

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ЗДОРОВЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ

Соколова Н.Г.



УДК 616-053.2(075.32)

ББК 57.3я723

КТК 36

C59

Соколова Н. Г.

C59 Сестринский уход за здоровым новорожденным : учебное пособие [Электронный ресурс] / Н. Г. Соколова. — Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 279 с.). — Ростов н/Д : Феникс, 2021. — (Среднее медицинское образование).

ISBN 978-5-222-35207-6

Учебное пособие «Сестринский уход за здоровым новорожденным» составлено в соответствии с ФГОС по специальности СПО 31.02.02 Акушерское дело базовая подготовка, укрупненная группа 31.00.00 «Клиническая медицина» в части освоения основного вида профессиональной деятельности (ВПД): ПМ.01 Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода, МДК.01.03. Сестринский уход за здоровым новорожденным.

В книге рассматриваются вопросы организации медицинской помощи новорожденным в России, организация сестринского процесса в родзале, отделении новорожденных, в поздний неонатальный период, а также современные представления о вскармливании новорожденных. Уделено внимание вопросам деонтологии в работе медработников акушерского стационара.

Пособие предусматривает освоение знаний, навыков и умений как под руководством преподавателя, так и путем самообразования. Компетентностно ориентированные задания для самоконтроля позволят выработать умение анализировать полученную информацию и обосновывать тактику акушерки в конкретных ситуациях.

Алгоритмы сестринских технологий, представленные во второй части учебного пособия, будут востребованы в дальнейшем при изучении ПМ.02 «Медицинская помощь беременным и детям при заболеваниях, отравлениях и травмах» (МДК.02.04. Педиатрия) и ПМ.04 «Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода» (МДК.04.03. Сестринский уход за больным новорожденным), а также в последующей практической работе.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских колледжей и училищ, а также для слушателей факультетов последиplomного образования специалистов среднего звена. Книга может быть интересна медицинским сестрам отделений новорожденных, детских поликлиник и домов ребенка.

Деривативное электронное издание на основе печатного издания:

Сестринский уход за здоровым новорожденным : учебное пособие / Н. Г. Соколова. — Изд. 2-е. — Ростов н/Д : Феникс, 2020. — 278 с. : ил. — (Среднее медицинское образование). — ISBN 978-5-222-33299-3

© Соколова Н. Г., 2016

© Оформление: ООО «Феникс», 2018

Список сокращений

- АГС – адреногенитальный синдром
АФО – анатомио-физиологические особенности
ВГ – вирусный гепатит
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВПР – врожденные пороки развития
ДЦП – детский церебральный паралич
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЗВУР – задержка внутриутробного развития
ИВЛ – искусственная вентиляция легких
ЛПО – лечебно-профилактическая организация
МДК – междисциплинарный курс
ОК – общая компетенция
ОМД – охрана материнства и детства
ОПНН – отделение патологии новорожденных и недоношенных
ОРИТН – отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных
ПК – профессиональная компетенция
ПМ – профессиональный модуль
ППССЗ – программа подготовки специалиста среднего звена
ПЦ – перинатальный центр
СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита
СТ – сестринская технология
ФГОС СПО – федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования
ФКУ – фенилкетонурия
ЦНС – центральная нервная система
ЧД – частота дыхания
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧСС – частота сердечных сокращений

Введение

В современном российском обществе профессиональная деятельность акушерки является определяющей в вопросах качества сестринской помощи в учреждениях родовспоможения. Персонал отделений акушерского профиля отвечает за жизнь и матери, и ребенка. Физиологическое внутриутробное развитие и рождение ребенка, его первые минуты и часы жизни, проведенные при непосредственном контакте с матерью, раннее начало грудного вскармливания, оптимальная физиологическая неонатальная адаптация и при необходимости эффективная медицинская помощь являются наиболее важными и ответственными событиями в жизни человека, которые во многом определяют его здоровье и качество последующей жизни.

В условиях демографического кризиса в стране возрастают требования к профессионализму сестринского персонала и уровню его ответственности.

Современная акушерка, выполняя свои профессиональные обязанности, отвечает за услуги, которые предоставляет, поэтому умение принимать решения в пределах своей компетенции является важной характеристикой ее труда.

Учебное пособие «Сестринский уход за здоровым новорожденным» составлено в соответствии с ФГОС по специальности СПО 31.02.02 Акушерское дело базовая подготовка, укрупненная группа 31.00.00 «Клиническая медицина» в части освоения основного вида профессиональной деятельности (ВПД): ПМ.01 Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода, МДК.01.03. Сестринский уход за здоровым новорожденным.

Содержание учебного пособия способствует формированию общих компетенций (ОК) и освоению соответствующих профессиональных компетенций (ПК) будущей акушерки:

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

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

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

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

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

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

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

ПК 1.5. Проводить первичный туалет новорожденного, оценивать и контролировать динамику его состояния, осуществлять уход и обучать родителей уходу за новорожденным.

ПК 1.6. Применять лекарственные средства по назначению врача.

ПК 1.7. Информировать пациентов по вопросам охраны материнства и детства, медицинского страхования.

