

Кафедра соціальної медицини  
та організації охорони здоров'я

**Методична розробка для лікарів – інтернів зі спеціальності  
«Неонатологія»**

**ТЕМА:** Сучасні принципи організації медичної допомоги новонародженим неонатологічних відділень дитячих лікарень. Організація роботи відділень (палат) інтенсивної терапії пологових будинків, оснащення, принципи роботи лікаря-неонатолога. Принципи транспортування і переводу новонароджених з перинатальною патологією. Принципи спільного перебування матерів і новонароджених в пологових будинках і дитячих лікарнях. Санітарно-гігієнічний режим пологового будинку.

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ:** навчальна кімната кафедри №8

**КІЛЬКІСТЬ ГОДИН:** 8 годин

### **Навчальні цілі заняття:**

#### **ЗНАТИ:**

-сучасні принципи організації медичної допомоги новонародженим неонатологічних відділень дитячих лікарень.;

-організацію роботи відділень (палат) інтенсивної терапії пологових будинків, оснащення, принципи роботи лікаря-неонатолога;

-принципи транспортування і переводу новонароджених з перинатальною патологією;

-санітарно-гігієнічний режим пологового будинку;

#### **ВМІТИ:**

-організувати надання неонатологічної допомоги населенню на всіх рівнях надання медичної допомоги.

# **Зміст**

## **теми заняття**

## Вступ :

Для забезпечення якості медичної допомоги важливе значення має створена в Україні система лікувально-профілактичної допомоги новонародженим, яка включає післяпологові відділення спільного перебування матері та дитини, відділення інтенсивної терапії новонароджених родопомічних закладів міського та обласного рівнів, відділення інтенсивної терапії новонароджених обласних (міських) дитячих лікарень, відділення патології новонароджених та виходжування недоношених дітей обласних (міських) дитячих лікарень, УДСЛ «ОХМАТДИТ», Інституту ПАГ АМН України.

З 01.01.2007 р. Україна перейшла на критерії реєстрації перинатального періоду відповідно до рекомендацій ВООЗ, що регламентовано наказом МОЗ України від 29.03.06 р. №179 (пологи реєструються з повних 22 тижнів вагітності, 500 г маси тіла дитини при народженні). Перехід України на критерії реєстрації перинатального періоду, рекомендовані ВООЗ, є необхідним та надзвичайно важливим кроком, який дасть можливість порівнювати показники перинатальної статистики в Україні та провідних країнах світу з метою відповідного аналізу, перинатального аудиту та прийняття обґрунтованих рішень і програм щодо обсягу та спрямованості заходів на рівні держави.

Результатом виконання нових перинатальних та неонатальних програм щодо покращення організації та забезпечення медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим, концентрації зусиль держави, фахівців на підвищенні ефективності перинатальної та неонатальної допомоги буде зниження неонатальної та малюкової смертності, підвищення якості надання лікувально-профілактичної допомоги дітям та матерям, покращення якості життя дітей, народжених з малою масою тіла.

## АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ :

Медична допомога новонародженим в лікувально-профілактичних закладах України надається відповідно до діючих наказів МОЗ України щодо акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги.

Зниження неонатальної смертності зумовлено, насамперед, оптимальною організацією медичної допомоги новонародженим: забезпеченням ефективної роботи виїзних консультативних неонатологічних бригад, забезпеченням надання ефективної медичної допомоги новонародженим на етапі акушерського стаціонару та на рівні обласної дитячої лікарні у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених, патології новонароджених та виходжування недоношених дітей.

Важливе значення має підготовка сім'ї до народження дитини, ефективне спостереження за вагітними, особливо жінками груп ризику, зі своєчасною діагностикою вроджених аномалій розвитку плоду або інших порушень та скеруванням цих жінок в обласні центри охорони здоров'я матері та дитини або перинатальні центри.

Також важливе значення має впровадження сучасних перинатальних технологій, у тому числі ведення вагітності, пологів, догляду, вигодовування новонароджених та надання кваліфікованої медичної допомоги хворим новонародженим в разі потреби.

