109 – F-110
Таблица F-23	Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности	F-115 – F-118
Таблица F-24	Дифференциальная диагностика родовой опухоли	F-122
Таблица F-25	Дифференциальный диагноз проблем кожи и слизистых оболочек	F-128
Таблица F-26	Классификация степени тяжести инфицирования пупка	F-136
Таблица F-27	Дифференциальная диагностика конъюнктивита	F-141
Таблица F-28	Дифференциальная диагностика родовой травмы	F-147

ГЛАВА 2: ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Таблица С-1	Измерение температуры тела	С-2
Таблица С-2	Методы согревания ребенка и поддержания его температуры тела	С-2 – С-5
Таблица С-3	Рекомендуемая температура инкубатора	С-7
Таблица С-4	Общий суточный объем пищи и жидкости для новорожденных с первых суток жизни	С-22
Таблица С-5	Методы подачи кислорода	С-25 – С-26
Таблица С-6	Источники кислорода	С-29
Таблица С-7	Антибиотики используемые для лечения инфекций, описываемых в данном пособии	С-32
Таблица С-8	Разведение антибиотиков	С-33
Таблица С-9	Дозы антибиотиков	С-34 – С-35
Таблица С-10	Используемые антисептические и дезинфицирующие растворы	С-41
Таблица С-11	Рекомендации по обработке инструментов и оборудования	С-43
Таблица С-12	Образец графика уборки отделения специального ухода за новорожденными	С-44
Таблица С-13	Предлагаемое оборудование, медицинские средства, лекарства, и жидкость для транспортировки больного или маловесного ребенка	С-64

ГЛАВА 1: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИЛИ МАЛОВЕСНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ

Уход за новорожденными, которые нуждаются в медицинской помощи, независимо от того, были ли они доставлены в медицинское учреждение из дома, переведены из другого учреждения или отделения, или поступили из родильного зала в результате осложненных родов, включает в себя цикл планирования, внедрения и оценки помощи, основываясь на непрерывном наблюдении за состоянием ребенка. Помощь, которую новорожденный получает в медицинском учреждении, разделяется на несколько ступней, которые излагаются ниже.

При осмотре и лечении новорожденных детей всегда придерживайтесь принципов и практики предотвращения инфекций (стр. С-37), особенно в тех случаях, когда у новорожденного имеется диаррея или возможна инфекция кожи, глаз, или пупка.

Это пособие предусматривает две ситуации, в которых может оказаться больной или недоношенный ребенок:

- Новорожденный ребенок с рождения наблюдался в медицинском учреждении: известно течение проблемы после родов, доступна достоверная информация как о новорожденном, так и анамнез матери, беременности, и родов.
- Новорожденный поступил из дома: информация о состоянии новорожденного с момента его рождения до настоящего времени и/или анамнез матери, сведения о беременности и родах отсутствуют или недостоверны. Очень часто эти новорожденные будут поступать с выраженными признаками заболевания.

ПОСТУПЛЕНИЕ, НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Укажите персоналу немедленно пригласить медицинского специалиста, если поступил новорожденный ребенок младше недельного возраста. Не заставляйте ребенка ждать медицинской помощи.
- Удостоверьтесь, что приемный покой организован таким образом, что каждый новорожденный может быть быстро осмотрен специалистом.
- Осмотрите всех больных или маловесных новорожденных перед тем, как прибегнуть к обычным административным процедурам по госпитализации больного.
- Сразу после поступления новорожденного, убедитесь, нет ли у малыша опасных признаков, указывающих на критическое состояние ребенка и возможность наступления смерти в течение минут. (стр. F-5):
 - Пока вы определяете опасные для жизни симптомы, представляйте матери и спросите у нее (или у того, кто привез ребенка):

- Что не так с ребенком?
 - Когда возникла проблема (ы)?
 - Какое имя матери и ребенка?
 - Какой возраст ребенка?
 - Поступил ли ребенок не из медицинского учреждения?
- По возможности госпитализировать ребенка с матерью и позволить ей присутствовать при обследовании ребенка и проведении любой процедуры, если это позволяют обстоятельства.
- Перед тем, как продолжить дальнейшее обследование ребенка, окажите неотложную помощь, если имеется любой угрожающий жизни признак, таким образом, как указано в **таблице F-1 (страница F-6)**.

В первую очередь стабилизируйте состояние больного или маловесного новорожденного перед тем, как продолжить его обследование и пытаться устранить основную причину болезни.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

- Как только новорожденный получил неотложную помощь, соберите анамнез матери и ребенка. После этого, пользуясь **Таблицей F-2 (страница F-11)**, закончите тщательное обследование больного, стараясь определить основную проблему(ы) и госпитализировать ребенка (страница F-21), если это необходимо.
- Обеспечьте целенаправленное лечение установленной проблемы, а в случае необходимости, пользуйтесь **Таблицей F-2 (страница F-11)**, чтобы определиться, которой главой вы будете руководствоваться.
- В случае необходимости, организуйте транспорт и перевозку больного (**страница C-63**).

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД

Помимо целенаправленного лечения установленной проблемы (м), обеспечьте общий и постоянный уход за ребенком.

- Разработайте общий план ухода, который включает в себя и специальные потребности ребенка.
- Следите за течением болезни и выздоровлением ребенка, проводя непрерывную оценку общего состояния (ее проводите комплексно, чтобы как можно меньше тревожить ребенка), включая:

- частоту дыхания;
 - частоту сердечных сокращений;
 - цвет кожных покровов;
 - температуру;
 - вес;
 - скорость и объем внутривенно вводимой жидкости;
 - частоту и объем питания.
- Будьте готовы изменить план оказания помощи ребенку, в зависимости от изменений его состояния, и на основе данных, полученных во время непрерывного наблюдения за общим состоянием больного и другого целенаправленного обследования, необходимого для конкретного заболевания.
 - Обеспечьте эмоциональную поддержку матери и других членов семьи (**страница С-57**).

ВЕДЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО УХОДУ

- Делайте записи необходимого лечения в плане ухода и представьте этот план медицинскому и другому персоналу, вовлеченному в процесс выхаживания ребенка.
- Документируйте любые изменения в состоянии ребенка и сообщайте о них соответствующим сотрудникам.
- Удостоверьтесь, что информация доведена до сведения ответственных врачей и медицинского персонала, приступающего на работу в разные смены.

ВЫПИСКА И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Придерживайтесь указаний, изложенных в главах по специальным проблемам, решая вопрос о времени выписки ребенка.
- Планируя выписку:
 - Сделайте все необходимые прививки (**страница С-51**);
 - Дайте инструкции по общему домашнему уходу;
 - Рекомендуйте грудное вскармливание и убедитесь, что ребенок полноценно вскармливается.
- Выпишите ребенка (**страница С-67**) и, при необходимости, наметьте последующие контрольные визиты, если ребенок имеет специфические проблемы и нуждается в наблюдении по поводу вскармливания и роста.

НЕМЕДЛЕННАЯ ОЦЕНКА И НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

Как только ребенок поступает в медицинское учреждение, немедленно оцените, нет ли у него угрожающих жизни симптомов, независимо от того, поступил ли ребенок из другого отделения той же больницы, переведен из другого стационара, или доставлен из дому. Некоторые младенцы могут иметь угрожающие жизни симптомы, указывающие на то, что ребенок настолько болен, что, если его немедленно не лечить, он может умереть в течение нескольких минут. Пользуйтесь этой главой для немедленной оценки состояния младенцев на предмет опасных для жизни симптомов и оказания неотложной помощи.

Немедленно осмотрите ребенка по поводу опасных для жизни симптомов, перечисленных ниже, и начинайте неотложную терапию (Таблица F-1, страница F-6) при их наличии:

- Отсутствует самостоятельное дыхание даже после стимуляции; гаспинг; или частота дыхания меньше чем 20 раз/мин.; ИЛИ
- Имеется кровотечение; ИЛИ
- Имеются признаки шока (бледность, холодный на ощупь, частота сердечных сокращений больше чем 180 ударов/мин., резко заторможен или без сознания).

НЕМЕДЛЕННАЯ ОЦЕНКА

- Разместите ребенка на теплой поверхности под источник лучистого тепла и хорошее освещение.
- Немедленно начинайте реанимацию, используя дыхательный мешок и маску (**страница P-1**), если ребенок:
 - не дышит вообще, даже прибегнув к стимуляции; ИЛИ
 - дышит прерывисто, нерегулярно (гаспинг); ИЛИ
 - дышит менее 20 раз в минуту.
- Если у ребенка **наблюдаются судороги или спазм**, в первую очередь лечите угрожающие жизни нарушения. Только затем начинайте лечить судороги или спазм (**страница F-59**), после чего продолжайте дальнейшее обследование больного.

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

- Взвесьте ребенка (**страница C-53**).
- Обеспечьте доступ к венозному сосуду (**страница P-21**).
- Начинайте неотложное лечение (**Таблица F-1, страница F-6**).

- После завершения неотложного лечения, продолжайте дальнейшую оценку (**страница F-7**).

ТАБЛИЦА F-1 Неотложное лечение угрожающих жизни состояний

Угрожающее состояние	Неотложная терапия
<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствует дыхание даже при стимуляции; ИЛИ • Гаспинг; ИЛИ • Частота дыхания менее 20 раз в минуту. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реанимируйте ребенка, проводя дыхание с помощью мешка и маски (страница P-1). 2. Дайте дышать кислород (страница C-25) высоким потоком..
<ul style="list-style-type: none"> • Кровотечение 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Услы возможно, остановите видимое кровотечение (например, если кровоточит из культи пуповины, заново пережмите или перевезите ее; если кровоточит из разреза или участка циркумцизии у мальчика, надавите на кровоточащий участок стерильной повязкой). 2. Введите в/в (или в/м, если пока нет доступа к вене) 1 мг витамина K₁ (phytomenadione). 3. Возьмите кровь (страница P-9) для определения группы и на совместимость и определите гемоглобин. 4. Проведите общее лечение кровотечения (страница F-114).
<ul style="list-style-type: none"> • Шок 	<p>Если шок вероятно вызван кровотечением:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелейте физиологический раствор или лактат Рингера из расчета 10 мл/кг массы тела в течение 10 минут и повторите ту же дозу через 20 минут, если признаки шока сохраняются. В дальнейшем продолжать инфузию 10% раствором глюкозы в объеме, соответствующему возрасту ребенка (Таблица C-4, страница C-22). 2. Немедленно перелейте кровь (стр P-31), используя O группу, резус-отрицательную кровь. 3. Дайте дышать кислород высоким потоком (страница C-25). 4. Обеспечьте тепло (страница C-1). <p>Если мало вероятно, что шок вызван кровотечением:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелейте в/в жидкость из расчета 20 мл/кг массы тела за первый час, и затем продолжайте в/в вливание жидкостей в объеме, соответствующем возрасту ребенка (Табл. C-4, страница C-22). 2. Обеспечьте тепло (страница C-1). 3. Лечите сепсис (страница F-41).

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

После оценки возможных угрожающих жизни симптомов (т.е. отсутствие дыхания, наличие гаспинга, частота дыхания менее 20 раз в минуту, кровотечение, или шок) и проведения неотложного лечения (**Табл F-1, страница F-6**), продолжайте обследовать ребенка и сделайте список полученных данных.

- Соберите анамнез ребенка и матери (см. ниже).
- Полностью обследуйте ребенка (**Таблица F-2, страница F-11**).
- Основываясь на анамнезе и данных проведенного обследования выберите наиболее подходящую для конкретного случая главу(ы) этого раздела руководства.
- При необходимости, завершите дополнительное обследование больного и определите нужные лабораторные исследования, как указывается в главе(ах) этого раздела руководства.
- Проведите необходимые лабораторные исследования, и лечите ребенка (в случае необходимости - и/или мать или её партнера (ов)).
- Делайте записи всей информации, включая:
 - полученные анамнестические и лабораторные данные и результаты обследования больного;
 - проведенное лечение;
 - изменения состояния ребенка.

АНАМНЕЗ

При возможности просмотрите записи и замечания о течении родов, полученные из акушерского стационара. Задайте соответствующие вопросы, касающиеся матери и ребенка, и используйте полученные ответы для сравнения их с имеющимися данными обследования и результатами лабораторных исследований для определения возможного диагноза.

РЕБЕНОК

Спросите мать (или того, кто доставил ребенка):

- Какая по сути проблема? Почему ребенок находится здесь?
- Какой объем помощи, включая конкретное лечение, ребенок уже получал?
- Каков возраст ребенка?
- Какой вес был у ребенка при рождении?
- Родился ли ребенок в срок? Если нет, то на какой неделе гестации он родился?

- Где родился ребенок? Помогал ли кто-то во время родов?
- Какое состояние ребенка было сразу после рождения?
 - Дышал ли ребенок самостоятельно сразу после рождения?
 - Понадобилась ли ребенку реанимация? Если да, то сколько времени прошло до тех пор, пока восстановилось самостоятельное дыхание?
 - Нормально ли двигался и плакал ребенок?
- Когда впервые появилась данная проблема?
- Изменилось ли состояние ребенка с тех пор, как впервые была отмечена проблема? Ухудшается ли состояние ребенка? Если да, то как быстро и каким образом?
- Появились ли проблемы вскармливания, включая любую из нижеперечисленных:
 - Плохо вскармливается или не кормится вообще с момента рождения или после периода нормального вскармливания;
 - кашель или поперхивание во время кормления;
 - рвота после кормления.

МАТЬ

- Изучите медицинский, акушерский и социальный анамнез матери.
- Спросите мать, есть ли у нее какие-либо вопросы или беспокойства (напр., определенное беспокойство или опасение по поводу грудного вскармливания).
- Если **мать отсутствует**, выясните, где она, и каково её состояние, будет ли она в состоянии заботиться о ребенке, включая грудное вскармливание или сцеживание грудного молока.

БЕРЕМЕННОСТЬ

- Задайте матери следующие вопросы относительно её беременности:
 - Какова была продолжительность Вашей беременности?
 - Имелись ли у Вас какие-либо хронические заболевания во время беременности, включая гепатит В, туберкулез, диабет, или сифилис (симптоматический или серопозитивный)?
 - Определялся ли у Вас ВИЧ? Если да, можете ли Вы это сказать?
 - Были ли у Вас какие-либо осложнения во время беременности? Если да, то какое лечение вы получали и получали ли вообще?

- Если мать больна **гепатитом Б, туберкулёзом, диабетом или сифилисом**, завершите ее обследование по **Таблице F-2 (страница F-11)** и начинайте лечить конкретные проявления болезни у новорожденного ребенка. Если ребенок **асимптоматичный** (у него нет признаков болезни), ему назначьте соответствующее лечение, на основании проблемы у матери, как указано в **странице F-155**.
- Если мать **инфицирована ВИЧ**, завершите обследование по **Таблице F-2 (страница F-11)** и начинайте лечить какие-либо проявления болезни у новорожденного ребенка. В дальнейшем приступайте к соответствующему лечению матери, как указано в **странице F-159**.

РОДЫ И РОЖДЕНИЕ

- Задайте матери следующие вопросы о её беременности и родах:
 - Были ли у Вас какие-либо осложнения, такие как внутриутробная инфекция или лихорадка в любое время от начала родов до третьего дня после родов?
 - Был ли у Вас разрыв околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов?
 - Были ли роды тяжелыми или осложненными, включая любое из нижеследующих:
 - дистресс плода;
 - затяжные роды;
 - кесарево сечение;
 - инструментальное родовспоможение при вагинальных родах (например, наложение щипцов или вакуум экстрактора);
 - неправильное положение или предлежание плода (например ягодичное);
 - любые другие осложнения.
 - Были ли у Вас какие-то осложнения после родов?
- Если у матери была **внутриутробная инфекция или лихорадка в любое время от начала родов до третьего дня после родов, или разрыв околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов**, продолжайте собирать анамнез, завершите обследование (**Таблица F-2, страница F-11**) и начинайте лечить любое проявление (я) заболевания. В дальнейшем приступайте к соответствующему лечению матери, как указано на **странице F-55**.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Продолжайте неотложную терапию, которая была начата по поводу угрожающего жизни состояния (не дышит, имеется гаспинг, частота дыхания менее 20 раз в минуту, кровоточит или имеется клиническая картина шока; **Таблица F-1, страница F-6**). Если у ребенка **во время обследования появляются опасные для жизни симптомы**, начинайте неотложное лечение, как указано в таблице Таблице F-1, и продолжайте обследование только тогда, когда состояние ребенка станет стабильным.
- Обследуйте ребенка, как указано в **Таблице F-2 (страница F-11)**:
 - Обследуйте ребенка под источником лучистого тепла, но не перегрейте его;
 - Позвольте матери присутствовать во время обследования;
 - Если **ребенок еще не был взвешен**, взвесьте его (**страница C-53**) и запишите его вес;
 - Во время беседы с матерью и перед тем, как раздеть ребенка, обратите внимание на следующие признаки:
 - цвет кожных покровов;
 - частоту дыхания;
 - положение;
 - активные движения;
 - реакцию на стимуляцию;
 - очевидные аномалии развития.
 - Проводя обследования, простыми словами объясните матери обнаруженные Вами находки и укажите на отклонения от нормы (**страница C-57**). Получите согласие от матери на выполнение тех или иных инвазивных процедур.
 - Новорожденный ребенок может иметь более чем одну проблему. Проводя обследование, лечите только проявления болезни, которые указаны в ниже представленной таблице (т.е. при указании “ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ”). Перед тем, как начинать специфическое лечение проявлений болезни у новорожденного ребенка, завершите полное его обследование, а до этого сосредоточьтесь на решении тех проблем, которые указаны в списке как приоритетные.

ТАБЛИЦА F-2. Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Частоту дыхания больше, чем 60 или меньше, чем 30 раз в минуту ▪ Похрюкивание на выдохе ▪ Втяжение грудной клетки (Рис. F-3, стр. F-47) 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Дайте кислород умеренным потоком (стр. С-25).</p> <p>Лечения дыхательных расстройств на странице F-47.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Апноэ (отсутствие самостоятельного дыхания более чем 20 секунд) 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Стимулируйте дыхание ребенка, потирая его спину в течение 10 секунд. Если ребенок в течении этого времени не начинает дышать, начинайте его вентиляцию (реанимацию) с помощью мешка и маски (страница P-1). Лечение апноэ на странице F-52.</p>
<p><i>Нормальная частота дыхания у новорожденного ребенка составляет 30-60 дыханий в минуту, отсутствуют втяжения грудной клетки или хрюканья при выдохе. Однако, недоношенные дети (меньше 2.5 кг при рождении или рожденные до 37 недель гестации) могут иметь небольшое втяжение груди; также не считается патологией, если они периодически перестают дышать в течение нескольких секунд. Подсчитывая частоту дыхания у ребенка, считайте в течение полной минуты, поскольку младенцы короткие промежутки времени могут дышать нерегулярно (до 80 дыханий в минуту). Если Вы неуверены в частоте дыхания, пересчитайте еще раз.</i></p>		
ЦВЕТ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Бледность 	<p>Лечебная тактика при бледности и возможного кровотечения на странице F-113.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Желтуха (желтучность) 	<p>Лечение желтухи в странице F-77.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Центральный цианоз (синий язык и губы; обратите внимание на то, что синий цвет кожи, сочетающийся с синим языком и губами, говорит об очень серьезной проблеме) 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Дайте кислород высоким потоком (стр. С-25).</p> <p>Лечение центрального цианоза на странице F-47.</p>
<p><i>Доношенные дети кажутся более бледными, чем недоношенные потому, что у них кожа толще.</i></p>		

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в в которой изложено лечение после завершения обследования
ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ (ЧСС) (определяется стетоскопом)	<ul style="list-style-type: none"> ЧСС более 160 или менее 100 ударов в минуту 	Во время обследования обратите внимание на другие возможные причины нарушения частоты сердечных сокращений (например, повышение или снижение температуры тела, кровотечение, дыхательные проблемы).
<p><i>Нормальная частота сердечных сокращений (ЧСС) для новорожденного ребенка является 100-160 ударов в минуту, однако ЧСС нередко превышает 160 ударов в минуту в течение короткого промежутка времени, особенно в течение первых нескольких дней жизни и во время беспокойства ребенка. Если Вы неуверены в частоте сердечных сокращений, пересчитайте еще раз.</i></p>		
ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА	<ul style="list-style-type: none"> Менее 36.5°C 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Начинайте согревать ребенка (страница С-1).</p> <p>Классификация и лечение гипотермии в странице F-69. Лечение ребенка с температурой тела ниже чем 32 °C является приоритетным сразу после завершения обследование (страница F-71)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Более 37.5 °C 	Классификация и лечение гипертермии на странице F-69 .
ПОЛОЖЕНИЕ И АКТИВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ (наблюдаемые или из анамнеза)	<ul style="list-style-type: none"> Опистотонус (чремерная гиперэкстензия тела ребенка с запрокинутой назад головой и пятками и изогнутым вперед телом) Рис. F-4B, страница F-60 	<p>Во время обследования ищите признаки других заболеваний, которые могут проявиться опистотонусом (например, столбняк, менингит, билирубиновая энцефалопатия [ядерная желтуха]).</p> <p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Если ребенок имеет выбухающий большой родничок, немедленно начинайте лечение менингита. См. страницы F-41 и F-43.</p>

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
<p>ПОЛОЖЕНИЕ И АКТИВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ (наблюдаемые или из анамнеза) <i>(продолжение)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Нерегулярные, клонические подергивания тела, конечностей или лица (судороги или спазм) 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Если у ребенка имеются судороги или спазм, см. страницу F-59. Если у ребенка имеются признаки выбухания большого родничка, немедленно начинайте лечение менингита. См. страницы F-41 и F-43.</p> <p>Дополнительное лечение ребенка с судорогами/спазмом или наличие в анамнезе бывших судорог/спазма являются приоритетными сразу после завершения обследования (страница F-59).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Тремор (быстрые и повторяющиеся движения, вызванные неожиданным дотрагиванием до ребенка или громким разговором, и которые можно остановить, взяв ребенка на руки и прижав его к себе, покормив его или согнув его конечности) 	<p>Во время обследования, осмотрите ребенка для выявления других, более специфических признаков. Если их нет, см. Страницу F-87.</p>

В нормальном положении отдыхающий доношенный ребенок имеет слегка сжатые кулачки и держит руки, бедра и колени в согнутом положении (рис. F-1B, страница F-23). У маловесных детей (менее 2.5 кг веса при рождении или родившихся до 37 недели беременности) конечности могут быть в разогнутом положении (рис. F-1A, страница F-23). Новорожденные, родившиеся в ягодичном предлежании, могут иметь полностью согнутые бедра и колени, а стопы могут находиться около рта; возможно, что ноги и стопы могут быть запрокинуты по сторонам от ребенка (рис. F-12, страница F-146).

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) **Обследование новорожденного ребенка**

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС И СТЕПЕНЬ СОЗНАНИЯ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Летаргию (сниженная степень сознания, из которого ребенок пробуждается только с большими усилиями) ▪ Слабость, дряблость (слабый мышечный тонус, конечности свободно отвисают после того, как их поднимают и опускают) ▪ Раздражительность (чрезмерная чувствительность на стимуляцию, частый и интенсивный плач, вызванный незначительной причиной) ▪ Сонливость (вялость) ▪ Пониженная активность 	<p>Во время обследования обращайтесь с ребенком бережно, чтобы не повредить его.</p> <p>Во время обследования обратите внимание на другие, более специфические признаки. Если они отсутствуют, см. страницу F-87.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Потерю сознания (глубокий сон, отсутствие ответа на любые раздражители; отсутствие реакции на болезненные процедуры) 	<p>Если потеря сознания не вызвана шоком (страница F-6), то наиболее вероятной ее причиной является сепсис или асфиксия (страница F-35). Лечение причины потери сознания является приоритетным сразу после завершения обследования.</p>
<p><i>Нормальный новорожденный ребенок может быть как спокойным, так и тревожным, но его нетрудно успокоить, когда он расстроенный. Ребенка можно легко разбудить, когда он тихо лежит или спит.</i></p>		
КОНЕЧНОСТИ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ненормальное положение и движения конечностей (напр., рис. F-10, страница F-145) ▪ Асимметричные движения рук и ног ребенка ▪ Плач ребенка при попытке дотронуться или подвигать ногу, руку или плечо ребенка ▪ Находящуюся в необычном положении кость 	<p>Более подробное обследование по поводу родовой травмы на странице F-145.</p>

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
КОНЕЧНОСТИ <i>(продолжение)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Косолапость (ступня неправильной формы или в неправильном положении (т.е. пятка вывернута кнутри или кнаружи по отношению к средней линии ноги)) ▪ Дополнительный палец (пальцы) на руке или стопе 	Лечение врожденных пороков на странице F-151 .
КОЖА	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Покраснение или припухлость кожи или мягких тканей ▪ Пустулы или пузыри 	<p>Дотрагиваясь до ребенка строго придерживайтесь принципов предосторожности от инфекции (страница C-37).</p> <p>Лечение новорожденных с кожными заболеваниями на странице F-127.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Волдырную сыпь на коже ладоней или подошвы 	Лечение новорожденных с кожными заболеваниями в странице F-127 .
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Рану или ссадину 	Лечение ран или ссадин в странице F-132 .
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Синяк (синюшные пятна на коже без ее повреждения; обычно наблюдаются на предлежащей части тела во время родов, т.е. ягодицы при ягодичном предлежании плода) 	<p>Если синяк появился самопроизвольно и не было свидетельства родовой травмы, см. страницу F-113 для более подробного обследования на возможную причину кровотечения.</p> <p>Если синяк появился вследствие родовой травмы, заверьте мать в том, что не нужно никакого лечения и что это пройдет само собой через несколько недель.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Родинку или родимое пятно на коже (необычная пигментная точка, пятно, или припухлая область кожи) 	Тактика поведения при наличии родинки или пятен на коже на странице F-151 .
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Снижение эластичности кожи 	Лечите дегидратацию, если имеются и другие ее признаки, такие как запавшие глаза, родничок, или сухой язык и сухие слизистые оболочки.

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
КОЖА (продолжение)	<ul style="list-style-type: none"> Кандидозная сыпь (ярко-красные пятна на участках кожи в области подгузников на ягодицах, нередко с опрелостями или с маленьким белым гнойничком в центре) 	Для подтверждения диагноза кандидозной сыпи см. страницу F-128.
<p><i>Некоторые изменения на коже ребенка являются обычным явлением и не должны вызывать беспокойство, если ребенок в остальном выглядит здоровым. Это может быть милия (белые пятна вокруг носа), обычно появляющаяся в первый день жизни или позже, токсическая эритема (красные пятна с небольшими белыми точками по середине), расположенная на лице, пояснице, спине ребенка и появляющиеся на второй день жизни или позже. Кроме того, после первого дня жизни не считается ненормальным шелушение кожи на спине, пояснице, или животе ребенка.</i></p>		
ПУПОК	<ul style="list-style-type: none"> Покрасневший, отечный, гнойные выделения, неприятный запах Покрасневшая и уплотненная кожа вокруг пупка 	Лечение пупочных инфекций на странице F-135 .
	<ul style="list-style-type: none"> Кровотечение из пупка 	ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: При необходимости заново наложите клемму на пупок или перевяжите его. Лечение кровотечения на странице F-113 .
<p><i>Нормальный пупок в первый день выглядит синевато-белым. Затем он начинает сохнуть, сморщиваться и отпадает через 7 - 10 дней.</i></p>		
ГЛАЗА	<ul style="list-style-type: none"> Гнойные выделения из глаз Покрасневшие и набухшие веки 	Лечение заболеваний глаз на странице F-139 .
	<ul style="list-style-type: none"> Кровоизлияния под конъюнктивой (ярко-красное пятно под конъюнктивой одного или обоих глаз) 	Заверьте мать, что ребенок не нуждается в лечении, и что проблема пройдет сама собой через некоторое время.

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
ГОЛОВА И ЛИЦО	<ul style="list-style-type: none"> Гидроцефалия (большая голова с выбухающим родничком и расхождением швов) 	При возможности организуйте перевод (страница С-63) и направьте ребенка в стационар третьего уровня или в специализированный центр хирургии.
	<ul style="list-style-type: none"> Выбухающий большой родничок 	ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Если у ребенка выбухает большой родничок, незамедлительно начинайте лечение менингита. См. страницы F-41 и F-43.
	<ul style="list-style-type: none"> Запавший родничок 	Если имеются другие симптомы дегидратации такие, как запавшие глаза, снижение эластичности кожи, сухой язык и слизистые оболочки, начинайте ее лечение.
	<ul style="list-style-type: none"> Опухоль на голове, которая не ограничивается областью родничков 	Лечение родовой опухоли на странице F-121.
	<ul style="list-style-type: none"> Неспособность сморщивать лоб или закрывать глаз на одной стороне; угол рта перетянут в одну сторону (лицевой паралич; рис. F-11, страница F-145) Неспособность сосать из груди без вытекания молока изо рта 	Более детальное обследование по поводу паралича лицевого нерва на странице F-145.

*Голова здорового новорожденного ребенка может быть деформированной в результате родов в головном предлежании; это обычно проходит самопроизвольно в течение трех - четырех недель (**рис. F-7, страница F-121**).*

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
РОТ И НОС	<ul style="list-style-type: none"> Расщепленную губу (расщелину в губе) 	Поведение при расщелине губы или твердого неба изложено на странице F-151 .
	<ul style="list-style-type: none"> Расщеленное небо (дефект на верхнем небе, через который соединяется полость рта и носовые ходы) 	
	<ul style="list-style-type: none"> Молочница (толстые белые пятна на языке или во рту) 	Для подтверждения диагноза молочница см. страницу F-128 .
	<ul style="list-style-type: none"> Центральный цианоз (синий язык и губы) 	ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Дайте кислород высоким потоком (страница C-25). Лечение центрального цианоза на странице F-47 .
	<ul style="list-style-type: none"> Чрезмерное количество выделений из носа (“сопение“) 	Более подробное обследование по поводу врожденного сифилиса на странице F-35 .
ЖИВОТ И СПИНА	<ul style="list-style-type: none"> Сухой язык и и сухие слизистые 	Лечить дегидратацию, если имеются ее дополнительные признаки: сниженная эластичность кожи, запавшие глаза или родничок (страница C-23).
	<ul style="list-style-type: none"> Вздутие живота (Рис. F-6, страница F-99) 	Решение проблем вздутия живота на странице F-99 .
	<ul style="list-style-type: none"> Гастрошизис/ омфалоцеле (дефект брюшной стенки или пупка, через который могут выпасть кишки или другие органы брюшной полости) 	Тактика поведения при врожденном дефекте брюшной стенки или пупочной грыже (гастрошизис/омфалоцеле) на странице F-152 .
	<ul style="list-style-type: none"> Незаращенный позвоночник/ спинно-мозговая грыжа (дефект на спине, через которое выступает спинной мозг и/или его оболочки) 	Лечение незаращенного позвоночника/ спинно-мозговой грыжи на странице F-152 .

