

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
№ \_\_\_\_\_

**Протокол  
медичного догляду  
за здоровою новонародженою дитиною**

**м. Київ 2015**

## I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

### 1.1 Діагноз

Даний протокол не стосується якоїсь специфічної нозологічної форми, а представляє сучасні рекомендації щодо ентерального харчування недоношених дітей.

### 1.2 Шифр за МКХ-10

### 1.3 Для кого призначений протокол (потенційні користувачі)

Медичні працівники (лікарі та середній медичний персонал), які надають допомогу недоношеним новонародженим, а також організатори охорони здоров'я.

### 1.4 Мета протоколу

Покращити результати виходжування недоношених немовлят шляхом оптимізації їх ентерального харчування.

1.5 Дата складання протоколу: 2015 рік.

1.6 Дата перегляду протоколу: 2018 рік.

1.7 Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу, наказ Міністерства охорони здоров'я України 17 липня 2015 року N 438:

Дубініна Тетяна Юріївна	заступник начальника відділу організації медичної допомоги дітям Управління материнства та дитинства Департаменту медичної допомоги МОЗ України, голова;
Знаменська Тетяна Константинівна	заступник директора з перинатальної медицини, керівник відділення неонатології Державної установи "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", президент Асоціації неонатологів України, заступник голови з клінічних питань;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства "Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України", ст. н. с., к. м. н., заступник голови з методологічного супроводу;
Авраменко Тетяна Василівна	завідувач відділення акушерської ендокринології та патології плода Державної установи "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", д. м. н., професор, заслужений лікар України (за згодою);
Аряєв Микола	завідувач кафедри педіатрії N 1, неонатології та

Леонідович	біоетики Одеського національного медичного університету, чл.-кор. НАМН України, д. м. н., професор;
Батман Юрій Анастасович	провідний науковий співробітник відділення неонатології Державної установи "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", д. м. н., професор (за згодою);
Георгіянець Маріне Акопівна	завідувач кафедри дитячої анестезіології та інтенсивної терапії, Харківська медична академія післядипломної освіти;
Годованець Юлія Дмитрівна	професор кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної медицини Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет", д. м. н., професор;
Горбатюк Ольга Михайлівна	професор кафедри дитячої хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Заслужений лікар України, д. м. н., професор;
Добрянський Дмитро Олександрович	професор кафедри педіатрії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д. м. н., професор;
Зброжик Євгенія Володимирівна	науковий співробітник відділення неонатології Державної установи "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України" (за згодою);
Кліменко Тетяна Михайлівна	завідувач кафедри неонатології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д. м. н., професор;
Ковальова Олена Михайлівна	професор кафедри педіатрії N 1 з пропедевтикою та неонатологією Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія", д. м. н., професор;
Кондратова Ірина Юріївна	керівник Харківського Регіонального перинатального центру (за згодою);
Коржинський Юрій Сергійович	завідувач кафедри педіатрії та неонатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д. м. н., професор;
Костюк Олена Олександрівна	доцент кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, к. м. н.;
Куріліна Тетяна Володимирівна	провідний науковий співробітник відділення неонатології Державної установи "Інститут педіатрії,

	акушерства та гінекології НАМН України", д. м. н. (за згодою);
Мавропуло Тетяна Карлівна	професор кафедри госпітальної педіатрії 2 та неонатології Державного закладу "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", д. м. н., професор;
Македонський Ігор Олександрович	головний лікар Дніпропетровської дитячої міської клінічної лікарні N 3 імені М. Ф. Руднева, Заслужений лікар України, д. м. н., професор;
Матвієнко Ірина Миколаївна	старший науковий співробітник відділу проблем здорової дитини та преморбідних станів Державної установи "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", к. м. н. (за згодою);
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, д. м. н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності "Загальна практика - сімейна медицина" (за згодою);
Орлова Тетяна Олександрівна	завідувач відділення інтенсивної терапії глибоконедоношених дітей Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ" МОЗ України;
Павлишин Галина Андріївна	завідувач кафедри педіатрії N 2 Державного вищого навчального закладу "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України", д. м. н., професор;
Палатная Людмила Олександрівна	доцент кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О. О. Богомольця;
Похилько Валерій Іванович	завідувач кафедри педіатрії N 1 Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія", д. м. н., професор;
Починок Тетяна Вікторівна	професор кафедри педіатрії N 1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, д. м. н., професор;
Ріга Олена Олександрівна	доцент кафедри педіатрії N 1 та неонатології Харківського національного медичного університету, д. м. н.;
Чуйко Марія Миколаївна	доцент кафедри педіатрії та неонатології ФПДО Львівського національного медичного університету

імені Данила Галицького, д. м. н.;

Шевченко Тетяна Вікторівна	головний позаштатний педіатр Департаменту охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації (за згодою);
Шевченко Людмила Іванівна	головний науковий співробітник відділення неонатології Державної установи "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", д. м. н. (за згодою);
Шунько Єлизавета Євгеніївна	завідувач кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, д. м. н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності "Неонатологія" (за згодою);
Яблонь Ольга Степанівна	завідувач кафедри Вінницького національного медичного університету імені Н. І. Пирогова, д. м. н., професор;
Яценко Юрій Борисович	завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами, професор кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, д. м. н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності "Педіатрія" (за згодою).

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Горох Євгеній Леонідович	начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства "Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України", к. т. н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства "Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України";
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства "Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України";
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства "Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України".

## ***Вступ***

Сучасні принципи перинатальної допомоги базуються на концепції ВООЗ щодо фізіологічного ведення вагітності, пологів та фізіологічного догляду за дитиною з обмеженням медичних втручань без належних показань.

Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною, розроблений з метою покращання стану здоров'я дітей, застосування сучасних ефективних технологій фізіологічного догляду за новонародженим, практичної допомоги медичному персоналу щодо їх здійснення.

Протокол базується на основних принципах науково-доказової медицини. Це передбачає інтеграцію нових знань у клінічну практику і процес прийняття рішень з оцінкою потенційного ризику, ефективності й обґрунтованості медичних втручань для новонародженого.

Розробка технологій протоколу базується на використанні систематичних оглядів рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) бібліотеки Кокрейна з оцінкою їх важливості і ступеня доказовості.

Характеристика досліджень, на яких базувалися клінічні рекомендації (шкала рівнів доказовості).

**A** – систематичний огляд рандомізованих контрольованих досліджень та/або високоякісний мета-аналіз;

**В** – високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень „випадок-контроль”, високоякісне когортне дослідження або дослідження „випадок-контроль”, РКД;

**С** – когортне дослідження або дослідження „випадок-контроль” без рандомізації, РКД з низькою вірогідністю виникнення систематичних похибок;

**D** – описування серії випадків або неконтрольоване дослідження, або думка експертів.

Здійснюючи догляд за новонародженим, використовують методики і технології усіх рівнів з обов’язковим отриманням інформованої згоди матері.

## **1. Послідовність дій під час медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною в пологовій залі**

1.1. Відразу після народження акушерка викладає дитину на живіт матері, обсушує голову і тіло дитини попередньо підігрітою стерильною лікарняною або чистою домашньою пелюшкою, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

1.2. Одночасно лікар-педіатр-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог або сама акушерка здійснює первинну оцінку стану новонародженого.

