

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра пропедевтики педіатрії №1



**Періоди дитячого віку.  
Новонароджена дитина**

Методичні вказівки для підготовки до практичних занять  
(для студентів 3 курсу медичних факультетів).

Рекомендовано вченою радою ХНМУ  
(Протокол №5 від 23.05.2019 р)

Харків 2019

Періоди дитячого віку. Новонароджена дитина. Методичні вказівки для підготовки до практичних занять для студентів 3 курсу медичних факультетів. / Упор. Т.В. Фролова, І.І. Терещенкова, І.Р. Сіняєва, Г.С. Барчан. – Харків, 32 с.

Упорядники: Т.В. Фролова,  
І.І. Терещенкова,  
І.Р. Сіняєва,  
Г.С. Барчан.

## ТЕМА: ПЕРІОДИ ДИТЯЧОГО ВІКУ, ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ОСОБЛИВОСТІ.

Відповідно до Міжнародної Конвенції захисту прав дитини до дітей відносять людські індивідууми у віці від народження до 18 років.

Розвиток людського організму протікає безперервно впродовж усього життя, починаючи з моменту запліднення і кінчаючи смертю, але характер і форми цього процесу відмінні в різні вікові періоди.

Морфологічне і функціональне недорозвинення органів і тканин, і передусім нервової системи, робить дитину менш стійкою до деяких зовнішніх чинників, але це недорозвинення не можна ототожнювати з фізіологічною слабкістю і воно не завжди є негативним явищем. При правильно організованому догляді і раціональному харчуванні, дитина легко пристосовується до середовища і добре розвивається. Організм дитини починає страждати в тому випадку, якщо до нього пред'являються такі вимоги, які перевершують його можливості, без періоду поступової адаптації. Звідси витікає необхідність створення умов для розвитку дитини, що відповідають потребам організму в певному віковому періоді

У процесі онтогенезу людини виділяють два основні періоди, які базуються на сукупності вікових анатомо-фізіологічних особливостей:

- **внутрішньоутробний (в/у) період** характеризується органогенезом різних систем організму, що проявляється дуже значними змінами форми і будови органів при інтенсивному і диференційованому зростанні;

- **постнатальний період, або власно дитинство**, під час якого продовжується зростання, формування і розвиток дитячого організму. Збільшуються маса і поверхня тіла, що обумовлено розвитком тканин, органів і окремих частин тіла. Одночасно відбувається розвиток функцій органів і систем.

Кожен період характеризується своїми особливостями. Найбільш обґрунтованою видається класифікація періодів дитинства, в основу якої покладена схема М.П. Гундобіна.

### **I. Внутрішньоутробний період:**

- а) зародковий період (тривалість 7 днів);
- б) період імплантації (тривалість 40-48 годин);
- в) ембріональний період (тривалість 5-6 тижнів);
- г) неофетальний або ембріофетальний (тривалість 2 тижні)
- д) фетальний період (з 9-го тижня до народження):
  - ранній фетальний (з 9-го до кінця 28-го тижня);
  - пізній фетальний (після 28-го тижня до народження).

**II. Інтранатальний період** - з моменту регулярних переймів до народження дитини.

### **III. Позаутробний період:**

- період новонародженості (від народження до 28 днів життя);
- грудний вік (від 29 дня до 12-ти міс.);
- період раннього дитинства (від 1-го до 3-х років);
- дошкільний вік (від 3 до 6-7 років);

- молодший шкільний вік (дівчатка з 6 -7 до 11 років, хлопчики з 6-7 до 12 років);
- старший шкільний вік (дівчатка з 12 років, хлопчики з 13 років).

### **Характеристика періодів дитячого віку**

**І. Внутрішньоутробний період** – від моменту зачаття до народження – триває в середньому 270 днів, проте, на практиці розрахунок зазвичай ведуть на 280 днів, починаючи з першого дня останнього менструального циклу жінки.

Пологи, що відбуваються на 38-41 тижнях вагітності вважаються пологамі в строк, раніше 37-го тижня – передчасні, 42 тижні і більше – запізнілі.

Виділяють декілька періодів в/у розвитку.

**А. Гермінальний, або зародковий** період – починається від моменту запліднення яйце клітки і закінчується імплантацією бластоцита в слизову оболонку матки. Його тривалість 1 тиждень.

**Б. Період імплантації** – триває 40-48 годин. Ушкодження зиготи тератогенними чинниками в перші два тижні після запліднення викликають загибель зародка, позаматкову вагітність, вади розвитку з порушенням осі зародка (асиметричні і не повністю розділені близнюки, циклопія, аплазія нирок і т. п.). Вади розвитку, що виникли на цьому терміні гестації, в тому числі і внаслідок хромосомних аберацій і генних мутацій, називають *бластопатіями*.

**В. Ембріональний період** (від моменту прикріплення зародка до стінки матки до формування плаценти) триває 5-6 тижнів. Живлення зародка походить із зародкового мішка (амніотрофний тип живлення). Найважливішою особливістю періоду є закладка і органогенез майже усіх внутрішніх органів майбутньої дитини. Проте терміни максимального їх розвитку неоднакові. Залежно від цього утворюються ті або інші аномалії плоду. Ураження зародка під впливом тератогенних екзо- та ендогенних чинників називаються *ембріопатіями*. Вони проявляються вадами розвитку окремих органів і систем, тератомами (ембріоцитомами), перериванням вагітності.

**Г. Неофетальний (ембріофетальний).** Триває 2 тижні. Протягом цього періоду відбувається формування плаценти, закінчення формування внутрішніх органів, окрім ЦНС і ендокринної системи. Слід зазначити, що правильне формування плаценти сприятиме встановленню нормального плацентарного кровообігу і забезпечить подальше інтенсивне зростання плоду.

**Д. Фетальний період** триває з 9-го тижня в/у розвитку і до народження. Виділяють ранній фетальний півперіод (з 9-го тижня в/у розвитку до кінця 28-го тижня) і пізній фетальний півперіод (після 28-го тижня і до народження). Хвороби, що виникають під час цього періоду називаються *фетопатіями*. Ураження плоду можуть викликати передчасне припинення вагітності з народженням дитини з малою вагою та функціонально незрілої дитини, асфіксію при народженні, метаболічні та інші порушення адаптації до позаутробного життя. Пізній фетальний період забезпечує процес депонування багатьох компонентів живлення, які не можуть бути в достатній кількості введені дитині з материнським молоком (солі кальцію, заліза, міді, вітамін В<sub>12</sub>).

**II. Інтранатальний період** триває від появи регулярних пологових переймів до моменту перетискання пуповини (зазвичай від 2-4 до 15-18 годин). У цей час можливе виникнення травм центральної і периферичної нервових систем, порушення кровообігу або дихання, інфікування плоду патогенною мікрофлорою з пологових шляхів.

### **III. Позаутробний період**

**1. Період новонародженості** - період адаптації до позаутробного життя і триває з народження до 28-го дня. Виділяють *ранній неонатальний період* (від моменту перев'язки пуповини до закінчення 7-ої доби) і *пізній неонатальний період* (з 8-го по 28-й день життя дитини).

*Період з 28-го тижня в/у розвитку до 7-го дня життя називається перинатальним.*

Період новонародженості характеризується значними морфологічними, функціональними і біохімічними змінами:

- початок легеневого дихання і функціонування малого кола кровообігу з перекриттям шунтів в/у гемодинаміки (венозної та артеріальної проток, овального отвору) і зростанням кровотоку в судинах легенів і головного мозку;

- перехід на ентеральне харчування. Активність пластичних процесів і швидке збільшення маси тіла забезпечуються значною функціональною напругою шлунково-кишкового тракту і характером харчування. На зміну гематотрофному (плацентарному) харчуванню приходить лактотрофний тип (грудне молоко);

- організм дитини пристосовується до нових, позаутробних умов існування. Функції організму, активно трансформуючись, знаходяться в стані нестійкої рівноваги, тому новонародженій дитині властиві висока уразливість до несприятливих факторів і порушення процесів адаптації;

- відбувається заселення організму мікрофлорою;

- характерні пограничні (транзиторні) стани: фізіологічна еритема, жовтяниця, втрата маси тіла, статевий криз і т. д.

- незавершеність морфологічної будови багатьох органів і систем, у тому числі центральної і периферичної нервової системи, що проявляється особливостями регуляторних процесів функціональних систем організму новонародженої дитини. Процеси гальмування переважають над процесами збудження, починають вироблятися перші умовно-рефлекторні зв'язки з довкіллям. У трижизневу віці багато дітей починають відповідати на спілкування посмішкою і мімікою радості;

- своєрідність специфічної і неспецифічної ланок імунітету, що трактується як транзиторний імунодефіцит. Гуморальний імунітет забезпечується переважно материнськими IgG, що надходять трансплацентарно до плоду в останньому триместрі вагітності. Відсутність секреторного IgA компенсується тим, що в жіночому молоці міститься велика його кількість. Рівень IgM низький. Функціональна активність лімфоцитів низька, недосконала завершальна фаза

фагоцитозу. Характерна низька резистентність до умовно-патогенної, гноерідної, грамнегативної мікрофлори, деяких вірусів (герпес, цитомегаловірус, Коксакі В);

- схильність до генералізації інфекції;
- недосконалість терморегуляції.

#### ***Характерна патологія періоду новонародженості***

• стани, безпосередньо пов'язані з актом пологів: кардіореспіраторна депресія, асфіксія, синдром дихальних розладів, крововиливи в різні органи, родові травми, гемолітична хвороба та ін.;

- інфекції вроджені і придбані: в/у інфекції, захворювання пупкової ранки, ураження шкіри, кишечника, дихальних шляхів, сепсис;
- недоношеність;
- вади розвитку.