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
ВЕС	<ul style="list-style-type: none"> • Вес при рождении менее 2.5 кг 	Во время обследования обратите внимание на проблемы, которые ребенок может иметь из-за малого веса, и следуйте специальным рекомендациям по уходу за маловесными детьми, которые изложены на странице F-23 .
	<ul style="list-style-type: none"> • Вес при рождении более 4.0 кг 	Возможна необходимость профилактики и лечения гипогликемии (низкого уровня глюкозы в крови, страница F-91) и тщательного обследования по поводу возможной родовой травмы.
	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточную прибавку веса (подтвержденную или предполагаемую) 	Более детально обследовать по поводу возможных проблем вскармливания, страница F-93 .
МОЧА И СТУЛ	<ul style="list-style-type: none"> • Мочеиспускание реже шести раз в сутки после второго дня после рождения 	Оцените объем питания и/или объем жидкостей (страница C-22).
	<ul style="list-style-type: none"> • Диарея (учащение свободных испражнений, наблюдаемых или отмечаемых матерью; стул водянистый и зеленый, или содержит слизь или кровь) 	Лечение диареи на странице F-107 .
	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие мекония в течение 24 часов после родов 	Проверьте на отсутствие выходного отверстия (атрезию ануса): <ul style="list-style-type: none"> • Если задний проход отсутствует, см. страницу F-153. • Если задний проход на месте, см. страницу F-102 для определения у ребенка возможного порока развития или обструкции желудочно-кишечного тракта.

Для ребенка считается нормальным иметь от шести до восьми раз в день водянистый стул. В течение первой недели жизни у новорожденных женского пола может иметь место кровотечение из влагалища, но это не считается патологией.

ТАБЛИЦА F-2 (продол.) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, которой изложено лечение после завершения обследования
ПИТАНИЕ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ То, что у ребенка сразу после рождения не было проблем вскармливания, но теперь плохо кушает или вообще отказывается от пищи ▪ То, что у ребенка с рождения проблемы вскармливания ▪ Недостаточную прибавку веса (подтвержденную или предполагаемую) ▪ Мать не смогла успешно кормить грудью ▪ Ребенок имеет проблемы вскармливания, является маловесным или родился из двойни 	<p>Общие принципы решения проблем вскармливания изложены на странице F-93.</p> <p>Введение жидкостей и питание маловесного ребенка изложены на странице F-26.</p>
	Обильную рвоту после каждого кормления, независимо от метода вскармливания, или рвоту с примесью желчи или крови	Лечение рвоты на странице F-99 .

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Назначьте необходимое лечение:
 - Оцените результаты обследования и начинайте лечить те состояния, которые являются приоритетными (температура тела менее 32 °С, судороги/спазм, потеря сознания);
 - Продолжайте лечить угрожающие состояния (т.е. частота дыхания менее 20 раз в минуту, апноэ, гаспинг или отсутствие дыхания, кровотечение или шок) и продолжайте то лечение, которое было начато во время обследования (т.е. из ряда “ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ”);
 - Заметьте, что в большинстве глав, изложенных в этом разделе, исследуется каждый признак или полученные данные в отдельности, указывая путь на патогенетическое лечение. В некоторых случаях в процессе обследования может быть определен более чем один признак болезни и совокупность этих признаков вместе указывают на серьезность конкретной проблемы. **Если обследование выявляет более чем один признак болезни, в первую очередь обратитесь к главе**

Множественные проявления (чаще всего сепсис и асфиксия) (страница F-35), чтобы исключить асфиксию, сепсис, врожденный сифилис, или проблемы, связанные с малым весом ребенка, и только тогда обратитесь к другому(им) разделам руководства;

- Имейте в виду, что Вы можете одновременно решать несколько проблем.
- Если не выявлена какая-либо конкретная проблема, а у ребенка отмечается только сонливость (летаргия) или другой неспецифический признак (дремота, сниженная активность, вялость, раздражительность или беспокойство) или ребенок “выглядит больным”, см. главу «Летаргия и другие неспецифические признаки» (страница F-87).
- Перед тем, как начать конкретное лечение, незамедлительно проведите следующие мероприятия:
 - Если прошло менее часа после рождения, проведите профилактику гонобленореи путем обработки глаз 1% раствором нитрата серебра, 2.5 % раствором поливидон йодина или 1% тетрациклиновой мазью.
 - В/м (или в/в, если есть доступ к вене) однократно введите 1 мг витамина К₁ (phytomenadione), если ребенок его еще до этого не получал.

Мать, которая постоянно находится с ребенком, может заметить малейшие изменения в состоянии ребенка. Прислушайтесь к её мнению и повторно обследуйте ребенка в любое время, если есть повод для беспокойства.

СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ

- Сообщите матери полученные результаты обследования и получите от нее согласие на выполнение дополнительных процедур.
- Продолжайте любое лечение, которое уже была начато.
- Определите, какие потребуются процедуры и лабораторные исследования. Убедитесь, что Вы однократно взяли достаточное количество крови, чтобы выполнить все необходимые анализы.

ПОСТУПЛЕНИЕ РЕБЕНКА В МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

- Если ребенок нуждается в лечении в медицинском стационаре, удостоверьтесь в следующем:
 - Объясните матери состояние ребенка и причину (ы) необходимой госпитализации. Ответьте на любые ее вопросы;

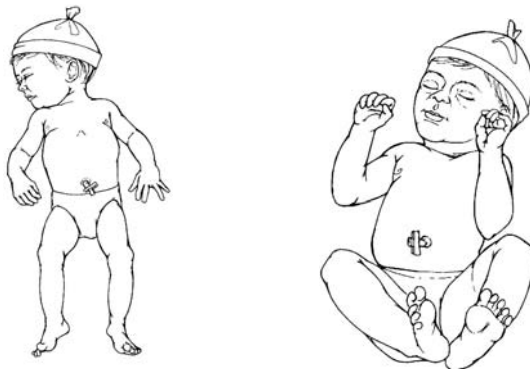
- Убедитесь, что на запястьи или лодыжке ребенка имеется бирка с его правильными данными;
- Проверьте, что пуповина надежно пережата/перевязана;
- Выполните необходимые административные процедуры (т.е. ведение записей, **страница А-1**);
- Направте ребенка в специализированное отделение по выхаживанию новорожденных детей, если таковое имеется:
 - Если **отделение специализированного ухода отсутствует**, положите ребенка вместе с матерью в другое отделение таким образом, чтобы палата совместного пребывания находилась поблизости от медсестринского поста;
 - Новорожденных с признаками инфицирования поместите отдельно от тех, кто не имеет инфекции, и всегда придерживайтесь общих правил профилактики инфекций (**страница С-37**);
 - Создайте условия в стационаре для совместного пребывания матери и ребенка, чтобы мать могла грудью вскармливать ребенка или кормить его сцеженным молоком (**страница С-15**). Мать необязательно госпитализировать в больницу, если она может находиться поблизости в другом месте;
 - **Если мать и ребенок отделены друг от друга**, создайте матери условия для посещения ее ребенка и, по возможности, предоставьте матери удобное кресло;
 - **Если мать не в состоянии посещать ребенка**, информируйте ее о состоянии ребенка по крайней мере два раза в день.
- После получения результатов первичного обследования (напр., уровня глюкозы крови) и оценки ответа ребенка на изначальное лечение еще раз пересмотрите возможный диагноз. Если необходимо, измените лечение.

МАЛОВЕСНЫЙ РЕБЕНОК

Недоношенные новорожденные (родившиеся до 37 недели гестации) обычно имеют больше проблем, чем маловесные дети (с весом менее 2,5 кг при рождении), родившиеся в срок. В связи с тем, что гестационный возраст ребенка не всегда известен, в этом руководстве как недоношенные, так и родившиеся в срок, но с малым весом, будут называться одинаково - “маловесные дети”. Если **гестационный возраст ребенка известен**, по возможности используйте это для установления диагноза и выбора правильного лечения. Запомните, что чем ребенок более недоношен или чем меньше его вес, тем больше вероятность, что у него возникнут те или иные проблемы.

- После завершения обследования таким образом, как изложено в **таблице F-2 (страница F-11)**, тщательно изучите таблицы дифференциальной диагностики, чтобы установить наиболее вероятный диагноз, соответствующий результатам обследования ребенка; помните, что маловесный ребенок может иметь те же проблемы, как и доношенный. Заметьте, что маловесный ребенок:
 - может иметь проблему, которая более свойственна маловесным детям (напр., желтуха недоношенных детей), но также иметь любую другую проблему, которая встречается у детей, родившихся в срок и с нормальным весом (напр., желтуха при сепсисе);
 - находясь в покое, имеет другое положение, (рис. F-1A), чем ребенок, родившийся в срок (рис. F-1B); это не обязательно является признаком существующей проблемы (например, расслабленность).

РИСУНОК F-1 Нормальное положение в покое маловесного ребенка (А) и ребенка родившегося в срок (Б)



- Маловесные младенцы склонны к различного рода осложнениям. К проблемам, которые наиболее часто возникают у маловесных детей, относятся:
 - трудности вскармливания (проблема вскармливания является обычной; по мере роста ребенка она постепенно исчезает);

- нестабильность температуры тела (**страница F-69**; уход по методу Кенгуру [**Страница F-30**] рекомендуется для поддержания температуры тела маловесного ребенка. Его лучше всего использовать для тех малышей, которые не являются серьезно больными, и, в частности, для тех, вес которых менее 1.8 кг);
- дыхательные проблемы (**страница F-47**), такие как респираторный дистресс синдром или апноэ;
- язвено-некротический энтероколит (**страница F-104**);
- желтуха недоношенных детей (**страница F-82**);
- внутрижелудочковые кровоизлияния (**страница F-66**);
- анемия (**страница F-119**); чтобы избежать железодефицитной анемии, назначьте маловесному ребенку пероральный препарат железа, из расчета 2 мг/кг веса тела элементного железа один раз в сутки ежедневно с двухмесячного до 23 месячного возраста);
- низкое содержание уровня глюкозы в крови (**страница F-91**).
- В связи с тем, что маловесный ребенок обычно имеет не одну, а одновременно несколько проблем, из-за того, что он маловесный или у него более выражена болезнь - обратитесь к главе *Множественные проявления (чаще всего сепсис или асфиксия)* (**страница F-35**), уделяя особое внимание признакам сепсиса или асфиксии. Запомните, что у маловесных детей в течение первых дней или первых недель жизни часто появляется ряд новых признаков и симптомов.
- Независимо от существующих проблем все маловесные дети нуждаются в специальных подходах к их питанию, введению жидкостей и поддержанию нормальной температуры тела (идеальным является уход по методу Кенгуру), которые описаны ниже. Кроме того, рассмотрите главы в разделе *«Принципы ухода за новорожденными»* для того, чтобы использовать рекомендации по общему уходу, применительно ко всем новорожденным.

ВСКАРМЛИВАНИЕ И ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВСКАРМЛИВАНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

Маловесные дети часто имеют проблемы вскармливания просто потому, что они недостаточно зрелые, чтобы хорошо усваивать пищу. Хорошие возможности вскармливания обычно созревают к 34-35 неделе гестационного возраста. До этого времени требуются существенные усилия для того, чтобы обеспечить ребенку адекватное питание. Обеспечьте особую поддержку и внимание матери в этот трудный период.

- Объясните матери, что:
 - её грудное молоко - лучшая пища для ребенка;
 - грудное вскармливание особенно важно для маловесного ребенка;
 - может потребоваться больше времени для маловесного ребенка, чтобы приучить его к грудному вскармливанию
 - нет ничего необычного в том, если ребенок:
 - легко устает и вначале слабо сосет;
 - сосет более короткое время перед тем, как отдохнуть;
 - засыпает во время кормления;
 - делает продолжительные паузы между сосанием.
- Убедите мать держать ребенка более продолжительное время на груди, позволяя удлинять паузы между сосанием, или делая сам процесс кормления более продолжительным и медленным. Убедите мать в том, что грудное вскармливание станет легче, когда ребенок повзрослеет.
- Убедите мать следовать общим принципам исключительно грудного вскармливания (**страница С-11**).
- Обеспечьте частое вскармливание ребенка:
 - если **ребенок весит 1.25 - 2.5 кг**, кормите его по крайней мере восемь раз в сутки (т.е. каждые три часа);
 - если **ребенок весит менее 1.25 кг**, кормите его по крайней мере 12 раз в сутки (т.е. каждые два часа);
 - придерживайтесь указаний, изложенных в **таблицах F-3 - F-8 (страницы F-27-F-29)**, для определения необходимого ежедневного объема питания и/или жидкости.
- Если **ребенок недостаточно хорошо сосет и не получает необходимый объем молока**:
 - поощряйте мать давать сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**);
 - убедитесь, что мать всегда сперва пытается ребенка кормить грудью, перед тем, как предложить ему сцеженное грудное молоко, за исключением тех случаев, когда ребенок не может кормиться грудью;
 - в случае необходимости мать может улучшить приток молока, сцеживая небольшое количество молока перед прикладыванием ребенка к груди.

- Убедитесь, что ребенок получает достаточно молока, оценивая его весовую кривую (**страница С-53**).
- Если ребенок **недостаточно набирает в весе** (меньше чем 15 г/кг веса в день в течение трех дней), убедите мать сцеживать грудное молоко (**страница С-15**) в две разные чашки. Объясните, что она сначала должна дать ребенку молоко из второй чашки, которое содержит больше жира, а затем докормить необходимым объемом из первой чашки.
- Если у ребенка **отмечается рвота или вздутие живота, у него повторяются апноэ, или более 20% объема предыдущего кормления остается в желудке (остаточное содержимое в желудке) перед следующим кормлением** (вскармливая через зонд):
 - Прекратите кормление, обеспечьте венозный доступ (**страница Р-21**), и начинайте внутривенное введение жидкости в объеме, соответствующем весу и возрасту ребенка (**таблицы F-3 - F-8, страницы F-27 - F-29**) в течение 12 часов;
 - Оцените ребенка через 12 часов:
 - если **состояние ребенка улучшается**, возобновите кормление, тщательно наблюдая за ним;
 - если **состояние ребенка не улучшается**, продолжайте инфузионную терапию в соответствующем объеме в течение последующих 12 часов. После этого вновь возобновите кормление, назначив тот самый объем пищи, который ребенок получал последний раз; тщательно наблюдайте за его состоянием.
- Если **ребенок получает питание через желудочный зонд и у него увеличивается остаточное содержимое в желудке** (молоко, остающееся в желудке от предыдущего кормления), можно заподозрить язвенно-некротический энтероколит (**страница F-104**).

ОБЪЕМ ПИЩИ И ЖИДКОСТИ ДЛЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

Маловесные дети нуждаются в различном объеме пищи и жидкости в зависимости от их общего состояния и веса. Изучите ниже указанные нормы для того, чтобы определить необходимую суточную потребность ребенка в жидкости и пище.

МЛАДЕНЦЫ, КОТОРЫЕ НЕ ИМЕЮТ СЕРЬЕЗНЫХ ПРОБЛЕМ

1.75 - 2.5 кг

- Разрешите начинать кормить ребенка грудью (**страница С-11**). Если ребенок не может вскармливаться грудью, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**). Используйте **таблицу С-4 (страница С-22)** для определения необходимого объема молока, который соответствует возрасту ребенка.

1.5 - 1.749 кг

- Дайте сцеженное грудное молоко каждые три часа согласно **таблице F-3**, используя альтернативный метод вскармливания (**страница C-14**) до тех пор, пока ребенок не будет в состоянии кормиться грудью.

ТАБЛИЦА F-3 Объем грудного молока для ребенка с весом 1.5 - 1.749 кг, не имеющего серьезных проблем

	День жизни						
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	1	2	3	4	5	6	7
	12	18	22	26	30	33	35

1.25 - 1.49 кг

- Дайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**) каждые три часа согласно **таблице F-4**.
- Постепенно переходите к питанию из чашки/ложки (**страница C-16**), как только ребенок сможет глотать, не захлебываясь и не кашляя.

ТАБЛИЦА F-4 Объем грудного молока для ребенка с весом 1.25 - 1.49 кг, не имеющего серьезных проблем

	День жизни						
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	1	2	3	4	5	6	7
	10	15	18	22	26	28	30

Менее чем 1.25 кг

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и давайте только внутривенную жидкость (согласно **таблице F-5, страница F-28**) в течение первых 48 часов.
- Давайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**) каждые два часа, начиная с 3 дня или позже, если состояние ребенка еще не стабильно; медленно уменьшайте объем внутривенно назначаемой жидкости, постепенно увеличивая объем пероральной пищи согласно **таблице F-5 (страница F-28)**.
- Постепенно переходите к питанию из чашки/ложки (**страница C-16**), как только ребенок сможет глотать, не захлебываясь и не кашляя.

ТАБЛИЦА F-5 Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для всех детей с весом менее 1.25 кг

	День жизни						
	1	2	3	4	5	6	7
Скорость введения внутривенной жидкости (мл/час или микрокапли/минуту)	4	4	3	3	2	2	0
Объем питания через каждые два часа (мл/вскармливание)	0	0	3	5	8	11	15

БОЛЬНЫЕ МЛАДЕНЦЫ**1.75 - 2.5кг**

- Если **ребенок изначально не нуждается в инфузионной терапии** (согласно соответствующей главе по существующей проблеме ребенка), начинайте грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенок не может вскармливаться грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**). Используйте **таблицу С-4** (**страница С-22**) для определения необходимого объема молока, который соответствует возрасту ребенка.
- Если **ребенок нуждается в инфузионной терапии**:
 - Обеспечьте венозный доступ (**страница Р-21**) и давайте жидкость только внутривенно (согласно **таблице F-6**) в течение первых 24 часов;
 - Дайте сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**) каждые три часа, начиная со 2 дня или позже, если состояние ребенка еще нестабильно; медленно уменьшайте объем внутривенно назначаемой жидкости, постепенно увеличивая объем пероральной пищи согласно **таблице F-6**.

ТАБЛИЦА F-6 Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.75 - 2.5 кг

	День жизни						
	1	2	3	4	5	6	7
Скорость введения внутривенной жидкости (мл/час или микрокапли/минуту)	5	4	3	2	0	0	0
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	0	6	14	22	30	35	38

1.5 - 1.749 кг

- Обеспечьте венозный доступ (**страница P-21**) и давайте жидкость только внутривенно (согласно **таблице F-7**) в течение первых 24 часов.
- Дайте сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница C-14**) каждые три часа, начиная со 2 дня или позже, если состояние ребенка еще нестабильно; медленно уменьшайте объем внутривенно назначаемой жидкости, постепенно увеличивая объем пероральной пищи согласно **таблице F-7**.
- Постепенно переходите к питанию из чашки/ложки (**страница C-16**), как только ребенок сможет глотать, не захлебываясь и не кашляя.

ТАБЛИЦА F-7 Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.5 - 1.749 кг

Скорость введения внутривенной жидкости (мл/час или микрокапли/минуту)	День жизни						
	1	2	3	4	5	6	7
	4	4	3	2	2	0	0
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	0	6	13	20	24	33	35

1.25 - 1.49 кг

- Обеспечьте венозный доступ (**страница P-21**) и давайте жидкость только внутривенно (согласно **таблице F-8**) в течение первых 24 часов.
- Дайте сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница C-14**) каждые три часа, начиная со 2 дня или позже, если состояние ребенка еще нестабильно; медленно уменьшайте объем внутривенно назначаемой жидкости, постепенно увеличивая объем пероральной пищи согласно **таблице F-8**.
- Постепенно переходите к питанию из чашки/ложки (**страница C-16**), как только ребенок сможет глотать, не захлебываясь и не кашляя.

ТАБЛИЦА F-8 Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.25 - 1.49 кг

Скорость введения внутривенной жидкости (мл/час или микрокапли/минуту)	День Жизни						
	1	2	3	4	5	6	7
	3	3	3	2	2	0	0
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	0	6	9	16	20	28	30

Менее 1.25 кг

- Давайте пищу и жидкость таким образом, как описано для здорового ребенка с весом менее 1.25кг (страница F-27).

ПРИБАВКА В МАССЕ ТЕЛА И ПИТАНИЕ ПОСЛЕ СЕДЬМОГО ДНЯ ЖИЗНИ

- Для маловесных детей считается нормальным терять вес в течение первых 7-10 дней жизни. Вес при рождении обычно воостанавливается к 14 дню жизни, если ребенок за это время не болел.
- Оцените весовую кривую (страница C-53) ребенка, и убедитесь что он достаточно набирает в весе.
- Если **ребенок по прежнему нуждается в альтернативном методе вскармливания, но получает необходимый объем пищи:**
 - увеличивайте объем молока по 20мл/кг в день до тех пор, пока не достигнете 180 мл/кг массы тела грудного молока в день;
 - продолжайте постепенно увеличивать объем молока одновременно с увеличением веса ребенка с тем, чтобы поддержать тот же 180 мл/кг массы тела объем грудного молока в сутки.
- Если **прибавка в весе является недостаточной** (менее 15 г/кг массы тела в день в течение трех дней):
 - увеличьте объем молока до 200 мл/кг массы тела в день;
 - **если ребенок не прибавляет в весе в течении более одной недели, получая 200 мл/кг массы тела в день грудного молока**, начинайте его лечить от недостаточной прибавки массы тела (страница F-96).

МАТЕРИНСКИЙ УХОД ПО МЕТОДУ КЕНГУРУ

Материнский уход по методу кенгуру (МУК) – это такой способ ухода за маловесным ребенком, когда он непрерывно находится на груди матери (контакт кожа-к-коже) и вскармливается исключительно грудным молоком (в идеальном случае). Это наилучшим образом сохраняет тепло у ребенка и помогает приучить его грудному вскармливанию. МУК можно начинать в больнице, как только это позволяет общее состояние ребенка (т.е. ребенок не нуждается в специальном лечении, таком, как кислородная или инфузионная терапия). Однако МУК требует, чтобы мать оставалась с ребенком или проводила большую часть суток в больнице.

- Перед тем, как мать начнет МУК, убедитесь, что она полностью восстановилась после возможных осложнений в родах.

- Убедитесь, что мать имеет поддержку со стороны своей семьи, позволяющей ей оставаться в больнице или вернуться сюда, как только ребенок будет готов к МУК, и что семья помогает ей справляться со своими домашними обязанностями. По возможности обсудите с членами семьи, каким образом они могут поддерживать мать, чтобы она могла осуществлять МУК.
- Объясните матери, что МУК может быть самым лучшим способом ухода за её малышом, если это позволяет общее состояние ребенка:
 - ребенок будет находиться в тепле;
 - ребенку будет легче вскармливаться;
 - реже будут встречаться эпизоды апноэ.
- Прекратите МУК только в случаях смены пеленок (подгузника), купания, общего осмотра ребенка в соответствии с принятым расписанием или по мере необходимости.
- Уход по методу кенгуру возможен до тех пор, пока ребенок достигает 2.5 кг массы тела или 40 недель гестационного возраста.

НАЧАЛО МАТЕРИНСКОГО УХОДА ПО МЕТОДУ КЕНГУРУ

- Пока ребенок поправляется от болезни, мать может начинать держать ребенка на груди (кожа-к-коже) в течение коротких промежутков времени (от одного до трех часов).
- Как только состояние ребенка становится стабильным и ему не требуется специальное лечение (т.е. кислородная или инфузионная терапия), мать может начинать непрерывный МУК.
- Когда ребенок готов к МУК, согласуйте с матерью время, которое будет для нее удобным. Попросите, чтобы она носила легкую, свободную одежду, удобную для существующей окружающей температуры, и которая могла бы вместить и ребенка.
- Обеспечьте комнатную температуру не менее 25 °С.
- В то время, как мать держит ребенка, объясните ей каждый шаг МУК, продемонстрируйте их, а затем позвольте ей выполнить эти шаги самостоятельно.
- Оденьте ребенка в подогретую рубашку, распахивающуюся спереди, наденьте ему подгузник, шапку и носки.
- Положите ребенка на грудь матери:
 - Положите ребенка в вертикальное положение непосредственно на кожу матери.
 - Убедитесь, что бедра и локти ребенка слегка согнуты, напоминая положение лягушки, а голова и грудь ребенка соприкасаются с грудью матери, при этом голова немножко запрокинута назад.

- Положите ребенка на грудь матери под ее одежду (**Рис. F-2**) и сверху накройте его подогретым одеялом:
 - Мать не нуждается в специальной одежде, если обычная ее одежда держит ребенка прочно и удобно в контакте с её кожей.
 - Используйте кусок мягкой ткани (приблизительно 1 квадратный метр), сложенный в двойную складку и связанный в узел. Убедитесь, что ткань обхватывает ребенка достаточно прочно, не давая ему соскальзывать вниз, когда мать встает, но и не слишком сильно, затрудняя дыхание или движения ребенка.
- После удобного расположения ребенка, позвольте матери какое-то время отдохнуть с ребенком, и, когда она будет готова, поощряйте ее двигаться.

РИСУНОК F-2 Ребенок в положении кенгуру под одеждой матери



ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

- Мать должна попытаться кормить ребенка грудью, когда он просыпается или когда бодрствует и активен.
- Мать должна удобно сесть; при необходимости, помогите ей найти удобное положение и правильно приложить ребенка к груди (**страница C-12**).
- Если грудное вскармливание невозможно, научите мать давать ребенку сцеженное молоко, используя альтернативный метод кормления (**страница C-14**).

ЕЖЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЬ МАТЕРИ

- Объясните матери, что очень важно часто мыть руки.
- В течение дня, мать может делать все что захочет: она может ходить, стоять, сидеть, или лежать.
- Лучшее положение во время МУК - это положение на спине с приподнятой головной частью (полусидячее). **Если кровать не имеет возможности менять положение**, мать может использовать несколько подушек, чтобы придать такое положение. Она может также спать и на боку.
- Когда мать должна на некоторое время отлучиться от своего ребенка в целях личной гигиены или по другой причине:
 - другой член семьи может держать ребенка на груди, пока мать отсутствует; или
 - ребенка нужно одеть, поместить в теплую кроватку и накрыть его до тех пор, пока мать или другой член семьи сможет опять обеспечить МУК.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ РЕБЕНКА

- Если ребенку проводится **постоянный материнский уход по методу кенгуру**, измеряйте температуру тела ребенка два раза в день.
- Научите мать наблюдать за характером дыхания ребенка и объясните ей варианты нормы. Если **ребенок перестает дышать**, научите мать стимулировать дыхание ребенка, потирая его спину в течение 10 секунд. Если ребенок не начинает немедленно дышать, начинайте его реанимацию, проводя вентиляцию с помощью мешка и маски (**страница Р-1**).
- Научите мать распознавать опасные симптомы (например, апноэ, отсутствие активных движений, летаргия, или отказ от пищи).
- Обратите внимание на любое беспокойство матери. **Если ребенок отказывается от пищи**, убедитесь в том, что мать правильно вскармливает ребенка, (**страница С-12**), что ребенок по прежнему слишком незрелый, или что у него не начинается болезнь (если необходимо, повторите обследование, **таблица F-2 [страница F-11]**).

ВЫПИСКА И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Когда ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**). Это обычно происходит через несколько дней или недель, в зависимости от веса ребенка при рождении и других проблем, которые имел ребенок.

- Убедитесь в том, что мать способна самостоятельно заботиться о малыше и продолжать МУК дома, а так же, что она сможет регулярно приходить для последующих осмотров.
- В течение первой недели после выписки из больницы по возможности ежедневно взвешивайте ребенка и обсуждайте с матерью любые проблемы. Обеспечьте поддержку и поощрение матери.
- После первой недели жизни приглашайте мать с ребенком два раза в неделю, пока ребенок не достигнет 40 недель пост-менструационного или не будет весить более 2.5 кг. Взвесьте ребенка и посоветуйте матери, что она может постепенно прекращать МУК, как только ребенок станет менее толерантен к такому способу ухода.
- По мере прекращения МУК, ежемесячно продолжайте наблюдать за состоянием питания, роста и развития ребенка, пока ему не исполнится несколько месяцев.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЧАЩЕ ВСЕГО СЕПСИС ИЛИ АСФИКСИЯ)

- Запомните следующие моменты относительно множественных признаков заболевания:
 - Единственное заболевание у ребенка может проявляться несколькими признаками (напр., у ребенка с асфиксией могут быть судороги, проблемы вскармливания и нарушение дыхания) в то время, как один и тот-же признак может встречаться при многих болезнях (напр., проблемы вскармливания могут быть признаком сепсиса, асфиксии или встречаться у маловесных детей).
 - Даже в тех случаях, когда множественные признаки указывают на единственную проблему, чаще всего эти признаки приходится лечить; поэтому, для дальнейшего тактики ведения обращайтесь к конкретной главе, описывающей имеющийся конкретный признак у ребенка. Например, если у ребенка с асфиксией или сепсисом имеются дыхательные расстройства и судороги, убедитесь в том, что его лечение охватывает обе проблемы.
- К проблемам, которые обычно проявляются с множественными признаками, относится асфиксия, сепсис и маловесный ребенок (родившийся менее 2.5 кг или до 37 недели беременности). Врожденный сифилис, особый вид сепсиса, также может проявляться множественными признаками, которые описаны ниже. Помните, что:
 - Существует значительное сходство между клиническими признаками асфиксии и сепсиса, однако их очень важно различать для правильного выбора лечения;
 - У маловесных детей могут проявляться множественные признаки, которые могут совпадать с признаками асфиксии и сепсиса.
 - Врожденный сифилис встречается значительно реже по сравнению с другими тремя проблемами, даже в регионах с высокой распространенностью инфекций, передающихся половым путем.

ПРОБЛЕМЫ

- Выявление более одного патологического признака во время обследования с большей вероятностью указывает на то, что конкретная проблема у ребенка может быть вызвана его малым весом, сепсисом, асфиксией или врожденным сифилисом.
- Возможно, что изначально во время обследования был выявлен один патологический признак, однако позже у ребенка появляются и другие признаки болезни.

ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Оцените проявление признаков заболевания по анамнезу (**страница F-7**) и результатам обследования (**Таблица F-2, страница F-11**), обращая особое внимание на:
 - осложненную беременность и/или трудные роды (например, дистресс плода);
 - затянувшиеся роды;
 - отсутствие самостоятельного дыхания сразу после рождения;
 - необходимость реанимация ребенка при рождении;
 - внутриутробную инфекции или лихорадку матери в любое время от начала родов до третьего дня после родов;
 - разрыв околоплодных оболочек у матери за 18 часов до начала родов;
 - маловесного ребенка (с весом менее 2.5 кг при рождении или родившегося до 37 недели беременности);
 - серопозитивный тест на сифилис во время беременности или после родов;
 - установленный сифилис (у матери или партнера) во время беременности. Если **мать или её партнер болели сифилисом во время беременности**, уточните, лечились ли они вообще, лечились ли достаточно, существует ли информация о лечении вообще.
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (**страница P-13**). Если содержание глюкозы крови меньше чем **45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, начинайте лечение гипогликемии (**страница F-91**). Если после проведенного лечения проблема сохраняется, вернитесь к этой главе для дальнейшей оценки состояния ребенка.
- Оцените признаки заболевания (см. ниже).

ОЦЕНИТЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Оцените признаки заболевания у ребенка по ниже приведенным таблицам, в которых указаны характерные признаки асфиксии и сепсиса (**Таблица F-9, страница F-37**) и признаки, характерные маловесным детям, или детям с врожденным сифилисом (**Таблица F-10, страница F-37**). Если признаки заболевания у ребенка соответствуют признакам асфиксии и сепсиса, определите, какие из них можно отнести к группе А, а какие к группе Б, используя эту информацию для выбора правильного лечения (**страница F-38**).

Таблица F-9 Признаки, свойственные сепсису и асфиксии

Признаки группы А	Признаки группы Б
<ul style="list-style-type: none"> • Дыхательные нарушения (например, частота дыхания выше 60 или меньше 30 в минуту, “хрюканье” во время выдоха (грантинг), втягивание грудины, или центральный цианоз (синюшность языка и губ) • Отсутствие самостоятельного дыхания при рождении, обычно требующее реанимации новорожденного (вероятность асфиксии) • Апноэ • Судороги • Отсутствие сознания • Нарушение терморегуляции с момента рождения, не поддающееся лечению, появление нестабильной температуры тела после 3-х или более измерений нормальной температуры, или повышение температуры более чем 39°C при отсутствии перегрева ребенка (вероятность сепсиса) • Быстрое и резкое ухудшение состояния (вероятность сепсиса) • Проявление признаков после четвертого дня жизни (вероятность сепсиса) • В анамнезе матери: внутриутробная инфекция или лихорадка у матери в любое время от начала родов до третьего дня после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до начала родов (вероятность сепсиса) 	<ul style="list-style-type: none"> • Летаргия или вялость мышечного тонуса • Сонливость или пониженная активность • Рвота (вероятность сепсиса) • Вздутие живота • Вялое кормление или полный отказ от пищи после периода нормального вскармливания (вероятность сепсиса) • Признаки заболевания, проявляющиеся при рождении или в первый день жизни (иеротность асфиксии) • Затянувшиеся роды (указывают на сепсис) • Роды в неблагоприятных условиях (вероятность сепсиса) • Осложненная или трудная беременность и роды и (дистресс плода; иеротность асфиксии)

Таблица F-10 Признаки, характерные для маловесных младенцев или детей с врожденным сифилисом

Признаки	Характеристика
<ul style="list-style-type: none"> • Мерее 2.5кг веса при рождении или преждевременные роды до 37 недели беременности • Температура тела ниже 36.5°C • Апноэ • Синдром дыхательных расстройств (тяжелое или средней тяжести нарушение дыхания) с момента рождения. Ухудшение состояния ребенка в течение первых двух дней жизни, стабильное в течение следующего одного - двух дней и постепенное улучшение в течение следующих четырех - семи дней) • Нарушение вскармливания • Вялость мышечного тонуса 	Маловесный ребенок (см. страницу F-40)
<ul style="list-style-type: none"> • Распространенный отек (увеличение массы тела) • Вздутие живота (из-за увеличенной печени или селезенки или из-за накопившейся жидкости в брюшной полости) • Волдыри на ладонях и ступнях • Обильная секреция из носа (“сопение”) 	Врожденный сифилис (см. страницу F-41)

ВЫБОР НЕОБХОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ

Запомните следующие положения при выборе для ребенка необходимого лечения, и в особенности во время дифференциации между сепсисом и асфиксией:

- Сепсис может проявиться в любое время с момента рождения до конца периода новорожденности:
 - Подумайте о сепсисе (см. ниже), если у младенцев имеются множественные признаки заболевания, особенно если вы не можете исключить сепсис, или если нет другого четкого диагноза;
 - Если симптомы сепсиса появляются в течение первых трех дней жизни, это обычно связано с разрывом околоплодных оболочек более чем за 18 часов до начала родов, наличием внутриутробной инфекции, или лихорадкой у матери, проявляющейся от начала родов до трех дней после родов. Если **вышеперечисленные ситуации указаны в анамнезе матери, а у ребенка имеются клинические признаки заболевания**, подозревайте сепсис (см. ниже).
 - Если **ребенок не заболел до четвертого дня жизни или позже**, наличие или отсутствие неблагоприятных факторов в анамнезе матери уже не помогут отличить сепсис от других возможных проблем. Однако, **если отсутствует надежная информация о беременности, родах и послеродовом периоде, а ребенку уже более трех суток жизни**, подумайте о сепсисе (см. ниже)
- Асфиксия обычно связана с трудными или затянувшимися родами (т.е. с дистрессом плода) и/или отсутствием у ребенка при рождении самостоятельного дыхания, обычно требующего проведения реанимационных мероприятий. Если эти события имели место, подумайте об асфиксии (**страница F-39**).
- Если ребенок маловесный, см. **страницу F-40**.
- Если у **ребенка имеются клинические признаки сифилиса, а у матери или её партнера во время беременности был установлен сифилис, или мать была серопозитивной на сифилис**, подозревайте врожденный сифилис (**страница F-41**).

ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА СЕПСИС

Ознакомьтесь с двумя главными пунктами, представленными ниже, и выберите из них тот, который в большей степени соответствует проявлениям заболевания у ребенка. Обратитесь к **таблице F-11 (страница F-40)** для принятия алгоритма решений для того, чтобы различить сепсис от асфиксии.

- Если **возраст ребенка не превышает трех суток, а анамнез матери указывает на сепсис**, начинайте лечить сепсис (**страница F-41**) и симптоматическое лечение любых патологических признаков (например, дыхательную недостаточность).

- Если **возраст ребенка не превышает трех суток, а в анамнезе матери нет данных о сепсисе, ИЛИ ребенок уже был старше трех дней при появлении признаков заболевания** (независимо от материнского анамнеза) и:
 - У ребенка имеются два или более признаков из группы А, или три и более признаков из группы Б, начинайте лечение сепсиса (страница F-41) и симптоматическое лечение любой специфической проблемы (например, дыхательной недостаточности);
 - У ребенка имеется один признак из группы А и один или два признака из группы Б, начинайте лечение любой специфической проблемы (например, дыхательную недостаточность), но не начинайте лечение сепсиса. Наблюдайте ребенка для выявления дополнительных симптомов сепсиса, повторно оценивая состояние ребенка каждые два часа в течение 12 часов:
 - Если в любой момент наблюдения у ребенка появятся дополнительные признаки сепсиса, начинайте лечение сепсиса (страница F-41);
 - Если во время периода наблюдения у ребенка не проявляются дополнительные симптомы сепсиса, но сохраняются имеющиеся другие признаки заболевания, продолжайте наблюдение еще в течение 12 часов;
 - Если исходные признаки сепсиса улучшились в течение периода наблюдения, повторно оцените состояние ребенка каждые четыре часа в течение последующих 24 часов. Если состояние ребенка продолжает улучшаться, ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (страница C-67).

ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА АСФИКСИЮ

Ознакомьтесь с двумя главными пунктами, представленными ниже, и выберите из них тот, который в большей степени соответствует проявлениям заболевания у ребенка. Обратитесь к таблице F-11 (страница F-40) для принятия алгоритма решений для того, чтобы различить сепсис от асфиксии.

- Если **возраст ребенка не превышает трех суток, а анамнез матери указывает на сепсис** (см. выше), начинайте лечение и асфиксии (страница F-44), и сепсиса (страница F-41) одновременно; продолжайте и симптоматическое лечение (например, дыхательной недостаточности).
- Если **возраст ребенка не превышает трех суток, а в анамнезе матери нет данных о сепсисе, ИЛИ ребенок уже был старше трех дней при появлении признаков заболевания** (независимо от материнского анамнеза), начинайте лечить асфиксию (страница F-44), продолжая симптоматическое лечение (например, дыхательную недостаточность).

ТАБЛИЦА F-11 **Краткое изложение алгоритма принятия решений по различению сепсиса от асфиксии**

Возраст ребенка и анамнез матери	Признаки более свойственны	Лечите
Возраст ребенка не превышает трех суток и анамнез матери указывает на сепсис	Асфиксии	Сепсис (страница F-41) и асфиксию (страница F-44)
	Сепсису	Сепсис (страница F-41)
Возраст ребенка не превышает трех суток и в анамнезе матери нет данных на сепсис ИЛИ У ребенка появляются признаки заболевания на четвертый день или позже	Асфиксии	Асфиксию (страница F-44)
	Сепсису	Возможный сепсис (убедитесь в наличии признаков из группы А или Б; Таблица F-9, страница F-37)

ЕСЛИ РЕБЕНОК МАЛОВЕСНЫЙ

- Если имеется **маловесный ребенок, у которого проявляются клинические признаки, характерные для сепсиса и асфиксии (см. Таблицу F-9, страница F-37):**
 - Лечите сепсис и/или асфиксию (см. выше), продолжайте симптоматическое лечение (например, дыхательную недостаточность) и обеспечьте общий уход за маловесным ребенком (**страница F-23**).
 - Если **признаки заболевания у ребенка включают в себя повторяющееся апноэ, вялость мышечного тонуса, проблемы вскармливания и/или дыхательную недостаточность, соответствующую клинике синдрома дыхательных расстройств (СДР), а в анамнезе матери не отмечается сепсис:**
 - См. указания в **страницах F-51 и F-52** по соответствующему лечению СДР и апноэ;
 - Не назначайте лечение сепсиса, если это не упоминается в разделах по лечению СДР или апноэ;
 - Обеспечьте общий уход за маловесным ребенком (**страница F-23**).
- Если у ребенка **нет характерных признаков сепсиса или асфиксии:**
 - Обеспечьте общий уход за маловесным ребенком (**страница F-23**);
 - Обратите внимание на то, что в течение первых дней и недель жизни маловесных детей часто появляются новые признаки заболевания; вернитесь к этой главе в любое время, как только у ребенка появятся множественные признаки, характерные для сепсиса и асфиксии.

ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС

- Если у ребенка имеются характерные для сифилиса признаки, **ИЛИ** у матери или её партнера был диагностирован сифилис во время беременности, сделайте серологический тест матери и ребенку:
 - Если мать или ребенок серопозитивные, лечите ребенка от врожденного сифилиса (**страница F-46**);
 - Если серологический тест на сифилис невозможен, мать не получала лечения не менее 30 дней до родов, или ее лечение было недостаточным, или данные о проведенном лечении вообще отсутствуют, лечите ребенка от врожденного сифилиса (**страница F-46**);
- Если мать была серопозитивной на сифилис во время беременности, определите, получала ли она лечение:
 - Если мать получала достаточное лечение и оно было начато не менее, чем за 30 дней до родов, никакое лечение не требуется;
 - Если мать не получала достаточное лечение не менее, чем за 30 дней до родов или лечение было недостаточным, или данные о лечении матери вообще отсутствуют, лечите ребенка от врожденного сифилиса (**страница F-46**).

ЛЕЧЕНИЕ**СЕПСИС**

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и в первые 12 часов назначьте только внутривенную жидкость в объеме, соответствующем возрасту ребенка (**Таблица C-4, страница C-22**).
- Возьмите кровь (**страница P-9**) и отправьте ее в лабораторию на посев и чувствительность, и, по возможности, для определения гемоглобина.
- Если **уровень гемоглобина менее 100 г/л** (гематокрит меньше 30%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Если ребенок имеет судороги, опистотонус или у него выбухает большой родничок, подумайте о возможном менингите:
 - Лечите судороги, если они имеются (**страница F-59**).
 - Сделайте спинномозговую пункцию (**страница P-37**).
 - Отправьте образец цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) в лабораторию для определения количества клеток, окраски по Граму, посева и определения чувствительности;
 - Начинайте лечение менингита (**страница F-43**), не дожидаясь лабораторного подтверждения.

- Если нет подозрения на менингит, назначьте в/в ампициллин и гентамицин в дозах, соответствующих возрасту и весу ребенка (**Таблица С-9, страницы С-34 по С-35**).
- Оценивайте состояние ребенка каждые шесть часов для определения признаков улучшения:
 - Если состояние ребенка улучшается после трехдневного курса антибиотиков:
 - Если результат посева крови отрицательный, прекратите лечение ампициллином и гентамицином после пятидневного курса;
 - Если невозможно взять кров на посев или результат посева крови положительный, продолжайте лечение ампициллином и гентамицином до 10 дней;
 - Если состояние ребенка не улучшается после трехдневного лечения антибиотиками:
 - Если результат посева крови положительный, смените антибиотики согласно результату посева и чувствительности бактерий; новые антибиотики продолжайте давать семь дней с момента появления признаков улучшения состояния ребенка;
 - Если невозможно взять кров на посев или идентифицировать возбудителя, прекратите давать ампициллин. Назначьте цефотаксим в/в согласно возрасту ребенка (**Таблица С-9, страница С-34**), в дополнение к гентамицину, в это сочетание продолжайте давать семь дней с момента появления признаков улучшения состояния ребенка;
- После 12 часов лечения антибиотиками или по мере улучшения состояния ребенка, начинайте прикладывать ребенка к груди (**страница С-11**). Если ребенок не в состоянии сосать грудь, дайте сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**).
- Во время госпитализации определяйте гемоглобин дважды в течение недели и еще раз перед выпиской. Если уровень гемоглобин менее 100 г/л (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница Р-31**).
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками:
 - Если ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Если признаки сепсиса вновь появляются, возьмите повторно кровь на посев и чувствительность и, по мере необходимости, вновь назначьте антибиотики.

МЕНИНГИТ

- Сделайте люмбальную пункцию (**страница P-37**), если этого не было сделано (см. **страницу F-41**)
 - Назначьте ампициллин (в соответствующей дозе для лечения менингита) и гентамицин в/в в соответствии с возрастом и весом ребенка (**Таблица C-9, страницы C-34 по C-35**). Запомните, что доза ампициллина, назначаемая при менингите, в два раза больше, чем его доза для лечения сепсиса.
 - Подтвердите диагноз менингита если:
 - количество лейкоцитов в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) равна $20/\text{mm}^3$ (или больше) в возрасте до седьмого дня жизни, или $10/\text{mm}^3$ (или больше), если ребенок в возрасте семи дней или старше;
- ИЛИ
- результат посева ликвора или окраска по Граму являются позитивными.
 - После 12 часового лечения антибиотиками или по мере улучшения состояния ребенка начинайте грудное вскармливание (**страница C-11**). Если ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание, дайте ему сцеженное материнское молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница C-14**).
 - Если **после 48 часового лечения антибиотиками состояние ребенка улучшается**, продолжайте антибактериальную терапию в течение 14 дней или в течение 7 дней с момента первых признаков улучшения состояния ребенка; выберите более продолжительный курс лечения.
 - Если **после 48 часового лечения антибиотиками состояние ребенка не улучшается**, повторите люмбальную пункцию:
 - Если в **мазке ликвора, окрашенной по Граму, видны микробы**, смените антибиотики по идентифицированным микробам и продолжайте лечение в течение 14 дней, или в течение 7 дней с момента первых признаков улучшения состояния ребенка; выберите более продолжительный курс лечения.
 - Если **возбудителя идентифицировать невозможно**, прекратите лечение ампициллином. Назначьте цефотаксим в/в (в соответствующей дозе для лечения менингита) согласно возрасту ребенка (**Таблица C-9, страница C-34**) в дополнение к гентамицину, в течение 14 дней или в течение 7 дней с момента первых признаков улучшения состояния ребенка; выберите более продолжительный курс лечения.
 - Во время госпитализации определяйте уровень гемоглобина каждые три дня и последний раз перед выпиской. Если уровень гемоглобина менее 100 г/л (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
 - Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками:
 - Если ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

- Если **признаки сепсиса вновь появляются**, возьмите повторно кровь на посев и чувствительность и, по мере необходимости, вновь назначьте антибиотики.

АСФИКСИЯ

- Если у ребенка **появляются судороги**, немедленно начинайте их лечение (**страница F-64**), чтобы предотвратить ухудшение состояния ребенка.
- Лечите дыхательную недостаточность, если она имеется (**страница F-47**).
- Определите тяжесть (степень) асфиксии:
 - При легкой асфиксии, ребенок может быть беспокойным или чрезмерно активным, с повышенным мышечным тонусом, у него могут быть проблемы вскармливания, нормальное или учащенное дыхание. Эти изменения обычно сохраняются в течение 24 - 48 часов и затем проходят сами по себе;
 - При асфиксии средней тяжести ребенок может быть летаргичным и иметь трудности вскармливания. У него периодически могут проявляться апное и/или судороги, сохраняющиеся в течение нескольких дней. Упомянутые нарушения обычно проходят в течение одной недели, но возможны длительные неврологические расстройства.
 - В тяжелых случаях, ребенок может быть вялым или бессознательным и не в состоянии принимать пищу. Судороги могут продолжаться в течение нескольких дней, свойственны частые и продолжительные эпизоды апное. Состояние ребенка может улучшиться через несколько недель или улучшение не наступает вообще; если эти дети выживают, у них, как правило, сохраняются продолжительное и стойкое повреждение мозга.
- При легкой асфиксии:
 - Если **ребенок не нуждается в кислородной терапии**, начинайте его прикладывать к груди (**страница C-11**).
 - Если **ребенок нуждается в кислородной терапии или не может получать грудное вскармливание по другим причинам**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница C-14**);
 - Обеспечьте непрерывный уход (**страница F-45**).
- При асфиксии средней тяжести или тяжелой:
 - Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и введение жидкости исключительно внутривенным путем первые 12 часов.
 - Ограничьте объем жидкости до 60 мл/кг массы тела в течение первых суток жизни и контролируйте объем выделяемой мочи.

- Если **ребенок мочится менее шести раз в сутки или не мочится вообще**:
 - Не увеличивайте объем жидкости на следующий день;
 - Если выделение мочи начинает нарастать, ежедневно увеличивайте объем внутривенно вводимой жидкости согласно темпу увеличения, представленному в **таблице С-4, странице С-22**, независимо от суток жизни ребенка (т.е. для ребенка в возрасте 4 суток начните с 60 мл/кг, увеличивайте до 80 мл/кг, потом - до 100 мл/кг, и т.д.; в первые сутки жизни сразу не начинайте с 120 мл/кг);
- Как только удастся купировать судороги и ребенок становится все более контактным, дайте возможность ребенку получать грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенок не может получать грудное вскармливание**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**);
- Обеспечьте непрерывный уход (см. ниже).

НЕПРЕРЫВНЫЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ С АСФИКСИЕЙ

- Оценивайте состояние ребенка каждые два часа:
 - Если **температура тела ребенка мене 36.5 °С или более 37.5 °С**, нормализуйте ее (**страница F-69**).
 - По мере необходимости лечите судороги (**страница F-64**) или дыхательную недостаточность (**страница F-47**).
- Поощряйте мать держать и обнимать ребенка.
- Если **ребенок без сознания, летаргичен или вялый**, берите его на руки и передвигайте очень осторожно, чтобы его не повредить из-за пониженного мышечного тонуса. Придерживайте все тело и, особенно, голову ребенка.
- Если **состояние ребенка не улучшается в течение трех суток**, вновь оцените возможные признаки сепсиса (**Таблица F-9, страница F-37**).
- Если **состояние ребенка не улучшается в течение одной недели** (ребенок по-прежнему остается летаргичным, не берет грудь или плохо сосет, или у него сохраняются судороги), **но ребенок больше не лечится в больнице или может лечиться дома**, обсудите с матерью возможность ухода за ребенком в домашних условиях.
- Если **у ребенка не было судорог в течение трех дней после прекращения лечения фенбарбиталом**, мать в состоянии кормить ребенка, и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

- Обсудите с матерью возможный прогноз у ребенка и как справиться с проблемами, которые могут возникнуть дома;
- Повторно осмотрите ребенка через одну неделю или раньше, если мать отметит появление серьезных возникшие проблемы (т.е. проблемы вскармливания, судороги);
- Помогите матери подобрать лучший способ вскармливания ребенка, если ребенок плохо сосет грудь. Если ребенок сосет медленно, посоветуйте матери кормить ребенка почаще.

ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС

- Сделайте люмбальную пункцию (**страница Р-37**).
- Определите количество лейкоцитов в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) для того, что бы убедиться, вовлечена ли в процесс центральная нервная система (ЦНС) (т.е. количество лейкоцитов в ЦСЖ более $25/\text{mm}^3$).
 - Если **ЦНС вовлечена или люмбальную пункцию невозможно сделать или получен кровянистый ликвор**, назначьте в/в или в/м бензилпенициллин (Таблица С-9, страница С-34) в течение 10 дней;
 - Если **ЦНС не вовлечена в процесс**, назначьте в/м прокаин бензилпенициллин (или бензатин бензилпенициллин) внутримышечно (**Таблица С-9, страницы С-34 по С-35**) в течение 10 дней. (**Если имеется внутривенный доступ**, бензилпенициллин вводите внутривенно [**Таблица С-9, страница С-34**] в течение 10 дней).
- Если **имеется желтуха**, объясните матери, что возможно потребуется до трех месяцев для того, чтобы она прошла.
- Введите матери и её партнеру(ам) 1.8г (2.4 миллиона единиц) бензатин бензилпенициллина- две внутримышечные инъекции в разные места.
- Направьте мать и её партнера(ов) для дальнейшего наблюдения в клинику по инфекциям, передаваемых половым путем.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками.
- Если состояние ребенка остается хорошим, у него нет проблем вскармливания или каких-либо других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
 - Обследуйте ребенка через 4 недели по поводу его роста и присутствия признаков врожденного сифилиса;
 - Сообщите об этом случае властям, если это необходимо.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

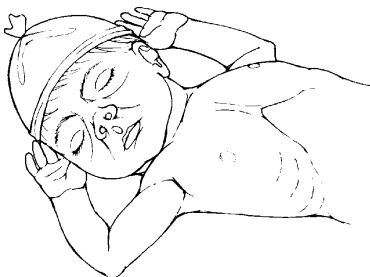
Немедленно начинайте реанимацию ребенка, проводя вентиляцию с помощью мешка и маски (страница P-1), если у ребенка:

- дыхание отсутствует вообще, даже при его стимуляции; ИЛИ
- дыхание нерегулярное (гаспинг); ИЛИ
- частота дыхания менее 20 раз в минуту.

ПРОБЛЕМЫ

- Частота дыхания ребенка более 60 раз в минуту.
- Частота дыхания ребенка менее 30 раз в минуту.
- У ребенка имеется центральный цианоз (синий язык и губы).
- Ребенок втягивает грудину (рис. F-3).
- Ребенок “хрюкает” во время выдоха (грантинг).
- У ребенка имеется апноэ (спонтанная остановка дыхания больше чем на 20 секунд).

РИСУНОК F-3 Втяжение грудины



СИМПТОМЫ

- Изучите проявления заболевания по анамнезу (страница F-7) и результатам обследования ребенка (таблица F-2, страница F-11), и используйте полученную информацию для определения тяжести дыхательной недостаточности (таблица F-12, страница F-49).
- Назначьте необходимое общее лечение (см. ниже).

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Дайте кислород (страница C-25) умеренным потоком.
- Если ребенок дышит менее 30 раз в минуту, внимательно за ним наблюдайте. Если дыхание ребенка ниже 20 раз в минуту, начинайте вспомогательную вентиляцию с помощью мешка и маски (страница P-1).
- Если у ребенка имеется апноэ:
 - Стимулируйте его дыхание, потирая спину ребенка в течение 10 секунд;
 - Если ребенок не начинает немедленно дышать, начинайте вспомогательную вентиляцию с помощью мешка и маски (страница P-1);
 - Смотрите страницу F-52 для дополнительной информации по лечению апноэ.
- Определите уровень глюкозы в крови (страница P-13). Если глюкоза крови меньше чем 45 мг/дл (2.6 ммол/л), лечите гипогликемию (страница F-91).
- Если кроме дыхательной недостаточности имеются и другие признаки заболевания, обратитесь к главе Множественные признаки заболевания (Чаще всего сепсис или асфиксия) (страница F-35), чтобы определить причину проблем – или это маловесный ребенок, или он родился в асфиксии, или возможно имеет сепсис или врожденный сифилис; не прекращайте лечения дыхательной недостаточности.
- Если частота дыхания у ребенка более 60 раз в минуту и он имеет центральный цианоз (даже если он получает кислород большим потоком), но нет втягивания грудины или грантинга при выдохе, подумайте о врожденном пороке сердца (страница F-52).
- Определите степень дыхательной недостаточности (тяжелая, средней тяжести и легкая) (таблица F-12, страница F-49) и выберите соответствующее лечение.

ТАБЛИЦА F-12 Степень тяжести дыхательной недостаточности^a

Частота дыхания (дыхания в минуту)	Грантинг или втяжение грудины	<i>Степень тяжести</i>
Более 90	<i>Присутствует</i>	Тяжелая
Более 90	Отсутствует	Средней тяжести
60 - 90	<i>Присутствует</i>	Средней тяжести
60 - 90	Отсутствует	Легкая

^a Синдром дыхательных расстройств (СДР) проявляется дыхательной недостаточностью со втяжением грудины и “хрюканьем” при выдохе (грантингом), которые, в свою очередь, часто сопровождаются апноэ. Состояние ребенка ухудшается в течение первых двух дней, не изменяется в течение следующих одного или двух дней, и начинает улучшаться в течение последующих четырех - семи дней. Обычно СДР проявляется у маловесных детей (менее 2.5 кг при рождении или родившиеся до 37 недели беременности) с первых часов жизни. Если у **маловесного ребенка дыхательная недостаточность сопровождается выше изложенными признаками**, лечите его как большого с СДР средней тяжести (страница F-51).

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ТЯЖЕЛАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- Введите зонд в желудок (страница P-33), чтобы освободить его от воздуха и секрета.
- Лечите от сепсиса (страница F-41).
- Регистрируйте частоту дыхания ребенка, наблюдайте возможное втяжение грудины или грантинг во время выдоха и наличие эпизодов апноэ каждые три часа пока ребенок получает кислород, а затем в течение последующих 24 часов.
- Наблюдайте за реакцией ребенка на кислород (страница C-29).
- Когда состояние ребенка начинает улучшаться:
 - Дайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (страница C-18);
 - Когда ребенок больше не нуждается в кислороде, начинайте его прикладывать к груди (страница C-11). Если ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание, давайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативные методы вскармливания (страница C-14).
- Если **дыхательная недостаточность у ребенка нарастает, или у него имеется центральный цианоз:**

- Дайте кислород (страница С-25) большим потоком;
- Если **дыхательная недостаточность настолько тяжелая, что центральный цианоз сохраняется даже при назначении 100% кислорода**, по возможности организуйте срочный перевод (страница С-63) ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр, в котором возможно проводить искусственную вентиляцию легких.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками.
- Если язык и губы ребенка остаются розовыми без кислородной терапии хотя бы в течение двух дней, у ребенка нет дыхательной недостаточности и проблем с питанием, и нет каких-то других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, НЕ СВЯЗАННАЯ С СДР

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница Р-21**) и вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме согласно возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**) в течение первых 12 часов.
- Регистрируйте частоту дыхания ребенка, наблюдайте возможное втяжение грудины или грантинг во время выдоха и наличие эпизодов апноэ каждые три часа, пока ребенок получает кислород, а затем в течение последующих 24 часов.
- Если **признаки дыхательной недостаточности не купируются, или она нарастает в течение двух часов**, начинайте его лечить, как при дыхательной недостаточности тяжелой степени (**страница F-49**).
- Наблюдайте за реакцией ребенка на кислород (**страница С-29**).
- Когда состояние ребенка начинает улучшаться:
 - Дайте ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**);
 - Когда ребенок больше не нуждается в кислороде, начинайте его прикладывать к груди (**страница С-11**). Если **ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание**, давайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативные методы вскармливания (**страница С-14**).
- Если язык и губы ребенка остаются розовыми без кислородной терапии хотя бы в течение одного дня, у ребенка нет дыхательной недостаточности и проблем с питанием, и нет каких-то других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ВЫЗВАННАЯ СДР

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме согласно возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**) в течение первых 12 часов.
- Регистрируйте частоту дыхания ребенка, наблюдайте возможное втяжение грудины или грантинг во время выдоха и наличие эпизодов апноэ каждые три часа пока ребенок получает кислород, а затем в течение последующих 24 часов.
- Если **состояние ребенка не удается стабилизировать в течение двух дней**, начинайте его лечить, как при тяжелой дыхательной недостаточности (**страница F-49**).
- Наблюдайте за реакцией ребенка на кислород (**страница С-29**).
- Когда состояние ребенка начинает улучшаться :
 - Дайте ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**);
 - Когда ребенок больше не нуждается в кислороде, начинайте его прикладывать к груди (**страница С-11**). Если **ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание**, давайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативные методы вскармливания (**страница С-14**).
- Если язык и губы ребенка остаются розовыми без кислородной терапии хотя бы в течение одного дня, у ребенка нет дыхательной недостаточности и проблем с питанием, и нет каких-то других проблем, требующих специального лечения, обеспечьте обычный уход за маловесным ребенком (**страница F-23**) до тех пор, пока ребенок не будет готов к выписке домой (**страница С-67**).