Уровень освоения учебного материала соответствует рабочей программе профессионального модуля ПМ.01 Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода, МДК.01.03. Сестринский уход за здоровым новорожденным, разработанной в ГБПОУ РО «Ростовский базовый медицинский колледж»

С целью овладения МДК.01.03. Сестринский уход за здоровым новорожденным и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения профессионального модуля должен *иметь практический опыт*:

- проведения ухода, обследования новорожденного;
- проведения первичного туалета новорожденного;
- оказания помощи родильнице при грудном вскармливании и уходе за новорожденным.

В результате освоения МДК.01.03 обучающийся должен *уметь*:

- выполнять уход, обследование и наблюдение за здоровым новорожденным;
- проводить первичный туалет новорожденного;
- информировать пациентов по вопросам охраны материнства и детства;
- проводить санитарно-просветительскую работу с беременными, роженицами и родильницами;
- организовать вакцинацию и скрининг-обследование новорожденного.

В результате освоения МДК.01.03 обучающийся должен *знать*:

- анатомические и физиологические особенности периода новорожденности, оценку состояния новорожденного;
- основные принципы и преимущества грудного вскармливания;
- вакцинацию против туберкулеза (БЦЖ);
- тактику акушерки при пограничных состояниях новорожденного.

Учебное пособие состоит из нескольких разделов.

Первая часть учебного пособия посвящена вопросам организации медицинской помощи новорожденным, организации сестринского процесса в родзале, отделении новорожденных и в поздний неонатальный период, современным представлениям о физиологии лактации, принципам успешного грудного вскармливания.

По наиболее значимой информации в учебном пособии имеются контрольные вопросы для проверки обучающимися усвоенного материала.

Пособие предусматривает освоение знаний, навыков и умений как под руководством преподавателя, так и путем самообразования. В связи с этим, во второй части пособия представлены алгоритмы выполнения манипуляций с учетом возраста, дающие обучающимся четкое представление о необходимом объеме действий и их последовательности, а также компетентностно ориентированные задания для самоконтроля, которые позволят выработать у обучающегося умение анализировать полученную информацию и обосновывать тактику акушерки в конкретных ситуациях.

Главная цель профилактической деятельности акушерок — обеспечение безопасности материнства, борьба с материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью. Для этого необходимы хорошие знания, профессионализм и большая ответственность. В связи с ранней выпиской детей из родильных домов значительно возросла роль патронажей в выхаживании новорожденных, что нашло свое отражение в материалах, посвященных срокам и содержанию патронажных посещений новорожденного.

Для освоения МДК важны интегративные связи с ранее изученными дисциплинами математического и общего естественнонаучного учебного цикла (ЕН.02. Информационные технологии в профессиональной деятельности), общепрофессиональными дисциплинами (ОП.01. Основы латинского языка с медицинской терминологией, ОП.02. Анатомия и физиология человека, ОП.04. Генетика человека с основами медицинской генетики, ОП.06. Основы микробиологии и иммунологии, ОП.07. Фармакология), а также МДК.01.01. Физиологическое акушерство.

Алгоритмы сестринских технологий, представленные во второй части учебного пособия будут востребованы в дальнейшем при изучении ПМ.02 «Медицинская помощь беременным и детям при заболеваниях, отравлениях и травмах» (МДК 02.04. Педиатрия) и ПМ.04 «Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода» (МДК.04.03. Сестринский уход за больным новорожденным), а также в последующей практической работе.

Учебное пособие может быть интересно медицинским сестрам отделений новорожденных, детских поликлиник и домов ребенка.

ЧАСТЬ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ЗДОРОВЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ



Глава 1

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Дидактические цели: формирование представлений о развитии неонатологической помощи в России на современном этапе; о закономерностях роста и развития ребенка во внутриутробном периоде; знакомство со структурой и режимом работы отделений новорожденных; развитие коммуникативных умений; воспитание культуры общения с родственниками новорожденного, любви к профессии.

Осваиваемые компетенции: ОК 1, ОК 2, ОК 10, ПК 1.7.

Краткие исторические сведения

В первой печатной книге по педиатрии («Книжка о болезнях детей». — Падуя, Италия, 1472) Паоло Багеллярд пишет: «Как только младенец волею Божьей выйдет из утробы материнской, повитухе следует быстрой и бережной рукой запеленать его в льняную (полотняную) пеленку, не жесткую, но возможно более мягкую, не новую, и положить новорожденного себе на колени. Нужно посмотреть, дышит ли ребенок. Когда повитуха убедится, что тельце его теплое, ей следует подуть ребенку в ротик, если дыхание не заметно...» Далее говорится о ванне, в ко-

торой следует выкупать новорожденного. Вода в такой ванне должна быть «приятно теплой, не обжигающе горячей, не холодной, не соленой, согласно обычаю древних греков». Затем идет такой совет: «Постельку младенца следует ставить в комнату с умеренной температурой; в ней не должно быть слишком много света, так как чрезмерно яркий свет может ослепить ребенка».