***Основна мета первинної оцінки стану новонародженого в пологовій залі – отримати відповідь на такі питання:***

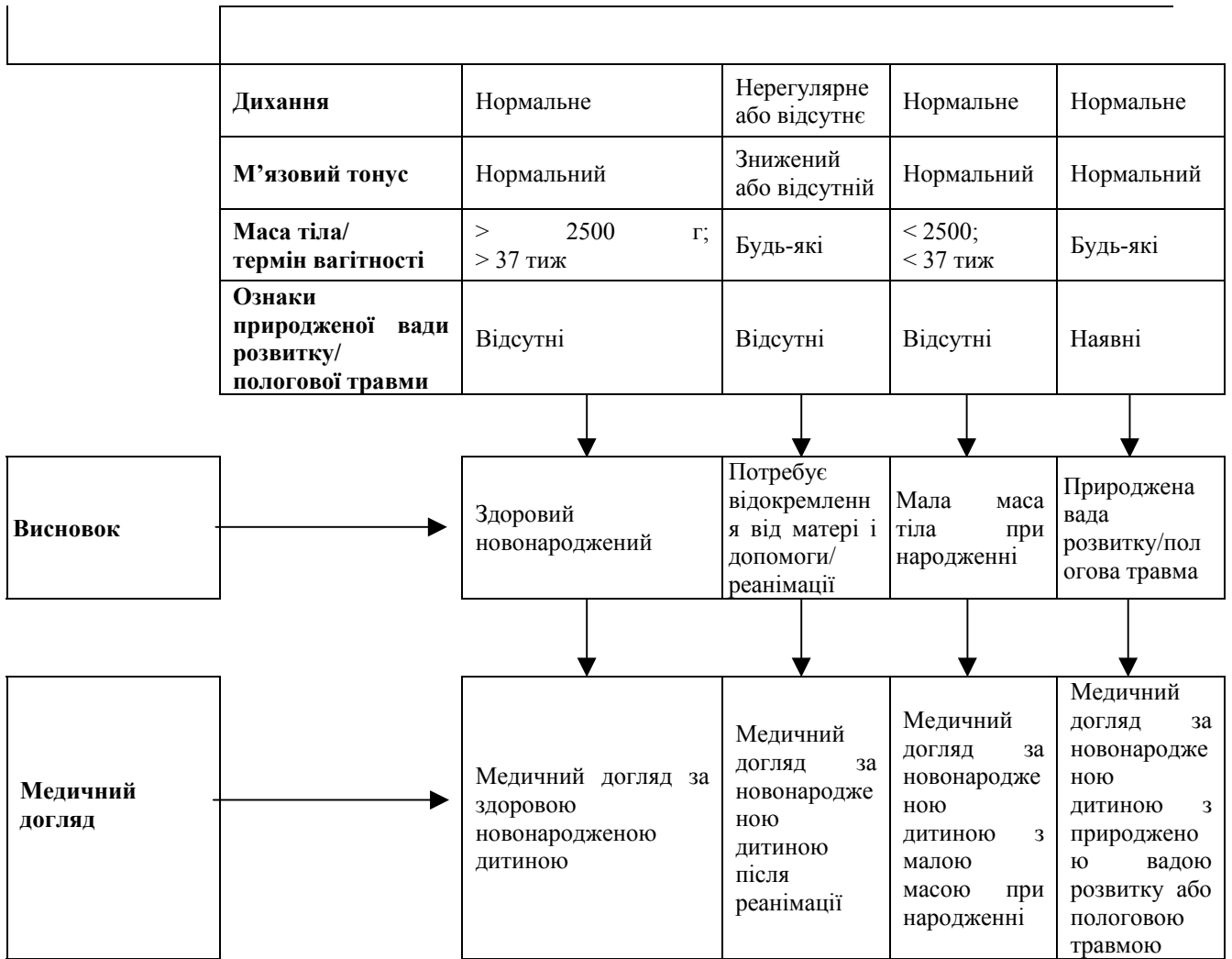
- 1) чи відбулася рання фізіологічна адаптація новонародженого;
- 2) чи наявні природжені вади розвитку і/або інші патологічні стани, які б вимагали невідкладного обстеження і втручання.

Оцінку стану новонародженого та медичний догляд за ним здійснюють з таким алгоритмом.

*Таблиця 1*

Оцінка стану новонародженого
------------------------------







Частина зазначених у *табл. 1* станів (здорова новонароджена дитина, новонароджена дитина після реанімації, з малою масою при народженні, природженою вадою розвитку/пологовою травмою) можуть виявлятися в однієї дитини в різних комбінаціях і тому можуть потребувати поєднання процедур медичного догляду.

У разі виявлення порушень ранньої фізіологічної адаптації та патологічних станів у новонародженої дитини медичний догляд здійснюється за відповідними протоколами.

1.3. За умови задовільного стану дитини (за результатами первинної оцінки стану новонародженого) акушерка викладає дитину на живіт матері. Не скоріше, ніж через 1 хв. після народження дитини акушерка, одягнувши стерильні рукавички, перетискає та перерізає пуповину (*розділ 8*).

1.4. Акушерка або медична сестра здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини в пологовій залі. У разі порушення стану новонародженого інформує про це лікаря-педіатра-неонатолога, а за його відсутності лікаря-акушера-гінеколога.

1.5. Зауваживши у дитини певні ознаки (дитина починає рухатись, піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері. Більшість здорових новонароджених виявляють такі ознаки протягом першої години після народження.

1.6. Через 30 хв. після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (Ф097/о).

1.7. Після встановлення контакту матері і дитини «очі-в-очі» під час першого прикладання до грудей (але не пізніше першої години життя дитини) після обробки рук (*розділ 15*) акушерка проводить новонародженому профілактику офтальмії антибактеріальними препаратами (очні краплі, мазь), дозволеними для застосування у новонароджених, відповідно до інструкції одноразово.

1.8. За умови задовільного стану матері і дитини контакт "шкіра-до-шкіри" в пологовій залі забезпечується протягом 2 годин.

1.9. Після завершення контакту "шкіра-до-шкіри" акушерка, перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клеювання пуповини, якщо клею не накладено скоріше (див. розділ 8), вимірює довжину тіла, обвід голови і грудної клітки, а також зважує дитину.

1.10. Лікар-педіатр-неонатолог, а за його відсутності лікар-акушер-гінеколог перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого за схемою (*розділ 4*) і записує дані огляду в карту розвитку новонародженого.

1.11. Акушерка (медична сестра) одягає дитину в чистий одяг (штанці, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички). Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

1.12. Дитину накривають ковдрою і разом з матір'ю транспортують в палату спільного перебування з дотриманням вимог теплового ланцюжка.

1.13. Якщо можливості транспортувати дитину разом з матір'ю немає, дитину транспортують у спеціальному транспортному ліжечку.

**Неприйнятним є транспортування дитини на руках медичного персоналу.**

## **2. Тепловий ланцюжок**

***Найважливішою умовою дотримання теплового ланцюжка є забезпечення температури в пологовій залі (операційній) не нижче 25 °С.***

### **2.1. Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка**

Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини, щоби зменшити втрати тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок і створює для новонародженої дитини загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого, вимірної в аксиллярній ділянці (під пахвою), слід уважати 36,5-37,5°С. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

### **2.2. Десять кроків теплового ланцюжка**

#### ***1. Тепла пологова кімната (операційна) [B]***

Приміщення повинно бути чистим і теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей і кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25-28°С.

Усе необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

#### ***2. Негайне обсушування дитини [B]***

Відразу після народження (до перерізання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини чистими, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

#### ***3. Контакт “шкіра-до-шкіри”[C]***

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

**З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюють через 30 хв. після народження в аксиллярній ділянці електронним термометром.**

#### ***4. Грудне вигодовування [A]***

Грудне вигодовування слід починати якомога скоріше, протягом першої години після народження, коли дитина виявляє ознаки готовності до годування та знаходиться з матір'ю в контакті “шкіра-до-шкіри”. Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

#### **5. Відкласти зважування та купання [B]**

Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти.

Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого під час первинного обсушування. Залишки родової змазки не видаляють зі шкіри дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома.

Зважування й антропометрію дитини необхідно здійснювати після контакту “шкіра-до-шкіри” перед переведенням в палату спільного перебування.

#### **6. Правильно одягнути та загорнути дитину [A]**

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує її дихальні і фізичні рухи.

У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

#### **7. Цілодобове спільне перебування матері та дитини [A]**

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

#### **8. Транспортування в теплих умовах [B]**

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення,(палату) медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку і контроль температури тіла, щоби запобігти виникненню гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджену дитину слід транспортувати разом з матір'ю.

Якщо дитина народжена шляхом кесарського розтину, її транспортують в куветі або в дитячому ліжечку, вкриту теплою ковдрою.

#### **9. Початкова і реанімаційна допомога в теплих умовах**

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

#### **10. Підвищення рівня підготовки та знань персоналу**

Усі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з питань дотримання теплового ланцюжка.

Медичним працівникам слід інформувати членів сім'ї про важливість підтримання нормальної температури тіла дитини.

### **3. Рутинні медичні втручання**

#### **3.1. Загальні положення**

Більшість новонароджених не потребують рутинних медичних втручань, у тому числі оглядів лікарями-спеціалістами. Кожне медичне втручання, в т.ч. і огляд лікаря-спеціаліста, мають бути обґрунтованим та безпечним для дитини і здійснюватись за дотримання вимоги інформованої згоди матері.

#### **3.2. Відсмоктування слизу з ротової порожнини та носоглотки [В]**

Більшість здорових новонароджених не потребують рутинної санації ротової порожнини і носоглотки.