### **3. Грудний вік** триває з 29-го дня до кінця 1-го року життя.

#### ***Функціональні особливості:***

• тісний контакт дитини з матір'ю. Мати годує дитину своїм молоком; високі темпи зростання, морфологічного і функціонального вдосконалення усіх органів і систем. Упродовж першого року життя довжина тіла новонародженого збільшується на 50%, маса тіла потроюється;

• високий темп зростання забезпечується інтенсивним обміном речовин і переважанням анаболічних процесів, чим пояснюється висока потреба в основних поживних речовинах і калоріях. Відносна енергетична потреба дітей цього віку в 3 рази перевищує потребу дорослої людини. Для задоволення високої потреби в енергії дитина потребує більшої кількості їжі на кілограм маси;

• удосконалюються морфологічна структура і функції нервової системи дитини. У міру диференціювання ЦНС швидким темпом відбувається нервово-психічний розвиток дитини: з перших тижнів життя формуються умовні рефлексії (1-а сигнальна система) і рухові вміння, формуються складні локомоторні акти (функція кисті, самостійна ходьба), розвивається мова (2-а сигнальна система).

Після 3-4 міс. життя дитина втрачає придбаний імунітет, а формування власного імунітету відбувається порівняно повільно. Проте відсутність тісного контакту з іншими дітьми пояснює відносно рідкісну захворюваність дитячими інфекціями (кір, скарлатина, вітряна віспа, краснуха та ін.).

#### ***Характерна патологія грудного віку***

• затримка фізичного, нервово-психічного і інтелектуального розвитку. В умовах інтенсивного зростання неадекватне потребам зростаючого організму годування може привести до розвитку дефіцитних станів, таких як рахіт, анемія, дистрофія;

• зберігається схильність до генералізації запального процесу. Наприклад, при інфекційних захворюваннях можуть розвиватися судоми, токсикоз, зневоднення. Організм дитини чутливий до гноерідних мікробів і, особливо, до збудників кишкових інфекцій, у тому числі до вірусів і умовно-патогенної флори. Висока чутливість до РС-вірусу, вірусів парагрипу, аденовірусів;

- нерідко розвиваються шлунково-кишкові дисфункції, що пояснюється

анатоμο-фізіологічними особливостями органів травлення і необхідністю їх інтенсивного функціонування (висока потреба в пластичних речовинах і енергії);

- анатоμο-фізіологічні особливості органів дихання: вузькість дихальних шляхів, незрілість ацинусів та ін. сприяють виникненню бронхіолітів і пневмоній, перебіг яких характеризується особливою тяжкістю;

- перебіг дитячих інфекцій (кір, коклюш) атипічний і не залишає імунітету;

- висока частота виникнення синдрому раптової смерті.

#### **4. Період раннього дитинства (з 1 до 3 років).**

##### ***Функціональні особливості:***

- стрімке вдосконалення рухових умінь, розвиток інтелектуальної сфери і мови;

- збереження високих темпів зростання і розвитку;

- характерна велика ступінь зрілості функціональних систем;

- розширення контактів з іншими дітьми на фоні ще недосконалого імунітету;

- збереження підвищеної чутливості до несприятливих впливів зовнішнього середовища;

- поступова зміна характеру харчування: розширюється асортимент продуктів, «куськове» харчування, удосконалюються навички самостійної їди. Важливе значення має набуття гігієнічних навичок.

##### ***Характерна патологія періоду раннього дитинства***

- широко поширена інфекційна патологія: дитячі інфекції (вітряна віспа, скарлатина, кір, коклюш), ГРВІ та ін.;

- високий травматизм, у тому числі аспірація сторонніх тіл, випадкові отруєння;

- схильність до гіперплазії лімфоїдної тканини, прояву лімфатико-гіпопластичного діатезу;

- дебют значної частини алергічних захворювань.

#### **5. Дошкільний вік триває (від 3 до 6-7 років).**

##### ***Функціональні особливості:***

- дещо слабшає інтенсивність обміну енергії, що проявляється в поступовому зниженні основного обміну і напруженості процесів зростання;

- інтенсивний розвиток інтелекту, фізичної сили, спритності. Ускладнюється ігрова діяльність, покращується пам'ять. Дитина легко запам'ятовує вірші, переказує оповідання, засвоює іноземну мову, розвиваються тонкі рухові навички;

- удосконалюється мова, дитина починає логічно мислити, робити узагальнення. У 5 років словниковий запас складає 2500 слів;

- з'являються статеві відмінності в поведінці та іграх хлопчиків і дівчаток.

- зростає потреба в спілкуванні з іншими дітьми, наслідування як хорошему, так і поганому;

- у 5-6 років починається зміна молочних зубів на постійні;

- імунний захист уже досягає достатньої зрілості. Знижується схильність до

генералізації запального процесу і токсичних реакцій, при цьому клінічна картина багатьох захворювань набуває характеру хвороб дорослих;

- дитина готується йти до школи.

***Патологія, характерна для дошкільного віку:***

- гострі інфекційні захворювання не часті, їх перебіг легкий і, як правило, без ускладнень;
- висока частота atopічних і паразитарних захворювань. Починають формуватися хронічні захворювання полігенної природи; хвороби органів дихання, у тому числі алергічного походження;
- високий травматизм у цьому віці - головна причина смертності.

**6. Молодший шкільний вік** (дівчатка з 6-7 до 11 років, хлопчики з 6-7 до 12 років).

***Функціональні особливості***

- триває вдосконалення функцій організму дитини;
- відбувається зміна молочних зубів на постійні;
- характерні чіткі статеві відмінності між хлопчиками і дівчатками за типом зростання, дозрівання, статури;
  - швидко розвивається інтелект, покращується пам'ять, розвиваються складні координаційні рухи дрібних м'язів, завдяки чому можливе письмо;
  - дитина починає відвідувати школу, менше буває на свіжому повітрі, зростають навантаження на нервову систему і психіку, більше часу проводить за письмовим столом;

***Характерна патологія молодшого шкільного віку:***

- порушення постави і зору;
- карієс;
- зберігається висока інфекційна захворюваність;
- зростає частота шлунково-кишкових, серцево-судинних і алергічних захворювань;
  - збільшується число дітей з ожирінням;
  - головною причиною смертності залишається травматизм.

**7. Старший шкільний вік** (дівчатка з 12 років, хлопчики з 13 років).

***Функціональні особливості:***

- завершення дозрівання всіх морфологічних і функціональних структур;
- перебудова ендокринної системи, інтенсивне статеве дозрівання, становлення репродуктивної системи і сексуальної поведінки індивідуума;
- соціальні особливості, обумовлені змінами характеру і умов навчання, побуту, вибором професії;
- стрибок зростання, що поєднується з енергійною нейроендокринною перебудовою та інтенсифікацією діяльності всіх функціональних систем.
- гетерохронія розвитку органів і систем;
- формування психохарактерологічних особливостей, стереотипу по-поведінки і шкідливих звичок, що впливають на здоров'я не лише в підлітковому віці, але і в подальшому житті.

***Характерна патологія старшого шкільного віку :***



- порушення фізичного і статевого розвитку, проблема репродуктивного здоров'я;
- нестабільність гормональної, нейрогенної і вегетативної регуляції діяльності внутрішніх органів, що призводить до їх функціональних розладів, у тому числі до нейроциркуляторної дисфункції, дифузного нетоксичного зобу, гіпо- і гіпертонічним станам;
- захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрити, дуоденіти, виразкова хвороба);
- відзначається підйом хронічних запальних, аутоімунних, лімфопроліферативних і деяких вірусних захворювань зважаючи на ендокринну перебудову і посилення дії екзогенних факторів на імунну систему. Тяжкість атопічних захворювань у багатьох підлітків слабшає;
- ожиріння;
- поширення токсикоманії, наркоманії, захворювань, які передаються статевим шляхом.

**1. Основними фізіологічними особливостями переддошкільного періоду є, все, окрім:**

- A. інтенсивне формування лімфоїдної тканини
- \*B. зрілість імунного захисту
- C. зниження темпів фізичного розвитку
- D. інтенсивне збільшення м'язової маси
- E. період швидкого вдосконалення мови

**2. Переддошкільний період охоплює віковий проміжок:**

- A. з 1 року до 5 років
- B. з 3 років до 6 років
- \*C. з 1 року до 3 років
- D. період перебування дитини в дитячому дошкільному закладі
- E. з 3 років до 5 років

**3. Найбільш важливі характеристики пізнього неонатального періоду всі перераховані, крім:**

- A. інтенсивний розвиток зорового аналізатора
- \*B. функціонування малого кола кровообігу
- C. утворення умовних рефлексів
- D. виникнення тактильного контакту з матір'ю
- E. початок розвитку координації рухів

**4. Грудний період включає віковий проміжок:**

- A. від народження до 1 року
- B. від 1 місяця до 3 років
- \*C. від 29 дня життя до 1 року
- D. індивідуально, залежить від тривалості грудного вигодовування
- E. від 29 дня життя до 1 року 28 днів

**5. До ембріопатій відносяться:**

- A. незначні аномалії розвитку
- B. фізіологічні дефекти розвитку

- \*С. грубі вади анатомічного розвитку
- D. незрілість плода
- E. новонароджені з низькою масою тіла

**6. До дітей відносяться людські індивідууми віком:**

- A. від народження до 7 років
- B. від народження до 12 років
- C. від народження до 15 років
- D. від народження до 17 років
- \*E. від народження до 18 років

**7. Який період не відноситься до позаутробного етапу розвитку дитини:**

- A. неонатальний
- B. переддошкільний
- C. дошкільний
- D. пубертатний
- \*E. перехідний

**8. Основними фізіологічними особливостями старшого шкільного періоду є все, крім:**

- A. різка зміна функції ендокринних залоз
- \*B. заміна молочних зубів на постійні
- C. індивідуальний психологічний розвиток, становлення особистості
- D. становлення вегетативної нервової системи
- E. становлення серцевої діяльності

**9. У пізнанні навколишнього світу у дітей переддошкільного періоду, на відміну від старших дітей, бере участь:**

- A. зоровий аналізатор
- B. слуховий аналізатор
- \*C. рецепторний апарат порожнини рота
- D. тактильна чутливість
- E. центральна нервова система

**10. Найбільш характерними патологічними станами для дітей дошкільного віку є все, крім:**

- A. травматизм
- B. дитячі інфекційні хвороби
- \*C. порушення постави
- D. бронхіальна астма
- E. остаточна діагностика порушень в нервово-психічному розвитку.