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

- Давайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**).
- Регистрируйте частоту дыхания ребенка, наблюдайте возможное втяжение грудины или грантинг во время выдоха и наличие эпизодов апноэ каждые три часа, пока ребенок получает кислород, а затем в течение последующих 24 часов.
- Наблюдайте за реакцией ребенка на кислород (**страница С-29**).
- Когда ребенок больше не нуждается в кислороде, начинайте его прикладывать к груди (**страница С-11**). Если **ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание**, давайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативные методы вскармливания (**страница С-14**).

- Если в любой момент наблюдения за состоянием ребенка **дыхательная недостаточность нарастает:**
 - Если **ребенок имеет типичную картину СДР**, лечите его как при дыхательной недостаточности средней тяжести, вызванной СДР (**страница F-51**);
 - Если **ребенок не имеет типичной картины СДР**, ищите признаки сепсиса (**таблица F-9, страница F-37**) и назначьте лечение, если таковые имеются (**страница F-41**); если необходимо, лечите дыхательную недостаточность средней тяжести (**страница F-50**) или тяжелую (**страница F-49**).
- Если язык и губы ребенка остаются розовыми без кислородной терапии хотя бы в течение одного дня, у ребенка нет дыхательной недостаточности и проблем с питанием, и нет каких-то других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА

Диагноз врожденного порока сердца ставится только после исключения других диагнозов.

- Дайте кислород (**страница C-25**) большим потоком.
- Дайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**).
- Если ребенок не переносит энтеральное питание, обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и начинайте внутривенное введение жидкости в объеме, соответствующем возрасту ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).
- По возможности организуйте перевод (**страница C-63**) ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр для дальнейшего его обследования.

АПНОЭ

МАЛОВЕСНЫЙ РЕБЕНОК

Маловесные новорожденные склонны к апноэ, которые более часто проявляются у очень маленьких детей (менее 1.5 кг при рождении или родившихся до 32 недели беременности), но апноэ становятся менее частыми по мере роста ребенка.

- Обучите мать внимательно наблюдать за ребенком для того, чтобы заметить повторяющиеся апноэ. Если у ребенка **останавливается дыхание**, научите мать стимулировать ребенка, потирая его спинку в течение 10 секунд. Если **ребенок немедленно не начинает дышать**, проведите реанимационные мероприятия, начиная вспомогательное дыхание с помощью мешка и маски (**страница P-1**).

- Изучите общие принципы питания и введения жидкостей маловесным детям (**страница F-26**).
- Если имеется возможность, поощряйте мать применять ухода за ребенком по методу кенгуру (**страница F-30**). Младенцы, которым обеспечивается уход таким образом реже имеют апноэ, а мать имеет возможность лучше наблюдать за своим ребенком.
- Если эпизоды апноэ становятся более частыми, лечите от сепсиса (**страница F-41**).
- Если у ребенка апноэ не повторялись в течении семи дней, он хорошо усваивает питание и у него нет каких-то других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК

- Если у доношенного ребенка был только один эпизод апноэ:
 - Тщательно наблюдайте за ребенком 24 часа для того, чтобы заметить повторяющиеся апноэ, и обучите этому мать. **Если в течении 24 часов у ребенка апноэ больше не повторялось**, ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет каких-то других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).
 - Если апноэ повторяются, лечите многократные эпизоды, как указано ниже.
- Если у доношенного ребенка многократно повторяются эпизоды апноэ:
 - Лечите сепсис (**страница F-41**);
 - Если у ребенка апноэ не повторялись в течении семи дней, он хорошо усваивает питание и у него нет каких-то других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

МАТЬ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ИЛИ ЛИХОРАДКОЙ ВО ВРЕМЯ ИЛИ ПОСЛЕ РОДОВ, ИЛИ С РАЗРЫВОМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК БОЛЕЕ ЧЕМ ЗА 18 ЧАСОВ ДО РОДОВ

Ребенок, родившийся от матери с внутриутробной инфекцией или лихорадкой, возникшей в любое время от начала родов до трех дней после родов, или с отхождением околоплодных вод более чем за 18 часов до родов, чаще всего бывает нормальным при рождении, но проблема может проявиться позже.

Лечение, которое предложено в этой главе, отражает стремление предотвратить сепсис у ребенка, который не имел признаков болезни при рождении. Если **ребенок имеет ЛЮБОЙ признак заболевания**, обращайтесь к той главе, которая посвящена данному признаку. Если у ребенка имеются **множественные признаки заболевания** (т.е. дыхательная недостаточность, рвота, и летаргия), обращайтесь в главу *Множественные признаки заболевания (Чаще всего Сепсис или Асфиксия)* (страница F-35).

ПРОБЛЕМЫ

- Мать ребенка имеет или имела внутриутробную инфекцию или лихорадку в любое время от начала родов до трех дней после родов.
- У матери ребенка разрыв околоплодных оболочек произошел более чем за 18 часов до родов.

ЛЕЧЕНИЕ

- Если ребенок старше трех дней (независимо от гестационного возраста), он не нуждается в лечении (т.е. антибиотиками) или наблюдении. Объясните матери симптомы сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**) и попросите ее вернуться с ребенком в больницу, если у ребенка проявятся какие-либо из этих признаков.
- Если возраст ребенка три дня или он моложе, назначьте лечение соответственно его гестационному возрасту (см. ниже).

ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА 35 НЕДЕЛЬ И БОЛЕЕ (РОДИВШИЙСЯ НА МЕСЯЦ РАНЬШЕ СРОКА), ИЛИ ЕГО ВЕС ПРИ РОЖДЕНИИ 2 КГ ИЛИ БОЛЕЕ

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ЛИХОРАДКА С РАЗРЫВОМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ИЛИ БЕЗ НЕГО

- Возможны следующие варианты лечения сепсиса (**страница F-41**):
 - Если **результат посева крови положительный**, или у ребенка **появляются признаки сепсиса**, продолжайте лечение антибиотиками до завершения 10 дневного курса лечения;

- Если **результат посева крови отрицательный, и ребенок не имеет никаких признаков сепсиса после пятидневного курса лечения антибиотиками**, прекратите антибактериальную терапию;
- Если **посев крови невозможно сделать, но ребенок все еще не имеет никаких признаков сепсиса после пятидневного курса лечения антибиотиками**, прекратите антибактериальную терапию.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками.
 - Если состояние ребенка остается хорошим, ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Объясните матери признаки сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**), и попросите её вернуться с ребенком в больницу, если у него появятся любые признаки сепсиса.

РАЗРЫВ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК БЕЗ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ИЛИ ЛИХОРАДКИ

- Возьмите кровь (**страница P-9**) и отправьте ее в лабораторию на посев и чувствительность, но не начинайте лечение антибиотиками.
- Наблюдайте ребенка по поводу возможных признаков сепсиса (т.е. плохое вскармливание, рвота, дыхательная недостаточность; **таблица F-9, страница F-37**) каждые четыре часа в течение 48 часов.
- Если **результат посева крови отрицательный**, ребенок не имеет никаких признаков сепсиса в течение 48 часов после рождения, хорошо усваивает питание и не имеет никаких других проблем, требующих госпитализации:
 - Выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Объясните матери признаки сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**), и попросите её вернуться с ребенком в больницу, если у него появятся любые признаки сепсиса.
- Если результат посева крови положительный или у ребенка появляются признаки сепсиса, лечите сепсис (**страница F-41**).
- Если **сделать посев крови невозможно**, наблюдайте за ребенком в течение следующих трех дней. Если состояние ребенка остается хорошим в течение этого времени, выпишите ребенка домой (**страница С-67**). Объясните матери признаки сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**), и попросите её вернуться с ребенком в больницу, если у него появятся любые признаки сепсиса.

**ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА МЕНЕЕ 35 НЕДЕЛЬ
(РОДИВШИЙСЯ НА ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ОДНОГО МЕСЯЦА РАНЬШЕ
СРОКА) ИЛИ ЕГО ВЕС ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ 2 КГ**

- Возможны следующие варианты лечения сепсиса (страница F-41):
 - Если **результат посева крови положительный** или у ребенка **появляются признаки сепсиса**, продолжайте лечение антибиотиками до завершения 10 дневного курса;
 - Если **результат посева крови отрицательный и ребенок не имеет никаких признаков сепсиса в течение пяти дней лечения антибиотиками**, прекратите антибактериальную терапию;
 - Если **посев крови невозможно сделать, но ребенок все еще не имеет никаких признаков сепсиса после пятидневного курса лечения антибиотиками**, прекратите антибактериальную терапию.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками:
 - Если состояние ребенка остается хорошим, ребенок хорошо усваивает пищу, и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**);
 - Объясните матери признаки сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**), и попросите её вернуться с ребенком в больницу, если у него появятся любые признаки сепсиса.

F-58

Мать с внутриутробной инфекцией или лихорадкой во время или после родов,
или с разрывом околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов

СУДОРОГИ ИЛИ МЫШЕЧНЫЕ СПАЗМЫ

Судороги может вызвать асфиксия, родовая травма, или гипогликемия; они также могут быть признаком менингита или неврологических расстройств. В промежутке между судорогами ребенок может казаться здоровым, или быть без сознания, летаргичным или раздражительным.

Мышечные спазмы, к которым относится столбняк новорожденных, внешне могут напоминать судороги, однако необходимо различать эти два состояния в связи с тем, что течение судорог и мышечных спазмов отличаются.

ПРОБЛЕМЫ

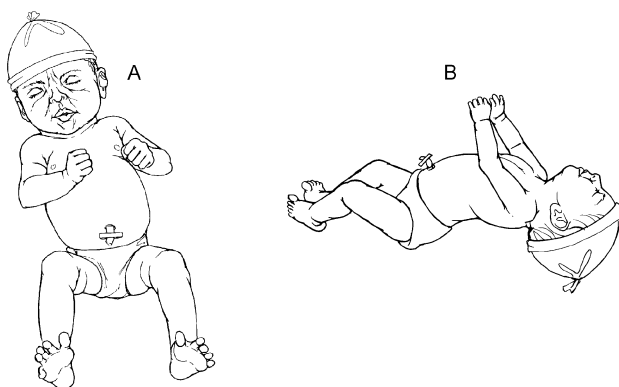
- У ребенка проявляются судороги или мышечные спазмы.
- В анамнезе ребенка имелись судороги или мышечные спазмы.

ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Изучите признаки заболевания из анамнеза (**страница F-7**) и по результатам обследования (**таблица F-2, страница F-11**), и соберите следующую дополнительную информацию:
- Если у ребенка в настоящее время имеются судороги/мышечные спазмы, ищите различительные признаки (**таблица F-13, страница F-60**).
- Если ребенок в настоящее время не имеет судорог/мышечных спазмов, спросите мать (или того кто, привез ребенка в больницу):
 - Можете ли Вы описать характер патологических движений, которые отмечались до у ребенка? Вызвались ли они звуком или дотрагиванием ребенка? (пользуйтесь **таблицей F-13, на странице F-60**, чтобы отличить судороги от мышечных спазмов)
 - Внезапно ли ухудшилось состояние ребенка?
 - Внезапно ли побледнел ребенок?
 - Получал ли ребенок вакцинацию от столбняка по полному плану?
 - Происходили ли роды в чистых условиях и не прикладывались ли к культе пуповины опасные для ребенка предметы (например, фекалии животных)?
 - Было ли у ребенка раннее проявление желтухи (на второй день жизни или еще раньше). Если да, проводилось ли ребенку лечение?
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (**страница P-13**). Если глюкоза крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л), лечите гипогликемию (**страница F-91**).
- Поставьте возможный диагноз (**таблица F-14, страница F-62**).

ТАБЛИЦА F-13 Различительные симптомы судорог и мышечных спазмов

Проблема	Типичные проявления
Генерализованные судороги ^а	<ul style="list-style-type: none"> • Повторяющиеся подергивания мышц конечностей или лица • Длительное синхронное или асинхронное разгибание или сгибание рук и ног • Апноэ (спонтанная остановка дыхания более чем на 20 секунд) • Ребенок может казаться бессознательным или бодрым, но безконтактным
Малые (субтильные) судороги ^а	<ul style="list-style-type: none"> • Повторяющееся мигание глаз, косоглазие, или фиксация взгляда • Повторяющиеся движения губ или языка • Непреднамеренные движения конечностей - „плавание“ или „езда на велосипеде“^а • Апноэ • Ребенок может быть в сознании
Мышечные спазмы	<ul style="list-style-type: none"> • Непроизвольное сокращение мышц (рис. F-4А), продолжающееся от нескольких секунд до нескольких минут • Упорно и крепко сжатые кулачки (рис. F-4А) • Тризм (крепко сжатая нижняя и верхняя челюсть; рот ребенка невозможно открыть, губы плотно прижаты, напоминая «рыбий рот») (рис. F-4А) • Опистотонус (чрезмерное выгибание тела, с запрокинутыми назад головой и пятками и изогнутым вперед туловищем (рис. F-4А)) • Вызываются прикосновением, светом или шумом • Ребенок все время в сознании, часто плачет от боли

РИСУНОК F-4 Ребенок с мышечными спазмами лица и конечностей (А) и опистотонусом (В)

^аОбратите внимание, что генерализованные и малые судороги лечатся одинаково

Убедитесь, что ребенок на самом деле имеет судороги или мышечные спазмы, а не просто тремор:

- Как и судороги, тремор проявляется частыми повторяющимися движениями, однако тремору свойственны движения одинаковой амплитуды и одинакового направления;
- Как и мышечный спазм, тремор может вызываться неожиданным дотрагиванием ребенка или громким шумом, но он обычно проходит, если ребенка обнять или во время его кормления, а так же при сгибании его

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ТАБЛИЦА F-14 Дифференциальная диагностика судорог и мышечных спазмов

Признаки ^a		Исследования или другие известные диагнозы	Возможный диагноз
Анамнез	Осмотр		
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления признаков – 1 - 3 день жизни • В анамнезе у матери – сахарный диабет • Неохотно принимает пищу или вообще от нее отказывается 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги, тремор, летаргия или потеря сознания • Маловесный ребенок (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели гестации) • Крупный ребенок (более 4кг при рождении) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Глюкоза крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л)</i> 	Гипогликемия, страница F-91
<ul style="list-style-type: none"> • Мать не была вакцинирована от столбняка • Неохотно принимает пищу или вообще от нее отказывается после периода нормального вскармливания • Время проявления признаков – 3-14 день жизни • Грязные условия во время родов • Прикладывание к пупку грязных или вредных предметов (н-р, фекалий животных) 	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечные спазмы 	<ul style="list-style-type: none"> • Инфицирование пупка 	Столбняк, страница F-66
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления признаков – 2 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги или потеря сознания • <i>Выбухающий большой родничок</i> • Летаргия 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис 	Возможен менингит Лечите судороги (страница F-64) и менингит (страница F-43)

ТАБЛИЦА F-14 (продолжение) Дифференциальная диагностика судорог и мышечных спазмов

Анамнез	Признаки ^a		Возможный диагноз
	Осмотр	Исследования или другие известные диагнозы	
<ul style="list-style-type: none"> • Осложненные или тяжелые роды или рождение ребенка (дистресс плода) • Отсутствие самостоятельного дыхания при рождении • Необходимость реанимации при рождении • Время проявления признаков – первые 24 часа после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги или потеря сознания • Летаргия или мышечная вялость • Дыхательная недостаточность • Нарушение терморегуляции • Сонливость или снижение активности • Раздражительность 		<p>Асфиксия или другое повреждение мозга Лечите судороги (страница F-64) и проявления асфиксии (страница F-44)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Время появления признаков – 1-7 день жизни • Резкое ухудшение состояния • Резкое побледнение 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги или потеря сознания • Маловесный ребенок (вес при рождении менее 2.5 кг или родившийся до 37 недели беременности) • Тяжелая дыхательная недостаточность 		<p>Внутрижелудочковые кровоизлияния, страница F-66</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления признаков энцефалопатии – 3-7 день жизни • Выраженная желтуха • Запоздалое лечение выраженной желтухи или его отсутствие 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги • Опистотонус • Неохотно принимает пищу или вообще от нее отказывается • Летаргия или мышечная вялость 	<p>Положительный тест Кумбса</p>	<p>Билирубиновая энцефалопатия (ядерная желтуха) Лечите судороги (страница F-64) и проявления билирубиновой энцефалопатии (страница F-83)</p>

^a Нельзя ставить диагноз, если признаки, отмеченные жирным шрифтом, отсутствуют в списке. Однако, наличие признака, отмеченного жирным шрифтом, также не может быть гарантом точного диагноза. На точный диагноз указывает признак, выделенный курсивом. Признаки, которые приводятся обычным шрифтом, играют вспомогательную роль; их наличие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

СУДОРОГИ

НАЧАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУДОРОГ

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и первые 12 часов вводите жидкость исключительно внутривенным путем в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**). Если судороги вызваны асфиксией, см. **страницу F-44** для выбора необходимого объема жидкостей.
- Если **уровень глюкозы в крови у ребенка был ниже 45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, в первую очередь устраните гипогликемию (**страница F-91**) перед тем, как продолжать лечение судорог (см. ниже) и исключить гипогликемию, как возможную причину судорог.
- Если **у ребенка имеются судороги или они были в течении последнего часа**, медленно (в течение 5 минут) в/в введите фенobarбитал в дозе 20 мг/кг массы тела:
 - Если **пока нет внутривенного доступа**, однократно введите фенobarбитал внутримышечно в дозе 20 мг/кг массы тела ребенка; Если **судороги не прекращаются в течении 30 минут**, повторно медленно (в течение 5 минут) внутривенно (или внутримышечно, если внутривенный доступ не обеспечен) введите фенobarбитал в дозе 10 мг/кг массы тела. В случае необходимости, повторите введение фенobarбитала в той же дозе через 30 минут;
 - Если **судороги не прекращаются или они повторяются в течение шести часов**, введите в/в фенитоин в дозе 20 мг/кг массы тела, учитывая следующие моменты:
 - Вводите фенитоин только внутривенно;
 - Разведите всю дозу фенитоина в 15 мл физиологического раствора и вводите со скоростью 0.5 мл в минуту в течение 30 минут. Разводите фенитоин только физиологическим раствором, так как другие жидкости вызывают его кристаллизацию.

ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЕ

Не используйте диазепам для лечения судорог; диазепам в дополнении к фенobarбиталу увеличит риск нарушений кровообращения и дыхания

- Если у ребенка имеется **центральный цианоз (синий язык и губы) или другие признаки дыхательной недостаточности**, дайте ему кислород (**страница C-25**) умеренным потоком.

ДАЛЬНЕЙШИЙ УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ, У КОТОРЫХ БЫЛИ СУДОРОГИ

- Наблюдайте за возможным повторением судорог у ребенка, Обращая особое внимание на малые (субтильные) судороги (**таблица F-13, страница F-60**).
- Если судороги повторятся в течении двух дней, повторно назначьте фенobarбитал перорально один раз в сутки в дозе 5 мг/кг массы тела; продолжайте лечение до тех пор, пока у ребенка будет семидневный период, свободный от судорог.
- Если судороги появятся после двухдневного их отсутствия, повторите лечение фенobarбиталом по схеме, применяемой для начального лечения судорог (**страница F-64**), а потом назначьте фенobarбитал перорально один раз в сутки в дозе 5 мг/кг массы тела и продолжайте лечение до тех пор, пока у ребенка будет семидневный период, свободный от судорог.
- Если ребенок фенobarбитал получает ежедневно:
 - Продолжайте лечить фенobarбиталом в течение семи дней после последних судорог;
 - После прекращения лечения фенobarбиталом наблюдайте за состоянием ребенка еще три дня.
- Продолжайте внутривенное введение жидкости в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**). Если судороги вызваны асфиксией, см. **страницу F-44** для выбора необходимого объема жидкостей.
- Как только состояние ребенка стабилизируется, разрешите начинать грудное вскармливание ребенка (**страница C-11**). Если ребенка невозможно кормить грудью, дайте ему сцеженное материнское молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница C-14**).
- Обеспечьте надлежащий общий уход за ребенком:
 - Поощряйте мать держать ребенка на руках, но предостерегайте ребенка от чрезмерного шума и контакта с ним;
 - Если мышечный тонус ребенка снижен, берите на руки и перемещайте его осторожно, чтобы не повредить малыша. Придерживайте все тело ребенка и особенно его голову.
 - Объясните матери, что фенobarбитал вызовет сонливость ребенка в течение нескольких дней.
- Объясните матери, что, если судороги прекратятся, и ребенок будет хорошо усваивать питание к седьмому дню жизни, ребенок скорее всего полностью выздоровеет.
- Если состояние ребенка не улучшается после первой недели жизни (ребенок остается летаргичным, плохо сосет или вовсе не берет грудь,

или у него по прежнему сохраняются судороги), **но ребенок больше не получает лечения в больнице или лечение может быть продолжено в домашних условиях**, обсудите с матерью возможность выхаживать ребенка дома.

- Если у **ребенка не было судорог в течение трех дней после прекращения лечения фенobarбиталом**, мать в состоянии сама кормить ребенка, и нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**):
 - Обсудите с матерью возможный прогноз ребенка и объясните ей, как справиться с проблемами, которые могут возникнуть у ребенка дома;
 - Повторно осмотрите ребенка через неделю или раньше, если мать заметит серьезные проблемы (проблемы вскармливания, судороги);
 - Помогите матери подобрать наилучший метод вскармливания ребенка, если он плохо сосет грудь. Если **ребенок сосет медленно**, убедите мать кормит ребенка более часто.

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Внутрижелудочковые кровоизлияния трудно различить от менингита, особенно если у ребенка имеются и другие проблемы во время первых суток жизни. Поэтому, лечите менингит, пока инфекция не будет исключена, как возможная причина судорог.

- Обеспечьте общее антигеморрагическое лечение (**страница F-114**).
- Лечите судороги (**страница F-64**).
- Лечите менингит (**страница F-43**), пока инфекция не будет исключена, как возможная причина судорог.

СТОЛЬНЯК

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и вводите жидкость внутривенным путем в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Медленно, в течение 3 минут, струйно внутривенно введите диазепам в дозе 1 мг/кг массы тела.
 - Если внутривенный доступ не возможен, введите желудочный зонд (**страница P-33**), а через него - диазепам.

- Если **диазепам не имеется**, введите ректально паральдегид на основе арахисового масла в дозе 0.3 мл/кг массы тела (**страница P-41**). Не назначайте паральдегид внутримышечно или внутривенно;
- Если **мышечные спазмы не исчезают в течение 30 минут**, медленно, в течение 3 минут, повторно внутривенно введите диазепам в дозе 1 мг/кг массы тела (или перальдегид ректально 0.3 мл/кг массы тела). В случае необходимости, ту же дозу повторите еще через 30 минут;

Если ребенок дышит менее 30 раз в минуту, воздержитесь от назначения диазепамов, даже если у ребенка продолжаются мышечные спазмы.

- Если мышечные спазмы продолжаются или повторяются, вводите диазепам медленно внутривенно (или через желудочный зонд, если нет венозного доступа) в дозе 1 мг/кг массы тела каждые шесть часов.
- Если у ребенка **после мышечных спазмов появляется центральный цианоз (синий язык и губы)**, дайте ему кислород умеренным потоком (**страница C-25**). Используйте только кислородную палатку, поскольку другие методы подачи кислорода могут вновь вызвать мышечный спазм.
- Назначьте ребенку:
 - противостолбнячный иммуноглобулин (человеческий) 500 единиц внутримышечно, если он имеется, или лошадиный столбнячный антитоксин 5000 единиц внутримышечно;
 - вакцину столбняка (анатоксин столбняка) 0.5 мл внутримышечно с другой стороны от места введения иммуноглобулина или антитоксина;
 - бензилпенициллин внутривенно или внутримышечно (**таблица C-9, страница C-34**) в течение семи дней.
- Введите матери 0.5мл противостолбнячной вакцины (анатоксина столбняка) (чтобы предохранить ее и каждого ее ребенка, которого она может родить в будущем) и попросите ее вернуться через месяц для введения повторной дозы.
- Если у ребенка **пупок покрасневший и разбухший, имеются гнойные выделения из ранки культи или неприятный запах**, лечите инфекцию пупка (**страница F-135**).

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ СО СТОЛБНЯКОМ

- Обеспечьте уход за ребенком в тихой и затемненной комнате, чтобы уменьшить его ненужное раздражение, но не оставляя ребенка без внимания.
- Продолжайте внутривенное введение жидкости в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).

- Дайте ребенку сцеженное грудное материнское молоко через желудочный зонд (**страница С-18**) в промежутках между мышечными спазмами. Начиная с половины объема, необходимого по возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**), постепенно и медленно уменьшая объем инфузионной терапии с одновременным увеличением объема энтерального питания в течение двух дней.
- Если у **ребенка в течение двух дней не было мышечных спазмов**, он получил полный курс лечения бензилпенициллином, хорошо усваивает пищу, и у него нет других проблем, требующих дальнейшего пребывания в больнице, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

АНОМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА

Пониженная температура тела (гипотермия) может быть следствием холодной окружающей среды (низкая температура окружающей среды, холодная поверхность или сквозняк), влажной поверхности кожи ребенка или несоответствующей возрасту и размеру ребенка одеждой. Повышенная температура тела (гипертермия), может быть вызвана воздействием теплой окружающей среды (т.е.. высокой температурой окружающей среды, воздействием солнечных лучей, перегреванием в инкубаторе или под источником лучистого тепла). Гипотермия и гипертермия также могут быть признаками болезни, например сепсиса.

ПРОБЛЕМЫ

- Подмышечная температура ребенка менее 36.5 °С.
- Подмышечная температура ребенка более 37.5 °С.

ПРИЗНАКИ

- Изучите наличие признаков по анамнезу (**страница F-7**) и результатам обследования (**таблица F-2, страница F-11**) для получения дополнительных данных и уточнения возможного диагноза (**таблица F-15, страница F-70**).
- Определите, не находился ли ребенок в холодной или жаркой окружающей среде. Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка):
 - Был ли ребенок обсушен после рождения и содержался ли он в тепле?
 - Была ли подобрана для ребенка соответствующая одежда?
 - Спал ли ребенок отдельно от матери?
 - Был ли ребенок оставлен на солнце?
- Если во время пребывания в больнице у ребенка впервые была отмечена ненормальная температура тела в тот момент, когда он находился под источником лучистого тепла или в инкубаторе, или в кровке, проверьте:
 - комнатную температуру;
 - установленные параметры температуры в инкубаторе или под источником лучистого тепла;
 - фактическую температуру в инкубаторе или под источником лучистого тепла;
 - как часто измерялась температура тела ребенка.

ТАБЛИЦА F-15 Дифференциальный диагноз аномальной температуры тела

Выявления ^a - диагностика		
Анамнез	Обследование	Возможный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок подвержен холодной окружающей среде • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Температура тела менее 32⁰С</i> • Дыхательные расстройства • Сердцебиение менее 100 ударов в минуту • Плохо усваивает кормление или вообще от него отказывается • Летаргия • Склередемия • Медленное, поверхностное дыхание 	Тяжелая гипотермия, стр. F-71
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок был подвержен холодной окружающей среде • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Температура тела между 32⁰С и 36.4⁰С</i> • Дыхательные расстройства • Сердцебиение менее 100 ударов в минуту • Плохо усваивает кормление или вообще от него отказывается • Летаргия 	Гипотермия средней тяжести, стр. F-72
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок не подвергался холодной или жаркой окружающей среде • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Колебания температуры тела между 36⁰С и 39⁰С, несмотря на то, что ребенок находится в термонейтральной среде • Нестабильность температуры тела отмечается после трех или более бывших нормальных показателей температуры тела 	Нестабильность температуры - Подумайте о сепсисе (страница F-38)
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок был подвержен жаркой окружающей среде (напр., перегрев в инкубаторе, под источником лучистого тепла или в жарком помещении) • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Температура тела более 37.5⁰С</i> • Признаки обезвоживания (запавшие глаза или родничок, снижение эластичности кожи или сухой язык и слизистые оболочки) • Плохо усваивает кормление или вообще от него отказывается • Частота дыхания стабильно более 60 раз в минуту • Частота сердцебиений более 160 ударов в минуту • Летаргия • Раздражительность 	Гипертермия, страница F-73

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ

ТЯЖЕЛАЯ ГИПОТЕРМИЯ

- Немедленно согрейте ребенка, используя заранее подогретую поверхность на источнике лучистого тепла (**страница С-5**). При необходимости, используйте другой метод согревания (**страница С-1**).
- Снимите с ребенка холодную или влажную одежду. Оденьте его в теплую одежду, наденьте шапочку и заверните ребенка в теплое одеяло.
- Лечите от сепсиса (**страница F-41**), и поместите трубку капельницы под источник лучистого тепла, чтобы тот согревал внутривенно вводимую жидкость.
- Определите уровень глюкозы в крови (**страница P-13**). Если **концентрация глюкозы крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, устраните гипогликемию (**страница F-91**).
- Оценивайте состояние ребенка:
 - Каждый час следите за возможным проявлением угрожающих жизни признаков (т.е. снижением частоты дыхания менее 20 раз в минуту, появлением гаспинга или отсутствием дыхания, или наличием признаков шока);
 - Каждый час измеряйте температуру тела ребенка:
 - Если **температура тела ребенка увеличивается по крайней мере на 0.5°C в час в течении последних трех часов**, согревание проходит успешно; продолжайте измерять температуру ребенка каждые два часа;
 - Если **температура тела ребенка не повышается или повышается медленнее, чем 0.5 °C в час**, убедитесь, что правильно установлены параметры нагревательного устройства.
- Если у ребенка частота дыхания более 60 раз в минуту или у него **отмечается втягивание грудины или шумный выдох (грантинг)**, лечите дыхательные расстройства (**страница F-47**).
- Каждые четыре часа оценивайте готовность ребенка к вскармливанию, пока его температура тела не будет в нормальных пределах.
- Если **ребенок показывает признаки готовности сосать грудь**, разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**).
 - Если **грудное вскармливание невозможно**, дайте ребенку сцеженное грудное молоко, используя один из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**).
 - Если ребенок вообще не в состоянии самостоятельно вскармливаться, дайте ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**), как только температура ребенка достигнет 35°C.