Первый русский профессор-медик С.Г. Зыбелин в сочинении «Слово о правильном воспитании с младенчества в рассуждении тела, служащее к размножению в обществе народа» (Москва, 1775) пишет: «Младенец иногда столько слаб родится, что он тихо или совсем не кричит, или дышит трудно, мало, редко, движение его едва приметно, тело пятнами или вовсе посинело, побавровело, почернело, то всякую помощь подать ему сперва легчайшими средствами... Итак, во-первых, надлежит прыскать на младенца теплою водою, искусно тереть его полотенцем или губкою, намоченною крепительною, несколько душистою водою; в рот пустить ему несколько капель вина белого или той же воды душистой и курить ладаном, потереть подошвы щеткою, также и на руках его качать полезно. Впрочем, лучший способ есть: в носу легонько махровым концом перышка как бы пощекотать. При сем находящуюся во рту прилипшую вокруг сих мест всякую мокроту стараться искусно очистить и вынуть. Если же сии способы не дают пользу или младенец без всякого движения и посинел, то при первом его усмотрении должно ему в рот дышать, зажав нос, или дышать в нос, сжавши рот, чтобы воздух пропустить в его легкие».

Во второй половине XVIII в. возникает русское научное акушерство, основоположником которого считают профессора Санкт-Петербургской «бабичьей школы» Н.М. Максимовича-Амбодика. Его перу принадлежит первое оригинальное отечественное руководство «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле» (1784—1786). Пятая часть книги посвящена вопросам физиологии и гигиены, а также заболеваниям новорожденных и детей раннего возраста.

Основоположником русской педиатрии считают заведующую кафедрой «акушерства и вообще учения о женских и детских болезнях» Петербургской медико-хирургической академии Степана Фомича Хотовицкого, первым в России разработавшего и

начавшего читать самостоятельный курс детских болезней, автора первого оригинального обстоятельного руководства по детским болезням «Педиятрика» (1847).

Вклад акушеров XIX в. в совершенствование выхаживания новорожденных очень велик; благодаря их деятельности были созданы предпосылки для формирования неонатологии. В 1797 г. Н.М. Максимовичем-Амбодиком на средства великой княжны Елены Павловны основан Клинический повивальный институт в Петербурге.

Особая роль в развитии неонатологии принадлежит французскому акушеру Пьеру Будину (1846—1907). Основная заслуга П. Будина состоит в том, что он сформулировал вечные принципы ухода за новорожденными.

- **Воздух** — очистить дыхательные пути и осуществлять реанимационные мероприятия.
- **Тепло** — содержать новорожденного в тепле и избегать гипотермии или холодового стресса.
- **Пища** — содействовать раннему грудному вскармливанию.
- **Гигиена** — соблюдать гигиену во время родов и перерезания пуповины, своевременно лечить инфекцию.
- **Любовь** — новорожденный должен находиться рядом с матерью; в том случае, если ребенок нуждается в специальном уходе, мать должна иметь к нему открытый доступ.

Важная роль согревания в выхаживании недоношенных детей была известна и раньше. Так, врач-ординатор Императорского воспитательного дома Санкт-Петербурга Иохан Г. фон Рюль в 1835 г. предложил кувез с двойными металлическими стенками для таких детей.

Формирование отечественной педиатрии как самостоятельной отрасли медицины связано с именами таких выдающихся ученых, как С.Ф. Хотовицкий, Н.И. Быстров, Н.А. Тольский, Н.Ф. Филатов, К.А. Раухфус, Н.П. Гундобин. Отцом русской клинической педиатрии по праву считают Нила Федоровича Филатова, а отцом научной — Николая Петровича Гундобина.

Открытие в Москве Государственного научного института охраны материнства и младенчества в 1922 г. (ныне Институт педиатрии РАМН) и Института охраны материнства и младенчества им. Клары Цеткин в 1925 г. в Ленинграде (ныне Санкт-

Петербургская педиатрическая медицинская академия) привело к появлению двух крупнейших в стране методических центров по всестороннему изучению новорожденных и организации им медицинской помощи. В Москве школу педиатров, изучавшую физиологию и патологию новорожденных детей, возглавил выдающийся педиатр, академик АМН СССР Георгий Нестерович Сперанский, а в Ленинграде — академик АМН СССР Александр Федорович Тур.

Понятие о перинатологии, неонатологии

Перинатология — раздел медицины, прицельно направленный на изучение периода жизни человека, начиная с 22–23-й недели гестации (масса плода 500 г) и включая первые 7 дней после рождения. Название перинатологии происходит от трех слов: *peri* (греч.) — вокруг, около; *natus* (лат.) — рождение; *logos* (лат.) — учение.

Неонатология — раздел педиатрии, изучающий физиологические особенности и болезни детей первого месяца жизни. Это наука о выхаживании новорожденных.

Термин «неонатология» был предложен американским педиатром Александром Шаффером в 1960 г.

Неонатология состоит из трех слов: греческого *neos* — новый, латинского *natus* — рожденный и греческого *logos* — учение.

Перинатальный период начинается с 22 полных недель беременности (154 дня) и завершается на 7-й полный день после родов (Международная классификация болезней и причин смерти десятого пересмотра (МКБ-10)). Несмотря на то, что перинатальный период заканчивается первой неделей жизни, клинические проявления заболеваний, возникших в это время, могут сохраняться в течение нескольких месяцев, а их неблагоприятные последствия — в течение многих лет жизни. Перинатальные заболевания возникают вследствие воздействия на плод патогенных факторов, тесно связанных с экстрагенитальной и акушерской патологией матери.