Якщо виникає необхідність забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів у здорового новонародженого, слід застосовувати одноразову стерильну гумову грушу, оскільки її використання супроводжується меншою ймовірністю виникнення ускладнень, ніж під час відсмоктування катетером.

***Негативні наслідки рутинного відсмоктування слизу у новонароджених з ротової порожнини і носоглотки:***

- 1) аритмія і/або брадикардія;
- 2) ларингоспазм;
- 3) додатковий ризик інфікування.

#### **3.3. Перевірка прохідності стравоходу**

Здорові новонароджені не потребують рутинної перевірки прохідності стравоходу.

***Показання для обов'язкової перевірки прохідності стравоходу:***

- 1) наявності у роділлі багатоводдя (полігідрамніон);
- 2) зменшені розміри або «відсутність» шлунка у плода за результатами ультразвукового дослідження вагітної;
- 3) наявність таких клінічних ознак у новонародженої дитини:
  - явні пінисті виділення з ротової порожнини;
  - під час спроби годування дитини молоко повертається;
  - напади кашлю, які супроводжуються апное, ціанозом.

***Негативні наслідки рутинної перевірки прохідності стравоходу:***

- 1) аритмія і/або брадикардія;
- 2) ларингоспазм;
- 3) додатковий ризик інфікування.

#### **3.4. Цитологічне та бактеріологічне дослідження шлункового аспірату.**

Цитологічне та бактеріологічне дослідження шлункового аспірату у здорової новонародженої дитини є недоцільним через низьку діагностичну значущість і можливість ускладнень.

#### **3.5. Бактеріологічне дослідження фекалій, посівів зі шкіри пуповини тощо.**

Бактеріологічні дослідження калу, посіви зі шкіри, пуповини тощо у здорових новонароджених недоцільні через низьку діагностичну цінність.

### **3.6. Додаткове обстеження новонародженого (лабораторні, рентгенологічні, УЗД, консультації лікарів-спеціалістів тощо)**

Здорові новонароджені не потребують додаткового обстеження та консультацій лікарів-спеціалістів.

Лабораторне дослідження крові здійснюють в таких випадках:

1) дітям, які були народжені жінками з 0 (I) групою і/або Rh-негативним типом крові, необхідно визначити групу та Rh-належність крові, використовуючи пуповинну кров [B].

2) якщо жінка не обстежена на рівень Rh-антитіл та має Rh-негативний тип крові, необхідно визначити рівень білірубину пуповинної крові.

3) дітям, народженим від матерів з хоріоамніонітом (температурою тіла  $> 38^{\circ}\text{C}$ ) під час пологів або від матерів, яких лікували з приводу інвазивної бактеріальної інфекції антибіотиками протягом 24 год до (або після) пологів, або під час пологів.

### **3.7. Зважування новонародженого**

3.7.1. Перше зважування новонародженого здійснюють в пологовій залі після проведення контакту “шкіра-до-шкіри” та прикладання дитини до грудей перед переведенням дитини в палату спільного перебування матері та дитини.

3.7.2. При зважуванні дитини дотримуються принципів забезпечення теплового ланцюжка з метою запобігання переохолодження дитини.

3.7.3. Здоровий новонароджений не потребує щоденного зважування.

3.7.4. Щоденне зважування новонародженої дитини здійснюють за медичними показаннями.

3.7.5. Перед випискою з акушерського стаціонару зважування дитини є обов'язковим.

## **4. Лікарський догляд за новонародженим**

### **4.1. Організаційні умови здійснення лікарського догляду новонародженого**

1) Первинну оцінку стану новонародженого відразу після народження дитини здійснює лікар-педіатр-неонатолог, а у разі його відсутності – лікар-акушер-гінеколог або акушерка.

2) Первинний лікарський огляд новонародженого здійснює в пологовій залі лікар-педіатр-неонатолог (**у разі його відсутності – лікар-акушер-гінеколог**) перед переведенням дитини в палату спільного перебування матері і дитини.

3) Лікар, який здійснив первинний лікарський огляд, записує його результати в медичній документації, а також інформує батьків про стан здоров'я дитини на момент огляду.

4) Якщо первинний лікарський огляд новонародженого здійснено лікарем-акушером-гінекологом (у разі відсутності лікаря педіатра-

неонатолога), лікар-педіатр-неонатолог оглядає дитину протягом першої доби після народження.

5) В подальшому лікар-педіатр-неонатолог оглядає дитину щодня, записуючи результати огляду в карті розвитку новонародженого. Він інформує матір про стан здоров'я дитини, а медична сестра дає рекомендації стосовно догляду за дитиною.

6) Лікарський огляд новонародженого здійснюється відповідно до рекомендацій п. 4.2, уникаючи переохолодження дитини.

7) Перед оглядом дитини лікар миє (дезінфікує)руки і дезінфікує фонендоскоп.

8) У день виписки дитини з акушерського стаціонару огляд лікаря-педіатра-неонатолога обов'язковий.

## **4.2. Первинний лікарський огляд новонародженого в пологовій залі**

### **4.2.1. Завдання первинного лікарського огляду:**

- 1) визначитись щодо наявності чи відсутності у дитини вроджених аномалій, ознак інфекції, інших патологічних станів, які потребують медичного втручання.
- 2) оцінити адаптацію новонародженого.
- 3) здійснити комплексну оцінку стану новонародженого за результатами первинного лікарського огляду та з урахуванням даних анамнезу і зробити відповідні призначення щодо подальшого медичного догляду.

### **4.2.2. Показники адаптації, які необхідно визначити під час первинного лікарського огляду**

*Таблиця 2*

ОЗНАКИ	НОРМАЛЬНІ МЕЖІ
Частота серцебиття	100-160 за 1 хв.
Частота дихання	30-60 за 1 хв.
Колір шкіри	Рожевий, відсутній центральний ціаноз
Рухи	Активні
М'язовий тонус	Задовільний
Температура новонародженого	36,5-37,5°C

### **4.2.3. Схема первинного лікарського огляду новонародженого**

**1. Колір шкіри.** Відображає успішність кардіореспіраторної адаптації. У здорових новонароджених дітей вся шкіра рожева (еритема новонароджених). Під час крику шкіра може набувати легкого ціанотичного забарвлення. Шкіра еластична, може бути вкрита родовою змазкою. Доношені новонароджені мають задовільний тургор м'яких тканин, у дітей, які народжені при переношеній вагітності, шкіра суха та може злущуватися, що не потребує лікування. Необхідно звернути увагу на наявність *milium*, монголоїдних плям, токсичної еритеми, які не вимагають лікування.

Поява жовтяниці в першу добу є патологічною ознакою. Звертають увагу на наявність набряків, пальпують лімфовузли. Перевіряється симптом «білої плями»: у здорової дитини після натискання на шкіру над грудиною протягом 5 с пляма зникає через 3 с. Збереження плями довше 3 с свідчить про порушення мікроциркуляції.

**2. Голова та череп:** форма голови може бути брахіцефалічна, доліхоцефалічна. Нормальний обвід голови(10-90 перцентилі) у доношених новонароджених становить 33-38 см.

За наявності родової пухлини або кефалогематоми необхідно відмітити розміри із зазначенням меж, консистенцію.

Визначають розміри та стан великого і малого тім'ячка (за наявності). Оцінюють стан черепних швів: сагітальний шов може бути відкритий і ширина його не більше 3 мм. Інші шви черепа пальпуються на межі з'єднання кісток.

**3. Обличчя:** загальний вигляд визначається відповідно до положення очей, носа, рота, визначають ознаки дизморфії.

**4. Ротова порожнина:** оцінюють колір слизової, симетричність кутів рота, цілість піднебіння та верхньої губи.

**5. Очі:** звертають увагу на наявність або відсутність аномалій розвитку і крововиливів у склери, колір склер, симетричність і розміри зіниць, можливі прояви кон'юнктивіту тощо.

**6. Зовнішні органи слуху:** оглядають зовнішній слуховий прохід, оцінюють форму та місцезнаходження вушних мушель. Зміна форми і місцезнаходження вушних раковин пов'язана з численними дизморфічними синдромами.

**7. Ніс:** звертають увагу на форму носа.

**8. Шия:** звертають увагу на наявність або відсутність кривошийї, шийних складок.

**9. Грудна клітка:** в нормі має циліндричну форму. Нижня апертура розгорнута, положення ребер симетричне і наближається до горизонтального.

**10. Легені:** звертають увагу на відсутність або наявність втягнень яремної ямки, міжреберних проміжків, мечоподібного відростка під час дихання. Під час аускультатії над легенями в нормі вислуховується симетричне везикулярне дихання.