- Как только температура тела ребенка нормализуется, измеряйте ее каждые три часа в течение 12 часов.
- Если за это время **температура ребенка остается в нормальных пределах**, прекратите ее измерение.
- Если ребенок хорошо усваивает питается и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**). Посоветуйте матери как обеспечить ребенку тепло в домашних условиях.

ГИПОТЕРМИЯ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

- Снимите с ребенка холодную или влажную одежду, если она есть.
- Если **присутствует мать** и у ребенка нет других проблем, дайте матери согреть своего ребенка, используя метод «контакт кожа-к-коже».
- Если мать отсутствует и «контакт кожа-к-коже» не может быть использован:
 - Оденьте ребенка в теплую одежду, наденьте шапочку и заверните его в теплое одеяло.
 - Согрейте ребенка, используя источник лучистого тепла (**страница С-5**). При необходимости, используйте другой метод согревания (**страница С-1**).
- Поощряйте мать чаще кормить ребенка грудью. Если ребенка невозможно кормить грудью, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя один из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**).
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (**страница Р-13**). Если **концентрация глюкозы крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, устраните гипогликемию (**страница F-91**).
- Если у **ребенка частота дыхания более 60 раз в минуту** или у него **отмечается втягивание грудины или шумный выдох (грантинг)**, лечите дыхательные расстройства (**страница F-47**).
- Измеряйте температуру тела ребенка каждый час в течение трех часов:
 - Если **температура тела ребенка увеличивается по крайней мере на 0.5°C в час в течении последних трех часов**, согревание проходит успешно; продолжайте измерять температуру ребенка каждые два часа;

- Если температура ребенка не повышается или повышается медленнее чем 0.5°C в час, ищите признаков сепсиса (т.е. плохое питание, рвота, дыхательные расстройства, **таблица F-9, страница F-37**).
- Как только температура тела ребенка нормализуется, измеряйте ее каждые три часа в течение 12 часов.
- Если за это время **температура ребенка остается в нормальных пределах**, прекратите ее измерение.
- Если ребенок хорошо усваивает питается и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**). Посоветуйте матери, как обеспечить ребенку тепло в домашних условиях.

ГИПЕРТЕРМИЯ

Не давайте жаропонижающих медикаментов для снижения температуры у ребенка

- Если у ребенка частота дыхания более **60 раз в минуту** или у него **отмечается втягивание грудины или шумный выдох (грантинг)**, лечите дыхательные расстройства (**страница F-47**).
- Если **гипертермия вызвана перегревом при использовании источника лучистого тепла или инкубатора**:
 - Уменьшите параметры нагревающего устройства. Если **ребенок находится в инкубаторе**, откройте дверце (окошки) инкубатора, пока температура в инкубаторе не нормализуется;
 - Частично или полностью разденьте ребенка на 10 минут, потом опять его оденьте и накройте;
 - Теперь ищите у ребенка признаки сепсиса (т.е. плохое питание, рвота, дыхательные расстройства, **таблица F-9, страница F-37**) и повторите его осмотр, когда температура тела у ребенка нормализуется;
 - Пока температура тела ребенка не нормализуется, измеряйте ее **ежечасно**;

- Каждый час измеряйте температуру в инкубаторе или под источником лучистого тепла, и соответственно подберите необходимые параметры;
- Проверьте существующие подходы по выхаживанию ребенка для того, чтобы убедиться, что проблема вновь не повторится;
- Обеспечьте текущее лечение гипертермии (**страница F-74**).
- Если **гипертермия вызвана чрезмерно высокой температурой помещения или пребыванием ребенка на солнце**:
 - Поместите ребенка в помещение с нормальной температурой (25 °C- 28 °C);
 - Частично или полностью разденьте ребенка на 10 минут, затем вновь его оденьте и накройте;
 - Если **температура ребенка превышает 39 °C**:
 - Смочите ребенка губкой или в течение 10 - 15 минут искупайте его в воде, температура которой приблизительно на 4 °C ниже настоящей температуры тела ребенка;
 - Не используйте холодную воду или воду, температура которой намного ниже 4 °C температуры тела ребенка;
 - Измеряйте температуру ребенка каждый час;
 - Если гипертермия все еще сохраняется в течение двух часов, начинайте лечение сепсиса (**страница F-41**);
 - Обеспечьте текущее лечение гипертермии (**страница F-7**).

ТЕКУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕРМИИ

- Удостоверьтесь, что ребенок получает достаточное количество пищи или жидкости:
 - Разрешите грудное вскармливание ребенка (**страница C-11**). Если грудное вскармливание невозможно, давайте ребенку сцеженное грудное молоко, используя один из альтернативных методов вскармливания (**страница C-14**);
 - Если имеются **признаки обезвоживания** (запавшие глаза или родничок, снижение эластичности кожи или сухой язык и слизистые оболочки):
 - Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и давайте жидкость исключительно внутривенно в объеме, согласно возрасту ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).

- В первый день установления признаков обезвоживания увеличьте объем жидкости на 10 % соответственно массе тела ребенка.
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (**страница P-13**). Если **концентрация глюкозы крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, устраните гипогликемию (**страница F-91**).
- Как только температура тела ребенка нормализуется, измеряйте ее каждые три часа в течение 12 часов. Если за это время **температура ребенка остается в нормальных пределах**, прекратите ее измерение.
- Если ребенок хорошо усваивает питается и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**). Посоветуйте матери как обеспечить ребенку тепло и избежать его перегрева в домашних условиях.

ЖЕЛТУХА

Большинство младенцев, особенно маловесные дети (с массой тела при рождении менее 2.5 кг или родившиеся до 37 недели беременности), в течение первой недели жизни могут иметь желтуху. В большинстве случаев уровень билирубина, который вызывает желтуху, не вредит здоровью ребенка и не требует лечения. Однако, любую желтуху, которая становится видимой в первые 24 часа жизни, надо воспринимать как серьезную проблему.

ПРОБЛЕМА

- У ребенка проявляется желтуха.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в стационар):
 - Имела ли она предыдущего ребенка, у которого рано (на первый день жизни) проявилась желтуха, была ли это желтуха гемолитическая, обусловлена дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), групповой (по ABO) несовместимостью или несовместимостью по резус (Rh) фактору?
 - Какая у нее группа крови и группа крови у отца ребенка?
 - Имелись ли у членов семьи случаи анемии, была ли у кого-то увеличенная печень или удалена селезенка?
- Определите выраженность желтухи:
 - Оценивайте цвет кожных покровов при хорошем дневном освещении. Желтуха будет более выраженной при искусственном освещении и ее можно не заметить при слабом освещении;
 - Слегка нажмите на кожу пальцем, чтобы увидеть истинный цвет кожи и подкожной клетчатки;
 - Оцените выраженность желтухи, учитывая возраст ребенка, и на каких участках тела она наиболее отчетливо видна (**таблица F-16, страница F-78**).

ТАБЛИЦА F-16 Клиническая оценка выраженности (степени тяжести) желтухи

Возраст	Желтуха наиболее отчетливо видна на	Расценивать как
День 1	На любом участке тела ^a	Выраженная желтуха (тяжелой степени)
День 2	Руках и ногах	
День 3	Кистях и пятках	

^aВидимая желтуха на любом участке тела в первый день жизни или на руках и ногах, кистях и пятках на второй день жизни является очень серьезной проблемой и требует немедленного лечения фототерапией. Не откладывайте начало фототерапии до того момента, пока будут известен результат определения уровня билирубина в крови.

НАЧАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОЙ ЖЕЛТУХИ

- Начинаяте фототерапию (**страница F-84**), если по **таблице F-16** желтуха расценена как выраженная (тяжелой степени).
- Определите, имеются ли у ребенка следующие факторы риска: масса тела при рождении менее 2.5 кг, родившийся до 37 недель беременности, гемолиз или сепсис.
- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения уровня билирубина в сыворотке крови (если возможно) и уровня гемоглобина, определите группу крови ребенка и реакцию Кумбса:
 - Если **концентрация билирубина в сыворотке крови ниже уровня, требующего фототерапии** (**таблица F-17, страница F-79**), прекратите фототерапию.
 - Если **концентрация билирубина в сыворотке крови равняется или выше уровня, требующего фототерапии**, (**таблица F-17, страница F-79**), продолжайте фототерапию.
 - Если **Rh фактор и группа крови не указывают на возможную причину гемолиза**, но существует семейный анамнез наследственного дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, определите G-6-ФДГ (если это возможно).
- Установите вероятный диагноз (**таблица F-18, страница F-80**).

Таблица F-17 Лечение желтухи, исходя из уровня билирубина в сыворотке крови

Возраст	Фототерапия				Обменное переливание ^a			
	Здоровый доношенный ребенок		Любой фактор риска		Здоровый доношенный ребенок		Любой фактор риска	
	мг/дл	мкмол/л	мг/дл	мкмол/л	мг/дл	мкмол/л	мг/дл	мкмол/л
День 1					15	260	13	220
	<i>Любая видимая желтуха</i>							
День 2	15	260	13	220	25	425	15	260
День 3	18	310	16	270	30	510	20	340
День 4 и позже	20	340	17	290	30	510	20	340

^aОбменное переливание не описывается в этом пособии. Эти уровни билирубина в сыворотке крови указаны в таблице на тот случай, если имеется возможность сделать обменное переливание крови или если есть возможность быстро и безопасно перевезти ребенка в другое учреждение, в котором можно сделать обменное переливание крови. Если **имеется возможность сделать обменное переливание крови и билирубин сыворотки крови достиг уровня, указанного на этой таблице**, возьмите образцы крови матери и ребенка.

^bФакторы риска включают маленький вес ребенка (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности), гемолиз и сепсис.

^cВидимая желтуха на любом участке тела в первый день жизни или на руках и ногах, кистях и пятках на второй день жизни является очень серьезной проблемой и требует немедленного лечения фототерапией. Не откладывайте начало фототерапии до того момента, пока будут известны результат определения уровня билирубина в сыворотке крови.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-18 Дифференциальная диагностика желтухи

Диагностика ^а			
Анамнез	Обследование	Лабораторные исследования или другие известные диагнозы	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Проявляющаяся желтуха в первые 36 часов • Бледность • Несовместимость по группам крови или по резус-фактору или дефицит Г-6-ФДГ у предыдущего ребенка • В семейном анамнезе дефицит Г-6-ФДГ, желтуха, анемия, увеличение печени или удаление селезенки 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха • Бледность • Распространенный отек (водянка) • Ребенок мужского пола (большая вероятность возможного дефицита Г-6-ФДГ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень гемоглобина ниже 13г/дл (гематокрит менее 40%) • Положительный тест Кумбса • <i>Несовместимость по группе крови или резус-фактору между матерью и ребенком</i> • <i>Положительный тест на Г-6-ФДГ дефицит</i> 	<p>Гемолитическая желтуха</p> <p>Если необходимо, проведите общее лечение анемии (страница F-114) и лечите гемолитическую желтуху (страница F-81).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления - 2-5 день 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха • Маловесный ребенок (менее 2,5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) 	<ul style="list-style-type: none"> • Нет других очевидных причин желтухи 	<p>Желтуха недоношенных, страница F-82</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления - 2-7 день 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис • Нет других очевидных причин желтухи 	<p>Желтуха, обусловленная сепсисом.</p> <p>Лечите сепсис (страница F-41) и по необходимости применяйте фототерапию (страница F-84)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления - 2 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха • Ребенок мужского пола 	<ul style="list-style-type: none"> • Нет других очевидных причин желтухи • <i>Положительный тест на Г-6-ФДГ дефицит</i> 	<p>Дефицит Г-6-ФДГ</p> <p>Лечите как гемолитическую желтуху (страница F-81)</p>

ТАБЛИЦА F-18 (продолжение) Дифференциальная диагностика желтухи

Диагностика ^a			Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	Лабораторные исследования или другие известные диагнозы	
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления энцефалопатии – 3-7 день • Запоздлое лечение выраженной желтухи или отсутствие лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха • Судороги • Оπισотонус • Плохое вскармливание или отказ от пищи • Летаргия • Мышечная слабость 	<ul style="list-style-type: none"> • Положительный тест Кумбса 	<p>Билирубиновая энцефалопатия (ядерная желтуха), страница F-83</p>

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Гемолитическая желтуха у новорожденного обычно возникает из-за несовместимости Rh фактора или группы крови АВО матери и ребенка, или из-за дефицита Г-6-ФДГ у ребенка. Лечение, которое изложено ниже, применяется во всех случаях гемолитической желтухи, независимо от ее причины.

- Если **концентрация билирубина в сыворотке крови ребенка находится на уровне, требующем фототерапии (таблица F-17, страница F-79)**, продолжайте фототерапию.
- Рассмотреть **возможность перевода ребенка в другой стационар для обменного переливания крови**:
 - Если **концентрация билирубина в сыворотке крови ребенка близка к уровню, требующему обменного переливания крови (таблица F-17, страница F-79), уровень гемоглобина ниже 13 г/дл (гематокрит менее 40 %) и тест Кумбса положительный (см. страницу F-82)**.
 - Если **нет возможности определить уровень билирубина в сыворотке крови выполнить тест Кумбса, срочно перевезите ребенка в другой стационар (см. страницу F-82)**, особенно если желтуха началась в первый день жизни и уровень гемоглобина

- ниже 13 г/дл (гематокрит менее 40 %).
- Если **ребенок переводится в другой стационар для обменного переливания крови**:
 - Организуйте перевозку (**страница С-63**);
 - Срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр (**страница С-63**);
 - Отправьте образцы крови матери и ребенка;
 - Объясните матери, почему у ребенка желтуха, почему он требует перевода в другой стационар и какое лечение ребенок получит.
 - Посоветуйте матери:
 - Если **желтухи является результатом несовместимости по Rh фактору**, убедитесь, что мать осведомлена относительно последующих беременностей;
 - Если **у ребенка имеется дефицит Г-6-ФДГ**, посоветуйте матери, от каких препаратов нужно отказаться, чтобы предотвратить гемолиз у ребенка (т.е. противомаларийные лекарства, сульфаниламидные препараты, аспирин, нафталиновые шарики, ? бобовые).
 - Если **уровень гемоглобина у ребенка ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30%), перелейте кровь (**страница Р-31**).
 - Если **желтуха сохраняется в течение двух недель и дольше у доношенного ребенка или три недели и более у маловесного ребенка** (менее 2.5 кг при рождении или родившегося до 37 недели беременности), лечите затянувшуюся желтуху (**страница F-83**).
 - Наблюдайте за ребенком после выписки домой, определяя уровень билирубина в сыворотке крови каждую неделю в течение 4 недель. Если **уровень гемоглобина ниже 8 г/дл** (гематокрит менее 24%), перелейте кровь (**страница Р-31**).

ЖЕЛТУХА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

- Если **концентрация билирубина в сыворотке крови на уровне, требующем фототерапии** (таблица F-17, страница F-79), продолжайте фототерапию.
- Если **возраст ребенка менее трех дней**, наблюдайте за желтухой в течение 24 часов после прекращения фототерапии.
- Если желтуха сохраняется в течение трех недель и более, лечите затянувшуюся желтуху (ниже).

ЗАТЯНУВШАЯСЯ ЖЕЛТУХА

- Прекратите фототерапию.
- Если **стул ребенка ахоличный или моча темная**, организуйте перевод ребенка (**страница С-63**) в стационар третьего уровня или специализированный центр для дальнейшего обследования, если это возможно.
- Если у **матери определен сифилис**, лечите ребенка от врожденного сифилиса (**страница F-46**).

БИЛИРУБИНОВАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ (ЯДЕРНАЯ ЖЕЛТУХА)

Если немедленно не начинать лечение выраженной желтухи, она может повредить мозг ребенка. Начальными признаками повреждения головного мозга являются летаргия, мышечная вялость и плохое вскармливание. Через несколько дней у ребенка может появиться опистотонус, пронзительный крик и судороги. Заключительная стадия – это мышечная вялость и плохое вскармливание. Трудно определить, являются ли эти признаки результатом выраженной (тяжелой степени) желтухи или другой болезни. Поэтому, всегда лечите ребенка с желтухой, даже если билирубиновая энцефалопатия только подозревается.

- Если у **ребенка имеются судороги**, лечите судороги (**страница F-64**).
- Если **концентрация билирубина в сыворотке крови на уровне, требующем фототерапии (таблица F-17, страница F-79)**, продолжайте фототерапию.
- Обсудите с матерью состояние ребенка и прогноз течения болезни:
 - Объясните возможность обменного переливания крови и вероятный прогноз ребенка;
 - Позвольте решить семье самой, надо ли делать обменное переливание крови, если оно осуществимо. Если семья решится на обменное переливание крови, организуйте перевод (**страница С-63**), и срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр. Отправьте образцы крови матери и ребенка.
- Если **состояние ребенка не улучшается более одной недели** (ребенок продолжает быть сонливым, не берет грудь или плохо сосет, у него продолжают судороги), но **он больше не получает лечения или лечение может быть продолжено дома**, обсудите с матерью возможность ухода за её ребенком в домашних условиях.
- Если у **ребенка не было судорог в течение трех дней после прекращения лечения фенobarбиталом**, мать в состоянии кормить ребенка, и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**):

- Обсудите с матерью прогноз ребенка и как справляться с проблемами, которые могут возникнуть у ребенка дома.
- Осмотрите ребенка через одну неделю или раньше, если мать заметит серьезные проблемы (т.е. проблемы вскармливания, судороги).
- Помогите матери найти лучший способ вскармливания ребенка, если он плохо сосет грудь. Если ребенок сосет грудь медленно, посоветуйте матери кормить ребенка чаще.

ФОТОТЕРАПИЯ

ПОДГОТОВКА ЛАМПЫ ДЛЯ ФОТОТЕРАПИИ

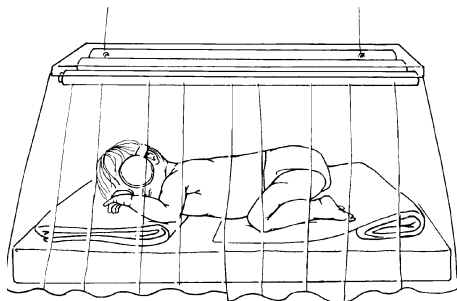
- Убедитесь, что пластмассовый колпак или щит находятся в надлежащем положении. Это предотвратит ребенка от повреждения при разрыве лампы и предохранит его от вредного влияния ультрафиолетовых лучей.
- Согрейте комнату, где находится лампа фототерапии, если это необходимо, чтобы температура под лампой была от 28-30 °С.
- Включите прибор и убедитесь в том, что все флуоресцентные лампы работают.
- Замените перегоревшие или мигающие флуоресцентные лампы.
 - Запишите дату замены ламп и определите общую продолжительность их использования.
 - Заменяйте лампы каждые 2000 часов или через каждые три месяца, в зависимости от того, что быстрее наступает, даже в том случае, если лампы все еще работают.
- Используйте белые простыни в кроватке, колыбели или инкубаторе и окружите ею ребенка вместе с лампой для того, чтобы как можно больше света отражалось обратно к ребенку (**рис. F-5, страница F-85**).

ПРОВЕДЕНИЕ ФОТОТЕРАПИИ

- Уложите ребенка под лампой фототерапии (**рис. F-5, страница F-85**):
 - Если **вес ребенка 2 кг и более**, уложите его голым на кровать или колыбель. Меньших детей укладывайте и держите в инкубаторе.
 - Разместите ребенка в как можно более близком расстоянии от лампы, насколько это позволяет инструкция изготовителя лампы.

- Повязкой прикройте глаза ребенка и убедитесь, что повязка не закрывает ноздри ребенка. Не нужно фиксировать повязку лейкопластырем.

РИСУНОК F-5 Ребенок под лампой фототерапии



- Переворачивайте ребенка каждые три часа.
- Убедитесь, что ребенок не голодный:
 - Поощряйте мать кормить грудью по желанию ребенка, но не реже чем каждые три часа:
 - Во время вскармливания прекратите фототерапию и снимите глазную повязку;
 - Нет никакой необходимости дополнять или заменять грудное молоко любым другим видом пищи или жидкости (т.е. молочной смесью, водой, подслащенной водой и т.д.)
 - Если **ребенок получает внутривенную жидкость или сцеженное грудное молоко**, увеличьте объем жидкости и/или молока на 10% от общей суточной потребности в жидкости (**таблица С-4, страница С-22**), на то время, пока ребенок находится под лампой фототерапии.
 - Если **ребенок получает жидкость внутривенно или кормится через желудочный зонд**, не перемещайте ребенка из-под лампы фототерапии.
- Имейте в виду, что во время проведения фототерапии стул ребенка может стать жидким и желтым. Это не требует специального лечения.
- Продолжайте другое назначенное лечение и обследование:
 - Уберите ребенка из под лампы только для проведения процедур, которых невозможно выполнить под лампой фототерапии.
 - Если **ребенок получает кислород**, на короткое время выключите лампу, чтобы у него оценить центральный цианоз (синий язык и губы).

- Каждые три часа измеряйте температуру тела ребенка (**страница P-5**) и температуру воздуха под лампой. Если **температура ребенка более 37.5°C**, подберите нужную (меньшую) температуру комнаты или временно уберите ребенка из под лампы фототерапии, пока температура тела ребенка не станет 36.5-37.5 °C.
- Измеряйте уровень билирубина в сыворотке крови каждые 12 часов:
 - Прекратите фототерапию тогда, когда концентрация билирубина в сыворотке крови станет ниже уровня, с которого была начата фототерапия (**таблица F-17, страница F-79**), или при концентрации билирубина 15 мг/дл (260 мкмол/л) (выберите меньший показатель);
 - Если **концентрация билирубина в сыворотке крови близка к уровню, требующему обменного переливания крови (таблица F-17, страница F-79)**, организуйте перевод (**страница C-63**) срочно перевезите ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр для обменного переливания крови. Отправьте образцы крови матери и ребенка.
- Если **содержание билирубина в сыворотке крови невозможно определить**, прекратите фототерапию через три дня.

Под влиянием фототерапии билирубин быстро удаляется из кожи. По цвету кожных покровов нельзя судить об уровне билирубина в сыворотке крови в то время, когда ребенок получает фототерапию и в течение 24 часов после ее прекращения.

- После прекращения фототерапии:
 - Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов, проведите повторное определение уровня билирубина в сыворотке крови или клинически оцените степень интенсивности желтухи (**таблица F-16, страница F-78**).
 - Если **желтуха выросла до бывшего уровня или стала еще более выраженной по сравнению с той, при которой была начата фототерапия**, повторите фототерапию и продолжайте ее, как и в первый раз. Повторяйте этот шаг каждый раз после прекращения фототерапии, пока концентрация билирубина в сыворотке крови не станет ниже уровня, при котором фототерапия уже не требуется.
- Если ребенок больше не нуждается в фототерапии, хорошо усваивает питание и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).
- Обучите мать ребенка как оценивать желтуху, и посоветуйте ей вернуться обратно в стационар, если у ребенка желтуха будет нарастать.

ЛЕТАРГИЯ И ДРУГИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Неспецифические признаки могут проявляться у ребенка с тяжелым заболеванием. Иногда мать может просто предполагать, что ребенок как бы “выглядит больным.” Наиболее часто эти неспецифические признаки вызывают сепсис и асфиксия. Летаргия, сонливость и снижение активности могут также отмечаться после перенесенных ребенком судорог. В большинстве случаев у ребенка будут и другие признаки, указывающие на эти заболевания. Если у ребенка наблюдается любой другой специфический клинический признак в дополнение к летаргии или другому неспецифическому признаку, или имеются два и более неспецифических признака, обратитесь к главе «Множественные признаки заболевания (чаще всего сепсис или асфиксия)» (страница F-35).

ПРОБЛЕМА

- Ребенок имеет неспецифический признак, такой как:
 - летаргия;
 - сонливость;
 - снижение активности;
 - мышечная вялость;
 - раздражительность;
 - беспокойство;
 - «выглядит больным».

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (страница F-7) и обследования (таблица F-2, страница F-11) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери, получала ли она наркотические аналгетики для обезболивания во время и после родов.
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (страница P-13). Если глюкоза крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л), устраните гипогликемию (страница F-91).

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Разрешите грудное вскармливание (страница C-11). Если ребенка невозможно кормить грудью, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (страница C-14).

- Оценивайте мышечный тонус и активность ребенка хотя бы один раз в день.
- Если **ребенок вялый или летаргичный**, берите его на руки и передвигайте очень осторожно, чтобы из-за низкого мышечного тонуса не повредить его. Придерживайте все тело и особенно голову ребенка.
- Пользуйтесь **таблицей F-19 (страница F-89)** для определения возможного диагноза.
- Если все же **не удастся найти специфическую проблему**:
 - Оценивайте у ребенка дополнительные симптомы каждые два часа в течение последующих шести часов;
 - Убедитесь, что ребенок не голоден и содержится в тепле;
 - Если **во время периода наблюдения проявляется специфическая проблема**, следуйте указаниям, изложенным в соответствующей главе;
 - Если в конце периода наблюдения состояние ребенка кажется нормальным, выпишите ребенка домой (**страница C-67**), но предупредите мать, что она должна вернуться с ребенком назад, если возникнет какая-либо проблема.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**ТАБЛИЦА F-19 Дифференциальная диагностика неспецифических признаков**

Диагностика ^a		
Анамнез	Обследование	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Во время схваток или в родах мать получала наркотические анальгетики • Время проявления – сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Летаргия • Частота дыхания менее 30 раз в минуту 	Медикаментозная летаргия, см. ниже.
<ul style="list-style-type: none"> • Осложненные или трудные схватки или роды (дистресс плода) • Отсутствие самостоятельного дыхания у ребенка сразу после рождения • Реанимация сразу после рождения • Внутриутробная инфекция или лихорадка матери в любое время от начала родов до трех дней после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до родов 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок выглядит больным 	Подозревается асфиксия или сепсис, страница F-35

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ЛЕТАРГИЯ (УГНЕТЕНИЕ)**

- Обеспечьте общий уход.
- Если частота дыхания у ребенка менее 30 раз в минуту, дайте кислород (страница C-25) умеренным потоком.
- Если ребенок вообще не дышит, у него нерегулярное дыхание (гаспинг) или частота дыхания менее 20 раз в минуту, начинайте вспомогательную вентиляцию с помощью мешка и маски (страница P-1).
- Если ребенок по прежнему остается летаргичным в течение шести часов, подумайте о сепсисе или асфиксии (страница F-35).

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ

ПРОБЛЕМА

- Уровень глюкозы в крови ребенка ниже 45 мг/дл (2.6 ммол/л).

ЛЕЧЕНИЕ

УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НИЖЕ 25 МГ/ДЛ (1.1 ММОЛ/Л)

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**), если это еще не сделали. Струйно, медленно, в течение 5 минут, внутривенно введите 10% раствор глюкозы из расчета 2мл/кг на массы тела.
- Если **внутривенный катетер не удастся быстро поставить**, введите те же 2мл/кг массы тела 10% глюкозы через желудочный зонд (**страница P-33**).
- Продолжайте внутривенное введение 10% раствора глюкозы в объеме, соответствующем возрастным суточным потребностям ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Определите уровень глюкозы в крови через 30 минут после струйного введения глюкозы, а в последующем – каждые 3 часа:
 - Если **уровень глюкозы в крови ниже 25 мг/дл**, повторите струйное введение глюкозы (как описано выше) и продолжайте постоянную инфузию;
 - Если **уровень глюкозы в крови ниже 45 мг/дл, но не ниже 25 мг/дл при каждом ее определении**, продолжайте постоянную инфузию и определяйте уровень глюкозы в крови каждые три часа пока он не достигнет 45 мг/дл и более в двух следующих друг за другом анализах;
 - Как только уровень глюкозы в крови достигнет 45 мг/дл и более в двух следующих друг за другом определениях, придерживайтесь рекомендаций по частоте определения уровня глюкозы в крови, когда концентрация глюкозы держится в нормальных пределах (**страница F-92**).
- Разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**).
- С улучшением энтерального кормления, медленно уменьшайте (в течение трех дней) объем внутривенно вводимой глюкозы, одновременно увеличивая оральный объем пищи. Не прерывайте резко инфузию глюкозы.

УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НИЖЕ 45МГ/ДЛ (2.6 ММОЛ/Л), НО НЕ НИЖЕ 25МГ/ДЛ

- Разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**).
- Определяйте уровень глюкозы в крови каждые три часа или перед каждым следующим кормлением:
 - Если **уровень глюкозы в крови ниже 25 мг/дл**, лечите как описано на странице **F-91**.
 - Если **уровень глюкозы в крови все еще ниже 45 мг/дл, но не ниже 25 мг/дл**, увеличьте частоту грудного вскармливания или объем сцеженного грудного молока.
 - Как только уровень глюкозы в крови достигнет 45 мг/дл и более в двух следующих друг за другом анализах, придерживайтесь рекомендаций по частоте определения уровня глюкозы в крови, когда концентрация глюкозы держится в нормальных пределах (ниже).

ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ПОСЛЕ ТОГО, КАК УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ НОРМАЛИЗУЕТСЯ

- Если **ребенок по какой-либо причине получает инфузионную терапию**, продолжайте определять уровень глюкозы в крови каждые 12 часов до тех пор, пока ребенок будет получать жидкость внутривенно. Если **концентрация глюкозы в крови менее 45 мг/дл**, лечите как описано выше.
- Если **ребенок больше не нуждается или не получает жидкость внутривенно**, определяйте уровень глюкозы в крови каждые 12 часов в течение 24 часов (еще два определения):
 - Если **уровень глюкозы в крови ниже 45 мг/дл**, лечите как описано выше.
 - Если **уровень глюкозы в крови остается нормальным**, ее определение можно прекратить.

ПРОБЛЕМЫ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Проблемы вскармливания часто возникают у новорожденных в течение первых дней жизни. Проблемы обусловлены неправильным прикладыванием к груди, малым весом или болезнью ребенка. В этой главе рассматриваются возникшие трудности при вскармливании при отсутствии других признаков болезни у новорожденного.

Если у ребенка имеются другие проблемы, такие как дыхательная недостаточность, ненормальная температура тела помимо проблем вскармливания, смотрите главу «Множественные признаки заболевания (чаще всего сепсис или асфиксия)» (страница F-35). Если проблема вскармливания в первую очередь обусловлена рвотой, смотрите главу «Рвота и/или вздутие живота» (страница F-99).