Перинатальный период разделяют на три периода:

- антенатальный;
- интранатальный;
- ранний неонатальный.

Аntenатальный период начинается с момента образования зиготы и заканчивается началом родов. С онтогенетической точки зрения антенатальный период делят на *эмбриональный, ранний фетальный и поздний фетальный*.

Эмбриональный период — это первые 2–3 месяца беременности. В течение этого времени происходят закладка и формирование внутренних органов будущего ребенка и плаценты: эмбрион превращается в плод. В этот период особенно опасно воздействие на организм матери вредных факторов окружающей среды: физических (радиационные и электромагнитные излучения), химических (яды, лекарственные средства), биологических (патогенные и простейшие микроорганизмы, вирусы) и др. Влияние их на эмбрион может привести к тяжелым порокам развития органов и систем.

Неблагоприятные воздействия на плод в раннем фетальном периоде нередко приводят к уменьшению массы органов и тканей плода, а также к гипоплазии плаценты. Наиболее типичное клиническое проявление внутриутробных заболеваний в этом периоде — симметричная задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) и выраженная недостаточность маточно-плацентарного кровообращения.

Различные неблагоприятные воздействия на плод в позднем фетальном периоде приводят к нарушению процессов морфофункционального созревания плода. Хроническая недостаточность маточно-плацентарного кровообращения сопровождается развитием асимметричной формы ЗВУР, иммунные и инфекционные факторы вызывают острые врожденные заболевания (гемолитическая болезнь новорожденных, гепатиты, пневмонии, миокардиты, энцефалиты и др.).

Интранатальный период длится от начала родовой деятельности до рождения ребенка и перевязки пуповины. Несмотря на свою непродолжительность, данный период имеет чрезвычайное значение для здоровья плода и новорожденного, так как осложнения процесса родов приводят к неблагоприятным последствиям в виде тяжелой асфиксии плода, родовой травмы, инфицирования новорожденного.

Неонатальный период длится от рождения ребенка до 28-го дня жизни и подразделяется на ранний и поздний неонатальный периоды.

Ранний неонатальный период — с момента рождения по 7-е сутки жизни. Происходит адаптация новорожденного к жизни в новых условиях. Скорость адаптивных процессов в организме в этот период самая высокая, и никогда больше в жизни не бывает такой. Начинает функционировать дыхательная система, перестраивается система кровообращения, включается пищеварение. Для этого периода характерна функциональная незрелость всех органов и систем, особенно центральной нервной системы. В этом периоде у ребенка могут быть обнаружены дефекты развития, гемолитическая болезнь новорожденных, синдром дыхательных расстройств, инфекционный процесс, связанный с врожденной инфекцией, и другая патология.

Все органы и системы находятся в состоянии неустойчивого равновесия, о чем свидетельствуют различные физиологические (пограничные) состояния, отражающие процессы адаптации. Поэтому ребенок нуждается в особенно тщательном уходе. В связи с преобладанием процессов торможения в ЦНС новорожденный почти непрерывно спит. К концу первой недели жизни устанавливается тесный контакт новорожденного с матерью, особенно если ребенок находится на естественном вскармливании. Большую часть этого периода ребенок находится в роддоме.

Поздний неонатальный период — с 8-го дня по 28 день жизни. Характеризуется дальнейшей адаптацией к окружающей среде. В это время полностью заживает пупочная ранка, интенсивно увеличиваются масса и длина тела, развиваются анализаторы, начинают формироваться условные рефлексы и координация движений.

Однако даже незначительные изменения окружающих условий могут привести к серьезным отклонениям в состоянии здоровья.

Контрольные вопросы

1. Какова продолжительность перинатального периода? Дайте его характеристику.
2. Периоды внутриутробного развития плода?
3. Что такое интранатальный период?
4. Какова продолжительность неонатального периода? Дайте его характеристику.

Декларация прав новорожденного
(Принята на Конгрессе Всемирной ассоциации перинатальной
медицины. Барселона, сентябрь 2001 г.)

Декларация обращена ко всем гуманитарным организациям, наднациональным политическим структурам, к правительствам всех стран мира, к членам демократических парламентов, ко всем частным и государственным органам здравоохранения с целью оказания помощи в поддержании репродуктивного здоровья женщин, в реализации прав матери и новорожденного.

1. Всемирная декларация прав человека действует на всех этапах жизни. Все человеческие существа рождаются свободными, с одинаковым достоинством и правами.

2. Достоинство новорожденного как человеческого существа является непреходящей ценностью. Новорожденные должны быть защищены в соответствии с Конвенцией по правам ребенка.

3. Каждый новорожденный имеет право на жизнь.

Это право должны уважать все люди и правительства без какой-либо дискриминации по расовому, половому признаку, в зависимости от экономического положения, географического места рождения, религии и т.д. Государствам следует принять необходимые меры, чтобы защитить детей от дискриминации.

4. Каждый новорожденный имеет право на жизнь, не подвергаясь риску, вне зависимости от культурных, религиозных и политических причин.