**ТЕМА: НОВОНАРОДЖЕНА ДИТИНА. ОСОБЛИВОСТІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ. ТРАНЗИТОРНІ СТАНИ НОВОНАРОДЖЕНИХ**

Період новонародженості – це час адаптації дитини до переходу з в/у умов життя до позаутробного, який характеризується фізіологічною перебудовою роботи всіх функціональних систем організму. Сучасні принципи перинатальної допомоги базуються на концепції ВООЗ відносно фізіологічного ведення вагітності, пологів і фізіологічного догляду за дитиною за умови обмеження

медичних втручань. При здійсненні догляду і спостереження за новонародженим застосовуються методики і технології всіх рівнів з обов'язковим обліком виконання вимоги інформованої згоди матері.

### **Послідовність дій при здійсненні медичного спостереження за здоровим новонародженим в пологовій залі**

1. Одразу після народження акушерка викладає дитину на живіт матері, здійснює обсушування голови і тіла дитини заздалегідь підігрітою стерильною пелюшкою, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою і ковдрою.

2. Водночас лікар-неонатолог, а при його відсутності – акушер-гінеколог, здійснює первинну оцінку стану новонародженого з метою визначення:

- чи немає у новонародженого вроджених вад розвитку і інших патологічних станів, які вимагають невідкладного обстеження і втручання;
- чи відбулася рання фізіологічна адаптація новонародженого.

Оцінка стану новонародженого і медичний догляд за ним здійснюється відповідно наступного алгоритму (таблиця 1).

#### **Алгоритм оцінки стану новонародженої дитини**

Таблиця 1

Дихання	нормальне	Нерегулярне, відс.	нормальне	нормальне
Маса тіла/ строк гестації	> 2500; > 37 тижнів	> < 2500; ><37 тижнів	< 2500; > <37 тижнів	> < 2500; > <37 тижнів
Серцебиття	ЧСС не вимірюється, якщо дитина дихає, кричить, м'язовий тонус збережений	< 100/хв.	>100/хв.	> 100/хв.
Вроджена вада розв./родова травма	відсутня	відсутня	відсутня	наявне
Діагноз	здорова дитина	асфіксія	низька маса при народженні	вроджена вада розвитку /родова травма

При виявленні порушень ранньої фізіологічної адаптації і патологічних станів медичний огляд здійснюється відповідно до протоколів надання медичної допомоги.

3. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини акушерка, змінивши стерильні рукавички, пережимає і перетинає пуповину. Потім, за умови задовільного стану дитини (за результатами первинної оцінки стану новонародженого), перекладає дитину на груди матері.

Також, в акушерстві і педіатрії для оцінки тяжкості стану новонародженої дитини, використовується шкала Апгар (табл. 2). Оцінка стану дитини проводиться на 1-й і 5-й хвилини життя. Загальна оцінка складається з суми цифрових показників 5 ознак. За кожною ознакою виставляється 0, 1 або 2 бали.

Стан новонародженої дитини вважається задовільним при оцінці від 10 до 8 балів, середньої тяжкості від 7 до 4 балів, важке – від 3 до 1 балу. Оцінка 0 балів відповідає клінічній смерті.

**Шкала Апгар**

Таблиця 2

Показник	0	1	2
<b>ЧСС</b>	Відсутнє	Брадикардія (< 100 в хв)	≥ 100 / хв.
<b>Дихання (крик)</b>	Відсутнє	Крик слабкий, рідкі поодинокі дихання, дихання не ритмічне	Ефективне, ритмічне дихання, крик голосний
<b>М'язовий тонус</b>	Відсутній	Невелике згинання кінцівок	Активні рухи
<b>Рефлекторна реакція</b> (тактильна стимуляція, натискання на п'ятку)	Відсутня	Гримаса болю	Виражена добре: крик, рухи
<b>Колір шкіри</b>	Загальний ціаноз або блідість	Тіло рожеве, кінцівки ціанотичні	Рожевий

**NB)** – результати оцінки за шкалою Апгар не використовують для визначення тактики реанімаційних заходів;

- не можна відкладати надання невідкладної медичної допомоги дитині з дихальною депресією до моменту проведення оцінки на 1 хв.

4. Далі акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого впродовж усього часу перебування дитини в пологовій залі.

5. При появі пошукового і смоктального рефлексів (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) акушерка допомагає здійснити перше прикладання дитини до грудей матері.

6. Через 30 хв. після народження акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній області і записує результати термометрії в карту розвитку новонародженого (ф. 097/у).

7. Не пізніше за першу годину життя дитини акушерка проводить новонародженому профілактику офтальмії з використанням очних крапель: 0,3% розчину офлоксацина (флорсал) або 0,3% розчину тобраміцина (тобрекс) відповідно до інструкції застосування, одноразово.

8. Контакт "шкіра до шкіри" триває не менше 2 годин в пологовій залі.

9. Після завершення контакту "шкіра до шкіри" акушерка переносить дитину на зігрітий сповивальний стіл, проводить обробку і клемування пуповини, зважування, вимір довжини тіла, обводу голови і грудної клітки.

10. Перед переводом дитини і матері в палату загального перебування, лікар-неонатолог проводить первинний лікарський огляд новонародженої дитини і записує отримані дані в карту розвитку новонародженого.

11. Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використання чистого домашнього одягу.

12. Далі дитина з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату загального перебування з дотриманням умов «*Теплового ланцюжка*».

Забезпечення умов теплового ланцюжка здійснюється під час пологів і в перші дні після народження з метою зменшення втрати тепла новонародженим. Невиконання хоч би одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок і ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5-37,5°C при вимірюванні в аксиллярній ділянці. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку в новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововилив, судоми).

### **Десять кроків теплового ланцюжка**

1. *Тепла пологова кімната (операційна) (В)*. Приміщення повинно бути чистим і теплим, без протягів. Оптимальною (безпечною) для матері і дитини вважається температура довкілля 25-28°C. Усе необхідне для зігрівання дитини (пелюшка, шапочка, шкарпетки, сорочечка, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2. *Негайне обсушування дитини (В)*. Відразу після народження (до перетину пуповини) акушерка повинна обсушити тіло і голову дитини стерильною сухою, заздалегідь підігрітою, пелюшкою. Покласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологу пелюшку треба відкласти, одягнути на новонародженого чисті шапочку і шкарпетки, накрити чистою сухою заздалегідь підігрітою пелюшкою.

3) *Контакт "шкіра до шкіри" (С)* запобігає втраті тепла і сприяє колонізації організму дитини мікрофлорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою заздалегідь підігрітою пелюшкою і спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переводу в палату загального перебування не менше 2 годин. З метою дотримання правил теплового ланцюжка перший вимір температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хв. після народження.

4. *Грудне вигодовування (А)* треба починати якомога раніше впродовж першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування і знаходиться з матір'ю в контакт "шкіра до шкіри". Не треба змушувати дитину починати перше годування, якщо вона не проявляє ці ознаки.

5) *Відкласти зважування і купання (В)*. Купання і зважування новонародженого відразу після народження призводить до втрати тепла, тому ці процедури необхідно відкласти. При обсушуванні дитини відразу після пологів кров, меконій частково видаляють із шкіри новонародженого. Залишки родової змазки повністю не видаляють, оскільки вона виконує захисну функцію. Перше купання доцільніше здійснити вдома.

6) *Правильно одягнути і загорнути дитину (А)*. Туге сповивання шкідливе для новонародженого тому, що зменшує ефективність підтримування тепла дитиною, обмежує активні і дихальні рухи дитини.

7) *Цілодобове загальне перебування матері і дитини (А)*. За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово знаходитися разом з матір'ю в одному приміщенні. Загальне перебування матері і дитини забезпечує

годування за вимогою (респонсивне годування), профілактику гіпотермії і розвиток внутрішньолікарняної інфекції.

8) *Транспортування в теплих умовах (В)*. Якщо дитину необхідно транспортувати в інше відділення (палату), медичний персонал зобов'язаний забезпечити підтримку і контроль температури тіла дитини для запобігання виникнення гіпотермії. У палату загального перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю. При народженні дитини шляхом кесарева розтину новонароджений транспортується в кувезі або в дитячому ліжечку, накритий теплою ковдрою.

9) *Реанімація в теплих умовах*. Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку, з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів в теплих умовах.

10) *Підвищення рівня підготовки і знань*. Усі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку і навички дотримання принципів теплового ланцюжка. Члени сім'ї інформуються медичними персоналом відносно важливості підтримки нормальної температури тіла дитини.

Під загальним перебуванням матері і новонародженого (А) слід розуміти їх загальне перебування в одній кімнаті впродовж 24 годин на добу з моменту народження до моменту виписки з пологового будинку. Загальне перебування матері і її дитини включає такі етапи:

- 1) контакт "шкіра до шкіри" в пологовій залі;
- 2) загальне транспортування дитини з матір'ю в палату загального перебування;
- 3) виключно грудне вигодовування за вимогою;
- 4) догляд матері за своєю дитиною із залученням членів сім'ї;
- 5) обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- 6) усі призначення і маніпуляції (вакцинація, неонатальний скринінг) виконуються в палаті загального перебування в присутності і з дотриманням вимоги проінформованої згоди матері.

Температура тіла дитини вимірюється 2 рази на добу. Медична сестра впродовж першої доби навчає матір правильному проведенню термометрії, і надалі вона сама вимірює температуру тіла дитини.

Догляд за шкірою і підмивання новонародженого під теплою проточною водою впродовж першої доби здійснює медична сестра. Надалі підмивання новонародженого проводить матір.