**11. Серце:** вислуховують серце дитини, оцінюючи характер тонів, наявність додаткових шумів.

**12. Живіт:** округлої форми, бере участь в акті дихання, м'який, доступний глибокій пальпації. Пальпаторно визначають нижню границю печінки та селезінки. В нормі печінка може виступати на 1,0 - 2,0 см з-під краю реберної дуги. Край селезінки не пальпується або може пальпуватись під реберною дугою, не виступаючи нижче неї.

**13. Статеві органи і відхідник (анус):** статеві органи мають бути чітко сформованими за жіночим або чоловічим типом.

У хлопчиків наявність фімозу є фізіологічною. Яєчка у доношених новонароджених пальпуються в калитці. У доношених дівчаток великі статеві губи прикривають малі. Визначають наявність анусу.

**14. Пахова ділянка:** визначають наявність і симетричність пульсації на стегнових артеріях. Зменшення наповнення пульсу може свідчити про коарктацію аорти, а збільшення про відкриту артеріальну протоку.

**15. Кінцівки, хребет, суглоби:** звертають увагу на форму кінцівок, можливу клишоногість, кількість пальців з обох сторін на руках та ногах.

Перевіряють відсутність вивиху та дисплазії стегон в кульшових суглобах: під час розведення ніг в кульшових суглобах – розведення повне, симптом “клацання” відсутній.

Оглядаючи спину, звертають увагу на можливу наявність спино-мозкової грижі, дермальних синусів.

**16. Неврологічне обстеження:** визначають м'язовий тонус – поза дитини флексорна, під час вентрального підвішування голова на одній лінії з тулубом; перевіряють фізіологічні рефлекси: пошуковий, смоктальний, долонно-ротовий (Бабкіна), хапальний, Моро. Пошуковий, смоктальний та ковтальний рефлекси оцінюють під час годування грудьми.

**17.** Здоровим доношеним новонародженим, у яких маса тіла знаходиться між 10-им та 90-им перцентилями, визначати гестаційний вік за допомогою постнатальних методів немає потреби. Показанням до постнатального визначення гестаційного віку є мала маса тіла та невідповідність фізичного розвитку гестаційному віку, визначеному лікарем акушером-гінекологом .

## **Висновок**

У разі фізіологічної адаптації новонародженого (*табл. 2*), яка перебігає в умовах раннього необмеженого контакту матері та дитини, раннього початку грудного вигодовування, за відсутності природжених вад розвитку або інших порушень стану дитини, з урахуванням результатів лікарського огляду, дитину можна вважати здоровою на час огляду.

## **5. Спільне перебування матері та новонародженого [А]**



## **5.1. Організаційні умови забезпечення спільного перебування матері та новонародженого**

5.1.1. Спільним перебуванням слід вважати спільне перебування матері та її дитини в одній кімнаті протягом 24 годин на добу з моменту народження до моменту виписки із стаціонару.

5.1.2. Спільне перебування включає в себе такі етапи:

- 1) контакт “шкіра-до-шкіри” в пологовій залі;
- 2) спільне транспортування дитини з матір'ю в палату спільного перебування;
- 3) виключно грудне вигодовування на вимогу дитини;
- 4) догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини;
- 5) обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- 6) усі призначення та маніпуляції (вакцинація, скринінгові обстеження на ФКУ, гіпотиреоз, природжену гіперплазію кори надниркових залоз, муковісцидоз тощо) виконуються в палаті спільного перебування в присутності матері та за умови її інформованої згоди.

5.1.3. Температуру тіла дитини вимірюють 2 рази на добу. Медична сестра протягом першої доби навчає термометрії матір, і далі мати сама вимірює температуру тіла дитини.

5.1.4. Догляд за шкірою і підмивання новонародженого під теплою проточною водою протягом першої доби здійснює медична сестра, одночасно навчаючи матір, яка в подальшому робить це самостійно.

## **5.2. Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини:**

- 1) відкрита форма туберкульозу;
- 2) гострі психічні захворювання матері.

## **6. Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину**

6.1. В операційній забезпечується температура не нижче 25°C, без протягів з вікон чи дверей. Завчасно включається підігрів поверхні столику для дитини і/або лампа променевого тепла над ним.

6.2. До початку операції (кесарів розтин) акушерка готує набір, який включає 3 стерильні (чисті) пелюшки, чисті шапочку, шкарпетки, сорочечку, штанці і ковдру, і викладає його в операційній на сповивальний стіл під лампу променевого тепла.

6.3. Після народження дитина передається лікарем-акушером-гінекологом акушерці (медичній сестрі) в стерильну (чисту) попередньо підігріту суху пелюшку.

6.4. Первинну оцінку стану дитини здійснює лікар-педіатр-неонатолог.

6.5. Акушерка кладе дитину на столик з підігрівом під лампу променевого тепла. Обсушує новонародженого сухою стерильною попередньо підігрітою пелюшкою, після чого забирає її, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, клеює пуповину, вільно пеленає і вкриває ковдрою. Дитина переводиться в

палату спільного перебування, де знаходиться під спостереженням медичної сестри.

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

6.7. У випадку партнерських пологів за наявності умов контакт дитини «шкіра-до-шкіри» здійснюється з партнером [В].

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

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

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

## **7. Раннє грудне вигодовування [А]**

### **7.1. Прикладання дитини до грудей матері**

***Ознаки правильного прикладання дитини до грудей (рис. 1):***

- 1) підборіддя дитини торкається до грудної залози.
- 2) рот дитини широко відкритий.
- 3) нижня губа дитини вивернута назовні.
- 4) дитина більше захоплює нижню частину ареоли.

### **7.2. Як допомогти матері правильно прикласти дитину до грудей:**

1) мати повинна сісти або лягти у зручному положенні і розслабитись. Вона може сидіти, тримаючи дитину перед собою, або лягти, поклавши дитину поряд. Якщо їй зручно, вона може покласти дитину на подушку.

2) сядьте поряд з матір'ю на одному рівні так, щоб вам було зручно. Покажіть їй, як тримати дитину, щоб вона була повернута до неї обличчям.

3) голова дитини повинна знаходитись на одній лінії з тілом, а її живіт – навпроти живота матері.

4) якщо необхідно, підтримайте дитину ззаду за плечі, але не за потилицю. Її голова має бути злегка відкинута назад.

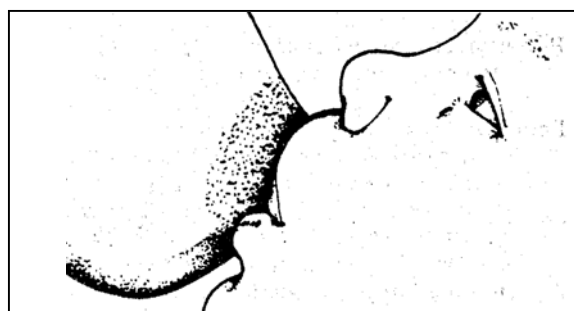
5) матері слід підняти груди рукою і дати дитині всю молочну залозу, а не тільки сосок. Не потрібно стискати пальцями сосок або ареолу і намагатись заштовхнути сосок дитині в рот.

6) мати може доторкнутись соском до губ дитини для стимуляції рефлексу захоплення.

7) зачекайте поки дитина широко розкриє рот і захоче смоктати. Швидко прикладіть дитину до грудей.



*Рис.1.* Дитина правильно прикладена до грудей матері



*Рис. 2.* Дитина неправильно прикладена до грудей матері

8) прикладіть дитину до грудей так, щоб її нижня губа була під соском. Таким чином підборіддя дитини буде прилягати до груді. В такому положенні сосок буде знаходитись трохи вище центру дитячого рота і зможе стимулювати піднебіння.

### 7.3. Основні варіанти положення дитини біля грудей

#### *I. Як допомогти матері, яка сидить*



*Рис. 3*



*Рис. 4*

- Переконайтесь, що мати сидить у зручному, розслабленому положенні (низьке сидіння зручніше, особливо за наявності опори для спини). Якщо сидіння досить високе, то варто мати підставку під ноги, але слідкуйте, щоб коліна не були підняті надто високо. Якщо мати сидить у ліжку, їй можна допомогти за допомогою подушки.

- Якщо дитина лежить у матері на колінах, допоможіть підняти дитину вище, щоб матері не треба було нахилитись вниз, щоб прикласти дитину до грудей.