Никто не имеет права подвергать риску новорожденного и совершать какие-либо действия против его здоровья. Ни при каких обстоятельствах причинение вреда ребенку не может быть оправдано.

5. Каждый новорожденный имеет право на достоверную информацию о своем происхождении и национальности.

Это право должно быть гарантировано государством новорожденному так же, как и любому другому человеку, независимо от возраста.

6. Каждый новорожденный имеет право на получение санитарного и социального ухода, который позволит ему/ей получить оптимальное физическое, умственное, духовное, моральное и социальное развитие в дальнейшей жизни.

Общество несет ответственность за предоставление всего вышеперечисленного. Никакое медицинское действие не может быть произведено без согласия родителей; исключением из этого являются только угрожающие жизни ситуации, в которых врачи могут действовать в интересах ребенка без получения этого согласия. Помощь должна быть оказана в полном объеме с исключением всех форм дискриминации, независимо от экономического и социального положения.

7. Каждый новорожденный имеет право на правильное питание, которое будет гарантировать ему достаточное развитие.

Грудное вскармливание должно быть поощряемо и поддерживаемо обществом. При невозможности грудного вскармливания, будь это по личным, физическим или физиологическим причинам, ребенку должно быть подобрано правильное искусственное вскармливание.

8. Все новорожденные имеют право на медицинскую помощь.

Каждый ребенок имеет право на здоровье, получение высококвалифицированной медицинской помощи и реабилитации, а также на профилактические мероприятия. Государство должно принимать необходимые меры, направленные на запрет традиционных подходов к лечению, которые вредят здоровью ребенка. Правительства должны заботиться как об антенатальной, так и постнатальной помощи.

9. Беременная женщина, носящая плод с аномалиями, ограничивающими жизненную способность детей, имеет право на продолжение беременности или легальное ее прерывание.

Если ребенок все-таки родился, он должен получать полную терапевтическую поддержку.

10. Не следует предпринимать попытки поддержания жизни плода, если степень его зрелости ниже, чем самый низкий уровень жизнеспособности.

В этих случаях географическая, социальная и экономическая ситуация места рождения ребенка будет принята во внимание при обращении в суд. В экстремальных ситуациях родители должны быть проинформированы и принимать участие в решении о судьбе плода перед родами.

11. Каждый новорожденный ребенок имеет право пользоваться мерами социальной защиты и безопасности. Это относится как к мерам по защите здоровья, так и к правам по его охране.

12. Новорожденный не может быть отделен от родителей против их воли.

В критических для ребенка ситуациях все правовые и административные нормы должны быть направлены на защиту ребенка, даже если это требует его отделения от родителей. Эти нормы могут действовать в период нахождения ребенка в больнице.

13. В случаях усыновления каждый новорожденный имеет право быть усыновленным с максимумом гарантий.

В государствах, где признается усыновление, всегда должны превалировать интересы ребенка. Там, где усыновление допустимо, от уполномоченной власти должны быть получены все необходимые гарантии и разрешения. Ни при каких обстоятельствах продажа органов плода и ребенка не может быть оправдана.

14. Все новорожденные дети и беременные женщины в странах, где имеются вооруженные конфликты, имеют право на защиту. В этих ситуациях надо способствовать грудному вскармливанию и охранять его.

Новорожденный — это человек со специфическими правами, соблюдения которых он может не требовать сам в силу своего физического и умственного развития. Эти права налагают ряд обязательств и обязанностей на общество. Законодательные и исполнительные институты всех стран должны обеспечить их выполнение.

Система охраны материнства и детства

Охрана материнства и детства (ОМД) — совокупность мер государственного, общественного и частного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, создание оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей социальной функции — рождения и воспитания детей, а также позволяющая ей сочетать функцию материнства с производственной и общественной деятельностью.

Данная система в настоящее время представлена медицинскими организациями, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь; лечебно-профилактическую помощь детям,

а также комплексом социальных и правовых мер, направленных на поддержку материнства и детства.

Правовое регулирование охраны материнства и детства в Российской Федерации осуществляется на основе ратифицированных Россией международных правовых актов, а также нормативных правовых актов РФ.

Проблема охраны материнства и детства лежит в области прав человека, что декларировано в следующих международных документах: Всеобщая декларация прав человека (1948 г.); Международный Пакт о гражданских и политических правах; Декларация международной конференции ООН по правам человека (Тегеран, 1966 г.); Материалы международных конференций ООН по проблемам населения и развития (Бухарест, 1974 г.; Мехико, 1984 г.; Каир, 1994 г.); Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979 г.); Конвенция о правах ребенка (1990 г.); Материалы Всемирной конференции по правам человека (Вена); Материалы Всемирной конференции по положению женщин (Пекин, 1995 г.).

Перечисленные документы ратифицированы Россией. Их основным содержанием являются меры, направленные на охрану репродуктивного здоровья человека.

Защита материнства и детства, семьи носит комплексный социально-экономический характер и осуществляется путем принятия разнообразных государственных мер по поощрению материнства, охране интересов матери и ребенка, укреплению семьи, ее социальной поддержке, обеспечению семейных прав граждан.