*Абсолютні протипоказання до загального перебування матері і дитини:* 1) відкрита форма туберкульозу; 2) гострі психічні захворювання матері.

#### **Рутинні (звичайні) медичні втручання.**

Більшість новонароджених не потребують проведення рутинних медичних втручань, у тому числі оглядів лікарями-фахівцями. Кожне медичне втручання має бути обґрунтованим і безпечним для дитини і проводиться з дотриманням вимог інформованої згоди матері.

**1. Відсмоктування слизу з ротової порожнини і носоглотки (В).** Здорові новонароджені не потребують проведення відсмоктування слизу з ротової

порожнини і носоглотки. Якщо виникає необхідність забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів у здорового новонародженого, слід застосовувати грушу, оскільки при її використанні достовірність виникнення ускладнень менша, ніж при відсмоктуванні катетером.

**2. Перевірка прохідності стравоходу.** Здорові новонароджені не потребують рутинної перевірки прохідності стравоходу.

*Показання для обов'язкової перевірки прохідності стравоходу:*

- 1) наявність в акушерському анамнезі багатоводдя (полігідроамніон);
- 2) виявлення при ультразвуковому дослідженні вагітної маленького шлунку плоду або його відсутність;
- 3) наявність у новонародженої дитини наступних клінічних ознак:
  - велика кількість пінистих виділень з ротової порожнини;
  - при спробі годування дитини молоком відбувається його повернення;
  - напади кашлю з апное і ціанозом.

*Негативні наслідки відсмоктування слизу і проведення перевірки прохідності стравоходу:* розвиток аритмії і брадикардії; ларингоспазм; високий ризик інфікування.

3. Цитологічне і бактеріологічне дослідження шлункового аспірату в новонародженої дитини проводити недоцільно із-за високого ризику ускладнень і низької діагностичної цінності.

4. Проведення бактеріологічних досліджень калу, посівів з шкіри і пуповини у здорових новонароджених недоцільно внаслідок їх низької діагностичної цінності.

5. Здорові новонароджені не потребують додаткових параклінічних обстежень (лабораторні, рентгенологічні, УЗД і т. п.), а також консультацій лікарів-фахівців. *Лабораторне дослідження крові проводиться:* 1) якщо дитина народилася від матері, яка має 0 (I) групу крові і/або негативний Rh-фактор. Таким дітям необхідно визначити групу крові і Rh-фактор шляхом дослідження пуповинної крові (B). 2) якщо жінка не обстежена на рівень Rh-антитіл і має негативний Rh-фактор, необхідно в дитини визначити рівень білірубіну пуповинної крові.

6. Перше зважування новонародженого здійснюють в пологовій залі після проведення контакту "шкіра до шкіри" і прикладання дитини до грудей, перед переводом дитини в палату загального перебування матері і дитини. Під час зважування дотримуються принципів забезпечення теплового ланцюжка з метою запобігання переохолодження дитини. Здоровий новонароджений не потребує щоденного зважування. Зважування проводять щодня тільки за медичними показаннями. Перед випискою з пологового стаціонару зважування дитини є обов'язковим.

### **Лікарське спостереження за новонародженим**

1. Первинна оцінка стану новонародженого здійснюється неонатологом, а за його відсутності – акушером-гінекологом, відразу після народження дитини.

2. Первинний лікарський огляд новонародженого проводиться в пологовій залі лікарем-неонатологом перед переводом дитини в палату загального перебування

матері і дитини. Доктор повинен обов'язково записати результати огляду в карту розвитку новонародженого і проінформувати батьків про стан здоров'я дитини на момент огляду.

3. Надалі неонатолог оглядає дитину щодня, відмічаючи і записуючи зміни в динаміці в карту розвитку новонародженого. Він інформує матір відносно стану здоров'я дитини, дає рекомендації по догляду за дитиною.

4. Лікарський огляд новонародженого здійснюється по системно, не допускаючи переохолодження дитини.

5. Перед оглядом дитини лікар мие руки і знезаражує фонендоскоп.

6. У день виписки дитини з пологового будинку обов'язково проводиться огляд неонатолога.

Первинний лікарський огляд новонародженого в пологовій залі проводиться з метою:

- визначення наявності або відсутності в дитини вродженої аномалії, ознак інфекції, інших патологічних станів, які вимагають негайного медичного втручання;

- проведення комплексної оцінки стану новонародженого за результатом первинного лікарського огляду, з урахуванням даних анамнезу і зробити відповідні призначення відносно подальшого медичного спостереження.

- здійснення оцінки адаптації новонародженого (табл. 4);

**Показники адаптації**

Таблиця 4

<b>Ознаки</b>	<b>Межі норми</b>
Частота серцебиття	100-160 уд. за хв.
Частота дихання	30-60 за хв.
Колір шкіри	Рожевий, відсутній центральний ціаноз
Руки	Активні
М'язовий тонус	Задовільний
Температура новонародженого	36,5 - 37,5 <sup>0</sup> C

### **Схема первинного лікарського огляду новонародженого:**

1) *Колір шкіри* відображає ефективність кардіо-респіраторної адаптації. У здорових новонароджених дітей уся шкіра рожева. Під час крику шкіра може бути з легким ціанотичним відтінком. Шкіра гладка, еластична, злегка набрякла і вкрита **vernices caseosae**. Тургор м'яких тканин задовільний. У переносених дітей шкіра суха і може лущитися. Необхідно звернути увагу на наявність міліа, монголоїдних плям, токсичної еритеми. Ці стани не потребують лікування.

Звертають увагу на наявність жовтяниці, набряків, пальпують лімфовузли. Поява жовтяниці в першу добу після народження є патологічним симптомом. Симптом "білої плями" перевіряється шляхом легкого натиснення на м'яку тканину. У здорової дитини пляма зникає через 3 сек. Збереження плями понад 3 сек. свідчить про порушення мікроциркуляції.

2) *Огляд голови:* форма голови може бути овальною, брахіцефалічною або доліхоцефалічною. Обвід голови у доношених дітей 34-36 см (допускається 32-38



см). У разі наявності кефалогематоми необхідно відмітити розміри з вказівкою меж і консистенцію.

Визначаються розміри і стан великого і малого тім'ячок. Оцінюються черепні шви: сагітальний шов може бути відкритий і ширина його має бути не більше 3 мм. Інші шви черепа пальпуються на межі з'єднання кісток.

3) *Загальний вигляд обличчя* визначається відповідно до положення очей, носа, рота, відмічають наявність ознак дизморфії.

4) *Ротова порожнина*: оцінюють колір слизової оболонки (рожева), симетричність кутів рота, цілісність піднебіння ("вовча паща") і верхньої губи ("заяча губа").

5) *Очі*: звертають увагу на наявність або відсутність аномалії розвитку (катаракта, глаукома) і крововиливу в склеру, колір склери, симетричність і розміри зіниць, ознаки кон'юнктивіту і т. п.

6) *Органи слуху*: оглядають зовнішній слуховий прохід, форму і положення вушних раковин. Зміна форми і розташування вушних раковин спостерігається при багатьох дизморфічних синдромах.

7) *Ніс*: звертають увагу на форму носа, наявність деформацій.

8) *Шия*: при огляді звертають увагу на наявність або відсутність кривоший.

9) *Грудна клітка* в нормі циліндричної форми. Нижня апертура розгорнута, положення ребер симетричне і наближається до горизонтального.

10) *Легені*: звертається увага на відсутність або наявність при диханні втягнень яремної ямки, міжреберних проміжків, мечовидного відростка, При аускультатії над легенями вислуховується ослаблене дихання.

11) *Серце*: проводиться аускультатія, оцінюється характер тонів, наявність додаткових шумів.

12) *Живіт* має бути округлої форми, брати участь в акті дихання, м'який, доступний глибокій пальпації. Визначають нижню межу печінки і селезінки. У нормі печінка може виступати на 1-2 см з-під краю реберної дуги. Край селезінки не пальпується, або може пальпуватися під реберною дугою.

13) *Статеві органи* мають бути чітко сформованими за жіночим або чоловічим типом. У хлопчиків наявність фімозу є фізіологічною. Яечка у доношених новонароджених хлопчиків пальпуються в мошонці. У доношеної дівчинки великі статеві губи прикривають малі. Визначають наявність анусу.

14) У паховій ділянці пальпаторно перевіряють симетричність пульсу на стегнових артеріях. Зменшення наповнення пульсу може свідчити про коарктацію аорти, а збільшення – про відкриту артеріальну протоку.

15) Звертають увагу на форму кінцівок, можливу клишоногість, кількість пальців на руках і ногах. Перевіряють відсутність вивиху і дисплазії кульшових суглобів. У нормі при розведенні в тазостегнових суглобах відзначається повне розведення стегон, симптом "кляцання" негативний. При огляді спини можливе виявлення спинномозкової грижі.

16) При дослідженні *неврологічного статусу* визначають м'язовий тонус – утробна (флексорна) поза дитини. При вентральному підвішуванні голова на одній лінії з тулубом; перевіряються фізіологічні рефлекси новонароджених.

Пошуковий, смоктальний і ковтальний рефлекси оцінюють під час годування грудьми.

17) Здоровим доношеним новонародженим, в яких маса тіла знаходиться між 10-м і 90-м перцентилями, гестаційний вік не визначається. Показанням до його визначення є мала маса тіла і невідповідність фізичного розвитку гестаційному віку.