Нові вимоги до перинатальної та неонатальної допомоги потребують постійного післядипломного навчання лікарів та середнього медичного персоналу, яке здійснюється як шляхом навчання в закладах післядипломної медичної освіти III-IV рівнів акредитації, так і шляхом участі в роботі науково\_практичних конференцій, наукових симпозіумів, навчальних семінарів-тренінгів з актуальних питань перинатології та неонатології.

Важливе значення має тісна співпраця акушерів-гінекологів та неонатологів при впровадженні сучасних перинатальних технологій щодо фізіологічних пологів, догляду за здоровою новонародженою дитиною та підтримки грудного вигодовування, а також при перинатальному веденні вагітних з високим ризиком передчасних пологів, особливо в разі ризику передчасних пологів в терміні гестації менш ніж 32 тижні.

Для підвищення ефективності виходжування передчасно народжених дітей та лікування новонароджених з перинатальною патологією на етапах обласних дитячих лікарень необхідно оснащення відділень неонатологічного профілю сучасним обладнанням для проведення кардіореспіраторного моніторингу, неінвазивної респіраторної підтримки, дослідження кислотно-лужного стану крові, ультразвукової доплерографії, сучасної фототерапії, впровадження сучасних методів виходжування недоношених дітей з дотриманням принципів догляду, спрямованого на оптимальний розвиток дитини.

Важливе значення має організація катамнестично-консультативних кабінетів (відділень) з комп'ютерною базою даних в обласних дитячих лікарнях для спостереження та необхідної лікувально\_консультативної допомоги дітям, що народились з дуже малою масою тіла, важкою перинатальною патологією.

Створення комп'ютерної бази даних неонатологічних центрів (відділень) сприятиме здійсненню аналізу результатів інтенсивної терапії та виходжування недоношених дітей і новонароджених з важкою перинатальною патологією з визначенням проблемних питань, на які слід спрямувати зусилля.

Посилення (дооснащення, навчання, збільшення ліжок ІТН) міських пологових будинків та міських дитячих лікарень відповідно до II рівня та III рівня перинатальної та неонатальної допомоги дозволить забезпечити лікувально-профілактичну допомогу новонародженим відповідно до сучасних вимог.

З обласних центрів охорони здоров'я матері та дитини (II-й рівень на III-й рівень) недоношені діти та новонароджені з важкою перинатальною патологією транспортуються до обласної дитячої лікарні у відділення ІТН, патології новонароджених або виходжування недоношених дітей відповідно до клінічного стану дитини.

З метою оптимізації роботи ліжок відділення ІТН новонароджених обласних (міських) дитячих лікарень потрібно забезпечити відділення виходжування недоношених дітей

обладнанням для неінвазивної респіраторної підтримки недоношених дітей, які самостійно дихають, але мають певні респіраторні проблеми (апное недоношених, бронхолегенева дисплазія тощо).

З міських пологових будинків II-го рівня недоношені діти та новонароджені з перинатальною патологією за клінічними показаннями транспортуються до неонатологічних відділень міської дитячої лікарні (на III-й рівень).

На III-й рівень допомоги завжди транспортуються новонароджені з вродженими вадами розвитку, що потребують невідкладної хірургічної корекції, а також діти з дуже малою та екстремально малою масою тіла (500–1499 г) та гестаційним віком менш ніж 32 тижні.

Новонароджені діти транспортуються відповідно до клінічного стану та необхідного рівня медичної допомоги. Таким чином, для надання ефективної медичної допомоги вагітним в разі передчасних пологів, хворим новонародженим та недоношеним дітям з дуже малою масою тіла при народженні необхідно забезпечити регіоналізацію перинатальної допомоги з відповідним оснащенням, підготовкою медичного персоналу, впровадження сучасних технологій медичного догляду, лікування та виходжування.

**Перший рівень допомоги (базовий)** призначений для догляду за здоровими дітьми та стабілізації стану хворих і передчасно народжених дітей до моменту транспортування на вищий рівень. На цьому рівні здійснюється:

- догляд за здоровими новонародженими;
- первинна реанімація новонароджених;
- стабілізація та надання допомоги дітям з гестаційним віком 35–36 тижнів;
- стабілізація та допомога хворим і передчасно народженим дітям до 35 тижнів гестації до моменту транспортування на вищий рівень неонатальної допомоги.