Кодексы и Законы РФ

- Конституция Российской Федерации (1993 г.).
- Трудовой кодекс Российской Федерации (2001).
- Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ.
- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
- Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 № 124-ФЗ.

- Федеральный закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» от 29.12.2006 № 256-ФЗ.
- Федеральный закон «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» от 19.05.1995 № 81-ФЗ.
- Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон “Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством” от 08.12.2010 № 343-ФЗ.
- Закон «Об образовании» от 10.07.1992 № 3266-1.
- Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 № 124-ФЗ.

Указы Президента РФ

- Указ Президента РФ «Об Основных направлениях государственной семейной политики» от 14.05.1996 № 712.
- Указ Президента РФ «О президентской программе “Дети России” от 18.08.1994 № 1696.

Постановления Правительства РФ

- Постановление Правительства РФ «О порядке выдачи государственного сертификата на материнский (семейный) капитал» (вместе с «Правилами подачи заявления о выдаче государственного сертификата на материнский (семейный) капитал и выдачи государственного сертификата на материнский (семейный) капитал») от 30.12.2006 № 873.
- Постановление Правительства РФ «О внесении изменений в Правила направления средств (части средств) материнского (семейного) капитала на получение образования ребенком (детьми) и осуществление иных связанных с получением образования ребенком (детьми) расходов» от 14.11.2011 № 931.
- Постановление Совета министров Правительства Российской Федерации «О новых нормах предельно допустимых нагрузок для женщин при подъеме и перемещении тяжестей вручную» от 06.02.1993 № 105.

Приоритет охраны здоровья детей рассматривается как один из принципов охраны здоровья граждан, определенных Законом об охране здоровья (ст. 4). Статьей 7 (п. 1) данного документа государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического раз-

вития детей. В комплекс мер по этому вопросу согласно ст. 7 Закона об охране здоровья включаются мероприятия по оказанию не только медицинской помощи, но и формированию здорового образа жизни семей с детьми, а также предусматривающие развитие инфраструктуры, ориентированной на организацию отдыха, оздоровление детей и восстановление их здоровья.

В соответствии со ст. 51 «Права семьи в сфере охраны здоровья» государство берет на себя заботу о здоровье семьи. Каждый гражданин и семья имеют право без взимания платы на консультирование по вопросам планирования семьи, медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, медико-генетическому консультированию.

Согласно ст. 52 «Права беременных женщин» в Российской Федерации охраняется и поощряется материнство, закрепляется право беременных женщин на оказание медицинской помощи в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Статья 53 «Рождение ребенка» закрепляет за уполномоченным федеральным органом исполнительной власти право на разработку медицинских критериев рождения, а также определяет порядок выдачи медицинскими организациями документа, свидетельствующего о рождении ребенка.

Статьей 54 «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» определены права несовершеннолетних на получение медицинской помощи, а также обучение и воспитание в условиях, способствующих сохранению и укреплению их здоровья.

В отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, данной статьей предусмотрено их право до четырехлетнего возраста находиться в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Статьи 55–57 Закона об охране здоровья закрепляют право мужчин и женщин на использование вспомогательных репродуктивных технологий, а также право выбора метода регулирования рождаемости (искусственный аборт и медицинская стерилизация).

Правовые акты Ростовской области

- Областной закон РО «О мерах социальной поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,

в части содержания в приемных семьях» от 22.10.2005 № 369-ЗС.

- Областной закон РО «О ежемесячном денежном содержании детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, переданных на воспитание в семьи опекунов или попечителей» от 26.12.2005 № 426-ЗС.
- Областной закон РО «О социальной поддержке детства в Ростовской области от 22.10.04 № 165-ЗС.
- Областной закон «О государственном ежемесячном пособии на ребенка гражданам, проживающим на территории Ростовской области» от 22.10.04 № 176-ЗС
- Постановление Правительства РО «О предоставлении мер социальной поддержки беременных женщин из малоимущих семей, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет из малоимущих семей» (с приложениями) от 23.12.2011. № 281.

Происходящие в последнее время в России социально-экономические изменения заставляют уделить особое внимание проблеме защиты материнства и детства. В ч. 2 ст. 7 Конституции РФ закреплено, что в Российской Федерации... обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства. Часть 1 ст. 38 Конституции РФ провозглашает, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства. Этим признается, что семья, брак, рождение детей являются не только частным делом участников семейных правоотношений, но и имеют действенный, реально функционирующий механизм такой защиты.

В настоящее время деятельность государства по защите материнства и детства осуществляется по нескольким направлениям:

- совершенствование законодательной базы и разработка гарантий по защите института материнства и детства;
- создание механизмов, направленных на реализацию этих гарантий и норм;
- практическое применение института по защите материнства и детства.

В РФ проживает около 29 млн детей. Это примерно 20% населения страны. От состояния их здоровья, уровня образованности, культуры, физического и духовного развития напрямую зависит будущее страны.

Современное состояние и пути развития неонатологической службы в России

До недавнего времени в России наряду с родильными домами для здоровых женщин существовала сеть специализированных родильных домов для рожениц с соматической патологией (сахарным диабетом, заболеваниями почек и сердца).