**Нижче вказані ознаки доношеності та зрілості дитини (табл.3)**

**Ознаки доношеності та зрілості дитини**

Таблиця 3

<b>Ознака</b>	<b>Доношений</b>	<b>Недоношений</b>	<b>Переношений</b>
<b>Строк гестації</b>	між 37-42 тижнями вагітності	між 28-37 тижнями вагітності	більш за 42 тижень гестозу
<b>Шкіра</b>	Гладка, злегка набрякла, суха, рожева	зморщена	дуже суха, лущиться
<b>Лануго</b>	На плечах і між лопатками	По всій поверхні тіла	на плечах і між лопатками
<b>Розвиток п/ж шару</b>	Достатнє	Недостатнє	декілька знижений
<b>Нігтьові пластинки</b>	Виповнюють повністю нігтьове ложе	Не виповнюють нігтьове ложе	Виходять за межі нігтьового ложа
<b>Локалізація пупкового кільця</b>	На середині між симфізом і мечоподібним відростком	Ближче до симфізу	На середині між симфізом і мечоподібним відростком
<b>Антропометричні параметри</b>	Середні	Нижче за норми	Середні
<b>Статеві органи - хлопчики</b>	Яєчки знаходяться в мошонці	Локалізація різна в залежності від ступеня недоношеності	Яєчки знаходяться в мошонці
<b>- дівчатка</b>	Великі статеві губи прикривають малі	Великі статеві губи не прикривають малі	Великі статеві губи прикривають малі

### **Особливості догляду за новонародженим**

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

Пуповина містить 1 вену, 2 артерії та мукоїдну тканину (Вартонів **студінь**). Після пологів починається бактеріальна колонізація пуповини і шкіри як результат контакту "шкіра до шкіри". Після перетину і клемування пуповини починається її лейкоцитарна інфільтрація, яка є одним з етапів відпадання пуповини. Невелика кількість каламутного 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 днів, але це може зайняти і більше часу.

Накладення пов'язки на пуповинний залишок і рутинне застосування антисептиків зменшує рівень колонізації дитини мікрофлорою матері і

лейкоцитарну інфільтрацію пуповини, тому може привести до затягування термінів відпадання пуповини і до інфікування пуповинного залишку госпітальною мікрофлорою (А).

- Цілодобове загальне перебування і відмова від рутинного використання антисептиків, пов'язок, дуже важливі для фізіологічної колонізації непатогенною флорою і попередження інфікування дитини нозокоміальною флорою від рук медичного персоналу. Під час перетину і клемування пуповини потрібне чітко дотримуватися основних правил:

- ретельне миття рук;
- використання тільки стерильних інструментів і рукавичок;
- використання чистого одягу дитини;
- не накривати пуповинний залишок, пупкову ранку підгузниками;
- ретельно стежити за ознаками інфекції: гіперемія; набряк; гнійне або сукровичне відділяєме, поганий запах.

*Правила перетину і клемування пуповини в пологовій залі (операційній)*

- замінити використані рукавички на стерильні перед тим, як накласти стерильні затискачі Кохера на пуповину приблизно через 1 хв. після народження дитини.

- перерізати пуповину стерильними ножицями.

- через 2 години після народження акушерка перекладає дитину на сповивальний столик і накладає стерильну одноразову клему на 2-3 см від пупкового кільця.

- обробляти культю пуповини антисептиком, антибіотиками недоцільно (А).

#### **Догляд за пуповинним залишком (А) передбачає:**

- обов'язкове ретельне миття рук медперсоналом і матір'ю.

- пуповинний залишок не треба накривати пов'язкою або підгузниками (А).

- немає необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками і антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини "шкіра до шкіри" з подальшим загальним перебуванням (А).

- за умови відсутності раннього контакту "шкіра до шкіри" матері і дитини і подальшого відділення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку і пупкової ранки 1% розчином діамантового зеленого (В).

- одяг дитини має бути чистим.

- при забрудненні пуповинного залишку (сеча, випорожнення і т. і.) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом і ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою.

- необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим і чистим.

- стежити за появою вірогідних ознак інфекції.

#### **Догляд за пуповинним залишком (пупковою ранкою)**

##### **після виписки з пологового будинку**

- Дитину можна виписувати додому з пуповинним залишком, який не має ознак інфекції, за умови проведення медичним персоналом пологового будинку навчання і освоєння матір'ю навичок догляду за пуповинним залишком (А).

- Необхідно підтримувати пуповинний залишок (пупкову ранку) завжди сухим і чистим.

- Не накривати пуповинний залишок (пупкову ранку) підгузками.

- До загоєння пупкової ранки купати дитину в кип'яченій воді.

- Ретельно стежити за появою ознак інфекції.

### **Догляд за шкірою.**

Оскільки шкіра є захисним органом і кожне порушення її цілості може створювати можливість проникнення інфекції. Дитина покрита верхніми шкірними залозами (секрет сальних залоз і продуктів розпаду епідермісу), який захищає шкіру новонародженого. Без медичних показань немає необхідності, використати для догляду за шкірою новонародженого присипки, мазі і інші засоби. Одяг новонародженого має бути чистим і сухим.

Підмивання дитини здійснюють під теплою проточною водою так, щоб тіло не торкалося раковини, дівчатка спереду у напрямі до сідниці. Перше купання новонародженого слід здійснити в домашніх умовах. Огляд шкіри проводиться щодня неонатологом.

### ***Профілактика геморагічної хвороби новонародженого (А)***

Причиною виникнення геморагічної хвороби новонародженого являється дефіцит вітаміну К. Вітамін К призначається всім новонародженим з метою профілактики геморагічної хвороби.

Профілактичне введення вітаміну К проводиться одноразово, в першу добу після народження (водиться 1,0 мг/в/м). За наявності пероральної форми вітаміну К рекомендована доза препарату 2 мг вводиться в першу і сьому добу життя.

**Вакцинація новонароджених проти гепатиту В** здійснюється за умови проінформованої згоди матері. Вакцинації проти гепатиту В підлягають усі здорові новонароджені до виписки з пологового будинку. Вакцинацію новонароджених проводять безпосередньо в палаті після огляду дитини неонатологом з письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в карті розвитку новонародженого (ф. 097/у).

Дітям, народженим від матері з невизначеним або позитивним статусом HBsAg, щеплення проводиться відразу після народження (краще в перші 12 годин після народження).

Дітям, які народилися від матері з позитивним HBsAg статусом, за наявності специфічного імуноглобуліну проти гепатиту В рекомендовано одночасне його введення з вакциною. При цьому введення імуноглобуліну і вакцини здійснюється не пізніше першого тижня життя і в різні ділянки тіла.

Недоношеним новонародженим, які народилися з масою тіла менше 2000 г від матері з негативним статусом HBsAg, вакцинація проводиться при досягненні дитиною маси тіла 2000 г або через 1 місяць.

Якщо дитина у важкому стані, проводити імунізацію слід після поліпшення стану перед випискою з лікарні. У тому випадку, коли дитина не була щеплена при народженні, слід провести щеплення впродовж першого місяця без попереднього обстеження крові на наявність HBsAg.

Новонародженим вакцина вводиться внутрішньом'язово, в передньобоккову поверхню стегна (чотириглавий м'яз).

Побічні реакції на введення вакцини проти гепатиту В зустрічаються рідко, проте, можуть бути слабо виражені і зникати впродовж 2-3 тижнів. У місці ін'єкції можуть спостерігатися гіперемія, больова реакція; можлива субфебрильна температура.

**Вакцинація проти туберкульозу** проводиться усім новонародженим, за умови проінформованої згоди матері та відсутності протипоказань, на 3-5-у добу життя.

Щеплення проводить спеціально підготовлений медичний персонал, безпосередньо в палаті після огляду дитини неонатологом з письмовим обґрунтуванням призначення вакцинації в карті розвитку новонародженого (ф. 097/у).

*Вакцинація не проводиться:*

а) якщо дитина хвора, імунізація проводиться після одужання і обов'язкова до виписки з лікарні;

б) якщо мати дитини хвора на активну форму туберкульозу легенів і отримувала лікування менш ніж за 2 місяці до пологів або у жінки діагностований туберкульоз після народження дитини, враховуючи високий ризик інфекції в новонародженій дитині, вакцинація не проводиться. Рекомендована профілактична доза ізоніазиду 5 мг/кг ентерально 1 раз на добу;

в) при народженні недоношеної дитини масою менше 2000 г вакцинація проти туберкульозу здійснюється після досягнення дитиною маси тіла 2000 г обов'язково до виписки з лікарні.

Вакцину БЦЖ застосовують відповідно до інструкції і вводять внутрішньошкірно у верхню третину плеча.

При нормальній реакції на введення в місці ін'єкції розвивається специфічна реакція у вигляді папули розміром 5-10 мм в діаметрі. У новонароджених нормальна вакцинальна реакція з'являється через 6-8 тижнів. Реакція має зворотний розвиток впродовж 2-3 міс., іноді і в більш тривалий термін. У 90-95% вакцинованих дітей, на місці щеплення, повинен утворитися поверхневий рубчик 5-10 мм в діаметрі.

Ускладнення після вакцинації і ревакцинації БЦЖ можливі порівняно рідко і зазвичай носять місцевий характер. Ускладненнями вважаються: підшкірні холодні абсцеси; виразка на місці внутрішньошкірного введення вакцини БЦЖ; лімфаденіт регіонарних лімфатичних вузлів, келоїдні рубці. Можливі БЦЖ-остити, генералізована БЦЖ-інфекція в дітей з вродженими імунодефіцитними станами.

**Скринінгове обстеження новонародженого на:**

- **фенілкетонурію (ФКУ)** – спадкове захворювання, обумовлене порушенням амінокислотного метаболізму, який веде до ураження в першу чергу центральної нервової системи. Хворі діти нерідко народжуються від здорових батьків, які є гетерозиготними носіями мутантного гена. Сімейні шлюби різко підвищують можливість появи хворої дитини. Частота захворювання 1: 5570. Метою скринінгу є раннє виявлення захворювання і призначення дієтичного харчування до

досягнення дитиною 8-тижневого віку. Ці терміни початку лікування дозволяють забезпечити повноцінний психічний розвиток дитини.