**Другий рівень допомоги (кваліфікований).** На цьому рівні здійснюється:

- догляд за здоровими новонародженими;
- первинна реанімація новонароджених;
- стабілізація стану та лікування передчасно народжених дітей до моменту транспортування;
- медична допомога дітям з гестаційним віком більше 32 тижнів та масою тіла більше 1500 г, які є фізіологічно незрілими і мають такі проблеми, як апное недоношених, нездатність самостійно підтримувати температуру тіла, незасвоєння ентерального харчування, або неважко хворим новонародженим, які не потребують спеціалізованого лікування в ВІТН III-го рівня.

**Третій рівень допомоги (спеціалізований)** призначений для надання медичної допомоги хворим з важкою перинатальною патологією, дітям з дуже малою та екстремально малою масою тіла, новонародженим з вадами розвитку, що потребують хірургічного втручання. На цьому рівні здійснюється:

- інтенсивна терапія і виходжування недоношених дітей з гестаційним віком менше ніж 32 тижні та масою тіла при народженні менше ніж 1500 г;
- інтенсивна терапія новонароджених з перинатальною патологією, стан яких потребує проведення ШВЛ, парентерального харчування та інших заходів інтенсивної терапії;
- хірургічні втручання у новонароджених з вродженими аномаліями розвитку.

## **Організація медичної допомоги у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії новонароджених:**

Розрахунки вказують, що на 1000 вагітностей, що завершилися пологам, інтенсивної допомоги потребують в середньому 100 новонароджених. Необхідність в реанімаційних ліжках при умові зайнятості ліжкового фонду на 80-85% та терміну перебування на ліжку від 7 до 10 днів складає 4 ліжка на кожну 1000 народжених дітей.

При організації відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених мають бути наступні приміщення: реанімаційно-інтенсивні зали, ізолятори, експерт-лабораторія, кімнати для лікувального персоналу, для батьків та медичної апаратури. Обов'язково відділення санітарної зони, зони для обробки та перевірки працездатності апаратури.

Повинні бути розроблені "грязний" та "чистий" маршрути для пересування апаратури та відвідувачів.

Сучасні нормативи площі на одне реанімаційно-інтенсивне місце складає від 7,5 до 11 м<sup>2</sup>. В оптимальному варіанті слід мати ще 11 м<sup>2</sup> площі на кожне реанімаційне місце для збереження апаратури та матеріалу.

Основою лікувального місця є інкубатор. Комплект лікувальної апаратури на кожне місце:

- респіратор для штучної вентиляції легенів;
- відсмоктувач для аспірації слизу;
- 2 інфузійних насоси;
- лампа для фототерапії;
- набори для реанімації;
- набори для дренування плевральної порожнини;
- набори для ОЗПК;
- катетери (шлункові, пупкові);
- набори голок-"метеликів";
- набори підключичних катетерів.

Крім того, у відділенні повинен бути реанімаційний стіл із джерелом променевого тепла та сервоконтролем, компресори для забезпечення повітрям та кисневі установки.

В комплекс діагностичної апаратури на кожне робоче місце входять:

- монітор ЧСС та ЧД;
- монітор для АТ;
- монітор для транскутанного визначення тиску кисню та вуглекислого газу у крові;
- пульсоксиметр для моніторингу насичення гемоглобіну киснем;
- температурний монітор.

Необхідно також мати загальний на відділення набір діагностичних устаткувань, який включає білірубінометр, для визначення рівня білірубіну, апарати для визначення кислотно-лужного стану, електролітів, глюкози, гематокритна центрифуга, портативний рентгенівський апарат, ультрасонографічний апарат, трансілюмінатор.

## **Організація медичної допомоги у відділеннях патології новонароджених і відділеннях недоношених новонароджених.**

Відділення патології новонароджених і недоношених дітей (другого етапу) створюють при багатопрофільних міських, обласних лікарнях. Можлива організація подібних

відділень при великих центральних районних і міжрайонних лікарнях, причому можна створювати єдине відділення патології доношених і недоношених дітей. Такі відділення створюються при існуючих або знову створюваних перинатальних Організація відділень на базі багатопрофільних дитячих лікарень обґрунтована тим, що більшість хворих новонароджених і недоношених дітей потребує спеціалізованої допомоги невропатолога, кардіолога, офтальмолога, хірурга та інших лікарів-спеціалістів.