Маловесные дети часто имеют проблемы вскармливания; по мере их роста проблемы постепенно исчезают. Если вес ребенка при рождении менее 2.5 кг или он родился до 37 недели беременности, обратитесь к этой главе для определения и лечения специфической проблемы вскармливания. После того, как проблема определена, см. страницу F-24, где описаны общие принципы вскармливания маловесных детей.

ПРОБЛЕМЫ

- Ребенок с рождения кормился хорошо, но теперь плохо сосет грудь или вообще от нее отказывается.
- Ребенок с момента рождения имеет проблемы вскармливания.
- Ребенок не набирает вес (подтверждено или подозревается).
- Мать не смогла ребенка успешно кормить грудью.
- Ребенок имеет проблемы вскармливания, является маловесным или одним из двойни.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (страница F-7) и обследования (таблица F-2, страница F-11) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите мать:
 - Как Вы кормите ребенка?
 - Сколько ребенок весил при рождении и в определенное время после рождения?
- Попросите мать приложить ребенка к груди. Наблюдайте за грудным вскармливанием в течение около пяти минут и оцените, правильное ли положение ребенка и его прикладывание к груди (страница C-12). Если ребенок не готов к питанию, переходите к оценке и лечению по общим принципам (ниже) и следующий раз опять наблюдайте за тем, как мать кормит ребенка, когда он будет готов к вскармливанию.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Если **ребенок с рождения усваивал пищу без кашля, захлебывания или срыгивания**, продолжайте дифференциальную диагностику по **таблице F-20**, (ниже).
- Если **ребенок закашливался, давится пищей или срыгивал с первой попытки его покормить**, попробуйте ему ввести желудочный зонд (**страница P-33**).
 - Если **желудочный зонд не проходит в желудок или конец зонда возвращается обратно через рот, а ребенок давится пищей и отливает ее сразу после заглатывания**, вероятно, что у ребенка имеется атрезия пищевода или трахео-пищеводный свищ, требующие неотложного хирургического вмешательства. Организуйте перевод (**страница C-63**) и срочно перевезите ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.
 - Если **желудочный зонд проходит**, убедитесь в правильном его положении в желудке (**страница P-35**), удалите желудочное содержимое и обратитесь к **таблице F-20** для определения возможной причины нарушения питания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-20 Дифференциальная диагностика нарушений питания

Диагностика ^a			Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	выглядит	
<ul style="list-style-type: none"> • Плохо кормится или вообще не принимает пищу после периода нормального вскармливания • Время проявления - 1 день жизни или позже • Внутриутробная инфекция или лихорадка матери в любое время от начала родов до трех дней после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до родов 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок больным • Рвота • Вздутие живота • Дыхательная недостаточность • Ненормальная температура тела • Раздражимость или летаргия • Судороги или потеря сознания 		<p>Подозревается сепсис, страница F-38</p>

ТАБЛИЦА F-20 (продолжение) Дифференциальная диагностика нарушений питания

Диагностика ^a		
Анамнез	Обследование	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Один из двойни или маловесный ребенок (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности)</i> • Ребенок не просыпается для кормления, сосет вяло, медленно и быстро устает • Время проявления – сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Техника прикладывания к груди правильная, но ребенок еще не готов к грудному вскармливанию 	Маловесный ребенок или один из двойни, страница F-96
<ul style="list-style-type: none"> • Мать не может успешно кормить ребенка грудью (т.е. ребенок не может ухватить грудь; ребенок жадно ищет грудь, но не получает молока) • Потрескавшиеся соски у матери • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • В остальном ребенок выглядит здоровым • Ребенка неправильно укладывают и прикладывают к груди во время вскармливания 	Неправильное положение и прикладывание ребенка к груди, страница F-96
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ребенок набирает менее 15 г/кг массы тела в день в течение трех дней</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • В остальном ребенок выглядит здоровым 	Недостаточная прибавка массы тела, страница F-96
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок срыгивает часть пищи или ею давится, кашляет во время кормления • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Расщелина губы или твердого неба (сообщение между ртом и носовым проходом)</i> 	Расщелина губы или неба, страница F-151
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок кашляет, давится пищей и срыгивает с первого кормления • Пища возвращается непереваренной и с пенистой примесью после каждого кормления • Время проявления – сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Желудочный зонд не проходит в желудок или конец зонда возвращается обратно через рот</i> • Пенистые выделения изо рта даже когда ребенок не кормится 	Подозревается порок развития желудочно-кишечного тракта или его непроходимость, страница F-105

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

МАЛОВЕСНЫЙ РЕБЕНОК ИЛИ ОДИН ИЗ ДВОЙНИ

- Если **ребенок является маловесным**, обратитесь к **странице F-24**, где описаны общие принципы вскармливания маловесных детей.
- Если **ребенок один из двойни**, смотрите **страницу C-14**, где приведена информация по вскармливанию близнецов.
- Как только ребенок будет хорошо усваивать питание и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).
- Через два дня повторно оцените питание и прибавку массы тела.

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ

- По возможности обратите внимание на предыдущую динамику массы тела ребенка; взвешивайте его ежедневно.
- Помогите матери улучшить технику грудного вскармливания:
 - Если **мать правильно кормит ребенка грудью**, поощряйте ее и продолжайте наблюдать за техникой грудного вскармливания в течение трех дней;
 - Если **имеются погрешности в технике грудного вскармливания**, помогите матери исправить ошибки (**страница C-12**);
 - Если **ребенок набирал не менее 15 г/кг массы тела в день в течение трех дней**, убедите мать, что у неё достаточно молока и объясните ей существующие правильные подходы вскармливания ребенка. Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).
 - Если **ребенок не набирает по крайней мере по 15 г/кг массы тела в день в течение трех дней**, лечите его от недостаточной прибавки массы тела (ниже).

НЕДОСТАТОЧНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА

Имейте в виду, что изложенное ниже лечение недостаточной прибавки массы тела касается тех новорожденных, которые находятся на полном энтеральном питании, несмотря на используемый метод вскармливания (грудное вскармливание или кормление сцеженным грудным молоком, используя альтернативный метод вскармливания). Если **ребенок получает инфузионную терапию, но не получает полный объем (или не получает вообще) пищу перорально и теряет в день более 5% массы тела**, увеличьте общий объем жидкости на 10мл/кг в течение одного дня для возмещения недостаточного поступления жидкости.

- Обратите внимание на предыдущую динамику массы тела ребенка и взвешивайте его ежедневно.

- Подтвердите недостаточную прибавку массы тела, если ребенок набрал менее 15 г/кг массы тела в день в течение последних трех дней.
- Проверьте и устраните или лечите очевидную причину недостаточной прибавки массы тела:
 - Убедитесь в том, что ребенок вскармливается достаточно часто (т.е. не менее восьми раз в течение 24 ч.), особенно ночью. Если **ребенок кормится одним из альтернативных методов**, убедитесь, что ребенок получает достаточный объем пищи (**таблица С-4, страница С-22**);
 - Определите, является ли окружающая температура оптимальной; если **в помещении слишком холодно или слишком жарко**, ребенок будет больше расходовать энергии на терморегуляцию и меньше для роста;
 - Осмотрите ребенка по поводу возможных признаков сепсиса (т.е. нарушения питания, рвота, дыхательные расстройства; **таблица F-9, страница F-37**);
 - Осмотрите рот ребенка на наличие молочницы (**таблица F-25, страница F-128**).
- Если **была подтверждена недостаточная прибавка массы тела, но не найдены очевидные ее причины, или если все-таки очевидная причина была установлена и было начато лечение** (напр., в течение трех дней поддерживалась нормальная комнатная температура, в течение семи дней проводилось лечение молочницы или сепсиса), но **прибавка массы тела по прежнему остается недостаточной**, поработайте с матерью в течение трех дней, чтобы у нее увеличилось количество грудного молока, которое получает ребенок.
- Если **средняя прибавка массы тела в течении трех дней составляет не менее 15 г/кг в день**:
 - Объясните матери существующие правильные подходы вскармливания ребенка и какую прибавку массы тела ребенка она может ожидать (**страница С-53**);
 - Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Один раз в неделю взвешивайте ребенка для того, чтобы оценить его динамику массы тела в течение одного месяца.
- Если **средняя прибавка массы тела в течении трех дней составляет менее 15 г/кг в день несмотря на предпринятые выше перечисленные меры**:
 - Научите мать сцеживать грудное молоко между кормлениями и давать это молоко ребенку в качестве докорма одним из альтернативных методов кормления (страница С-14) после того, как ребенок кормился грудью;

- Если **мать не может сцедить грудное молоко**, дайте ребенку 10мл молочной смеси (**страница С-19**) при помощи кружки/ложки (**страница С-16**) после каждого кормления грудью. Молочную смесь не следует использовать, не убедившись, что она:
 - доступна в течение всего необходимого периода (даже некоторое время после выписки домой).
 - доступна для данного медицинского учреждения и для семьи;
 - используется безопасно;
 - готовится в стерильных условиях согласно инструкциям.
- Продолжайте докорм ребенка сцеженным грудным молоком или молочной смесью до тех пор, пока ежедневная прибавка массы тела ребенка будет составлять не менее 15 г/кг непрерывно в течение трех дней; после этого уменьшите докорм до 5 мл на каждое кормление в течение последующих двух дней:
 - Если **прибавка массы тела продолжает быть достаточной** (15 г/кг массы тела в день и более) **еще два дня**, полностью прекратите докорм ребенка;
 - Если **прибавка массы тела опять становится недостаточной** (менее 15 г/кг массы тела в день), начинайте опять докармливать после каждого кормления 10мл сцеженного грудного молока или молочной смеси и повторите весь процесс заново.
- Взвешивайте ребенка еще три дня. Если ребенок прибавляет в массе тела с той же скоростью или даже лучше, хорошо усваивает пищу и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

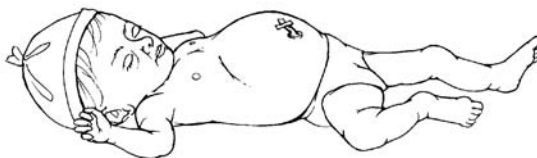
РВОТА И/ИЛИ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА

Вытекание изо рта или срыгивание небольшого количества молока после кормления является обычным явлением у новорожденных, и, как правило, проходит со временем, не оказывая никакого влияния на рост ребенка.

ПРОБЛЕМЫ

- У ребенка отмечается рвота:
 - сильная;
 - не зависящая от метода вскармливания;
 - в полном объеме пищи после каждого ее приема;
 - с примесью желчи или крови;
- У ребенка имеется вздутие живота (**рис. F-6**)

РИСУНОК F-6 Вздутие живота



ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите мать (или того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Началась ли рвота после первого кормления или она появилась позже?
 - Через какое время после кормления начинается рвота?
 - Как выглядит рвотное содержимое? Пенистое, с примесью желчи или крови?
 - Отошел ли у ребенка меконий? Был ли меконий в околоплодной жидкости?
 - Потрескавшиеся или болезненные соски у матери?

- Осмотрите ребенка по поводу:
 - болезненности живота (ребенок плачет при осторожном дотрагивании до живота)
 - атрезия ануса (если **ребенок имеет атрезию ануса**, см. лечение в **странице F-153**).

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Введите через нос желудочный зонд (**страница P-33**):
 - Если **желудочный зонд не проходит в желудок или конец зонда возвращается обратно черер рот, а ребенок давится пищей и она выливается сразу после заглатывания**, вероятно, что у ребенка имеется атрезия пищевода или трахео-пищеводный свищ, требующие неотложного хирургического вмешательства. Организуйте перевод (**страница C-63**) и срочно перевезите ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.;
 - Если **желудочный зонд проходит**, убедитесь в правильном его положении в желудке (**страница P-35**) и удалите желудочное содержимое.
- Если **ребенок выглядит серьезно больным** (т.е. он вялый и летаргичный) или **является маловесным** (менее 2.5кг массы тела при рождении или родившийся до 37 недель беременности), обеспечте внутривенный доступ (**страница P-21**) и начинайте инфузионную терапию в объеме, соответствующем суточным возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).
- Пользуйтесь **таблицей F-21 (страница F-101)** для определения вероятной причины рвоты и/или вздутия живота. Если **причину рвоты невозможно определить**, см. **страницу F-103**.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-21 Дифференциальная диагностика рвоты и/или вздутия живота

Анамнез	Диагностика ^a		Вероятный диагноз
	Обследование	Другой возможный диагноз	
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 1 день жизни или позже • Внутриутробная инфекция или лихорадка матери в любое время от начала родов до трех дней после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до родов • Плохо кормится или вообще не принимает пищу после периода нормального вскармливания 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок выглядит больным • Рвота • Вздутие живота • Дыхательные расстройства • Ненормальная температура тела • Раздражительность или летаргия • Судороги или потеря сознания 		<p>Подозревается сепсис, страница F-38</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Плохо кормится или вообще не принимает пищу • Асфиксия • Время проявления – 2-10 день 	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечная вялость или летаргия • Ребенок выглядит больным • Вздутие живота, болезненность • Маловесный ребенок (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) • Кровь или желчь в рвотных массах • Стул с примесью крови или слизи • Диарея • Бледность • Прогрессирующие признаки болезни (нестабильность температуры и/или апноэ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис • Увеличивающийся объем желудочного содержимого 	<p>Некротизирующий энтероколит, страница F-104</p>

ТАБЛИЦА F-21 (продолжение) Дифференциальная диагностика рвоты и/или вздутия живота

Диагностика ^a			
Анамнез	Обследование	Другой возмо жный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Если у матери серологически подтвержден сифилис во время беременности • <i>Мать не лечилась или лечилась недостаточно от сифилиса</i> • Время проявления - сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий отек (водянка) • Вздутие живота (из-за увеличенной печени и/или селезенки или накопления жидкости в брюшной полости) • Кожная сыпь - волдыри на ладонях и ступнях • Чрезмерное количество выделений из носа ("сопление") 		Врожденный сифилис, страница F-46
<ul style="list-style-type: none"> • У ребенка не отошел меконий в течение 24 часов после рождения • Ребенок с рождения кашляет и давится пищей во время каждого кормления • Время проявления – 1-2 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Желудочный зонд не проходит в желудок или конец зонда возвращается обратно через рот</i> • Нарастающее вздутие живота • Желчь в рвотных массах • Темный или кровянистый стул 		Подозревается порок развития желудочно-кишечного тракта или его непроходимость, страница F-105
<ul style="list-style-type: none"> • Мать кормит ребенка с потрескавшимися сосками (время проявления – 2 день жизни или позже) • Кровотечение у матери во время родов или вследствие эпизиотомии (время проявления – 1-2 день жизни) 	<ul style="list-style-type: none"> • Кровь в рвотных массах • Стул темного цвета • Ребенок в остальном выглядит здоровым 		Заглатывание материнской крови, страница F-105

ТАБЛИЦА F-21 (продолжение) Дифференциальная диагностика рвоты и/или вздутия живота

Анамнез	Диагностика ^a		Вероятный диагноз
	Обследование	Другой возможный диагноз	
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок срыгивает с первого кормления • Время проявления – 1 день жизни • Меконий в околоплодной жидкости 	<ul style="list-style-type: none"> • Желудочный зонд проходит • Ребенок в основном выглядит здоровым 		Раздражение желудка, страница F-106

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ПРИЧИНА РВОТЫ НЕ УСТАНОВЛЕНА

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**), вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**) в течение первых 12 часов.
- Наблюдайте за ребенком в течение 12 часов.
- Если **ребенок не имеет никаких других симптомов, кроме рвоты, через 12 часов:**
 - Дайте ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**) в течение 24 часов.
 - Если ребенок пищу усвоил, разрешите грудное вскармливание (**страница C-11**), или дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод кормления (**страница C-14**);
 - Удалите желудочный зонд после двух успешных кормлений.
- Если **рвота не прекращается, или присутствуют другие патологические признаки** (напр., кровь во рвотных массах, обильная рвота, вздутие живота), попробуйте еще раз определить причину рвоты (**таблица F-21, страница F-101**).
- Если **причину рвоты все еще не удается установить**, лечите от сепсиса (**страница F-41**).

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**) в течение первых пяти дней.
- Лечите сепсис (**страница F-41**), и обеспечьте, чтобы ребенок не кормился в течение первых пяти дней.
- Поставьте желудочный зонд (**страница P-33**) и не закрывайте его конец, чтобы был свободный отток содержимого из желудка.
- Если в брюшной полости прощупывается какое-то образование, вполне вероятно, что у ребенка произошла перфорация кишечника или возникла кишечная непроходимость из-за образовавшегося абсцесса. Организуйте перевод (**страница C-63**) и срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.
- Ежедневно определяйте гемоглобин, пока не остановится кровотечение, и еще раз через 24 часа. Если гемоглобин менее 8 г/дл (гематокрит менее 24%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Следите за сердечной деятельностью и дыханием ребенка каждые три часа в течение трех дней после последнего переливания крови.
- Наблюдайте за ребенком в течение пяти дней. Если через пять дней у него **уменьшилось вздутие живота и объем желудочного содержимого, отходит стул и в нем нет примеси крови**:
 - Дайте ребенку сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**).
 - Начинайте с объема молока, в котором ребенок нуждался бы в 1 день жизни, независимо от конкретного возраста ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).
 - Если в течение 48 часов ребенок станет усваивать достаточный объем молока и не будет рвоты, разрешите грудное вскармливание (**страница C-11**). Если ребенка невозможно кормить грудью, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница C-14**).
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками:
 - Если сердечная деятельность и дыхание ребенка стабильные, ему не требовалось переливание крови не менее чем 48 часов, ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**);

- Ежедневно определяйте гемоглобин в течение одного месяца. Если **гемоглобин менее 8 г/дл** (гематокрит менее 24%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Чтобы предупредить развитие железодефицитной анемии, маловесным детям назначьте пероральный препарат железа из расчета 2 мг/кг массы тела один раз в день, начиная с двухмесячного возраста до достижения 23 месяцев.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ПОРОКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ИЛИ ЕГО НЕПРОХОДИМОСТЬ

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).
- Если **был введен желудочный зонд**, оставьте его на месте и не закройте его конец, чтобы был свободный отток содержимого из желудка (**страница P-36**).
- Организуйте перевод (**страница C-63**) и срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.

ЗАГЛАТЫВАНИЕ МАТЕРИНСКОЙ КРОВИ

- Если **рвота вызвана кровью, которую ребенок проглотил во время грудного вскармливания** (потрескавшиеся соски матери):
 - Наблюдайте за матерью во время грудного вскармливания. Оцените технику кормления (**страница C-12**) и, если необходимо, посоветуйте ее изменить.
 - Если **кормление грудью является болезненным для матери**, поощряйте мать:
 - Сцеживать небольшое количество молока (**страница C-15**) для стимуляции рефлекса выделения молока перед тем, как прикладывать ребенка к груди;
 - Начинать кормить ребенка из той груди, которая менее болезненна, пока не начнется выделение молока, затем приложить ребенка к поврежденной груди;
 - Сцеживать немного молока или молозива на ее соски после кормления грудью;
 - Оставлять соски открытыми, таким образом предупреждая их мацерацию и создавая благоприятные условия для заживления;
 - Если **резко болезненный только один сосок**, посоветуйте матери кормить ребенка пару дней или более

продолжительное время исключительно другой грудью, пока поврежденный сосок будет заживать. В это время она может сцеживать грудное молоко из большой груди и давать его ребенку одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).

- Если ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Если **рвота вызвана кровью, которую ребенок проглотил при рождении**:
 - Подсоедините шприц к желудочному зонду и отсосите содержимое желудка.
 - Разрешите ребенку грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **его не получается кормить грудью**, дайте сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).
 - Удалите желудочный зонд после двух успешных вскармливаний;
 - Если ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

РАЗДРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА

- Разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).
- Если ребенка удалось два раза успешно покормить грудью, или он хорошо усваивает питание одним из альтернативных методов кормления, у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Если ребенок продолжает срыгивать весь объем пищи через 24 часа, вероятно, что проблема заключается в наличии врожденной аномалии желудочно-кишечного тракта:
 - Обеспечьте внутривенный доступ (**страница Р-21**) вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
 - Организуйте перевод (**страница С-63**) и срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.

ДИАРЕЯ (ПОНОС)

Существуют неинфекционные причины диареи, но сепсис является самой частой причиной диареи в период новорожденности.

Строго соблюдайте требования по профилактике инфекций (страница С-37) на весь период ухода за ребенком с диареей для того, чтобы избежать передачи его инфекции к другим новорожденным, находящимся в отделении специального выхаживания. Надевайте перчатки, когда соприкоснетесь с грязными пеленками или другими предметами, которые использовались для ухода за поносящим ребенком, и тщательно мойте руки (страница С-38) после каждого дотрагивания до ребенка с диареей.

ПРОБЛЕМЫ

- У ребенка частый стул.
- Стул ребенка водянистый или зеленый, содержит слизь или кровь.

ВЫЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Кормился ли ребенок чем-то другим, кроме грудного молока или давали ли ему пить какую-либо жидкость?
 - Как выглядит стул ребенка? Является ли он водянистым или зеленым, содержит ли он слизь или кровь?
 - Как часто у ребенка отходит стул?
- Оцените:
 - возможные признаки обезвоживания (т.е. запавшие глаза или родничок, снижение эластичности кожи, сухой язык и сухие слизистые).
 - проявления сепсиса (т.е. проблемы вскармливания, рвота, дыхательные расстройства, **таблица F-9, страница F-37**).

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**).
- Если **мать кормит ребенка чем-то другим, кроме грудного молока или поит его жидкостью**, посоветуйте ей этого больше не делать.
- Дайте ребенку пить раствор для оральной регидратации (ОРР) каждый раз, когда у него отходит жидкий стул:
 - Если ребенок в состоянии усваивать грудное вскармливание, посоветуйте матери его почаще кормить грудью или давать ему ОРР из расчета 20 мл/кг массы тела в промежутках между кормлениями грудью с помощью кружки, ложки или другим способом (**страница С-16**);
 - Если ребенок не в состоянии самостоятельно кормиться, введите желудочный зонд (**страница Р-33**) и давайте ему ОРР из расчета 20 мл/кг массы тела через зонд;
 - Если стандартный ОРР недоступен, приготовьте ОРР следующим образом:
 - Используйте недавно прокипяченную и охлажденную воду;
 - На 1 литр воды добавьте:
 - натрия хлорид - 3.5 г;
 - натрия цитрат - 2.9 г (или натрия бикарбонат - 2.5 г);
 - калия хлорид - 1.5 г;
 - глюкозу (безводную) 20 г (или сахарозу [обычный сахар] 40 г).
- Если у **ребенка имеются признаки обезвоживания или сепсиса**, обеспечьте ему внутривенный доступ (**страница Р-21**) и начинайте парентеральное введение жидкости, продолжая грудное вскармливание:
 - Если **имеются признаки обезвоживания**, увеличьте объем жидкости на 10% от массы тела ребенка, начиная с первого дня, когда были отмечены признаки обезвоживания;
 - Если ребенок получает достаточный объем жидкости, который компенсирует имеющийся дефицит, покрывает суточные потребности в воде и продолжающиеся потери с поносом, нет необходимости в использовании ОРР;
 - Вновь оцените состояние ребенка через 12 часов:
 - Если **ребенок все еще имеет жидкий и частый стул**, продолжайте инфузионную терапию увеличенным объемом жидкости в течение дополнительных 24 часов;

- Если в течение последних 12 часов у ребенка понос прекратился, дайте ему жидкость в объеме физиологических суточных потребностей согласно возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Определите вероятный диагноз (**таблица F-22**).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-22 Дифференциальная диагностика диареи

Диагностика ^a		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Внутриутробная инфекция или лихорадка матери в любое время от начала родов до трех дней после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до родов • Время проявления – 1-3 день жизни 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сепсис <p>Диарея, обусловленная сепсисом Лечите сепсис (страница F-41).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок получает пищу или жидкость, но не грудное молоко • Время проявления – введение новой пищи/жидкости 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок хорошо кормится 	<p>Неинфекционная диарея Общее лечение (страница F-108).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок получает пищу или жидкость, но не грудное молоко • Время проявления – введение новой пищи/жидкости 	<ul style="list-style-type: none"> • Плохо усваивает кормление или отказывается от пищи • Ребенок выглядит больным • Мышечная вялость • Летаргия 	<p>Инфекционный понос Лечите сепсис (страница F-41)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок получает фототерапию • Время проявления – начало фототерапии 	<ul style="list-style-type: none"> • Жидкий стул желтого цвета 	<p>Жидкий стул из-за фототерапии Лечение не требуется</p>

ТАБЛИЦА F-22 (продолжение) Дифференциальная диагностика диарей
Диагностика^a

Анамнез	Обследование	Другой установленный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Вспышка диареи среди других новорожденных, находящихся в отделении ▪ Время проявления – 2 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Водянистый, зеленоватый стул, который продолжается, даже если ребенок не кормится грудью ▪ Стул с примесью крови ▪ Рвота 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сепсис ▪ Обезвоживание 	<p>Госпитальная диарея инфекционной этиологии, страница F-111</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Плохо усваивает кормление или отказывается от пищи • Асфиксия • Время проявления – 2-10 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечная вялость или летаргия • Ребенок выглядит больным • Вздутие живота, болезненность • Маловесный ребенок (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) • Кровь или желчь во рвотных массах • Стул с примесью крови или слизи • Бледность • Признаки прогрессирующей болезни (нестабильность температуры и/или апноэ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис • Увеличивающийся остаточный объем желудочного содержимого 	<p>Некротизирующий энтероколит, страница F-104</p>

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАРЕИ

- Если понос у ребенка появился во время его нахождения в больнице и в течение двух дней диарея проявилась у более чем у одного новорожденного в том же отделении, подумайте о внутрибольничной инфекции (**страница С-45**).
- Если возможно, то изолируйте ребенка от других новорожденных.
- Лечите сепсис (**страница F-41**).
- Продолжайте общее лечение диареи (**страница F-108**).

КРОВОТЕЧЕНИЕ И/ИЛИ БЛЕДНОСТЬ

В этой главе обсуждается ребенок, у которого имеется кровотечение или отмечается бледность при рождении или в любое время после рождения, с признаками или без признаков внутреннего или внешнего кровотечения. Бледность может быть симптомом анемии или шока, или того и другого.

ПРОБЛЕМЫ

- У ребенка имеется кровотечение.
- Ребенок в анамнезе имел кровотечение.
- Ребенок кажется бледным при рождении или некоторое время после рождения.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Есть ли кровь в стуле или моче ребенка?
 - Имела ли мать предыдущего ребенка с гемолитической желтухой, дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) или с несовместимостью крови по резус (Rh) фактору или группе крови?
 - Было ли у матери какое-либо кровотечение в течение беременности, схваток или родов?
 - Правильно ли была пережата или перевязана пуповина ребенка при рождении?
 - Имеется ли рвота у ребенка? Если да, то была ли кровь или желчь во рвотных массах?
 - Является ли ребенок одним из двойни? Если да, является ли другой близнец чрезмерно розовым или красным (т.е. трансфузия крови от плода к плоду)?
 - Бралась ли у ребенка неоднократно кровь на анализы?
- Обратите внимание:
 - откуда имеется кровотечение (т.е. из пупка, в области обрезания мужского полового члена или в области венопункции)
 - имеется ли общий отек (водянка);
 - имеется ли болезненность (ребенок плачет при осторожном дотрагивании до живота);
 - имеется ли у ребенка желтуха.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

КРОВОТЕЧЕНИЕ

- Окажите неотложные меры для остановки кровотечения, как описано в **таблице F-1 (страница F-6)**, если это еще не сделано.
- Если кровотечение у ребенка все еще продолжается, увеличьте объем инфузионной терапии, вводя 20мл/кг массы тела жидкости в течение первого часа.
- Если **имеются признаки шока** (бледность, холодная на ощупь кожа, частота сердечных сокращений более 180 ударов в минуту, потеря сознания или ступор), или **признаки шока проявляются во время осмотра ребенка**:
 - Введите внутривенно физиологический раствор или раствор Рингера лактата из расчета 10 мл/кг массы тела в течение 10 минут; повторите ту же дозу через 20 минут, если признаки шока сохраняются.
 - Немедленно сделайте переливание крови (**страница P-31**), используя Rh-отрицательную нулевой группы (O) кровь.
- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения уровня гемоглобина. Если уровень гемоглобина ниже 10г/дл (гематокрит менее 30%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Определите вероятный диагноз (**таблица F-23, страница F-115**).

БЛЕДНОСТЬ ПРИ ОТСУТСТВИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ

- Если **имеются признаки шока** (бледность, холодный на ощупь кожа, частота сердечных сокращений более 180 ударов в минуту, потеря сознания или ступор), или **признаки шока проявляются во время осмотра ребенка**, обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**), если это еще не было сделано, введите внутривенно физиологический раствор или раствор Рингера лактата из расчета 10 мл/кг массы тела в течение 10 минут; повторите ту же дозу через 20 минут, если признаки шока сохраняются.
- Определите уровень глюкозы в крови. Если **уровень глюкозы ниже 45мг/дл (2.6 ммол/л)**, устраните гипогликемию (**страница F-91**).
- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения уровня гемоглобина. Если уровень гемоглобина ниже 10г/дл (гематокрит менее 30%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Определите вероятный диагноз (**таблица F-23, страница F-115**).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-23 Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности

Диагностика ^a			
Анамнез	Обследование	Другой установленный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 2-3 день 	<ul style="list-style-type: none"> • Спонтанное кровотечение из одного или более мест: <ul style="list-style-type: none"> - Кровь в стуле или моче - Кровотечение из пупка или места обрезания мужского члена или из мест венепункции - Спонтанное появление множественных синяков после рождения при отсутствии очевидной травмы • Бледность 	<ul style="list-style-type: none"> • Признаки геморрагической болезни новорожденного (выше) проявились на четвертый день или позже 	Геморрагическая болезнь новорожденного, страница F-119
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 4 день жизни или позже 			Коагулопатия, страница F-119.