Обстеження здійснюється усім новонародженим у віці 48-72 годин життя при дотриманні проінформованої згоди матері (обов'язковою умовою скринінгу слід вважати отримання дитиною грудного молока або суміші не менше чим за 24 години до забору крові). Протипоказань до проведення дослідження немає. У разі позитивного результату лаборант негайно надає інформацію до лікувально-профілактичної установи за місцем проживання дитини, лікар-генетик повинен оглянути дитину і призначити повторний аналіз крові. Якщо діагноз ФКУ підтверджується, необхідно терміново почати лікування.

- **природжений гіпотиреоз (ВГТ)** – захворювання, яке супроводжується пониженою продукцією тиреоїдних гормонів. У 90% хворих ВГТ виникає в результаті ураження зачатка щитоподібної залози. У 10% випадків причиною ВГТ є генний дефект синтезу тиреоїдних гормонів або до їх тканинних рецепторів. Недостатність тиреоїдних гормонів веде до порушення диференціювання мозку плоду. Ці зміни стануть безповоротними при пізньому виявленні ВГТ і пізно початому лікуванні (після 2-3 тижневого віку дитини). Обстеження здійснюється всім новонародженим у віці 48-72 години життя до виписки з пологового будинку при дотриманні проінформованої згоди матері з метою раннього виявлення захворювання і призначення лікування. Протипоказань нема. У разі сумнівного результату тест повторюється. При повторному позитивному результаті береться кров з вени для визначення рівня ТТГ і гормонів щитовидної залози в сироватці. Замісну терапію починають відразу ж - не пізніше 3-го тижня життя (А, В).

- **муковіцидоз (кістозний фіброз)** - важке природжене захворювання, з аутосомно-рецесивним спадкуванням, що проявляється ураженням тканин і порушенням секреторної діяльності екзокринних залоз, функціональними розладами дихальної і травної систем, підшлункової залози, печінки, потових та слинних залоз. Порушення в органах виникають внутрішньоутробно, а з віком – прогресивно нарастають. У зв'язку з хронічним перебігом патологічного процесу, пацієнтам потрібне постійне лікування і нагляд лікаря.

- **природжену гіперплазію кори надниркових залоз (ВГКН) (адреногенітальний синдром)** – група аутосомно-рецесивно спадкових порушень синтезу кортикостероїдів. Частота зустрічає мості 1: 5000-1: 6500. Більш ніж 90% усіх випадків ВГКН обумовлене дефіцитом 21-гідроксилази. Розрізняють шість клінічних варіантів ВГКН, більшість з яких не сумісні з життям. Діагноста ВГКН полягає у виявленні дефіциту білку 21-гідроксилази, що дозволяє якомога раніше розпочати замісну терапію до виникнення симптомів надниркової недостатності.

**Методика забору крові для скринінгового обстеження.** Процедура, як правило, виконується медсестрою. Уважно заповнюється кульковою ручкою відповідний бланк. Місце пункції – латеральна поверхня п'яти по лінії, проведеної від точки між 4-м і 5-м пальцями стопи і п'ятою новонародженого. Якщо пункція буде проведена в місці проєкції кістки п'яти, можливе ушкодження окістя, яке призведе до ускладнення (остеомієліт п'яти). Місце пункції зігравають протягом 3-

5 хв. Масаж п'ятки проводити не можна так, як виникає небезпека гемолізу, змішування інтерстиціальної і внутрішньоклітинної рідини.

*Послідовність дій:*

- протирають місце пункції тампоном, змоченим 70% розчином спирту;
- добре просушують стерильним тампоном щоб уникнути гемолізу;
- одноразовий скарифікатор направляють перпендикулярно до поверхні, глибина пункції не більше ніж 2,5 мм (виникає небезпека розвитку остеомиєліту);
- першу краплю крові витирають, потім прикладають бланк перпендикулярно наступній краплі крові і просочують бланк кров'ю наскрізь. Краплею крові насичується спеціальний бланк з паперу. Діаметр кров'яної плями має бути рівним діаметру круга на фільтрованому папері з насиченням кров'ю зворотної сторони. Кров наноситься на папір безпосередньо з п'яти. Кров повинна підсохнути при кімнатній температурі в горизонтальному положенні впродовж двох або більше годин. Вологі бланки складати разом не можна. Необхідно уникати дії тепла і прямого сонячного світла. Захищати бланки від випадкового контакту з рідиною.

### **ПОГРАНИЧНІ (ТРАНЗИТОРНІ) СТАНИ НОВОНАРОДЖЕНИХ**

Після народження умови життя дитини радикально змінюються. Дитина потрапляє в абсолютно інше довкілля, де значно нижча температура, ніж усередині матки, з'являються поля гравітації і безліч тактильних, звукових, зорових, вестибулярних та інших подразників, змінюються тип дихання і спосіб отримання поживних речовин, що вимагає перебудови практично всіх функціональних систем організму. Адаптаційні реакції і стани, що з'являються в пологах або відразу після народження в дитини називають пограничними (транзиторними, перехідними). Їх зникнення визначає закінчення періоду новонародженості.

**1. Фізіологічний катар (еритема) новонародженого (*erythema neonatorum*)** характеризується гіперемією шкіри, іноді з легенею ціанотичним оттенком, виникає в результаті значного розширення шкірних капілярів у відповідь на дію нижчої температури довкілля. Вираженість еритеми залежить від зрілості новонародженого, доношеності і недоношеності. У здорових дітей еритема зберігається від декількох годин до декількох діб і змінюється висівковоподібним лущенням.

**2. Токсична еритема (*erythema toxicum neonatorum*)** зустрічається у 40-50% новонароджених. Патогенез токсичної еритеми не з'ясований. У літературі є дані, що в основі патогенезу лежить – алергія.

*Клінічні прояви:* на тлі загальної еритеми з'являється своєрідний і швидкозмінюючий поліморфний висип (світло-червоні плями різного розміру розташовані групами або ізольовано один від одного). Разом з еритематозними плямами часто відзначаються невеликі, щільні на дотик папулки білого або жовтуватого кольору, оточені досить широким червоним вінцем. Токсична еритема може вражати усе тіло. Особливо густе висипання спостерігається на обличчі і волосистій частині голови. Ніколи не вражаються долоні, підшви і слизові оболонки. Прояв токсичної еритеми спостерігається в перші 4-5 днів

життя і зазвичай поєднується з диспептическими явищами. Частіше вражаються діти, що знаходяться на грудному вигодовуванні. Стан дітей не порушений. Висип зникає безслідно через 2-2,5 діб. Лікування не потребує.

**3. Мілія (Milia).** Скупчення секрету в сальних залозах у вигляді білуватих або жовтуватих точок, що злегка височіють над шкірою, величиною з просяне зерно. В основному масове скупчення їх спостерігається на крилах носа, рідше на лобі, щоках. Лікування не потрібно.

**4. Міліарія (Miliaria).** Застійні явища з підвищеною секрецією в потових залозах. Пухирці з водянистим вмістом з'являються частіше на підощвах, рідше – на обличчі, лобі і на шкірі голови. Лікування не потрібно.

**5. Фізіологічна жовтяниця новонароджених (icterus neonatorum)** – є найбільш частою формою жовтяниці в дітей перших днів життя (від 67 до 80% новонароджених). У більшості дітей вона проявляється на 2-3-у добу, рідше на 4-5-у добу. Спочатку з'являється на обличчі, потім на тулубі, кінцівках, кон'юнктивах і слизових оболонках. Досягає максимуму на 3-4-й день, потім поступово зменшується, і зникає наприкінці 1-го - початку 2-го тижня життя дитини.

*Причини:*

- підвищене рівня непрямого білірубину, у зв'язку з підвищеним гемолізом еритроцитів;

- низька здатність альбуміну до зв'язування білірубину;

- недостатня кон'югаційна і екскреторна функція печінки (незрілість ферментативних систем пігментного обміну);

- особливість кишкового метаболізму жовчних кислот;

Жовтяниця стає помітна при рівні білірубину в крові 68-85 мкмоль/л (4-5 мг%). Проте, тяжкість жовтяниці, оцінена візуально, може не співпадати з рівнем гіпербілірубінемії.

Для жовтяниці новонароджених характерна відсутність ахолічного стулу та інтенсивного забарвлення сечі. Сеча не дає позитивного забарвлення Гмеліна. Це має діагностичне значення при диференціюванні фізіологічної жовтяниці від природжених дефектів розвитку жовчних шляхів, сепсису та інших патологічних станів, що супроводжуються жовтушністю. У сечі новонароджених з явними проявами фізіологічної жовтяниці визначається гліко-холева кислота, а в осіданні майже завжди вдається виявити нерозчинний білірубін у вигляді золотисто-жовтих або жовтувато-бурих грудочок (masses jaunes). Погана розчинність білірубину в сечі пояснюється незначним вмістом в ній простих кислот фосфатів і жовчних кислот, в яких він добре розчинюється. Слиз і відділяємо з носа, навпаки, добре розчиняють жовчні пігменти і тому часто забарвлюються в жовтий колір.

У разі виявлення значної жовтяниці (табл. 5), медична допомога новонародженному надається згідно з відповідним протоколом.

**Критерії значної жовтяниці новонародженого Таблиця 5**

Вік дитини (години)	Локалізація жовтухи	Висновок
До 24	Різна	Значна жовтяниця
24-48	Кінцівки	



> 48	Стопа, кисти	
------	--------------	--

Недостатнє забезпечення калоріями і (чи) дегідратація, пов'язані з недостатнім споживанням грудного молока, можуть спричинити розвиток важкої гіпербілірубінемії. Тому, збільшення частоти годувань грудьми попереджає розвиток цього стану. Мати повинна знати про необхідність годувати дитину грудним молоком в перші дні життя щонайменше 10-12 разів (С). У разі наявності жовтяниці лікарський огляд повинен включати: оцінку стану дитини, адекватності об'єму споживаного молока, кількості сечовипускань і дефекацій, тяжкості жовтяниці.

**В)** Вимагають спеціального обстеження діти, в яких жовтяниця з'явилася в перший день після народження, а також, якщо концентрація білірубину в сироватці крові більш ніж 255 мкмоль/л (15 мг%) у доношених дітей і більш ніж 170 мкмоль/л (10 мг%) у недоношених дітей.