**Інші позиції дитини біля грудей в положенні матері “сидячи”**

*Положення “з-під руки”* – голова дитини знаходиться на кисті руки матері, але це положення може також бути корисним для:

- годування двійнят;
- якщо мати має певні проблеми з прикладанням дитини до грудей спереду;
- для лікування лактостазу;
- якщо для матері така позиція є просто зручною.

*Положення, в якому дитина знаходиться на руці, протилежній грудній залозі, з якої годується,* – тулуб дитини лежить на передпліччі матері, кистю руки вона підтримує голову дитини на рівні вух або нижче, але не підштовхує її до грудей знизу. Цей спосіб рекомендується у таких випадках:

- дитина з малою масою тіла при народженні;
- дитина ослаблена або з природженими вадами;
- мати віддає перевагу цьому положенню

## **II. Як допомогти матері, яка “лежить”**



*Мал.6.5*

*Мати годує дитину л*

Мати повинна лежати у зручній розслабленій позі (в якій вона може спати), водночас голова має знаходитись у дещо підвищеному положенні (краще використовувати високу подушку або класти руку під голову). Дитину при цьому вона підтримує іншою вільною рукою.

Досить частою причиною утруднень прикладання до грудей в положенні лежачи є те, що дитина знаходиться занадто високо і їй потрібно нахилити голову вперед, щоб дотягнутися до соска.

Годування в положенні “лежачи” корисно в таких випадках:

- після акушерських втручань, які ускладнюють здійснення годування в положенні сидячи (кесарів розтин, епізіо-, перинеотомія, акушерські щипці та ін.);
- якщо матері хочеться спати, вона може годувати, не встаючи з ліжка.

## **III. Інші положення**

- мати може годувати стоячи (при неможливості сидіти чи лежати);

- мати може годувати лежачи на спині (дитина зверху) – це положення зручне за наявності лактостазу, а також у випадку надмірної кількості молока у матері;
- якщо дитині важко прилаштуватися до груді, то інколи може допомогти таке положення: мати лягає на живіт, спираючись на лікті, дитина під нею.

## **8. Догляд за пуповиною, пуповинним залишком, пупковою ранкою**

### **8.1. Організаційні умови та фізіологічне обґрунтування догляду за пуповиною, пуповинним залишком та пупковою ранкою**

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

8.1.2. Накладання пов'язок на пуповинний залишок та рутинне використання антисептиків зменшує рівень колонізації дитини мікрофлорою матері та лейкоцитарну інфільтрацію пуповини, тому може призвести до подовження строків відпадання пуповини та до інфікування пуповинного залишку госпітальною мікрофлорою [А].

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

8.1.4. Під час перерізання і клемування пуповини необхідно чітко дотримуватися таких принципів:

- 1) належні миття і дезінфекція рук;
- 2) використання тільки стерильних інструментів і рукавичок;
- 3) використання чистого одягу дитини;
- 4) не накривати пуповинний залишок, пупкову ранку підгузками;
- 5) ретельно стежити за ознаками інфекції: гіперемія, набряк, гнійні або серозні виділення, неприємний запах.

### **8.2. Перерізання і клемування пуповини в пологовій залі (операційній):**

8.2.1. Замінити використані рукавички на стерильні перед тим, як накласти стерильні затискачі на пуповину не скоріше, ніж через 1 хв. після народження дитини. З боку дитини замість затискача можна відразу накласти на пуповину стерильну одноразову клему (п. 8.2.3)

8.2.2. Перерізати пуповину стерильними ножицями.

8.2.3. Через 2 години після народження дитини на сповивальному столі накласти стерильну одноразову клеми на 0,3- 0,5 см від пупкового кільця, якщо цього не було зроблено після народження.

8.2.4. Якщо новонароджена дитина перебувала у повноцінному контакті з матір'ю «шкіра-до-шкіри» протягом 2 год, обробляти залишок пуповини антисептиками або антибіотиками недоцільно [А].

### **8.3. Догляд за пуповинним залишком [А]**

8.3.1. Обов'язкове та ретельне миття рук медперсоналом та матерями.

8.3.2. Пуповинний залишок не слід накривати пов'язками або підгузками [А].

8.3.3. Нема необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини «шкіра-до-шкіри» з подальшим спільним перебуванням [А].

8.3.4. За умови відсутності раннього контакту «шкіра-до-шкіри» матері і дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку та пуповинної ранки один раз на добу антисептиком, дозволеним для використання у новонароджених [В].

8.3.5. Одяг дитини повинен бути чистим.

8.3.6. У разі забруднення пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою.

8.3.7. Необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим.

8.3.8. Стежити за ймовірними ознаками інфекції (почервоніння, виділення, набряк).

### **8.4. Догляд за пуповинним залишком (пупковою ранкою) після виписки з акушерського стаціонару**

8.4.1. Дитину можна виписувати додому з пуповинним залишком, який не має ознак інфекції, за умови навчання матері медичним персоналом акушерського стаціонару й засвоєння матір'ю навичок догляду за пуповинним залишком [А]

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

8.4.3. Не накривати пуповинний залишок (пупкову ранку) підгузками.

8.4.5. Ретельно стежити за появою ймовірних ознак інфекції.

## **9. Догляд за шкірою**

### **9.1. Загальні положення**

Догляд за шкірою дитини в періоді новонародженості потребує особливої уваги, оскільки шкіра є захисним органом і кожне порушення її цілості може створювати можливості проникнення інфекції. Дитина вкрита *vernixcaseosae* (сироподібним мастилом), сумішшю секрету сальних залоз та продуктів розпаду епідермісу, що захищає шкіру новонародженого.

## **9.2. Організаційні умови здійснення догляду за шкірою**

9.2.1. Підмивання дитини здійснюють під теплою проточною водою так, щоб тіло не торкалось раковини, дівчаток спереду в напрямку до сідниць.

9.2.2. Огляд шкіри здійснюється щоденно лікарем-педіатром-неонатологом і медичною сестрою.

9.2.3. Недоцільно без медичних показань використовувати для догляду за шкірою присипки, мазі тощо.

9.2.3. Одяг новонародженого повинен бути чистим і сухим.

9.2.4. Перше купання новонародженого слід здійснити в домашніх умовах.

## **10. Профілактика геморагічної хвороби новонародженого [А]**

Причиною виникнення геморагічної хвороби новонародженого є дефіцит вітаміну К<sub>1</sub>. Вітамін К<sub>1</sub> (найбільш дієвий і безпечний) призначають і вводять всім новонародженим з метою профілактики геморагічної хвороби.

Профілактику ранньої і класичної форм геморагічної хвороби новонароджених забезпечують введенням внутрішньом'язово вітаміну К<sub>1</sub> доношеним дітям після народження в пологовому приміщенні в дозі 1 мг. Профілактику пізньої форми геморагічної хвороби новонароджених забезпечують прийомом ентеральної форми вітаміну К<sub>1</sub> з 8-го дня життя до завершення 3 міс віку, за умови виключно грудного вигодовування. Якщо у цьому ж віці існує необхідність одночасної профілактики дефіциту вітаміну К<sub>1</sub> і D<sub>3</sub> її забезпечують ентеральним уведенням цих вітамінів, починаючи з 8-го дня життя.

Окрім одноразової дози вітаміну К<sub>1</sub>, отриманої після народження, немовлятам, яких годують грудьми, профілактично призначають вітамін К<sub>1</sub> в дозі 25 мкг щодоби внутрішньо, починаючи від 8-го дня протягом перших 3 міс життя.

Немовлята, які одразу після народження отримали одноразову дозу вітаміну К<sub>1</sub> і після виписки з акушерського стаціонару перебувають на штучному вигодовуванні адаптованими молочними сумішами, в подальшому не потребують профілактичного застосування вітаміну К<sub>1</sub>.

## **11. Вакцинація**

### **11.1. Вакцинація новонароджених проти гепатиту В**

#### **11.1.1. Організаційні умови вакцинації новонароджених проти гепатиту В**

1. Вакцинацію здійснюють за умови одержання інформованої згоди матері.
2. Вакцинації для профілактики гепатиту В підлягають усі новонароджені.
3. Вакцинують новонароджених безпосередньо в палаті після огляду дитини лікарем-педіатром-неонатологом з письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в карті розвитку новонародженого (Ф097/о)
4. Якщо мати новонародженого HBsAg «-» (негативна), що документально підтверджено, вакцинацію дитини можливо розпочати протягом перших місяців життя або одночасно зі щепленням проти кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту.