Відділення другого етапу виходжування недоношених дітей розраховані на 30-40 ліжок, у тому числі 10 ліжок для дітей, що народилися з дуже низькою і ЕММТ. З урахуванням сучасних вимог в цих відділеннях по можливості передбачають ліжка, розміщені в окремих палатах або боксах для спільного перебування матерів-годувальниць та їх новонароджених (для 50-70% хворих дітей).

Слід розташовувати такі відділення на нижніх поверхах будівель, ізольовано від інфекційних відділень, пралень та харчоблоків. Відділення повинні мати підведення гарячої і холодної води, регульоване центральне опалення, спеціальну електропроводку для підключення кувезів, діагностичної та лікувальної апаратури, централізоване постачання киснем, вакуумні установки. У структурі лікарні необхідно передбачити можливість автономного постачання відділення електроенергією в аварійних ситуаціях.

**На відділення другого етапу виходжування покладені такі завдання:**

- Забезпечення своєчасної госпіталізації недоношених та хворих новонароджених дітей з акушерських стаціонарів, відділень реанімації новонароджених дитячих лікарень, відділень хірургії новонароджених у післяопераційний період;
- Виходжування та надання висококваліфікованої медичної допомоги новонародженим і недоношеним дітям в умовах, відповідних їх анатомо-фізіологічним особливостям;
- Продовження терапевтичного та проведення раннього реабілітаційного лікування новонароджених і недоношених дітей після завершення комплексу реанімаційних заходів;
- Забезпечення виходжування та надання високо-кваліфікованої медичної допомоги дітям з хірургічною патологією пізнього післяопераційного періоду;
- Забезпечення санітарно-протиепідемічних заходів та попередження госпітальної інфекції на сучасному рівні;
- Проведення санітарно-просвітницької роботи з матерями та родичами новонароджених і надання їм емоційної та психологічної підтримки;
- Створення на базі відділень організаційно-методичних центрів з підготовки кваліфікованих кадрів лікарів і середнього медичного персоналу.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРЕСУВАННЯ ХВОРИХ :**

У відділення патології новонароджених і виходжування недоношених дітей поступають діти з наступною патологією:

- Недоношеність;
- Респіраторні розлади;
- Постгіпоксичні ураження ЦНС та інших органів;
- Внутрішньоутробна гіпотрофія і ЗВУР;
- Вроджені вади розвитку, що вимагають спеціального медичного догляду;
- Спадкові порушення обміну речовин;
- Гіпербілірубінемія;
- ГБН;
- ВУІ, рання неонатальна інфекція;
- Інші причини порушень постнатальної адаптації.

Показання та терміни переведення дітей визначає протокол, що розробляється з урахуванням структури відділення та оснащеності. При можливості реанімація новонароджених в умовах лікарні та наявності відповідного транспорту як доношені, так і недоношені діти можуть бути прийняті з перших днів життя

У структурі захворювань у недоношених дітей, що у відділення другого етапу виходжування, на першому місці стоять респіраторні розлади та постгіпоксическая ураження ЦНС, далі - інфекції (внутрішньоутробні і ранні неонатальні), родова травма ЦНС і вроджені вади розвитку. В останні 10 років суттєво зросла питома вага ВУІ, спектр збудників став ширше. Причини - істинне збільшення числа інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), у жінок фертильного віку, впровадження в практику нових методів діагностики - імуноферментного аналізу (ІФА), ПЛР, молекулярної гібридизації.

Відзначають підвищення кількості недоношених, що надходять з відділень реанімації та інтенсивної терапії з пневмонією, асоційованою з вентиляційними розладами, найбільш часто діагностується у глибоконедоношених дітей з респіраторним дистрес-синдромом (РДС), що знаходилися на штучній вентиляції легень (ШВЛ) більше 6 днів; такі пневмонії часто протікають важко.

Постгіпоксичне ураження ЦНС, особливо у недоношених з дуже низькою і екстремально низькою масою тіла, вкрай негативно впливають на прогноз. У структурі захворювань дітей, що у відділення другого етапу виходжування, в 31% випадків діагностують внутрішньошлункові крововиливи, а в 18% - вроджені вади розвитку.