**6. Альбумінурія (albuminuria).** Невелика кількість білку в сечі буває майже в усіх новонароджених в перший тиждень життя і безслідно зникає на 12-14-й день. Причина альбумінурії – застій крові у нирках під час пологів, а також в результаті відносної функціональної слабкості нирок з підвищеною проникністю епітелію клубочків і каналців. Новонароджені не здатні утворювати гіпертонічну сечу по відношенню до крові.

**7. Фізіологічна уратурія (сечокислий інфаркт нирок) (uraturia).** У більшості здорових новонароджених на 3-4-й день життя з сечею виділяється велика кількість сечокислих солей. Сильне виділення сечової кислоти, кисла реакція і мала кількість сечі, що віділяється є причиною виникнення так званого сечокиислого «інфаркту» – відкладення у збиральних трубочках солей сечової кислоти, сечокиислого амонію і натрію, і щавлевокислого вапна. З поступовим збільшенням кількості сечі сечова кислота вимивається. Ця, так звана, інфарктна сеча мутнувата, високої питомої ваги, дає рясний червонястий осад вільних уратів і аморфних сечокислих солей. Інфарктна сеча спостерігається у 85-100% здорових новонароджених.

**8. Статевий криз** виникає внаслідок дії гормонів, що потрапляють в організм плоду від матері в останні тижні в/у розвитку і впродовж перших днів життя. Незалежно від статі дитини молочні залози збільшуються. У дівчаток з'являються кров'яно-слизові або слизові виділення із статевої щілини, набряк великих статевих губ, у хлопчиків - набряк калитки і статевого члена. Фізіологічне набрякання молочних залоз відзначається на 2-5-й день життя майже в усіх новонароджених, досягає максимуму до 8-10 дня, іноді до 5-7 дня. Обидві грудні залози збільшуються однаково до розмірів великої горошини, а в 30% - великого лісового горіха. Шкіра над залозами не змінена. При натисканні на збільшені залози легко виділяється невелика кількість водянистої, а пізніше молочної рідини, яка по своєму складу, мікроскопічній картині і фізико-хімічним властивостям наближається до молозива породіль.

З 2-3-го тижня відбувається зворотний розвиток збільшених залоз і до кінця місяця повертається до первинних розмірів, тільки в центрі соска утворюється невелике поглиблення, якого спочатку зазвичай не буває. Але секреція може

тривати до 1,5-2 місяців. Витискання секрету протипоказане, оскільки воно веде до посилення секретції і травматизації шкіри і залоз, відкриття входних воріт інфекції і маститу новонароджених. Серозно-кров'яні або слизо-кров'яні виділення із статевої щілини у дівчаток спостерігаються порівняно рідко (0,7%). Під впливом гормонів, що поступають від матері, відбуваються гіперемія, розпушування і ексудація слизової піхви і матки. З'являються виділення на 5-6-й день життя, тримаються 2-3 дні і мимоволі зникають без усяких наслідків. Лікування не потрібно. Слід дотримуватися гігієнічного режиму.

**9. Транзиторна гіпотермія.** Температура тіла у новонароджених відразу після народження в прямій кишці 37,7-38,2°C, тобто на 0,1-0,6°C вища за ректальну температуру матері. Пояснюється це здатністю плоду до самостійної продукції тепла. Через 30-60 хв. після народження температура різко падає і через 2-3 години, а іноді через 4-5 годин досягає мінімуму. У здорових новонароджених при правильній організації догляду температура знижується не більше ніж на 1,5-2,5°C. Падіння температури до 35° і нижче, в умовах правильного догляду, свідчить про незрілість дитини і порушення теплоутворення або тепловіддачі. Прогноз несприятливий.

У доношених дітей температура поступово підвищується і через 12-24 г, а іноді через 2-3 дні, досягає 36-37°C. Пізнє відновлення температури і значні подальші коливання свідчать про недостатність терморегуляції, яка спостерігається у недоношених дітей і при патології ЦНС. Причиною первинного зниження температури є швидкий перехід дитини до нових умов існування з нижчою температурою довкілля. На ступінь зниження температури впливають вага дитини і розміри тіла, кількість навколоплідних вод і сироподібної змазки, умови догляду, недостатня фізична і хімічна терморегуляція, незавершеність розвитку центру терморегуляції. Нормальна температура тіла відновлюється тим швидше, чим раніше встановлюється достатнє і правильне годування дитини.

**10. Транзиторна лихоманка (гіпертермія)** спостерігається при порушенні догляду. При правильному догляді і годуванні транзиторна гіпертермія у доношених новонароджених спостерігається рідко. Підвищення температури відбувається зазвичай на 3-4-й день життя, часто співпадає з максимальним падінням ваги і досягає іноді 39-40°C. Підвищена температура тримається 3-4 години і у більшості випадків мало впливає на самопочуття дитини, хоча іноді спостерігається занепокоєння, відмова від грудей. Іноді після падіння температури відмічається повторне її підвищення на 1-2 дні. Має значення також фізіологічна недостатність терморегуляції і недосконалість механізмів регуляції тепловіддачі. Прогноз при транзиторній лихоманці сприятливий, якщо своєчасно прийняті заходи для її усунення. Правильний температурний режим в палаті, догляд і годування дитини є основними і ефективними заходами профілактики гіпертермії.

**11. Фізіологічна втрата ваги.** Первинна втрата ваги в перші 3-4 дні життя в середньому складає 6-8% початкової ваги новонародженої. Спад ваги більше 10% є патологічним. Відновлення первинної ваги у здорових доношених новонароджених при правильній організації догляду і вигодовування настає на 7-10 день. Втрата ваги залежить від умов в/у розвитку, перебігу вагітності і пологів,

ваги і статі дитини, стану здоров'я, догляду і, головне, від вигодовування. Чим раніше дитину починають прикладати до грудей, тим менше знижується і швидше відновлюється його первинна вага. Приблизно 70-75% фізіологічної втрати ваги припадає на втрату через легені та шкіру води, що виділяється не лише з сечею і стулом, але легенями і шкірою, тобто шляхом *perspiratio insensibilis*. У жарку і суху пору року, при високій температурі в кімнаті і при надмірному укутуванні дитини значно зростає втрата рідини.

Головною причиною фізіологічної втрати ваги є голодування дитини впродовж перших днів життя. Вагова крива не піднімається, поки дитина не отримає достатньої для нього кількості їжі. Окрім відсутності втрати маси тіла понад 10%, ознакою адекватного грудного вигодовування також вважаються 4-6 сечовипускань (повністю мокрі 4-6 підгузків за добу) і 3-4 дефекації на добу, починаючи з 4-го дня життя дитини.

**12. Склередема (*Scleroedema*).** Це своєрідна форма набряку, що супроводжується помітним ущільненням шкіри і підшкірної клітковини. Спостерігається головним чином у недоношених і ослаблених новонароджених. Частіше виявляється на 2-4-й день життя. Патогенез до теперішнього часу остаточно не з'ясований. Відомо, що новонароджена дитина має схильність до набряків, цьому сприяє своєрідність складу підшкірного шару (відносно велика кількість пальмітинової і стеаринової кислот), підвищена проникність стінок капілярів. У недоношених до цього приєднується незавершеність гістологічної будови шкіри і підшкірного шару. Очевидно, має значення і функціональна недосконалість нирок і нервової регуляції водного обміну. Але вважають, що головною причиною виникнення склередеми є тривале і значне охолодження дитини. Вроджені вади серця, ателектази легких, септичні і інші захворювання, значна втрата води і недостатнє годування також сприяють розвитку склередеми. *Клінічні прояви:* спочатку з'являється пастозність шкіри і підшкірної клітковини, при натисканні, якої залишається поглиблення. Шкіра напружена, холодна на дотик, зібрати її в складку майже неможливо. Шкіра бліда, іноді з ціанотичним відтінком, хоча може залишатися і червоною, якщо захворювання розвивається в період фізіологічної еритеми, або має жовтявий відтінок за наявності жовтяниці. Часто бувають дрібні точкові крововиливи (петехії). Частіше вражаються гомілки в області литкових м'язів, стопи, лобкова область і статеві органи. У важких випадках явища склередеми можуть поширюватися на все тіло, включаючи підощви і долоні. Температура тіла частіше знижена, дитина в'яла, погано їсть, майже не кричить.

*Прогноз* сумнівний, але не безнадійний. Диференціювати потрібно від жирової склереми, склеродермії і бешихового набряку. Лікування – зігрівання, легкий масаж, іноді потрібно медикаментозна терапія. Особливу увагу слід звернути на профілактику і не допускати переохолодження дитини відразу після народження в пологовій залі і в палаті спільного перебування матері і дитини.

**13. Жирова склерема (*Sclerema adiposum*)** – ущільнення підшкірно-жирової клітковини спостерігається виключно у слабких, недоношених дітей або при станах сильного виснаження і ангідремії. Виявляється зазвичай на 3-4-у добу

життя. *Патогенез* не з'ясований, велике значення має переохолодження, втрата води, своєрідний хімічний склад жиру та інші біохімічні особливості тканин. Перші ознаки зміни шкіри і підшкірної клітковини з'являються на голішках (литкова область) і на обличчі, потім переходить на стегна, сідниці, тулуб і верхні кінцівки. Підшви, долоні, мошонка і статевий член завжди залишаються вільними від ущільнення. Уражені частини представляються атрофованими, м'язи знаходяться в стані гіпертонії, рухливість кінцівок обмежена, обличчя маскоподібне. Температура тіла знижена. Шкіра дифузно ущільнена, холодна, бліда або, за наявності фізіологічної жовтяниці, злегка жовтуватого відтінку. Шкіра сильно напружена, зібрати її в складку не вдається, а натискання пальцем не залишає поглиблень. Підшкірно-жировий шар перетворюється на суху, безкровну, стеариноподібну масу. Жирова і набрякова (склередема) склереми можуть спостерігатися одночасно. Диференціювати один стан від іншого важко. Прогноз при склеремі значно гірший, ніж при склередемі. Лікування і профілактика така ж, як при склередемі.