5. Дітям, народженим від матерів з невизначеним або позитивним HBsAg статусом, щеплення роблять в перші 12 год після народження. За наявності специфічного імуноглобуліну проти гепатиту В рекомендовано вводити одночасно з вакциною, однак, у різні ділянки тіла.

6. У тих випадках, коли дитина не була щеплена після народження, її слід вакцинувати протягом першого місяця життя без попереднього обстеження крові на наявність HBsAg.

7. Дані про перше щеплення, зроблене в пологовому будинку (дата, доза, серія, термін придатності) записують у витяг з карти новонародженого (Ф.097/1/о), зазначаючи характер загальних і місцевих реакцій, якщо вони мали місце.

8. Перед випискою з акушерського стаціонару лікар-педіатр-неонатолог інформує матір про необхідність подальшої імунізації дитини згідно з діючим календарем щеплень в Україні.

9. Для вакцинації немовлят використовують рекомбінантні вакцини, зареєстровані і дозволені до застосування в Україні.

11.1.2. Техніка введення відповідно до інструкції використання вакцини. Новонародженим вакцину вводять внутрішньом'язово, в переднє-бокову поверхню стегна.

11.1.3. Побічні реакції під час застосування вакцини проти гепатиту В нечасті, малосимптомні і зникають протягом 2-3 тиж. Можуть спостерігатися зміни в місці ін'єкції вакцини (гіперемія, больова реакція), субфебрильна температура.

## **11.2. Вакцинація новонароджених проти туберкульозу**

### 11.2.1. Організаційні умови вакцинації новонароджених проти туберкульозу

1. Вакцинацію здійснюють за умови одержання інформованої згоди матері на 3-5-ту добу життя.

2. Проти туберкульозу вакцинують всіх новонароджених за винятком таких ситуацій:

а) якщо дитина хвора, імунізацію здійснюють після одужання, проте, обов'язково до виписки з лікарні.

б) якщо мати дитини хвора на активний туберкульоз легень й отримувала лікування скоріше, ніж за 2 міс до пологів, або у жінки діагностовано туберкульоз після народження дитини, враховуючи високий ризик інфікування дитини, її не вакцинують. Рекомендована профілактична доза ізоніазиду – 5 мг/ кг ентерально 1 раз на добу.

3. Щеплення робить спеціально підготовлений медичний персонал лікувально-профілактичних закладів.

4. Вакцинують новонароджених безпосередньо у палаті після огляду дитини лікарем-педіатром-неонатологом з письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в карті розвитку новонародженого (Ф097/о).

5. Дані про перше щеплення, отримане в пологовому будинку (дата, доза, серія, термін придатності) записують у витяг із карти новонародженого (Ф.097/1/о), зазначаючи характер загальних і місцевих реакцій, якщо вони мали місце.



6. Вакцину БЦЖ зберігають у спеціально призначеній кімнаті (кімнаті БЦЖ) в холодильнику. У цій кімнаті також розводять вакцину.
7. Препарат зберігають при температурі не вище +4° С.

11.2.2. Спосіб застосування і дозування. Вакцину БЦЖ застосовують відповідно до інструкції внутрішньошкірно.

11.2.3. Нормальна реакція на введення: на місці внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ розвивається специфічна реакція у вигляді папули розміром 5-10 мм у діаметрі. У новонароджених нормальна вакцинальна реакція з'являється через 6-8 тиж. Реакція має зворотний розвиток протягом 2-3 міс, інколи й у триваліший термін. У 90-95 % вакцинованих на місці щеплення повинен утворитись поверхневий рубчик 5-10 мм у діаметрі.

11.2.4. Побічні реакції та ускладнення: ускладнення після вакцинації та ревакцинації БЦЖ відмічаються порівняно рідко і звичайно носять місцевий характер. Ускладненнями вважаються: підшкірні холодні абсцеси; виразки на місці внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ; лімфаденіти регіонарних лімфатичних вузлів, келоїдні рубці. Можливі БЦЖ-остити, генералізована БЦЖ-інфекція у дітей із природженими імунодефіцитними станами.

## **12. Скринінгове обстеження**

### **12.1. Обстеження новонародженого на фенілкетонурію (ФКУ)**

#### 12.1.1. Загальні положення

*Фенілкетонурія* – спадкове захворювання, зумовлене порушенням метаболізму фенілаланіну, що призводить до ураження насамперед центральної нервової системи. Хворі діти нерідко народжуються від здорових батьків, які є гетерозиготними носіями мутантного гена. Родинні шлюби різко підвищують можливість народження хворої дитини. Частота захворювання 1: 5571.

#### 12.1.2. Організаційні обстеження новонародженого на фенілкетонурію

1. Обстеження здійснюють за умови одержання інформованої згоди матері.
2. Мета скринінгу: раннє виявлення захворювання і призначення дієтичного лікування хворим до досягнення 8-тижневого віку. Ці терміни початку лікування дозволяють забезпечити повноцінний психічний розвиток дитини.
3. Показання: обстежують усіх новонароджених у віці 48-72 год життя (обов'язковою умовою скринінгу є годування дитини грудним молоком або молочною сумішшю протягом щонайменше 24 години до забору крові).
4. Протипоказань немає.

#### 12.1.4. Результати тестування і подальші дії

Скринінгова лабораторія негайно повідомляє лікувально-профілактичний заклад **за місцем проживання та спостереження дитини** у разі позитивного результату. У разі позитивного результату тесту здійснюється огляд новонародженого лікарем-генетиком і повторний аналіз крові. Якщо діагноз ФКУ підтверджується, необхідно терміново починати

лікування, що дозволяє запобігти тяжким наслідкам порушень розумового розвитку дитини.

## **12.2. Обстеження новонародженого на природжений гіпотиреоз**

### 12.2.1. Загальні положення

Природжений гіпотиреоз (ПГТ) – група захворювань, що супроводжуються зниженою продукцією тиреоїдних гормонів. У понад 70% хворих ПГТ виникає в результаті дизембріогенезу щитоподібної залози. Крім цього, причиною гіпотиреозу може бути порушення синтезу тиреоїдних гормонів (4-15%) або нечутливість тканинних рецепторів до гормонів щитоподібної залози. 10-15% випадків гіпотиреозу пов'язують з порушеннями у гіпоталамо-гіпофізарній системі.

Нестача тиреоїдних гормонів у плода веде до порушення диференціювання мозку. Ці зміни є незворотними у разі пізнього виявлення та початку лікування після 2-3 тижневого віку [А].

### 12.2.2. Організаційні умови обстеження новонародженого на ПГТ

1. Обстеження здійснюють за умови одержання інформованої згоди матері.
2. Мета скринінгу: раннє виявлення захворювання та призначення лікування хворим новонародженим.
3. Показання: обстежують всіх новонароджених у віці 48-72 год життя до виписки з пологового будинку (з тим, щоб у випадку сумнівного результату повторити тест, а у випадку повторного позитивного тесту – забрати кров з вени для визначення рівня ТСТ та гормонів щитовидної залози в сироватці та одразу (не пізніше 3-го тижня життя) розпочати замісну терапію) [А]. Відповідно тест-бланк, що містить кров дитини, потрібно надіслати до лабораторії не пізніше 7 дня від моменту народження дитини.
4. Протипоказань немає.

12.2.3. Результати тестування і подальші дії. У разі позитивного або слабо-позитивного результату обстеження на гіпотиреоз скринінгова лабораторія, повідомляє лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання дитини та пологовий (інший) стаціонар де були взяті аналізи.

## **12.3. Обстеження новонародженого на природжену гіперплазію кори надниркових залоз (адреногенітальний синдром)**

### 12.3.1. Загальні положення

Природжена гіперплазія кори надниркових залоз спричинена дефіцитом ферментів, які беруть участь у синтезі стероїдних гормонів, що призводить до гіперпродукції андрогенних й естрогенних гормонів. Найчастіше (понад 93%) виявляють дефіцит 21-гідроксилази. Кількість виділених стероїдних гормонів безпосередньо залежить від типу патологічних змін у корі надниркових залоз і відповідної секреторної активності.

### 12.3.2. Організаційні умови обстеження новонародженого на адреногенітальний синдром

1. Обстеження здійснюють за умови одержання інформованої згоди матері.

2. Взяття зразків крові у новонароджених для скринінгу здійснюється на 3-5 добу після народження. У випадку, якщо дитину виписують з пологового будинку раніше другої доби, взяття зразка крові у зазначений термін забезпечується відповідною амбулаторною медичною установою за місцем фактичного проживання дитини.
3. Використовується фільтрувальний тест-бланк для забору зразків крові новонароджених з обов'язковим заповнюванням на ньому відомостей про новонародженого.
4. Протипоказань немає.