Після завершення комплексу лікувальних і ранніх реабілітаційних заходів дітей виписують додому під нагляд кабінету катамнеза, організованого за відділеннях для новонароджених та недоношених дітей, або під спостереження консультативної поліклініки Перинатального центру або районної поліклініки.

Дітей, які потребують неврологічної реабілітації, переводять в спеціалізовані відділення дитячих лікарень. У разі відмови батьків від своїх прав дітей переводять в Будинок дитини.

#### **ПЕРЕЛІК ПРИМІЩЕНЬ у відділенні патології новонароджених і недоношених дітей :**

У структурі відділення виділяють ряд приміщень, призначених для здійснення лікувальної діяльності і оснащених необхідними меблями, предметами догляду та апаратурою:

- Окреме від загального приймального відділення лікарні приймально-оглядове приміщення.
- Палати-боксы для новонароджених на 2-3 ліжка з прозорими перегородками, що дозволяють переглядати бокси з коридору та сусідніх палат, площею із розрахунку 6 м на 1 місце.
- Індивідуальні палати спільного перебування матері з новонародженим, які не потребують інтенсивної терапії, площею з розрахунку 9 м.
- Ізолятори з тамбуром, не менше двох на відділення.
- Процедурне і фізіотерапевтичний кабінети, призначені виключно для підготовки маніпуляцій.
- Приміщення для проведення ультразвукових та інших функціональних досліджень (за відсутності переносної апаратури).
- Окремий рентгенівський кабінет (при відділеннях понад 100 ліжок).
- Приміщення для стерилізації грудного молока і приготування адаптованих сумішей, що складаються з трьох відсіків:
  1. для санітарної обробки дитячого посуду;
  2. для стерилізації дитячих пляшечок, пастеризації та розливу грудного молока;
  3. для зберігання пастеризованого молока в спеціальному холодильнику.

- Кімната для зціджування грудного молока.
- Їдальня і буфетна для матерів.
- Кімната відпочинку для матерів.
- Білизняна для зберігання чистої білизни; кімната для збору, підрахунку і упаковки використаної білизни.
- Кабінет завідуючого відділенням, ординаторська для лікарів, кабінети старшої сестри і сестри-господині.
- Гардеробні для верхнього одягу та взуття, кімнати для переодягання (окремі для матерів і персоналу).
- Душові (окремі для матерів і персоналу).
- Приміщення для медичного огляду матерів і персоналу (окремі для матерів і персоналу).
- Туалетні кімнати (окремі для матерів і персоналу).
- Підсобні приміщення (для дезінфекції апаратури, зберігання обробленої апаратури та ін.).

Крім перерахованих вище обов'язкових, в деяких відділеннях передбачені приміщення для організації лікувального плавання, стимуляції нервово-психічного розвитку і т.п.

### **Організація роботи відділення патології новонароджених і недоношених дітей :**

Основні принципи роботи відділень патології новонароджених та недоношених дітей:

- Створення оптимальних умов для лікування та виходжування;
- Забезпечення вікового лікувального режиму дня;
- Проведення лікувально-діагностичних процедур;
- Суворе дотримання гігієнічного та санітарно-протиепідемічного режиму.

Забезпечення чіткої роботи відділення розробляють нормативні документи, що регламентують такі питання:

- Посадові обов'язки співробітників;
- Режим дня для дітей, які перебувають у відділенні;
- Час і черговість проведення діагностичних і лікувальних процедур з урахуванням охоронного режиму (принцип зведення до мінімуму занепокоєння дитини), неприпустимість поєднання за часом складних і утомливих для дитини досліджень і процедур;
- Дотримання протоколів виконання основних маніпуляцій в неонатологічній практиці;
- Режим перебування матерів в залежності від виду відділення (денний або цілодобове перебування).