**14. Транзиторний дисбактеріоз і фізіологічна диспепсія** новонароджених розвивається за рахунок: недосконалості ферментних систем кишечника; підвищеної чутливості секреторно-рухового апарату кишечника до подразнень залишками їжі, продуктами її ферментативного і бактерійного розщеплення; підвищеної проникності стінок ШКТ; функціональною і морфологічною незрілістю нервово-м'язового апарату кишечника; секрецією молока, ще не встановленої лактації у матері (зміна складу молока, помилки при вигодовуванні).

*Прогноз* диспепсії новонароджених сприятливий і в більшості випадків лікування не вимагає. При диспепсії на підґрунті кількісних або якісних чинників вигодовування, а також при ентеральній або парентеральній інфекції потрібно проводити лікування.

Додаток 1

**Правила миття рук.** Звичайне миття рук з милом дозволяє видалити велику частину (до 99%) транзиторної мікрофлори із забруднених рук. Дуже важливо дотримуватися техніки миття рук. Дослідження, показали, що при рутинному митті рук шкіра на подушечках пальців і внутрішній поверхні долонь залишається контамінованою.

Обов'язкове миття рук здійснюється перед і після контакту з пацієнтом, після користування туалетом, перед і після прийому їжі, а також в усіх випадках, коли руки забруднені.

*Рекомендована техніка миття рук:*

- зняти персні і інші прикраси, оскільки вони утрудняють ефективне видалення мікроорганізмів;

- під помірним тиском теплої води слід енергійно намити руки і терти їх один об одного не менше 15 сек., після чого руки обполоснути. Слід намагатися охопити всю поверхню долонь і пальців;

- висушити руки паперовим рушником та ним же закрити кран;

- не слід користуватися для висушування рук загальним рушником багаторазового користування.

- лак для нігтів утруднює видалення мікроорганізмів.
- для миття рук використовують рідке мило з дозатором. Дозатори багаторазового використання з часом контамінуються, тому не слід додавати рідке мило в частково заповнений дозатор. Дозатор необхідно вимити, висушити і тільки після цього наповнювати новою порцією мила.

*Гігієнічна антисептика.* Використовуються антисептичні препарати. Спиртова антисептика ефективніша, ніж водні розчини антисептиків. Показання для гігієнічної антисептики рук:

- перед виконанням інвазивних процедур
- перед і після маніпуляції з раною
- перед і після маніпуляції з катетерами
- перед використанням рукавичок і після їх зняття
- після контакту з виділеннями і предметами, які містили кров або мали достовірну мікробну контамінацію.

*Рекомендована техніка проведення гігієнічної антисептики:*

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

#### **Основні види обробки рук**

<b>Вид обробки</b>	<b>Мета обробки</b>
1. Звичайне миття рук з милом	Видалення бруду і транзиторної флори, яка контамінує шкіру рук медичного персоналу в результаті контакту з інфікованими або контамінованими об'єктами
2. Гігієнічна антисептика	Видалення і знешкодження транзиторної мікрофлори рук

*Використання рукавичок*

- використання рукавичок не замінює миття і антисептичну обробку рук;
- після догляду за пацієнтом рукавички необхідно зняти,
- не дозволяється використання однієї пари рукавичок для догляду за двома пацієнтами, навіть за умови миття і антисептичної обробки рукавичок (1Б).

*Показання до використання рукавичок (Б):*

- в усіх випадках, коли можливий контакт з кров'ю або іншими потенційно контамінованими матеріалами, слизовою оболонкою;
- рукавички знижують ризик професійного зараження при контакті з інфікованими пацієнтами і їх виділеннями;
- рукавички знижують ризик зараження пацієнтів мікробами, які являються частиною резидентної флори рук медичний працівник;
- рукавички знижують ризик контамінації рук персоналу транзиторними збудниками.

*Виписка новонародженого з пологового стаціонару.* Новонароджена дитина може бути виписана з пологового будинку на третій день життя, якщо загальний стан дитини, рівень підготовки і інформування матері з питань догляду і контролю за станом дитини відповідають наступним критеріям:

- 1) пуповинний залишок або ранка має бути сухим і чистим, без ознак запалення;
- 2) дитина підтримує температуру свого тіла в межах 36,5-37,5<sup>0</sup>С;
- 3) у дитини хороший смоктальний рефлекс;
- 4) проведена вакцинація проти туберкульозу і гепатиту В, проведений неонатальний скринінг;
- 5) задовільний стан дитини;
- 6) мати або члени сім'ї мають достатні навички догляду за дитиною;
- 7) мати проінформована про синдром раптової смерті;
- 8) мати проінформована про загрозливі стани дитини, при яких терміново треба звертатися за медичною допомогою:
  - дитина погано смочче груди
  - судоми
  - порушення дихання (часте або ускладнене)
  - гіпо- або гіпертермія
  - пупкова ранка почервоніла або почала нагноюватися
  - гіпотонія або підвищена збудливість дитини
  - блювота або діарея

9) у день виписки проводиться зважування дитини і огляд неонатолога, надається інформація в лікувально-профілактичну установу за місцем проживання дитини щодо її виписки з пологового будинку.

10) заповнюється виписка з карти новонародженого (ф. 097/о), яка вміщує необхідний об'єм інформації і рекомендації для забезпечення послідовності при здійсненні медичного догляду за здоровим новонародженим медичними працівниками лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання дитини.

11) під час виписки батьки дитини мають бути проінформовані лікарем-неонатологом про причину і необхідність нагляду за динамікою пограничних станів. У перші дві доби після виписки всі новонароджені оглядаються вдома педіатром первинної ланки (лікарем загальної практики - сімейним лікарем) з метою оцінки їх стану, в т.ч. і наявності жовтяниці. Час проведення такого огляду визначається тривалістю госпіталізації в пологовому будинку.

### **Тестові завдання до самоконтролю**

**1. Абсолютними протипоказаннями до спільного перебування матері і дитини є:**

- A. гостре респіраторне захворювання матері
- B. застій молока у матері
- C. закрыта форма туберкульозу
- D. гіпертонічна хвороба
- E. гострі психічні захворювання матері\*

**2. 0,3% розчин офлоксацину використовується у новонародженого для профілактики:**

- A. пухирчатки
- B. пелюшкового дерматиту
- C. стоматиту
- D. офтальмії\*
- E. молочниці

**3. До ознак оцінки стану новонародженого за шкалою Апгар відноситься все, окрім:**

- A. рефлекторна реакція на роздратування
  - B. частота серцебиття
  - \*C. частота сечовипускань\*
  - D. колір шкіри
  - E. частота дихання
- 4. Температура в пологовій залі має бути:**
- A. 16-18<sup>0</sup>C
  - B. 20-22<sup>0</sup>C
  - C. 23-24<sup>0</sup>C
  - D. 25-28<sup>0</sup>C\*
  - E. 30-32<sup>0</sup>C
- 5. Вітамін К новонародженому вводиться з метою профілактики:**
- A. жовтяниці
  - B. уратурії
  - C. геморагічної хвороби
  - D. гемолізу еритроцитів
  - E. розвитку інфекції
- 6. Довжина тіла доношеного новонародженого складає:**
- A. 52-62 см
  - B. 46-56 см\*
  - C. 36-46 см
  - D. 56-66 см
  - E. 26-36 см
- 7. Для icterus neonatorum характерно:**
- A. ціаноз шкіри в перші дні після народження
  - B. наростання жовтяниці до 9 дня після народження
  - C. блідість шкіри в перші дні
  - D. найбільша інтенсивність жовтяниці на 2-3 день після народження\*
  - E. важкий стан
- 8. До ознак недоношеності відноситься:**
- A. голосний крик
  - B. достатній розвиток підшкірної основи
  - C. лануго виражене на обличчі\*
  - D. нігті виповнюють нігтьове ложе
  - E. часті сечовипускання
- 9. Використання антисептиків при догляді за пуповинним залишком сприятиме:**
- A. скороченню термінів відпадання пуповини
  - B. кровотечі з пуповини
  - C. муміфікації пуповини
  - D. зменшенню лейкоцитарної інфільтрації пуповини\*
  - E. збільшенню рівня колонізації дитини мікрофлорою матері
- 10. Одразу після народження шкіра здорового новонародженого покрита:**
- A. acne vulgaris
  - B. impetigo
  - C. naevus vasculosus
  - D. seborrhoea
  - E. vernix caseosa\*

### Література

1. Пропедевтична педіатрія. Підр. для студ. вищих навч. закл./Під редакцією

- акад. НАМН України, проф. В.Г. Майданника. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 880 с.
2. Пропедевтическая педиатрия. Уч. для студ. высших медицинских учебных заведений / Под редакцией акад. НАМН Украины, проф. В.Г. Майданника. – Винница: Нова книга, 2017. – 888 с.
  3. Nelson Textbook of Pediatrics.-20th ed/.[edited by] Robert M. Kliegman...[et al.], 2016. – 3147 pp.
  4. Клінічне обстеження дитини: навч.пос. для студ. ВНЗ: пер.з рос/ Катілов О.В., Дмитрієв Д.В., Дмитрієва К. Ю., Макаров С. Ю. – Вінниця:Нова книга, 2017. – 520 с.: іл.

#### **Допоміжна література**

1. Наказ МОЗ №149 від 20.03.2008 р. «Про затвердження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років» [електронний ресурс] – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua>
2. Наказ МОЗ України №152 від 4.04.2005 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною». [електронний ресурс] – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua>
3. Washington Manual of Pediatrics, 2nd ed. by Andrew J. White (Editor), 2016. – 542 pp.
4. Illustrated Textbook of Paediatrics by Tom Lissauer (Editor); Will Carroll (Editor), 2018. – 533 pp.