ТАБЛИЦА F-23 (продолжение) Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности

Диагностика^a			
Анамнез	Обследование	Другой установленный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Желтуха, прогрессирующая в течение менее чем 36 часов • Бледность • Несовместимость по группе крови (ABO) или резус (Rh) фактору или дефицит Г-6-ФДГ у предыдущего ребенка • В семейном анамнезе дефицит Г-6-ФДГ, желтухи, анемии, увеличенной печени или удаления селезенки 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха • Бледность • Общий отек (водянка) • Ребенок мужского пола (большая вероятность дефицита Г-6-ФДГ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемоглобин ниже 13г/дл (гематокрит менее 40%) • Положительный тест Кумбса • Групповая (ABO) несовместимость или несовместимость по резус (Rh) фактору между матерью и ребенком • Положительный тест на дефицит Г-6-ФДГ 	<p>Гемолиз</p> <p>Общее лечение бледности (страница F-114) и лечение гемолитическую желтуху (страница F-81)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • В анамнезе матери кровотечение из влагалища в конце беременности и/или во время родов ИЛИ • Проблема при рождении или во время беременности (т.е. позднее пережатие пуповины, трасфузия крови от плода к плоду) 	<ul style="list-style-type: none"> • Бледность 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемоглобин ниже 13г/дл (гематокрит менее 40%) 	<p>Возможная потеря крови из-за акушерских причин</p> <p>Общее лечение бледности (страница F-114)</p>

ТАБЛИЦА F-23 (продолжение) Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности

Диагностика ^a			
Анамнез	Обследование	Другой установленный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Плохо усваивает кормление или отказывается от пищи • Асфиксия • Время проявления – 2-10 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечная вялость или летаргия • Ребенок выглядит больным • Вздутие живота, болезненность • Маловесный ребенок (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) • Кровь или желчь в рвотных массах • Стул с примесью крови или слизи • Диарея • Бледность • Прогрессирующие признаки болезни (нестабильность температуры и/или апноэ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис • Увеличивающийся объем желудочного содержимого 	<p>Некротизирующий энтероколит, страница F-104</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Не отошел меконий в течение 24 часов после рождения или, если ребенок имел стул, тот был темного цвета или с примесью крови • Время проявления – 1- 4 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарастающее вздутие живота • Желчь в рвотных массах 		<p>Подозревается порок желудочно-кишечного тракта или кишечная непроходимость, страница F-105</p>

ТАБЛИЦА F-23 (продолжение) Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности

Диагностика ^a			
Анамнез	Обследование	Другой установленный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • У матери потрескавшиеся соски (время проявления - 2 день жизни или позже) • Кровотечение матери во время родов или из-за эпизиотомии (время проявления – 1-2 день жизни) 	<ul style="list-style-type: none"> • Кровь во рвотных массах • Стул темного цвета • Ребенок в остальном выглядит здоровым 		Заглатывание материнской крови, страница F-105
<ul style="list-style-type: none"> • Многократный забор крови на анализы • Большой или маловесный ребенок (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) 	<ul style="list-style-type: none"> • Бледность 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемоглобин ниже 10г/дл (гематокрит менее 30%) 	Анемия больного или маловесного ребенка, страница F-119
	<ul style="list-style-type: none"> • Бледность 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемоглобин ниже 10г/дл (гематокрит менее 30%) 	Бледность неизвестного происхождения, страница F-119

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

- Если **кровотечение не останавливается в течение трех часов**, лечите ребенка от сепсиса (**страница F-41**).
- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения гемоглобина один раз в день. Если **уровень гемоглобина ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Обеспечьте последующий уход и лечение ребенка (**страница F-120**).

КОАГУЛОПАТИЯ

- Лечите сепсис (**страница F-41**).
- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения гемоглобина один раз в день. Если **уровень гемоглобина ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Обеспечьте последующий уход и лечение ребенка (**страница F-120**).

ВОЗМОЖНАЯ ПОТЕРЯ КРОВИ ИЗ-ЗА АКУШЕРСКИХ ПРИЧИН

- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения гемоглобина один раз в день. Если **уровень гемоглобина ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Если **уровень гемоглобина между 10 и 13г/дл** (гематокрит между 30 и 40%) **и имеются признаки шока** (бледность, холодная на ощупь кожа, частота сердечных сокращений более 180 ударов в минуту, потеря сознания или ступор), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Обеспечьте последующий уход и лечение ребенка (**страница F-120**).

АНЕМИЯ БОЛЬНОГО ИЛИ МАЛОВЕСНОГО РЕБЕНКА ИЛИ БЛЕДНОСТЬ НЕИЗВЕСТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

- Как только состояние ребенка стабилизируется, определяйте гемоглобин еженедельно, до тех пор, пока ребенок находится в больнице. Если уровень гемоглобина ниже 8 г/дл (гематокрит менее 24%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Обеспечьте последующий уход и лечение ребенка (**страница F-120**).

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД И ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО С БЛЕДНОСТЬЮ ИЛИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

- Прекратите внутривенное переливание жидкостей, если нет необходимости ее продолжать по другой причине. Если ребенок по-прежнему нуждается в инфузионной терапии, то в первый день общий объем жидкости (вводимой энтерально и парентерально) должен равняться физиологическим возрастным потребностям ребенка, плюс дополнительно 10% от общего суточного объема (**таблица С-4, страница С-22**). В последующие дни обеспечьте физиологические возрастные потребности жидкости ребенка.
- Ежедневно определяйте уровень гемоглобина, пока он не будет стабильным в течение трех дней и его уровень не будет требовать переливания крови; затем гемоглобин определяйте еженедельно, пока ребенок будет находиться в больнице.
- Следите за сердечной деятельностью и дыханием ребенка каждые три часа до тех пор, пока его состояние стабилизируется.
- Если сердечная деятельность и дыхание стабильны, ребенок не нуждается в переливании крови не менее 48 часов, он хорошо усваивает питание и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Чтобы предотвратить железодефицитную анемию, назначьте маловесным детям оральный препарат железа из расчета 2 мг/кг массы тела элементарного железа ежедневно, начиная от двухмесячного возраста и продолжая его давать до 23 месяцев жизни.
- Два раза в неделю в течение двух недель после выписки проводите осмотр ребенка, оценивая его питание и рост.
- Еще раз определите гемоглобин через месяц. **Если уровень гемоглобина ниже 8 г/дл (гематокрит менее 24%), сделайте переливание крови (страница Р-31).**

РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ

Большинство родовых опухолей, которые возникают во время родов, являются небольшими и проходят спонтанно; однако, кровотечение под надчерепной апоневроз (galea aroneurotica) может быть опасно для жизни, поэтому его надо немедленно распознать и лечить.

ПРОБЛЕМА

- Ребенок при рождении или сразу после рождения имеет родовую опухоль.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**), обращая особое внимание на наличие бледности, учащение сердцебиения (более 160 ударов в минуту) или дыхания (более 60 дыханий в минуту).
- Соберите дополнительную информацию для определения вероятного диагноза (**таблица F-24, страница F-122**).
- Определите (пальпируйте):
 - расположение и размеры родовой опухоли;
 - чувствуется ли флюктуация (наличие жидкости внутри опухоли) или имеются ли в набухшей части эластичные области;
 - является ли кожа головы болезненной (ребенок плачет при дотрагивании головы);
 - имеется ли изменение формы головы (**рисунок F-7**) с выступом над теменными костями.

РИСУНОК F-7 Изменение формы головы ребенка



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-24 Дифференциальная диагностика родовой опухоли

Диагностика ^a		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Появление опухоли при рождении или в течении первых двух часов после рождения; ее нарастание в течении следующих 24 часов • Рождение с помощью вакуумной экстракции • Асфиксия 	<ul style="list-style-type: none"> • Опухоль под всей поверхностью кожи головы • Чувство эластичности при пальпации скальпа • Ребенок плачет при дотрагивании до головы • Бледность, возможно ее нарастание • Частота сердечных сокращений более 160 ударов в минуту • Частота дыхания значительно больше 60 дыханий в минуту • Увеличивающийся размер головы 	Кровоизлияние под надчерепной апоневроз, страница F-123
<ul style="list-style-type: none"> • Появление опухоли при рождении 	<ul style="list-style-type: none"> • Опухоль на подлежащей части головы, она твердая и не флюктуирует • Изменение формы головы с выступом в области теменных костей • В остальном ребенок выглядит здоровым 	Родовая опухоль, страница F-124
<ul style="list-style-type: none"> • Появление опухоли в течение четырех часов после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Опухоль округлой формы, ограничена линиями швов (рисунок F-8, страница F-125) • Чувствуется флюктуация в области опухоли • В остальном ребенок выглядит здоровым 	Кефалогематома, страница F-124
<ul style="list-style-type: none"> • Появление опухоли при рождении • Рождение с помощью вакуумной экстракции 	<ul style="list-style-type: none"> • Родовая опухоль в той области, в которой накладывался вакуумный экстрактор • В остальном ребенок выглядит здоровым 	Шиньон, страница F-124

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ

КРОВОИЗЛИЯНИЕ ПОД НАДЧЕРЕПНОЙ АПОНЕВРОЗ

Новорожденные с кровоизлиянием под надчерепной апоневроз могут иметь ряд проблем. Тщательно осмотрите ребенка по поводу других симптомов, включая увеличивающуюся окружность головы, эпизоды апноэ или учащение сердечных сокращений или дыхания.

- Назначьте витамин К₁ (phytomenadione) 1 мг внутримышечно (или внутривенно, если имеется внутривенный доступ) однократно, несмотря на то, что ребенок получал его при рождении.
- Возьмите кровь (**страница Р-9**) на анализ:
 - Сразу и повторно через 24 часа определите уровень гемоглобина;
 - Если **уровень гемоглобин ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30%), сделайте переливание крови (**страница Р-31**).
- Наблюдайте ребенка по поводу бледности и каждый час проверяйте частоту сердечных сокращений и дыхания.
- Измеряйте окружность головы ребенка каждые шесть часов.
- Если **окружность головы у ребенка увеличивается или имеются признаки шока** (бледность, холодная на ощупь кожа, частота сердечных сокращений более 180 ударов в минуту, потеря сознания или ступор), немедленно сделайте переливание крови, используя резус (Rh) негативную нулевой (0) группы кровь.
- Убедитесь, что ребенок не голоден:
 - Разрешите матери начинать кормить грудью (**страница С-11**);
 - Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное материнское грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**);
 - Если ребенок не в состоянии получить достаточное количество молока путем грудного или альтернативного метода кормления, установите внутривенный катетер (**страница Р-21**) и начинайте внутривенное введение жидкости;
 - Убедитесь в том, что ребенок получает пищу и жидкость в объеме, соответствующем его физиологическим возрастным потребностям (**таблица С-4, страница С-22**).
- После того, как состояние ребенка стабилизируется:
 - Ежедневно измеряйте окружность его головы;

- Наблюдайте ребенка по поводу бледности и каждые три часа проверяйте частоту сердечных сокращений и дыхания.
- Будьте готовы назначить жидкость в любое время, как указано выше.
- Если **уровень гемоглобина ниже 8 г/дл** (гематокрит менее 24%), перелейте кровь (**страница P-31**).
- Если **уровень гемоглобина выше 10 г/дл** (гематокрит более 30%), определите его еще два раза через три и шесть дней, а затем еженедельно, пока ребенок будет находиться в больнице.
- Раз в день определяйте интенсивность желтухи (**страница F-77**) и, при необходимости, назначьте фототерапию.
- Как только окружность головы начинает уменьшаться:
 - Продолжайте наблюдать за ребенком не менее четырех дней и пока уровень гемоглобина стабилизируется в пределах, не требующих переливания крови, не менее чем три дня.
 - После периода наблюдения, если частота сердечных сокращений и дыхания стабильные, ребенок хорошо усваивает питание и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ, ШИНЬЕН ИЛИ КЕФАЛОГЕМАТОМА

- Убедите мать, что эти состояния не представляют опасности для ребенка и не требуют лечения. Родовая опухоль самостоятельно исчезнет через два или три дня. Кефалогематома (**рисунок F-8, страница F-125**) проходит в течение нескольких недель.
- Не надо удалять кровь из кефалогематомы, даже если она флюктуирует.
- Посоветуйте матери вернуться с ребенком обратно в больницу, если у него проявляется желтуха (**страница F-77**).

РИСУНОК F-8 Ребенок с односторонней кефалогематомой



ПРОБЛЕМЫ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

Кожные инфекции у новорожденных детей являются чрезвычайно заразными. Строго соблюдайте рекомендации по профилактике инфекций (страница С-37), чтобы избежать передачи инфекции от одного ребенка к другим новорожденным, находящимся в отделении. Помещайте все предметы, непосредственно соприкосавшиеся с ранами (напр., марлю) в пластиковый мешок или герметичный контейнер.

ПРОБЛЕМЫ

- Кожа или мягкие ткани ребенка являются красным или припухлыми.
- Ребенок имеет пустулы или пузыри на коже.
- Ребенок имеет белые пятна на языке или во рту.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Как выглядели повреждения на коже ребенка и на какой части тела они впервые появились?
 - Изменились ли поражения вообще с тех пор как они появились?
- Осмотрите:
 - расположение поражений (напр., в подмышечных впадинах, вокруг пупка или паха, на ладонях и ступнях);
 - характер поражений:
 - пустулы (менее 1 см в диаметре) или пузыри (1 см или более в диаметре);
 - покрасневшая кожа;
 - волдыри на коже;
 - припухлость на коже болезненна (ребенок плачет, когда припухлость трогают), или флюктуирует (чувствуется свободная жидкость на припухлом месте).
- Если ребенок имеет рану или ссадину, см. **страницу F-132**.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ТАБЛИЦА F-25 Дифференциальный диагноз проблем кожи и слизистых оболочек

Диагностика ^a		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 1 день жизни или позже • Вначале повреждения являются единичными, затем сливаются в очаги и распространяются на другие части тела 	<ul style="list-style-type: none"> • Пустулы или волдыри • Повреждения доминируют на задней части рук, вокруг шеи, в подмышечных впадинах и вокруг пупка и паха 	Кожная инфекция, страница F-129
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 3 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Покраснение и набухание подкожной клетчатки на любой части тела • Болезненность и/или флюктуация на месте набухания 	Целлюлит/абсцесс, страница F-130
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 3 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Ярко красные участки кожи в местах соприкосновения подгузников, часто с шелушением или с белыми маленькими пятнами 	Подгузничный дерматит (кандидозный дерматит), страница F-131)
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 3 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Толстые белые налеты на языке или во рту 	Молочница, страница F-131
<ul style="list-style-type: none"> • Если у матери во время беременности серологически был подтвержден сифилис • <i>Мать не лечилась или получала неадекватное лечение от сифилиса</i> • Время проявления – сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий отек (водянка) • Вздутие живота (из-за увеличенной печени и/или селезенки или накопившейся жидкости в брюшной полости) • Волдыри кожная на ладонях и ступнях • Обильное выделение слизи из носа (“насморк”) 	Врожденный сифилис, страница F-46

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ

КОЖНАЯ ИНФЕКЦИЯ

- Если **признаки инфицирования появились у ребенка во время его нахождения в больнице и в течение двух дней кожная инфекция проявилась у более чем одного новорожденного в том же отделении**, подумайте о внутрибольничной инфекции (**страница С-45**)
- Наденьте чистые перчатки:
 - Промойте пораженную область(-и) кожи, используя антисептический раствор (**таблица С-10, страница С-41**) и чистые марлевые салфетки;
 - Обработайте пустулы/пузыри с 0.5% раствором генциан виолета;
 - Повторяйте процедуру четыре раза в день, пока пустулы/пузыри исчезнут. Посоветуйте матери при необходимости повторить эту процедуру.
- Подумайте о симптомах сепсиса (т.е. плохое усваивание пищи, рвота, дыхательные нарушения, **таблица F-9, страница F-37**) и если они имеются, лечите сепсис (**страница F-41**).
- Сосчитайте количество пустул или пузырей, определите, занимают ли они менее или более половины поверхности тела и лечите, как указано ниже.

МЕНЕЕ 10 ПУСТУЛ/ПУЗЫРЕЙ, ИЛИ ОНИ ЗАНИМАЮТ МЕНЕЕ ПОЛОВИНЫ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ СЕПСИСА

- Наблюдайте за ребенком в течение пяти дней:
 - Если **пустулы/пузыри исчезнут в течение пяти дней** и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Если **большинство пустул/пузырей все еще присутствуют через пять дней, но у ребенка нет симптомов сепсиса**, дайте клоксациллин через рот пять дней согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**).

ДЕСЯТЬ ИЛИ БОЛЕЕ ПУСТУЛ/ПУЗЫРЕЙ, ИЛИ ОНИ ЗАНИМАЮТ БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ПЛОЩАДИ ТЕЛА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ СЕПСИСА

- Используя стерильный ланцет, откройте белый центр пустулы. Используя стерильный ватный тампон, возьмите гной и отправьте его в лабораторию на посев и определение чувствительности возбудителя.
- Дайте клоксациллин внутримышечно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**).

- Оценивайте состояние ребенка по крайней мере один раз в день на предмет улучшения его состояния (пустулы/пузыри не распространяются, начинают сохнуть и заживать).
 - Если **состояние пустул/пузырей начинает улучшаться через три дня с начала назначения антибиотика**, продолжайте клоксациллин до завершения пятидневного курса лечения;
 - Если **пустулы/пузыри не уменьшаются и не исчезают через три дня с начала назначения антибиотика**:
 - Если **посев гноя был положительным**, назначьте другой антибиотик согласно полученным результатам посева и чувствительности возбудителя, и лечите им еще пять дней;
 - Если **невозможно сделать посев или идентифицировать возбудителя**, продолжайте лечение клоксациллином, добавив к нему гентамицин согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**) в течение семи дней.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками. Если пустулы/пузыри исчезли, ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблемы, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

ПУСТУЛЫ/ПУЗЫРИ НА КОЖЕ С ПРИЗНАКАМИ СЕПСИСА

- Лечите сепсис (**страница F-41**), но вместо ампициллина назначьте клоксациллин внутривенно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**).
- Если **ребенок уже получал антибиотики для лечения сепсиса**, прекратите ампициллин. К гентамицину добавьте клоксациллин внутривенно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**).
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками. Если пустулы/пузыри исчезли, ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблемы, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

ФЛЕГМОНА/АБСЦЕСС (ГНОЙНИК)

- Если **имеется флюктуация в области припухлости**, сделайте надрез и дренируйте гнойник (**страница Р-43**).
- Назначьте клоксациллин внутримышечно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**).

- Наблюдайте за состоянием и оценивайте его улучшение хотя бы один раз в день:
 - Если **флегмона/абсцесс уменьшается через пять дней лечения антибиотиком**, продолжайте лечение клоксациллином до завершения десятидневного курса лечения;
 - Если **флегмона/абсцесс не уменьшается через пять дней лечения антибиотиком**:
 - Если **посев гноя был положительным**, назначьте другой антибиотик согласно полученным результатам посева и чувствительности возбудителя, и лечите им еще 10 дней;
 - Если **невозможно сделать посев или идентифицировать возбудителя**, продолжайте лечение клоксациллином, добавив к нему гентамицин, согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**) в течение 10 дней.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками. Если флегмона/абсцесс исчезли, ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблемы, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

ГРИБКОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НА МЕСТАХ ПЕЛЕНАНИЯ (ПОДГУЗНИЧНЫЙ ДЕРМАТИТ)

- При смене подгузника, смажьте пораженные участки нистатиновым кремом или промойте их 0.5% раствором генциан виолета; продолжай эту процедуру еще три дня после исчезновения повреждений.
- Убедитесь, что подгузник сменен каждый раз, когда он грязный или влажный.

МОЛОЧНИЦА

- Промывайте молочницу во рту ребенка оральным раствором нистатина или 0.5% раствором генциан виолета четыре раза в день и продолжай еще два дня, после исчезновения повреждений.
- Укажите матери смазывать груди кремом нистатина или промывать 0.5% раствором генциан виолета после каждого кормления грудью, пока ребенок будет получать лечение.

РАНА

- Очистите рану салфеткой, смоченной антисептическим раствором (напр., 2.5% поливидон йода [таблица С-10, страница С-41]; запомните, что другие антисептические растворы могут вызвать у ребенка ожог).
- Наложите обычную сухую повязку, чтобы содержать рану чистой и сухой.
- Если **края раны открыты**, накройте их повязкой формы бабочки.
- Если нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Объясните матери, как проявляется местная инфекция (т.е. покраснение, повышение температуры и отек кожи вокруг раны):
 - Попросите мать вернуться с ребенком обратно в больницу, если она заметит признаки местной инфекции;
 - Если **имеются признаки местной инфекции**, снимите повязку и смазывайте рану антибактериальной мазью три раза в день в течение пяти дней, оставляя ее открытой.
- Если необходимо, попросите мать вернуться с ребенком через неделю для снятия повязки. Если нет признаков инфицирования, дальнейшее наблюдение не требуется.

ССАДИНА

- Прочищайте ссадину (**рисунок F-9**) ватным тампоном, смоченным антисептическим раствором (напр., 2.5% поливидон йода [таблица С-10, страница С-41]; запомните, что другие антисептические растворы могут вызвать у ребенка ожог).

РИСУНОК F-9 Ребенок с ссадиной от наложения щипцов



- Держите рану чистой и сухой и информируйте мать, как это надо делать.
- Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Объясните матери, как проявляется местная инфекция (т.е.. покраснение, повышение температуры и отек кожи вокруг раны):
 - Попросите мать вернуться с ребенком обратно в больницу, если она заметит признаки местной инфекции;
 - Если **имеются признаки местной инфекции**, смазывайте рану антибактериальной мазью три раза в день в течение пяти дней, оставляя ее открытой.
- Попросите мать вернуться с ребенком через неделю. Если нет признаков инфицирования, дальнейшее наблюдение не требуется.

ПОКРАСНЕВШИЙ И РАЗБУХШИЙ, С ВЫДЕЛЯЮЩИМСЯ ГНОЕМ ИЛИ НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ ПУПОК

Обычно пупок отпадает через одну неделю после родов, а рана заживает в течение 15 дней. Пока рана не зажила, она является важными входными воротами для инфекции, которая может быстро привести к сепсису; раннее диагностика и лечение инфицированного пупка является крайне важным для предотвращения сепсиса.

Строго соблюдайте рекомендации по профилактике инфекций (страница С-37), чтобы избежать передачи инфекции от одного ребенка к другим новорожденным, находящимся в отделении. Помещайте все предметы, непосредственно соприкоснувшиеся с пупком или гноем в пластиковый мешок или герметичный контейнер.

ПРОБЛЕМА

- Пупок ребенка припухший, из него выделяется гной или он издает неприятный запах (инфицирован).
- Кожа вокруг пупка покрасневшая и напряженная.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Прикладывались ли к пупку ребенка грязные или вредные вещества (напр., испражнения животных)?
 - Держали ли пупок накрытым (напр., салфеткой)?
- Если есть покраснение и припухлость кожи вокруг пупка, определите, насколько они распространены от пупка.

ТАБЛИЦА F-26 Классификация степени тяжести инфицирования пупка

Диагностика ^a		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Роды в неблагоприятных условиях • Прикладывание нечистых или вредных веществ (напр., испражнений животных) к пупку • Накрытый пупок 	<ul style="list-style-type: none"> • Пупок покрасневший и разбухший • Покраснение и припухлость кожи, распространяющаяся более чем на 1см от пупка • Из пупка выделяется гной • Пупок издает неприятный запах • Кожа вокруг пупка покрасневшая и напряженная • Вздутие живота 	<p>Серьезное инфицирование пупка, см. ниже</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Пупок покрасневший и разбухший • Покраснение и припухлость кожи, распространяющаяся менее чем на 1см от пупка 	<p>Местное инфицирование пупка, страница F-137</p>

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ

СЕРЬЕЗНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ПУПКА

- Если **признаки инфицирования появились у ребенка во время его нахождения в больнице и в течение двух дней инфицирование пупка проявилась у более чем одного новорожденного в том же отделении**, подумайте о внутрибольничной инфекции (**страница C-45**).
- Лечите сепсис (**страница F-41**), но вместо ампициллина назначьте клоксациллин внутривенно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица C-9, страница C-35**).
- Если **ребенок уже получал антибиотики для лечения сепсиса**, прекратите ампициллин. К гентамицину добавьте клоксациллин внутривенно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица C-9, страница C-35**).
- Если **имеются пустулы/пузыри на кожи**, лечите от кожной инфекции (**страница F-129**).
- Обеспечьте общий уход и лечение, как описано в разделе по местному инфицированию пупка (**страница F-137**).

- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками. Если признаки инфицирования исчезли, ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблемы, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

МЕСТНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ПУПКА

- Наденьте чистые перчатки:
 - Промойте пупок антисептическим раствором (**таблица С-10, страница С-41**) и почистите марлевой салфеткой.
 - Промывайте пупок и область вокруг пупка 0.5% раствором генциан виолета четыре раза в день, пока пупок перестанет гноиться. Посоветуйте матери по возможности повторять эту процедуру.
- Если **покраснение и припухлость кожи распространяется более чем на 1см от пупка**, назначьте лечение как при серьезном инфицировании пупка (**страница F-136**).
- Если пупочная рана очистилась, ребенок хорошо усваивает кормление и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

F-138

Покрасневший и разбухший, с выделяющимся гноем или неприятным запахом пупок

ПОКРАСНЕВШИЕ, ОТЕКАЮЩИЕ ИЛИ ГНОЯЩИЕСЯ ГЛАЗА

Покраснение и отек глаз или гнойные выделения из глаз могут быть вызваны бактериями (т.е. гонококком, хламидией, стафилококком), которые обычно передаются ребенку во время родов, или химическими веществами (напр., глазные капли нитрата серебра), которые капались в глаза ребенка сразу после рождения. Большинство причин, вызывающих проблемы глаз новорожденного ребенка, могут быть успешно устранены местным лечением, однако особенно важно распознать гонорею и хламидиоз, поскольку они требуют назначения системных антибиотиков.

Строго соблюдайте рекомендации по профилактике инфекций (страница С-37), чтобы избежать передачи инфекции от одного ребенка к другим новорожденным, находящимся в отделении. Помещайте все предметы, непосредственно соприкоснувшиеся с выделяющимся гноем, в пластиковый мешок или герметичный контейнер.

ПРОБЛЕМА

- Глаза ребенка покрасневшие, отекающие или гноятся.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные из истории болезни (страница F-7) и результатов исследований. Изучите данные анамнеза (страница F-7) и обследования (таблица F-2, страница F-11) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Капали ли капли нитрата серебра в глаз(а) ребенка при рождении?
 - Проводилась ли какая-либо другая профилактическая обработка глаз ребенка? Если да, то когда?

ОБЩИЙ УХОД И ЛЕЧЕНИЕ

- Наденьте чистые перчатки:
 - Почистите веки глаз стерильным физиологическим раствором или чистой (прокипяченной и охлажденной) водой, используя чистый ватный тампон, и протирая глаза по направлению от внутреннего края к наружному;
 - Посоветуйте матери по возможности повторять эту процедуру;

- Повторяйте промывание четыре раза в день, пока проблема не будет решена.
- Укажите матери, чтобы она раз в день (или чаще, если это необходимо) мыла лицо ребенка чистой водой и обсушивала его чистым полотенцем.
- Если **признаки инфицирования появились у ребенка во время его нахождения в больнице, и в течение двух дней инфицирование глаз появилась у более чем одного новорожденного в том же отделении**, подумайте о внутрибольничной инфекции (**страница С-45**).

ГНОЯЩИЕСЯ ГЛАЗА (КОНЬЮНКТИВИТ)

- По возможности, возьмите гной на посев стерильным ватным тампоном (позаботьтесь избежать прямого контакта с глазами ребенка):
 - Размажьте гной на стеклышке, покрасьте препарат по Граму, и посмотрите мазок под микроскопом;
 - Отправьте образец гноя в лабораторию на посев (имея в виду гонококк) и определение чувствительности возбудителя к антибиотикам;
 - Определите вероятный диагноз (**таблица F-27, страница F-141**).
- Если **нет возможности окрасить мазок по Граму, сделать посев гноя и определить чувствительность возбудителя к антибиотикам**, см. **страницу F-143**.

ПОКРАСНЕВШИЕ ИЛИ ОПУХШИЕ ГЛАЗА И СЛИПАЮЩИЕСЯ ВЕКИ БЕЗ ВЫДЕЛЕНИЯ ГНОЯ

- Если **проблема с глазами ребенка сохраняется более четырех дней** (несмотря на общее лечение, описанного выше), **но гной из глаз не выделяется**:
 - Назначьте пероральный эритромицин (**таблица С-9, страница С-35**) в течение 14 дней;
 - Мажьте пораженный(е) глаз(а) 1% тетрациклиновой мазью 4 раза в день, пока не пройдет покраснение, опухлость глаз или слипание век.
- Если **из глаз(а) начинает выделяться гной**, см. выше.
- Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**), указав матери продолжать лечение дома.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**ТАБЛИЦА F-27 Дифференциальная диагностика конъюнктивита**

Анамнез	Диагностика ^a		Вероятный диагноз
	Обследование	Окраска мазка по Граму и результаты посева	
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 3 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Поражен один глаз • Среднее количество гноя 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Грам-положительные кокки, расположенные кучками</i> • <i>Положительный посев на стафилококк</i> 	Стафилококковый (золотистый) конъюнктивит, страница F-142
<ul style="list-style-type: none"> • У матери имеется инфекция, передающаяся половым путем • Не проводилась профилактическая обработка глаз или она была сделана позже чем 1 час после рождения • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Поражены оба глаза • Обильное выделение гноя 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Грам-отрицательные диплококки</i> • <i>Положительный посев на гонококк</i> 	Гонококковый конъюнктивит, страница F-142
<ul style="list-style-type: none"> • Сначала водянистые выделения из глаз, потом - гной • У матери имеется инфекция, передающаяся половым путем • Время проявления – 5 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Поражены оба глаза • От небольшого до среднего количества гноя 	<ul style="list-style-type: none"> • Не видно микроорганизмов в мазке, окрашенном по Граму • Посев отрицательный 	Хламидиозный конъюнктивит, страница F-142
<ul style="list-style-type: none"> • После рождения в глаза капались капли нитрата серебра • Время начала – 1 или 2 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Поражены оба глаза • Глаза покрасневшие и опухшие • Малое количество гноя 	<ul style="list-style-type: none"> • Не видно микроорганизмов в мазке, окрашенном по Граму • Посев отрицательный 	Химическое раздражение Лечение не требуется

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

УХОД И ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

КОНЪЮНКТИВИТ, ВЫЗВАННЫЙ ЗЛОТИСТЫМ СТАФИЛОКОККОМ

- Мажьте пораженный(е) глаз(а) 1% тетрациклиновой мазью 4 раза в день в течение пяти дней. Нет необходимости назначать системные антибиотики.
- Продолжайте чистить глаза ребенка и мыть лицо ребенка, как описано в разделе по общему уходу и лечению (**страница F-139**).
- Если **мать и ребенок живут недалеко от медицинского учреждения**, нет необходимости держать ребенка в больнице для данного лечения.

ГОНОРЕЙНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ (БЛЕННОРЕЯ)

- Назначьте цефтриаксон внутримышечно один раз в день (**таблица С-9, страница С-34**).
- Нет необходимости в антибактериальной глазной мази.
- Продолжайте чистить глаза ребенка и мыть лицо ребенка, как описано в разделе по общему уходу и лечению (**страница F-139**).
- Если **мать и ребенок живут недалеко от медицинского учреждения**, нет необходимости держать ребенка в больнице для данного лечения.
- Лечите мать и её партнера(ов) от гонореи, если они еще лечения не получали (подбирайте лечение с учетом местной чувствительности, если это возможно). Назначьте:
 - матери однократно 250 мг цефтриаксона внутримышечно;
 - её партнеру(ам) однократно 500 мг ципрофлоксацина орально.

ХЛАМИДИОЗНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ

- Назначьте ребенку оральный эритромицин (**таблица С-9, страница С-35**) в течение 14 дней.
- После очистки глаз, мажьте пораженный глаз(а) 1% тетрациклиновой мазью 4 раза в день, пока не пройдет покраснение, опухлость глаз или слипание век.
- Если **мать и ребенок живут недалеко от медицинского учреждения**, нет необходимости держать ребенка в больнице для данного лечения.
- Лечите мать и её партнера(ов) от хламидии, если они еще не получали лечение (подбирайте лечение с учетом местной чувствительности, если это возможно). Назначьте:

- матери эритромицин орально по 500 мг 4 раза в день в течение семи дней;
- её партнеру (ам) тетрациклин орально по 500 мг 4 раза в день в течение семи дней ИЛИ доксициклин орально по 100 мг 2 раза в день в течение семи дней.

НЕТ ВОЗМОЖНОСТИ ОКРАСИТЬ МАЗОК ПО ГРАМУ, СДЕЛАТЬ ПОСЕВ ГНОЯ ИЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЯ К АНТИБИОТИКАМ

- Если возраст ребенка менее семи дней и он ранее не получал лечение системными антибиотиками, лечите как при бленоррее (страница F-142).
- Если возраст ребенка семь дней и более, он уже получал безуспешное лечение системными антибиотиками, или возраст ребенка менее семи дней и проблему не удастся решить после 48 часового лечения, лечите как при хламидиозном конъюнктивите (страница F-142).

РОДОВАЯ ТРАВМА

В этой главе рассматриваются родовые травмы без видимого кровотечения. Если **ребенок имеет родовую опухоль**, см. **страницу F-121**. Если **ребенок бледный или имеет кровотечение**, см. **страница F-113**.

ПРОБЛЕМЫ

- Необычное положение (неподвижно лежит рядом) руки и кисти ребенка (**рисунок F-10**).
- Ребенок не может сморщить лоб, закрыть глаз на пораженной стороне (**рисунок F-11**), или сосать грудь без вытекания молока изо рта.
- Необычное положение одной из костей (руки, ноги, или плеча) ребенка.
- Отмечается припухлость на проекции кости руки, ноги, или плеча ребенка.
- Имеется ассиметрия движений рук или ног.
- Ребенок плачет, когда трогают или сгибают его руку, ногу, или плечо.

РИСУНОК F-10 Необычное положение руки и кисти

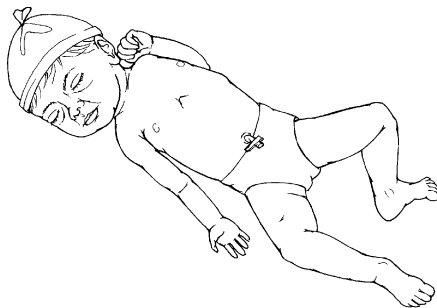
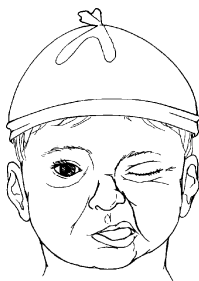


РИСУНОК F-11 Ребенок не может сморщить лоб, закрыть глаз на пораженной стороне



Заметьте, что новорожденные, родившиеся в ягодичном предлежании, могут иметь полностью согнутые ноги в бедрах и коленях, с возможностью пяткой достичь рта; ноги и пятки могут быть запрокинуты по сторонам (**рисунок F-12**). Это нормальная послеродовая поза покоя у таких детей, и она не должна расцениваться как родовая травма.

РИСУНОК F-12 Нормальная поза покоя у ребенка, родившегося в ягодичном предлежании



ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**Таблица F-2, страница F-11**), обращая особое внимание на трудные роды; используйте полученную информацию для постановки вероятного диагноза (**таблица F-28, страница F-147**).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**ТАБЛИЦА F-28 Дифференциальная диагностика родовой травмы**

Диагностика ^a		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Трудные роды • Роды в ягодичном предлежании 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствуют самостоятельные движения руки на одной стороне • Рука и кисть ребенка неподвижно вдоль туловища ребенка (рисунок F-10, страница F-145) • Крупный ребенок (более 4 кг массы при рождении) 	Паралич руки (Эрба или Клюбке), см. ниже
<ul style="list-style-type: none"> • Трудные роды • Повреждение лица (напр., при использовании щипцов) в родах 	<ul style="list-style-type: none"> • Неспособность сморщивать лоб, закрывать глаз на пораженной стороне, или сосать грудь без вытекания молока изо рта (рис. F-11, страница F-145). • С одной стороны опущен угол рта 	Паралич лицевого нерва, страница F-148
<ul style="list-style-type: none"> • Трудные роды 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Смещение кости от обычного ее положения</i> • Боль (плачет) когда сгибают конечность или плечо • Ограниченные или асимметричные движения конечностей • Припухлость над проекцией кости 	Перелом, страница F-148

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

УХОД И ЛЕЧЕНИЕ**ПАРАЛИЧ РУКИ**

- Осторожно придерживайте плечо ребенка (напр., во время одевания или кормления грудью) во избежании дальнейшего повреждения; научите мать, как это надо делать.
- Первую неделю, для того, чтобы уменьшить боль, фиксируйте руку повязкой, как описано в разделе об уходе при переломе плечевой кости (**страница F-149**).
- Если мать способна самостоятельно справиться с надлежащим уходом за новорожденным, и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

- Укажите матери вернуться, когда ребенок будет в возрасте одной недели:
 - Удостоверьтесь в улучшении состояния ребенка;
 - Посоветуйте матери упражнения для улучшения подвижности руки, если ее движения еще недостаточные.
- Еще раз осмотрите ребенка через две недели. Объясните матери, что в большинстве случаев паралич руки восстанавливается в возрасте от шести до девяти месяцев. Если **движения руки все еще остаются ограниченным в годовалом возрасте**, вероятно, что они имеют перманентный характер.

ПАРАЛИЧ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

- Если **ребенок не может закрыть глаз на пораженной стороне**, смывайте этот глаз мазью не менее четырех раз в день, пока существует проблема. Научите мать, как это надо делать.
- Если у ребенка отмечаются проблемы во время кормления:
 - Помогите матери найти наилучший способ прикладывания ребенка к груди;
 - Если ребенок не в состоянии кормиться грудью, давайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**).
- Если ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблем требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Осмотрите ребенка через две недели, чтобы убедиться, что паралич лицевого нерва восстановился. Объясните матери, что в большинстве случаев паралич лицевого нерва восстанавливается самостоятельно в течение двух недель. Если мимика лица все еще нарушена в возрасте одного года, вероятно, что у ребенка имеются перманентное поражение.

ПЕРЕЛОМЫ

ОБЩИЙ УХОД И ЛЕЧЕНИЕ

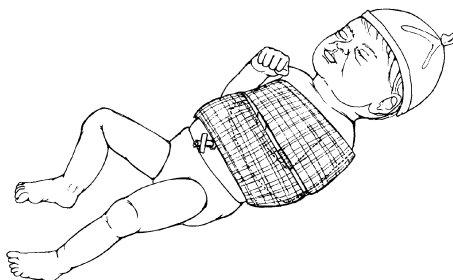
- Если возможно, подтвердите диагноз с помощью рентгенологического исследования.
- Осторожно берите ребенка на руки или переворачивайте его; научите мать, как это надо делать. Избегайте сгибания поврежденной конечности.
- Если ребенок берется на руки, его поврежденная конечность должна быть иммобилизована, чтобы уменьшить боль (см. ниже, как фиксировать конкретные переломы).
- Если мать в состоянии обеспечить уход за ребенком, и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

- Объясните матери, что переломы заживают самостоятельно, обычно не оставляя костных искривлений, и что твердую выпуклость (костную мозоль) можно чувствовать в области перелома от двух до трехнедельного возраста. Это является частью нормального процесса заживления.
- Осмотрите ребенка через месяц, чтобы убедиться, что перелом зажил. По возможности, переправьте детей с незаживающим переломом или выраженными костными деформациями в стационар третьего уровня или специализированный ортопедический центр.

ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

- Положите ватный валик или марлевую подушку от подмышечной впадины до локтя между сломанной рукой и грудной клеткой ребенка, (рисунок F-13).

РИСУНОК F-13 Фиксация сломанной плечевой кости



- С помощью марлевой повязки прибинтуйте руку к грудной клетке.
- Согните пораженную руку в локтевом суставе на 90 градусов, и, используя отдельную повязку, зафиксируйте предплечье в перпендикулярном животу положении. Убедитесь, что повязка не закрывает пупок.
- Осматривайте пальцы ребенка 2 раза в день в течение трех дней (если мать при необходимости может принести ребенка в больницу, его не обязательно госпитализировать):
 - Если **пальцы становятся синими или разбухшими**, снимите повязку и повторно, но посвободнее, зафиксируйте руку;
 - Если **повязка была заменена**, наблюдайте за пальцами по поводу их синюшности или набухания еще в течение трех дней.
- Укажите матери вернуться с ребенком через 10 дней для снятия повязки.

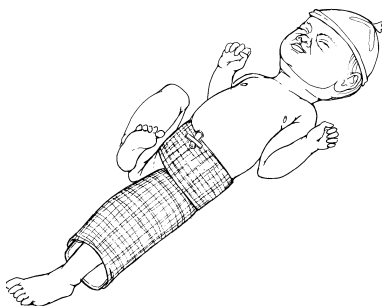
ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ

- Если **движение руки ребенка вызывает его плач**, фиксируйте руку таким образом, как было описано в разделе о переломе плечевой кости (**страница F-149**).
- Укажите матери вернуться с ребенком через пять дней для снятия повязки.

ПЕРЕЛОМ БЕДРА

- Уложите ребенка на спину и положите под него/неё шину длиной от талии до голени пораженной ноги (**рисунок F-14**).

РИСУНОК F-14 Наложение шины при переломе бедра



- Фиксируйте шину, обернув ее эластичной повязкой вокруг талии и от бедра до голени пораженной ноги. Убедитесь в том, что повязка не закрывает пупок.
- Осматривайте пальцы ребенка 2 раза в день в течение трех дней (если мать при необходимости может принести ребенка в больницу, его не обязательно госпитализировать):
 - Если **пальцы становятся синими или разбухшими**, снимите повязку и повторно, но посвободнее, перевяжите ее;
 - Если **повязка была заменена**, наблюдайте за пальцами по поводу их синюшности или набухания еще в течение трех дней.
- Укажите матери вернуться с ребенком через 14 дней для снятия шины.

ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ (АНОМАЛИИ)

ПРОБЛЕМЫ

- Ребенок имеет незначительный врожденный дефект (родимое пятно, кожный отросток, дополнительный палец(ы) руки или ноги, врожденная расщелина верхней губы или неба, косолопость).
- Ребенок имеет значительный врожденный дефект (расщелина позвоночника или менингомиелоцеле, гастрошизис или омфалоцеле, атрезия ануса).
- Ребенок имеет генетический врожденный дефект (напр., синдром Дауна).

НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ

РОДИМОЕ ПЯТНО

- Убедите мать, что большинство родимых пятен (т.е. капиллярная гемангиома или монголоидное синее пятно), не требуют специального ухода и лечения и могут исчезнуть с возрастом ребенка.

КОЖНЫЕ ОТРОСТКИ ИЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ (-ЫЕ) ПАЛЕЦ (-Ы) РУКИ ИЛИ НОГИ

- Перевяжите кожные отростки и дополнительные пальцы, которые не имеют костной основы.
- Если **дополнительные пальцы имеют костную основу**, по возможности, направьте ребенка в больницу третьего уровня или специализированный центр хирургии в течение нескольких месяцев для удаления дополнительных пальцев хирургическим путем.

ВРОЖДЕННАЯ РАСЩЕЛИНА ГУБЫ ИЛИ НЕБА

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница С-57**).
- Объясните матери, что самым важным звеном выхаживания ребенка является его кормление и достаточный рост, пока он достигнет подходящего возраста для хирургического вмешательства.
- Если ребенок имеет врожденную расщелину верхней губы, но нет расщелины неба, позвольте ребенку пробовать сосать грудь:
 - Если ребенок успешно кормится грудью и нет никаких других проблем требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**). Осмотрите ребенка через неделю, чтобы оценить его рост и прибавку массы тела.
 - Если **расщелина губы мешает ребенку успешно кормиться грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).

- Если у ребенка имеется врожденная расщелина неба, давайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).
- Как только ребенок начнет хорошо усваивать кормление и станет набирать вес, по возможности, направьте его в больницу третьего уровня или специализированный центр для хирургического лечения расщелины.

КОСОЛАПОСТЬ

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница С-57**).
- В течение первого месяца жизни, по возможности, направьте ребенка в больницу третьего уровня или специализированный центр для хирургической коррекции косолапости.

ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ

РАСЩЕЛИНА ПОЗВОНОЧНИКА/МЕНИНГОМИЕЛОЦЕЛЕ

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница С-57**).
- Если дефект не покрыт кожей:
 - Покройте его стерильной марлевой салфеткой, смоченной стерильным физиологическим раствором;
 - Салфетка все время должна быть мокрой; убедитесь, что ребенок содержится в тепле (**страница С-1**).
- Организуйте перевод (**страница С-63**) и, по возможности, направьте ребенка в больницу третьего уровня или специализированный центр для дальнейшего обследования или хирургического лечения.

ГАСТРОШИЗИС/ОМФАЛОЦЕЛЕ

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница С-57**).
- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница Р-21**) и давайте жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Убедитесь, что ребенок ничего не получает через рот.
- Если дефект не покрыт кожей:
 - Покройте его стерильной марлевой салфеткой, смоченной стерильным физиологическим раствором;
 - Салфетка все время должна быть мокрой; убедитесь, что ребенок содержится в тепле (**страница С-1**).

- 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 пеницилина), 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 налюдать 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

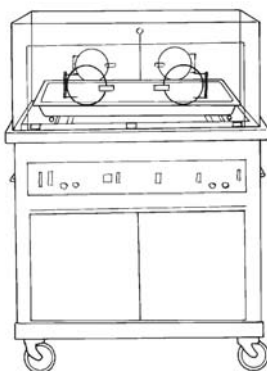
- Убедитесь, что температура комнаты, где будет использоваться источник лучистого тепла (рис. С-1, страница С-6), не менее 22⁰С.
- Очистите матрас и платформу и постелите на матрас чистую льняную простыню.

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.

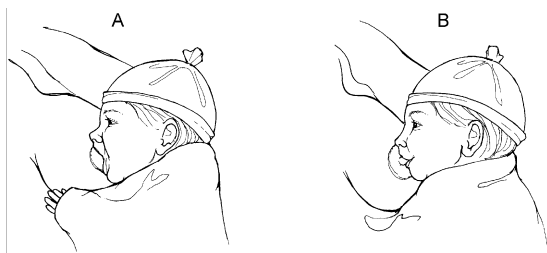
- Объясните матери, как поощрять ребенка прикладываться к груди (**рис. С-3**). Она должна:
 - коснуться соском губ ребенка;
 - подождать, пока рот ребенка широко откроется;
 - быстро приложить ребенка к груди таким образом, чтобы его нижняя губа была значительно ниже соска.

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/ее 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



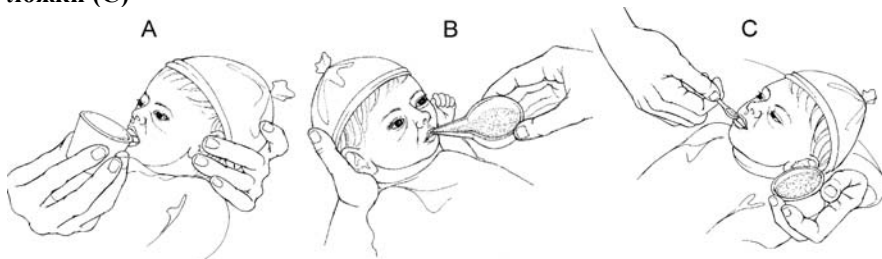
- Если **молоко хорошо не течет**:
 - убедитесь, что мать правильно сцеживает;
 - посоветуйте матери наложить теплый компресс на груди;
 - попросите кого-то помассировать спину и шею матери.
- Если **сцеженное грудное молоко не будет использоваться немедленно**, прикрепите к емкости ярлык, положите молоко 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 согретоое 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 кипящей 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. Промойте, 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 ввиду, 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 КАНИЮЛИ

- 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 алкогольсодержащим 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, содежащие 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.

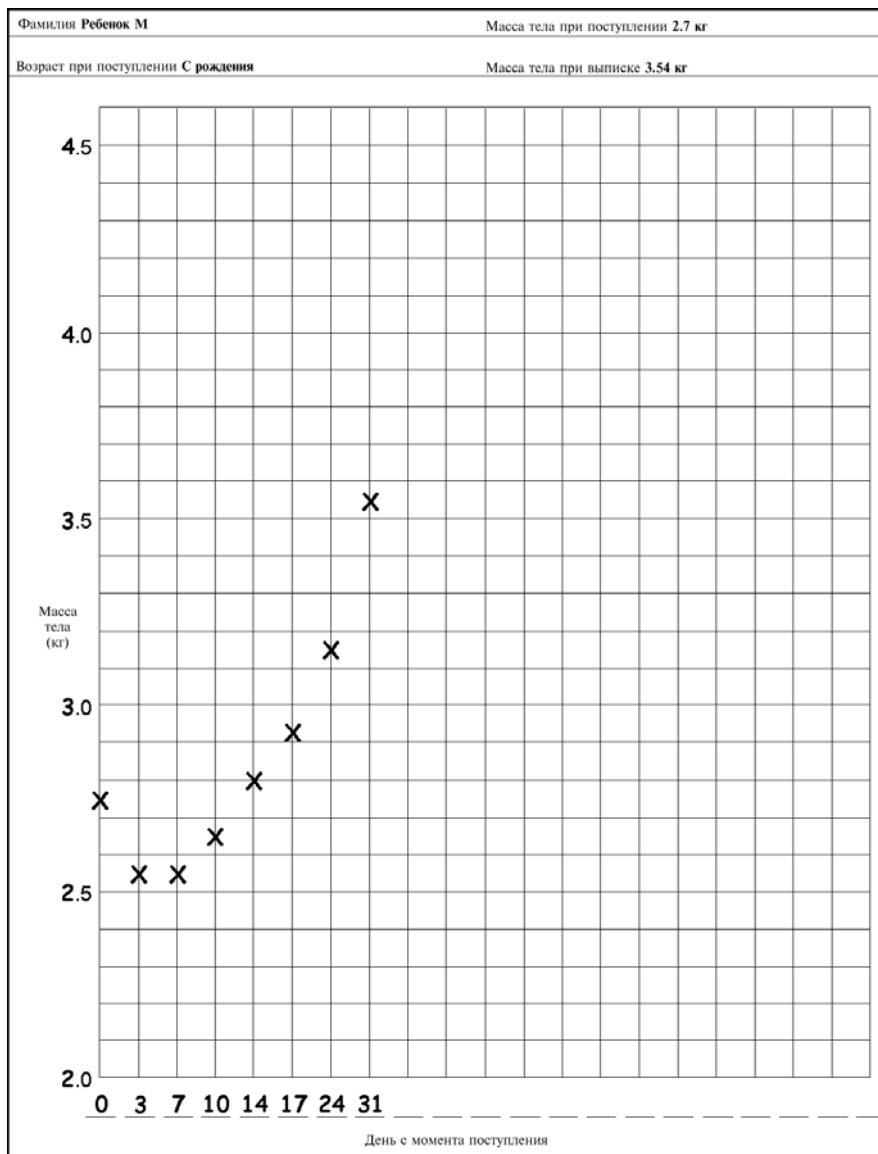
РИСУНОК С-9 Пустая весовая карта

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

Масса тела (кг)

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:
 - соприкасается 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 поддержать 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 кровать 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 P-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 P-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

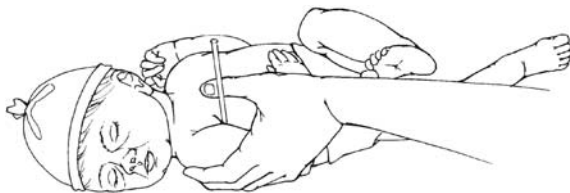
- термометр, которым можно измерять температуру тела (подмышечную) от 35°C
- термометр, которым можно измерять температуру тела (ректальную) от 25°C
- дезинфицирующий раствор (**таблица С-10, страница С-41**)
- мазь на водной основе

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

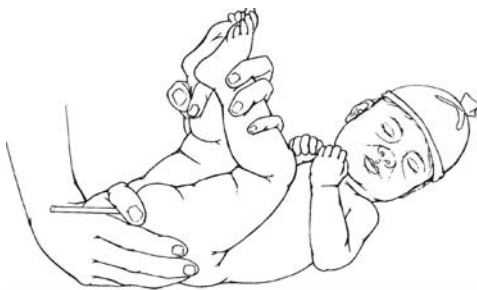


ИЗМЕРЕНИЕ РЕКТАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

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 Р-4, страница Р-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. Р-5);
- Избегайте укола в подпяточник, так как существует риск инфицирования;
- По возможности избегайте колоть в те участки, которые уже использовались.

РИСУНОК Р-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 понадобиться 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 ягодичах. 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.

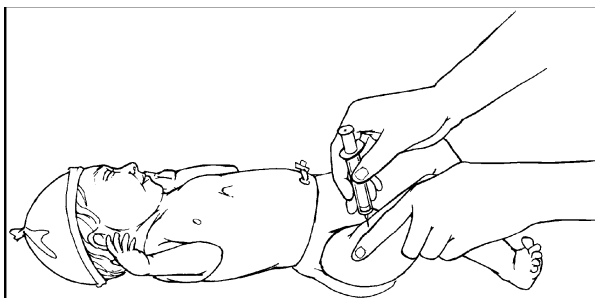
- Постарайтесь предотвратить вышеупомянутые осложнения:
 - выбирая наиболее безопасный раствор для инъекций;
 - выбирая правильное место для инъекции;
 - основываясь на анатомические ориентиры;
 - тщательно обрабатывая кожу;
 - меняя место последующей инъекции;
 - аспирируя перед инъекцией;
 - избегая 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 конец 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, локтевые, 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**).

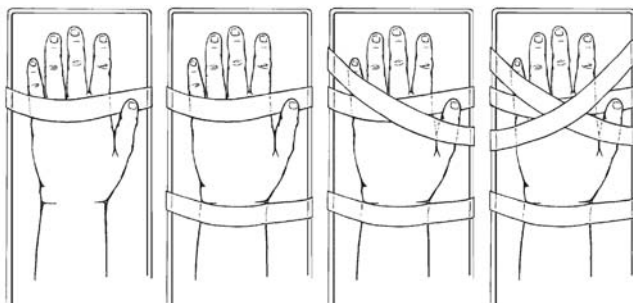
РИСУНОК P-7 Применение резиновой ленточки в качестве жгута для пункции вены скальпа



- 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;

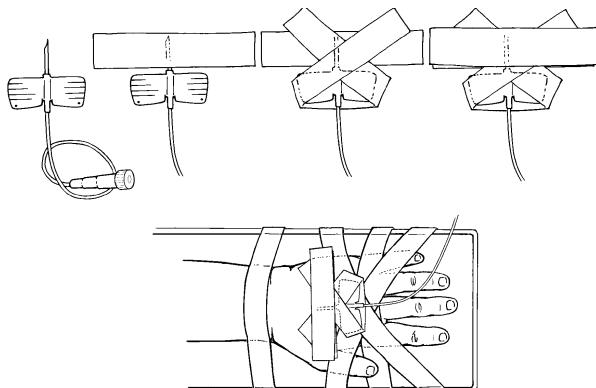
- Когда втулка канюли доходит до места пункции кожи, полностью удалите иглу;
- Утилизируйте иглу согласно рекомендациям по профилактике инфекций (**страница С-42**).
- Попросите вашего помощника отпустить конечность новорожденного ребенка (или убрать резиновую ленточку с головы, если производилась пункция 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. Р-8**).

РИСУНОК Р-8 Иммобилизация руки



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

РИСУНОК Р-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

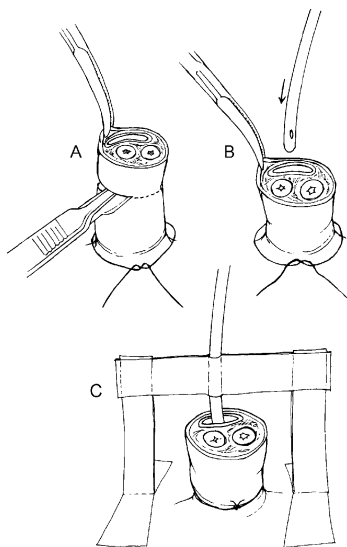
- Соберите необходимое оборудование и средства.
- Соблюдайте принципы профилактики инфекций (**страница С-37**) и методы асептики (**страница С-40**) .
- Приготовьте раствор для в/в вливания.
- Вымойте руки (**страница С-38**) и наденьте чистые перчатки.
- Обработайте пуповину и кожу вокруг нее, смазывая 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. P-10B, страница P-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. P-10 C, стр. P-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. Попробуйте 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

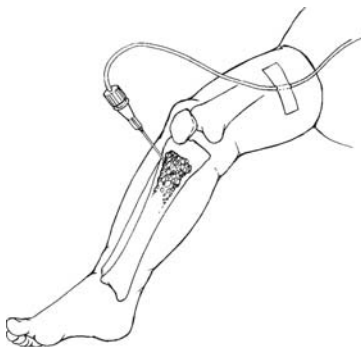
- чистые перчатки
- тампон или ватный шарик, пропитанный антисептическим раствором (**таблица С-10, страница С-41**)
- стерильная игла для пункции кости или костного мозга, или обычная игла 22 размера
- стерильная капельница, заполнена раствором (по возможности, капельница с микродозатором)
- лейкопластырь 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. Р-11).

РИСУНОК Р-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 ежедневно 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

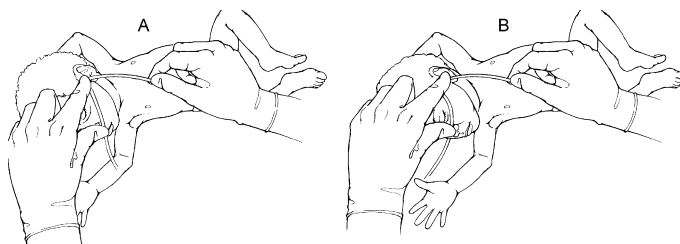
Желудочный зонд можно ввести через одну из ноздрей или через рот. Если ребенок дышит регулярно, введите самый тонкий имеющийся зонд через одну из ноздрей. Введите зонд через рот, если он нужен для опорожнения желудочного содержимого, необходим для кормления ребенка с дыхательными нарушениями, или в том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

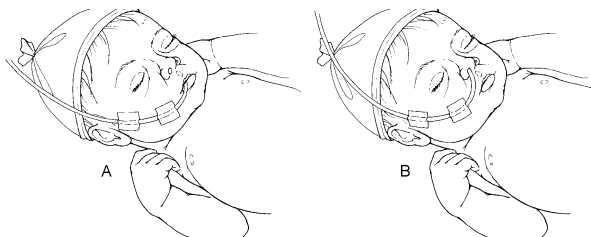
- Немного пригните голову ребенка и осторожно введите зонд через рот (рис. Р-13) или через одну из ноздрей на необходимое расстояние. Если зонд **вводится через нос**:
 - если для кислородной терапии уже введен носовой катетер, введите желудочный зонд через ту же самую ноздрю, если это возможно;
 - если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

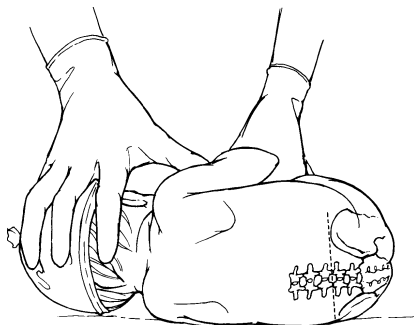
РИСУНОК Р-15 Сидячее положение для спинномозговой пункции

- 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 позвонника, 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 кровенистая, 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"/> Сопроводить мать	Основная причина направления: <input type="checkbox"/> Неотложное состояние <input type="checkbox"/> Плановый перевод <input type="checkbox"/> Сопроводить 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 О

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 (AZT)

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
- Вес 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
 обшение, 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
 кровотечения 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
 мониторинг 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
 выписки 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
- Опистотонус 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-43

выбор 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-к-
 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 C-61, C-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 A-3
Форма обратной связи A-5
- Фототерапия
процедура F-85, F-86 при ранней и тяжелой желтухе F-78, F-79 и в/в жидкость и объем питания C-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 C-33
дозировки C-34
- Цефтриаксон
разведение C-33
дозировки C-34
- Цианоз центральный C-30, F-47
- Число сердечных сокращений
оценка F-12
припухлость на волосистой части F-123
- катетеризация
пупочной вены P-25
процедура с P-25
по P-27
расходный
материал P-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 A-10
предотвращение инфекции при использовании C-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