Відповідно до основних завдань у відділенні виконують роботу за наступними лікувально-діагностичним і профілактичним напрямками: здійснюють динамічне клінічне спостереження і догляд за недоношеними дітьми, проводять додаткові лабораторні та інструментальні дослідження відповідно до чинних стандартів стаціонарної медичної допомоги новонародженим велику увагу приділяють вигодовуванню дітей, заохоченню та забезпеченню грудного вигодовування. Значну роль у цьому відіграє «школа матерів», створювана у відділенні, роботу якої координує один з лікарів-неонатологів. Для дітей, які перебувають у важкому стані (порушення координації смоктання, ковтання і дихання), застосовують зондове вигодовування, повне або часткове ПХ (у поєднанні з ЕХ). Годування через зонд маловагих дітей здійснюють за допомогою апаратів-дозаторів (лінеомат, инфузомат). Годування грудьми матері повинне відбуватися тільки в боксі, де знаходиться дитина.

## Організація лікувально-охоронного режиму:

Важлива частина роботи відділень - створення оптимальних умов навколишнього середовища відповідно до анатомо-фізіологічних особливостей новонароджених, перш за все забезпечення температурного і вологісного режимів. Температуру повітря в палатах для новонароджених слід підтримувати на рівні 22-24 ° С, вологість повітря - 60%. Провітрювання палат здійснюють не рідше 6 разів на добу. У зв'язку з недосконалістю терморегуляції недоношених дітей висока небезпека їх переохолодження, розвитку холодового стресу і гіпотермії, що сприяє виникненню гіпоглікемії, гіпоксемії, внутрішньочерепних крововиливів. Дітям зі значними порушеннями терморегуляції призначають індивідуальний температурний режим з урахуванням маси тіла і гестаційного віку (кувези, ліжечка з підігрівом). У більшості випадків індивідуальний температурний режим необхідний новонародженим з дуже низькою і екстремально низькою масою тіла, а також новонародженим з нормальною масою тіла, що надходять з відділення реанімації. Таким чином, нормативи про кількість кувезних місць (30%) явно застаріли, в даний час необхідно не менше 40-50%.

При виконанні маніпуляцій поза кувезом використовують лампи променевого тепла. Використання грілок в подібних відділеннях небажано і допустимо тільки в крайніх випадках (за умови температури води в грілці не більше 60 ° і упакування грілки в застібнутий ватний мішок). Важливо пам'ятати, що для новонародженого небезпечно як переохолодження, так і перегрівання, тому необхідно передбачити наявність регульованих батарей центрального опалення у відділенні, жалюзі на вікнах, захист ліжечок і кувезів від прямих сонячних променів. Обов'язкове дотримання режиму вільного сповивання. Щоденне купання новонароджених проводить медична сестра (за участю матері) при температурі води, яка призначається лікарем залежно від стану і віку дитини.

В останні роки велику увагу приділяють організації охоронного режиму, створення зручної затишній пози за допомогою м'яких укладок, огорожі дитини від слухових і зорових подразників і больових відчуттів. Спеціальними дослідженнями доведено, що несприятливі сенсорні характеристики обстановки у відділенні негативно впливають на розвиток недоношених дітей. Найбільш небезпечною вважають гіперстимуляцію нервової системи дитини постійним шумом приладів, яскравим освітленням і частими дискомфортними маніпуляціями.

Профілактиці болю при проведенні діагностичних і лікувальних маніпуляцій новонародженим надають великого значення. Встановлено, що больові роздратування можуть викликати посилення дихальних розладів, виникнення внутрішньоплечових крововиливів. Серед заходів, спрямованих на профілактику болю, особливу роль відіграє використання неінвазивних методів контролю стану життєво важливих функціональних систем організму: черезшкірне визначення насичення крові киснем, моніторний контроль ЧСС, ЧДД, реєстрація апное.

## **Організація лікувальних заходів :**

Лікування захворювань у недоношених дітей носить комплексний характер. Велике значення має корекція анемії, гемодинамічних і електролітних порушень шляхом інфузійно-трансфузійної терапії.

Кисневу терапію призначають із зазначенням методу (кисневий намет, носові канюлі, маска), режиму (постійно або переривчастим курсом, до або після годування) і концентрації кисню; проводять під контролем клінічних симптомів дихальної недостатності, показників кисневого гомеостазу і КОС крові.

У лікуванні гіпербілірубінемії широко використовують фототерапію, методику якої визначають з урахуванням вмісту білірубіну в крові. Для оцінки індивідуальної ефективності фототерапії в динаміці використовують черезшкірний метод, що дозволяє оцінити зміну інтенсивності жовтяниці.