12.3.3. Результати тестування і подальші дії. У доношених новонароджених результат трактується як скринінг-позитивний, якщо двократне тестування зразка свідчить про рівень 17-ОН-прогестерону  $\geq 20$  нг/мл. У разі отримання позитивного результату скринінгу медико-генетичний центр протягом 24 год з моменту виявлення такого результату інформує про це педіатричну службу за місцем фактичного проживання дитини.

## **12.4. Обстеження новонародженого на муковісцидоз**

12.4.1. Загальні положення. Муковісцидоз у дітей раннього віку є найбільш частою спадковою поліорганною патологією, що характеризується вираженою генетичною гетерогенністю та клінічним поліморфізмом. Скринінг новонароджених на муковісцидоз ґрунтується на визначенні рівня імунореактивного трипсину у сухих плямах крові.

### 12.4.2. Організаційні умови обстеження новонародженого на муковісцидоз

1. Обстеження здійснюють за умови одержання інформованої згоди матері.
2. Взяття зразків крові у новонароджених з метою дослідження здійснюється на 3-5 добу після народження. У випадку, якщо дитину виписують з пологового будинку раніше другої доби, взяття зразка крові у зазначений термін забезпечується відповідною амбулаторною медичною установою за місцем фактичного проживання дитини.
3. Використовується фільтрувальний тест-бланк для забору зразків крові новонароджених з обов'язковим заповнюванням на ньому відомостей про новонародженого.
4. Протипоказань немає.

12.4.3. Результати тестування і подальші дії. Якщо рівень імунореактивного трипсину  $\geq 70$  нг/мл, результат трактується як позитивний. У разі виявлення позитивного результату скринінгу медико-генетичний центр протягом 24 год з моменту його отримання інформує про це педіатричну службу за місцем фактичного проживання дитини.

## **12.5. Методика забору крові для скринінгового обстеження**

1. Процедуру, як правило, виконує медсестра.
2. Спеціальний тест-бланк уважно заповнюють кульковою ручкою, зазначаючи відомості про новонародженого.
3. Місцем пункції є латеральна поверхня п'яти від лінії, проведеної від проміжку між 4-м та 5-м пальцями та п'ятою новонародженого (рис. 5). Якщо робити пункцію в ділянці проекції п'яткової кістки, можливе ушкодження

окістя, що призведе до ускладнення – п'яtkового остеомієліту. Місце пункції зігривають протягом 3-5 хв., потім протирають тампоном, змоченим в 70% розчині спирту, після чого просушують це місце стерильним тампоном, щоб уникнути гемолізу. Під час забору крові одноразовий скарифікатор спрямовують перпендикулярно до поверхні, глибина пункції – не більше ніж 2,5 мм (інакше виникає небезпека розвитку остеомієліту). Не слід масувати п'ятку, оскільки це підвищує ризик гемолізу, змішування інтерстиціальної та внутрішньоклітинної рідини. Першу краплю крові витирають стерильною ватною кулькою, потім після появи нової краплі крові прикладають до неї перпендикулярно до поверхні п'ятки спеціальний фільтрувальний тест-бланк, так, щоби кров просочила його у призначеному місці наскрізь. Діаметр кров'яної плями повинен бути рівним діаметру кола на папері з просяканням крові на зворотний бік.



*Рис. 5.* Прийнятні ділянки (заштриховано) забору крові з п'ятки новонародженої дитини.

4. Дозволити крові просохнути на кімнатному повітрі в горизонтальному положенні протягом двох або більше годин. Не складати докупи вологі бланки. Уникати дії тепла і прямого сонячного світла. Захищати бланки від випадкового контакту з рідиною.

### **13. Профілактика небезпечної (значної) жовтяниці**

13.1. В післяпологовому відділенні під час огляду новонародженого важливо своєчасно виявити жовтяницю, для чого медперсоналу слід слідкувати за її появою не рідше, ніж кожні 8-12 год [D].

13.2. Виявленню жовтяниці сприятимуть огляд новонародженого за умови достатнього (оптимально, денного) освітлення й оцінка кольору шкіри після легкого натискування на неї.

13.3. Жовтяниця, як правило, спочатку з'являється на обличчі і, зростаючи, поширюється на шкіру тулуба і кінцівок.

13.4. Важкість жовтяниці, оцінена візуально, може не співпадати з рівнем гіпербілірубінемії.

13.5. У разі виявлення значної жовтяниці (*табл. 3*), медичну допомогу новонародженому надають згідно з відповідним протоколом.

13.6. Критерії „значної” жовтяниці новонародженого

*Таблиця 3*

Вік дитини (години)	Локалізація жовтяниці	Висновок
До 24	Будь-яка	„Значна” жовтяниця
24-48	Кінцівки	
> 48	Стопи, кисті	

13.7. Недостатнє забезпечення калоріями і (або) дегідратація, пов'язані з недостатнім споживанням грудного молока, можуть спричинити розвиток важкої гіпербілірубінемії, тому збільшення частоти годувань грудьми запобігає цьому. Мати дитини повинна знати про необхідність годувати дитину грудним молоком в перші дні життя щонайменше 10-12 разів [С].

13.8. У разі появи жовтяниці важливо оцінити її важкість (*табл. 3*), загальний стан дитини, наявність будь-яких патологічних симптомів й адекватність об'єму молока, що споживається (кількість сечовипускань і випорожнень).

13.9. Приблизно 5-10 % немовлят на грудному вигодовуванні до 3 дня життя втрачають  $\geq 10\%$  маси тіла при народженні, тому всі новонароджені діти потребують ретельного динамічного спостереження за їх станом. Крім відсутності втрати маси тіла понад 10 %, ознакою адекватного грудного вигодовування вважаються достатній діурез (збільшення кількості повністю мокрих підгузків за добу до 4-6 до 4-го дня життя дитини) і щонайменше 3-4 дефекації за добу.

13.10. У разі споживання дитиною з прогресуючою жовтяницею недостатньої кількості грудного молока, що виявляється втратою  $\geq 10\%$  маси і зниженим діурезом, упродовж кількох днів слід забезпечити догодовування дитини молочною сумішшю, спрямувавши додаткові зусилля на підтримку лактації і якомога скоріше відновлення виключно грудного вигодовування.

13.10. «Випоювання» новонароджених водою або глюкозою не запобігає розвитку гіпербілірубінемії і не знижує рівень білірубіну сироватки [В].

13.11. Під час виписки батьки дитини повинні бути інформовані лікарем-педіатром-неонатологом про причини і необхідність спостереження за появою (динамікою) неонатальної жовтяниці [D].

## 14. Виписка новонародженого з акушерського стаціонару

14.1. Новонароджена дитина можна виписати з пологового стаціонару на третю добу життя, якщо її загальний стан, а також рівень підготовки та інформування матері з питань догляду та контролю стану дитини відповідають таким критеріям:

- 1) пуповинний залишок або ранка повинні бути сухими та чистими, без ознак запалення;
- 2) дитина підтримує температуру свого тіла у межах  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ ;
- 3) дитина має задовільний смоктальний рефлекс;
- 4) дитина вакцинована проти туберкульозу та гепатиту В й обстежена на фенілкетонурію, природжений гіпотиреоз, природжену гіперплазію кори надниркових залоз та муковісцидоз.

- 5) дитина має задовільний стан.
- 6) мати або члени сім'ї мають достатні навички догляду за дитиною.
- 7) мати інформована про попередження синдрому раптової смерті.
- 8) мати інформована про загрозливі стани дитини, у разі виникнення яких слід негайно звертатися по медичну допомогу:
  - дитина почала погано смоктати або відмовляється від грудей;
  - судоми;
  - порушення дихання (часте або утруднене);
  - гіпо- або гіпертермія;
  - пупкова ранка почервоніла або з неї з'явилися гнійні виділення;
  - м'язова гіпотонія або підвищена збудливість дитини;
  - блювота або діарея;
- 9) в день виписки дитину зважено й оглянуто лікарем-педіатром-неонатологом, інформовано лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання дитини про виписку з пологового стаціонару.
- 10) виписка з карти новонародженого (Ф097/о) заповнена правильно, містить необхідний обсяг інформації та рекомендації для забезпечення медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною медичними працівниками лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання дитини.