Современная организация перинатальной помощи, куда входит и неонатальная помощь, предусматривает три уровня сложности, различающихся по объему и качеству оказываемой помощи (Приказ МЗ России от 01.11.2012 № 572н).

Первый уровень (базовой, или общей, помощи) — оказание простых форм помощи матерям и детям. Новорожденному оказывают первичную помощь, выявляют состояния риска, проводят раннюю диагностику заболеваний и при необходимости направляют в другие медицинские организации. Круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога и неонатолога не предусмотрено.

Второй уровень (специальная помощь) — обеспечение всей необходимой медицинской помощью как при нормально протекающих, так и при осложненных родах. Это медицинские организации, имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также межрайонные ПЦ.

Третий уровень (узкоспециальной помощи и интенсивной терапии) — оказание медицинской помощи любой степени сложности. Медицинские организации третьего уровня оказывают помощь новорожденным, находящимся в критическом состоянии, детям с очень низкой массой тела или требующим хирургической помощи.

3А группа — медицинские организации, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

ЗБ группа — федеральные медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской, гинекологической и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов РФ.

Развитие неонатологической помощи на современном этапе характеризуется прежде всего интеграцией ее в систему перинатальной службы.

Принципы перинатальной помощи, определенные в 2002 г. ВОЗ (Н.П. Шабалов, 2004):

1. Перинатальная помощь должна быть:

- основанной на доказательной медицине;
- холистической (целостный подход);
- демедикализированной;
- основанной на надлежащих технологиях;
- многодисциплинарной;
- регионализированной;
- направленной на привлечение женщин к принятию решений;
- ориентированной на семью;
- чуткой к культурным и национальным традициям.

2. Надлежащие технологии в уходе за новорожденными:

- уход без ненужных вмешательств;
- контакт «кожа-к-коже»;
- грудное вскармливание по требованию и совместное пребывание ребенка и матери;
- участие обоих родителей в уходе;
- общение с родителями;
- профилактика дискомфорта и боли у новорожденного;
- уход за недоношенными и больными детьми без стеснения их движений и «гнездышко» в кувете;
- минимальное пребывание в родильном доме;
- консультирование при выписке.

В организации медицинской помощи новорожденным можно выделить три этапа:

- в условиях акушерского стационара;
- в условиях детской поликлиники;
- в специализированных отделениях стационаров заболевшим новорожденным.

Регистрация новорожденных. С 2012 г. в России действуют международные правила регистрации новорожденных (Приказ Минздравсоцразвития России № 1687н).

Медицинскими критериями рождения являются:

- срок беременности 22 недели и более, вес ребенка при рождении 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах);
- длина тела при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна).

Признаками живорождения являются: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана ли пуповина и отделена ли плацента.

Организация медицинской помощи новорожденным в перинатальном центре

Законодательной базой развития перинатальных центров в России стал Приказ МЗ СССР от 15.12.1988 № 881 «О создании перинатальных центров в нашей стране», в приложении к которому изложена структура перинатального центра.

Перинатальный центр (ПЦ) — это современное учреждение родовспоможения, оказывающее все виды квалифицированной, высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской стационарной помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии, а также осуществляющее амбулаторную, консультативно-диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщинам и детям раннего возраста.

Иными словами, ПЦ — это медицинское учреждение, в котором сосредоточены все этапы оказания медицинской помощи начиная с планирования семьи до разрешения от беременности и до выхаживания новорожденного и дальнейшего наблюдения за малышом.

Цели создания ПЦ:

- совершенствование медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям;
- улучшение преемственности в деятельности акушерской и педиатрической служб;
- снижение заболеваемости, смертности и инвалидности женщин и детей.

Известно, что более половины новорожденных, умерших в неонатальном периоде, погибают в 1-е сутки жизни. Следовательно, необходимо максимальное приближение высококвалифицированной реанимации и интенсивной терапии к первым минутам и часам жизни ребенка.

Первичная помощь и реанимация новорожденным независимо от уровня родовспомогательного учреждения оказываются по единой схеме, однако наибольшие возможности для ее эффективного осуществления имеются в ПЦ.

К сожалению, каждая вторая женщина в большей или меньшей степени нуждается в специализированной медицинской помощи. Интенсивная терапия в ПЦ, где концентрируются беременные высокого риска, начинается на уровне плода и продолжается непосредственно после рождения в отделении интенсивной терапии, что позволяет более чем в 2 раза снизить смертность среди новорожденных с очень низкой массой тела.

Как правило, основными пациентами отделения реанимации и интенсивной терапии являются маловесные, недоношенные с очень низкой и экстремально низкой массой тела, а также доношенные дети в критическом состоянии, при котором утрачена или значительно нарушена одна или несколько жизненно важных функций организма, что требует либо их искусственного восполнения, либо существенной терапевтической поддержки, т.е. речь, как правило, идет о пациентах, состояние которых определяется как тяжелое или критическое.

Расчеты показывают, что на каждую 1000 беременностей, завершившихся родами, реанимационно-интенсивная помощь требуется в среднем 100 новорожденным. Потребность в реанимационно-интенсивных койках при условии занятости коечного фонда на 80—85% и продолжительности пребывания на койке от 7 до 10 дней составляет 4 койки на каждую 1000 живорожденных детей.