Для лікування інфекційно-запальних захворювань застосовують стратегію антибактеріальної терапії, засновану на результатах мікробіологічного дослідження; значну роль відводять імунокорекції (внутрішньовенне введення імуноглобулінів, інтерферонів).

У новонароджених з поствентиляційним набряком верхніх дихальних шляхів, трахеобронхітом, бронхо-обструктивним синдромом при БЛД використовують аерозольні або небулайзерні інгаляції глюкокортикоїдів місцевої дії і бронходилататорів.

Лікування перинатальних уражень ЦНС проводять за участю невропатолога, нейрохірурга, з використанням сучасних методів діагностики (НСГ, доплерометрія) і лікування (застосування вентрикулярного дренажу, вентрикулоперитонеального шунта при прогресуючій постгеморагічній гідроцефалії).

З 3-тижневого віку проводять профілактику рахіту.

## **Організація санітарно-протиепідемічних заходів :**

Велике значення для забезпечення санітарно-протиепідемічної безпеки має попередження внутрішньо-лікарняних інфекцій. Комплекс заходів з попередження внутрішньо-лікарняних інфекцій включає вирішення наступних завдань:

- розміщення дітей залежно від термінів захворювання з суворою ізоляцією тих, у кого є явні симптоми інфекції. Новонароджених з другого акушерського відділення, відділень реанімації з інфекційно-запальними захворюваннями госпіталізують окремо від захворілих новонароджених з фізіологічних відділень. Якщо у дитини у відділенні виявляють інфекційне захворювання, а в боксі є інші діти, хворого переводять в окремий бокс-ізолятор.

- зведення до мінімуму переміщення дітей усередині відділення - всі лікувальні заходи, забір крові та інших біологічних середовищ для аналізу, люмбальні пункції, УЗД мозку та інших органів проводять у боксі, де знаходиться дитина.

- попередження «заносу» інфекції захворілим персоналом і матерями, що забезпечується медичним оглядом при вході у відділення; проведення профілактичних бесід про катастрофічні наслідки контакту з хворими на вірусну і бактеріальну інфекцією для недоношеної дитини.

- використання одноразових стерильних матеріалів - внутрішньовенних катетерів, зондів для годування, голок, реєстраційних електродів для моніторів та ін.

- суворе дотримання методів дезінфекції та стерилізації медичного інструментарію та обладнання; пастеризація грудного молока у відповідності з існуючими рекомендаціями.
- контроль результатів мікробіологічних обстежень дітей в динаміці з оцінкою чутливості до антибіотиків виділеної флори і виявлення госпітальних штамів мікроорганізмів.

### **Принципи спільного перебування матерів та новонароджених у пологових будинках та дитячих лікарнях:**

На сучасному етапі найбільш раціональним і фізіологічним режимом акушерського стаціонару є спільне перебування матері і дитини. Воно починається з часу народження дитини (викладання дитини на живіт матері, здійснення контакту "шкіра до шкіри", "очі в очі", раннє прикладання до грудей матері 30 хвилин життя), продовжується цілодобовим спільним перебуванням матері і дитини в післяпологовому відділенні, виключно грудним вигодовуванням на вимогу дитини. Це забезпечує становлення лактації у матері, фізіологічну колонізацію новонародженого мікрофлорою матері, сприяє формуванню так званого «біологічного кувету», тобто зони комфорту для новонародженої дитини. Материнське тепло має заспокійливу дію на організм дитини. Дитина відчуває матір, що формує у неї почуття захисту. Результати виходжування недоношених дітей значною мірою визначаються залученням матерів до догляду, годування своїх немовлят. З пологового залу новонароджений разом із матір'ю переводиться у відділення спільного перебування матері і новонародженого.