14.2. У перші дві доби після виписки додому всі новонароджені оглядаються вдома дільничним лікарем-педіатром (лікарем загальної практики-сімейним лікарем) з метою оцінки їх стану, включаючи наявність жовтяниці. Час проведення такого огляду визначається тривалістю госпіталізації в пологовому будинку. У випадку виписки дитини на 3-тю добу життя такий огляд рекомендується провести до досягнення немовлям віку 120 годин (5 днів) [С].

## 15. Правила миття і дезінфекції рук

### 15.1. Основні види обробки рук

Вид обробки	Мета обробки
1. Звичайне миття рук з милом	Видалення бруду та транзиторної флори, яка колонізує шкіру рук медичного персоналу внаслідок контакту з інфікованими або контамінованими об'єктами
2. Гігієнічна антисептика	Видалення та знешкодження транзиторної мікрофлори рук

### 15.2. Звичайне миття рук з милом

#### 15.2.1. Загальні положення

- Звичайне миття рук з милом дозволяє видалити більшу частину (до 99%) транзиторної мікрофлори з забруднених рук.
- Дуже важливо дотримуватись техніки миття рук, дослідження показали, що при рутинному митті рук подушечки пальців та внутрішні поверхні залишаються контамінованими.

### 15.2.2. Основні показання для миття рук

- Перед та після контакту з пацієнтом.
- Після користування туалетом.
- Перед і після прийому їжі.
- У всіх випадках коли руки забруднені.

### 15.2.3. Рекомендована техніка миття рук

- Зняти персні та інші прикраси, так як вони затрудняють ефективне видалення мікроорганізмів.
- Під помірним тиском теплої води слід енергійно намити руки і терти одна об одну не менше 15 с, після чого руки сполоснути. Треба намагатися охопити всі поверхні долонь і пальців.
- Висушити руки паперовим рушником, яким закрити кран.
- Не слід користуватись для висушуванням рук загальним рушником багаторазового користування.
- Персні, лак для нігтів затрудняють видалення мікроорганізмів.
- Використовувати для миття рук необхідно рідке мило з дозатором. Дозатори багатократного використання з часом забруднюються, тому не слід добавляти рідке мило в частково заповнений дозатор. Дозатор необхідно вимити, висушити і тільки після цього наповнювати свіжою порцією мила.

## 15.3. Гігієнічна антисептика

### 15.3.1. Загальні положення

Використовуються антисептичні препарати. Спиртові антисептики більш ефективні, чим водні розчини антисептиків.

### 15.3.2. *Показання для гігієнічної антисептики рук*

- Перед виконанням інвазійних процедур
- Перед і після маніпуляцій з ранами
- Перед і після маніпуляцій з катетерами
- Перед використанням рукавичок і після їх зняття
- Після контакту з виділеннями і предметами, які містили кров або мають вірогідність мікробної контамінації

### 15.3.3. *Рекомендована техніка проведення гігієнічної антисептики*

- При сильному забрудненні рук їх необхідно вимити спочатку з водою рідким милом, а потім нанести антисептик.
- Спиртовий антисептик 5мл нанести на руки і втирати до висихання (втирати руки не слід).

## 15.4. Використання рукавичок

### 15.4.1. Загальні положення

1. Використання рукавичок не замінює миття та антисептичну обробку рук.
2. Після догляду за пацієнтом рукавички необхідно зняти.
3. Не дозволяється використання однієї пари рукавичок для догляду за двома пацієнтами, навіть при умові миття та антисептичної обробки рукавичок.

#### 15.4.2. Показання до використання рукавичок [В]

- У всіх випадках, коли можливий контакт з кров'ю або іншими потенційно контамінованими матеріалами, слизовими оболонками.
- Рукавички знижують ризик професійного зараження при контакті з інфікованими пацієнтами і їх виділеннями.
- Рукавички знижують ризик зараження пацієнтів мікробами, які є частиною резидентної флори рук медичних працівників.
- Рукавички знижують ризик контамінації рук персоналу транзиторними збудниками і наступної їх передачі пацієнтам.



## Література

1. Andersson G.C. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Review. Cochrane library, Issue 1, 2004
2. Care of the umbilical cord: areview of the evidence. Geneva, WHO (document WHO/RHT/MSM/98.4)/ WHO (1999).
3. Delange F. Neonatal screening for congenital hypothyroidism: results and perspectives. *Horm Res.* 1997; 48(2):51-61.
4. B. Erenz, M. Jerzykowska, E. Wieja, A. Smorawińska, E. Korman. Wyniki badań przesiewowych w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy u noworodków w Wielkopolsce / Postępy w Neonatologii. Nr 9. problemy endokrynologiczne okresu noworodkowego. Poznań 1998.- S.6.
5. Essential newborn care. Report of a Technical Working Group Trieste, 25-29 April 1994/ WHO/FRH/MSM/96.13. Geneva, 1996.
6. G.M. Gandy. Examination of the neonate including gestational age assessment / Textbook of Neonatology. Ed by N.R.C. Robertson. Churchill Livingstone. Edinburgh London Madrid Melbourne New York and Tokyo, 1992, - P. 199-215
7. Harbour K., Miller I. A new system for grading recommendations in evidence-based clinical guidelines. *BMJ* 2001; 323-334.
8. Integrated Management of pregnancy and childbirth “Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice. WHO, Geneva 2003. Weigh and asses weight gain. K-7., Delivery and immediate postpartum care. D11.
9. Karlsson H. Skin-to-skin care: heat balance. *Arch DisChild*, 75: F 130-F 132, 1996.
10. Keith Kronemer, MD, Instructor, Department of Radiology, Section of Pediatric Radiology, Washington University Medical Center “Esophageal Atresia / Tracheoesophageal Fistula”
11. Kramer L.I. Advancement of dermal icterus in the jaundiced newborn. *Am J Dis Child.* 1969; 118:454-458.
12. Linda Tietjen, Debora Bossemeyer, Noel McIntosh “Infection prevention guidelines for Healthcare facilities with limited resources”.стор.25-10.
13. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation: clinical practice guideline / American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. *Pediatrics.* 2004; 114:297-316.
14. Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives. World Health Organization, 2004.C-51-52; F-155;(F-11);
15. W. Maskiewicz, E. Majewska, M. Kirdejczyk. Masowe badaniaprzemiesiewowe noworodków w kierunku wrodzonej niedomogitarczycy w latach 1995-1997 w regionie Wrocławsko-Opolskim [Масовий скринінг новонароджених щодо вродженої недостатності щитоподібної залози в 1995-1997 рр у регіоні Вроцлава і Ополь] / Postępy w Neonatologii. Nr 9. problemy endokrynologiczneokresu noworodkowego. Poznań 1998.- S. 62-67.
16. Routine umbilical cord care after delivery. Harroldo Capurro/ RHL practical aspects. WHO RHL # 7, 2004.
17. Rovet J, Daneman D. Congenital hypothyroidism: a review of current diagnostic and treatment practices in relation to neuropsychologic outcome. *Paediatr*

Drugs. 2003; 5(3):141-9.

18. Thermal protection of the Newborn: a practical guide. WHO/RHT/MSM/97.2. Geneva.1997;C 15.

19. Topical umbilical cord care at birth. Zupan J., Garner P. Cochrane review. Cochrane Library, issue 4, 2003.

20. Досвід впровадження системи інфекційного контролю в лікувально-профілактичних закладах. СПб:2003.223-230.

21. Наказ № 152 МОЗ України від 04.04.2005 «Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною

22. Наказ № 255 МОЗ України від 27.04.2006 «Про затвердження клінічного протоколу про надання медичної допомоги дітям «Жовтяниця новонароджених»

23. Наказ № 234 МОЗ України від 10.05.2007 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах»

24. Наказ № 221 МОЗ України від 29.03.2012 «Про затвердження Тимчасового порядку проведення скринінгу новонароджених на адреногенітальний синдром та муковісцидоз і оцінки його результатів»

25. Наказ № 551 МОЗ України від 11.08.2014 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні»

26. Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание. Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002. С 60, 63, 138.

27. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002. стр.5-9. Модуль 18.

28. Посібник з неонатології: Пер. з англ./ Джон Клоерті, ЕннСтарк (Ред.). –К.: Фонд допомоги дітям Чорнобиля, 2002. –772с.

29. Практичний посібник з неонатології / За ред. С. Езутачана, Д. Добрянського: Пер. з англ. –Львів: 2002. –344с.

30. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Мэррей Энкин, Марк Кейрс, Джеймс Нейлсон , 2000, стр.380, 458

31. Фенілкетонурія, клініка, діагностика, лікування. МОЗ України. Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи. 2001. С 26-27.