Опыт показывает, что нецелесообразно содержать малокоечные, маломощные отделения реанимации и интенсивной терапии.

В то же время во всех родовспомогательных учреждениях всегда имеется достаточно большая группа новорожденных с высоким риском перинатальной патологии и с нетяжелыми формами соматических и неврологических заболеваний.

Для таких пациентов должен быть развернут блок (пост) группы высокого риска. Разделение потоков новорожденных позволяет улучшить качество лечения, открывает возможность для маневра в неординарных ситуациях.

Долечивание, выхаживание и первичная реабилитация новорожденных, оставшихся живыми в экстремальных условиях патологии неонатального периода, проводят в отделении патологии доношенных и недоношенных новорожденных, откуда большая часть пациентов уходит домой. Наблюдение за ними продолжает консультативная поликлиника перинатального центра, завершая цикл оказания перинатальной помощи.

Таким образом, этапы медицинской помощи новорожденным детям обеспечиваются работой акушерской и педиатрических служб.

❖ Контрольные вопросы

1. Какова особенность организации перинатальной помощи на современном этапе?
2. Каковы принципы перинатальной помощи, принятые ВОЗ?
3. Что такое перинатальный центр?

Аntenатальная профилактика

Аntenатальная охрана плода относится к важнейшим проблемам здравоохранения, так как от формирования всех органов и систем плода, их развития и совершенствования зависит состояние здоровья будущего ребенка на всех этапах его жизни.

Аntenатальная профилактика — это мероприятия, направленные на поддержание здоровья беременной женщины, на создание оптимальных условий для развития плода и на предупреждение врожденных заболеваний, аномалий развития и послеродовой (перинатальной) смертности.

Нормальное развитие плода может быть обеспечено при условии раннего наблюдения за течением беременности, при отсутствии у нее заболеваний и вредных привычек, условиями жизни, так как именно в первые недели беременности эмбрион наиболее чувствителен к различным воздействиям внешней и внутренней среды. Поэтому так важно по возможности более раннее взятие беременной на учет.

По времени воздействия на плод и ребенка выделяют следующие факторы риска:

- пренатальные (возникающие до и во время беременности);
- интранатальные (возникающие во время родов);
- постнатальные (действующие после рождения ребенка).

Забота о ребенке начинается задолго до его рождения. При проведении мероприятий по антенатальной охране плода и новорожденного необходима преемственность в работе между женскими консультациями и детскими поликлиниками.

Женские консультации обязаны 1 раз в 10 дней посылать в детскую поликлинику сведения о беременных, взятых на учет. В этих сведениях указывают паспортные данные, срок беременности и предполагаемое время родов.

При взятии беременной на учет, во время первичного осмотра (желательно в первом триместре беременности), акцент делается на выявление женщин с повышенным риском.

Оценка факторов риска развития патологии у плода и новорожденного проводится во время беременности, по меньшей мере, три раза:

- в ранние сроки беременности (при первичном посещении врача);
- в середине беременности;
- в процессе родов.

Для этого может быть использована балльная система оценки значимости различных пренатальных факторов риска (см. приложение).

Беременных из групп высокого риска необходимо всесторонне обследовать в женской консультации с привлечением смежных специалистов (по необходимости). Наблюдение за ними проводят по индивидуальному плану. В некоторых случаях решается вопрос о целесообразности сохранения беременности.

С момента взятия беременной женщины на учет детская поликлиника организует проведение патронажей к беременной совместно с женской консультацией, проводит занятия школы молодых родителей.

Первый дородовой патронаж к здоровой беременной проводится медицинской сестрой детской поликлиники сразу же после поступления сведений о беременной из женской консультации (8–12 недель). Этот патронаж — бытовой или социальный, его *целью* является выяснение условий быта и труда будущей матери, состояния здоровья, наличия вредных привычек у матери и отца. На данном патронаже детская медицинская сестра дает рекомендации по организации ее режима труда и отдыха, питания, закаливания. Особое внимание уделяется беседе с беременной, ее мужем, близкими родственниками по созданию в семье спокойной, доброжелательной обстановки. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает беременную на занятия в школу молодых родителей при детской поликлинике.

Второй дородовой патронаж к здоровой беременной медсестра детской поликлиники проводит на 30–32-й неделе беременности. Основная *цель* второго патронажа — забота о будущем ребенке. Медицинская сестра проверяет выполнение будущей мамой назначений врача женской консультации и рекомендаций, данных при первом дородовом патронаже. Патронажная сестра обучает женщину методам подготовки молочных желез к лактации, дает советы по приобретению белья и предметов ухода за ребенком, по организации уголка новорожденного, обучает правилам ухода за ребенком, уточняет адрес, по которому будут жить мать с ребенком.

Закономерности роста и развития плода в утробе матери

Первые четыре недели. Яйцо, образовавшееся после оплодотворения, перемещается из маточной трубы к полости матки. В этой клетке заложено все: пол, группа крови, цвет глаз, размер ноги, строение всех белков организма и даже таланты, интересы, вкусы. С момента зачатия человек — существо, которого никогда раньше не было.