У разі спільного перебування матерів і новонароджених забезпечується фізіологічне становлення лактації, ефективне грудне вигодовування, зниження рівня післяпологових ускладнень у жінок, зниження рівня нозокоміальних інфекцій у новонароджених, формування психоемоційної єдності матері та дитини, зменшення матеріальних витрати пологового будинку на молочні суміші, соски, пляшечки для харчування дітей, дає змогу залучати батька до контакту з дитиною

**Протипоказання для спільного перебування з боку матері:** тяжкі форми пізніх гестозів, екстрагенітальні захворювання в стадії декомпенсації, гострі інфекційні захворювання, операційні втручання з тяжкими порушеннями гемостазу, розриви промежини III ступеня. Абсолютні протипокази: відкрита форма туберкульозу, гострі психічні захворювання. При стабілізації стану матері вона знаходиться разом з дитиною. Медичний персонал має надати необхідну допомогу матері для забезпечення ефективного вигодовування груддю.

**Протипоказання для спільного перебування з боку новонароджених:** недоношеність III-IV ступеня, внутрішньоутробна гіпотрофія плоду III ступеня, важка асфіксія при народженні, пологова травма із порушеннями функцій життєвоважливих систем, важкі вроджені вади, гемолітична хвороба важкого ступеня, синдром дихальних розладів II-III ступеня. Матері, діти яких знаходяться у відділенні інтенсивної терапії новонароджених пологового будинку /перинатального центру/, протягом дня повинні знаходитися біля своєї дитини, брати участь в її виходжуванні, вигодовуванні.

При спільному перебуванні матері та дитини їх розміщують в палатах на два ліжка, бажана наявність туалетної кімнати, умивальника. Палата оснащується зручним ліжком для жінки, ліжком для дитини, стільцем для матері, сповивальним столом з ємкістю для дезінфікуючих розчинів, індивідуальною тумбочкою. В палатах має бути інформація про переваги грудного вигодовування для здоров'я жінки та дитини, правильне прикладання дитини до грудей, гігієни та харчування жінки, групи підтримки грудного вигодовування.

Лікар-неонатолог в палаті спільного перебування:

- Щоденно оглядає дитину;
- Дає поради та рекомендації щодо виключно грудного вигодовування, годування на вимогу,
- Роз'яснює матері переваги виключно грудного вигодовування, повідомляє матір про зміни кількості молока протягом доби та можливості прикладання дитини за одне годування до обох молочних залоз,
- Проводить спостереження за годуванням грудьми, положенням дитини біля грудей матері, дає поради,
- Контролює динаміку фізичного розвитку новонародженого, здійснює контроль за тим, щоб дитині не давали ніяких замінників грудного молока, напоїв,
- Повідомляє матір про можливість лактаційних кризів,
- Інформує матір, про методи, спрямовані на стимуляцію лактації.

Дитяча медсестра в палаті спільного перебування:

- Навчає матір правильного прикладання дитини до грудей,
- Здійснює контроль за тим, щоб годування дитини відбувалося у зручному для матері положенні,
- Надає рекомендації з вибору оптимального положення дитини під час годування,
- Надає допомогу матері з догляду за дитиною,
- Слідкує, щоб мати не догодовувала та не допоювала, дитину з власною ініціативою,
- Інформує матір про можливі негативні наслідки штучного вигодовування, у разі потреби навчає матір техніці догодовування немовляти з горнятка.

Лікар-акушер-гінеколог в палаті спільного перебування:

- Щоденно контролює стан молочних залоз,
- Дає рекомендації щодо догляду за грудьми, профілактики тріщин сосків, нагрубання молочних залоз,
- У разі тимчасового окремого перебування матері та дитини пояснює необхідність зціджування грудного молока,
- Контролює роботу акушерки з навчання жінки основних прийомів зціджування, пояснює важливість грудного вигодовування для її здоров'я.

## Висновки :

Неонатологія є досить новою спеціальністю в українській системі охорони здоров'я, важливість і ефективність цього напрямку є очевидною. Від рівня кваліфікації лікарів неонатологів, анестезіологів новонароджених та існуючої системи надання екстреної медичної допомоги новонародженим залежать долі багатьох дітей у їх найбільш вразливий період — новонародженості. Їх професіоналізм, обізнаність і досвід є надзвичайно важливими для порятунку нового життя, яке з перших хвилин опинилося в небезпеці.

## Використана література :

1. Наказ МОЗ України №620 від 29.12.2003р. „Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні”.
2. Наказ МОЗ України №152 від 04.04.2005р. „Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною”.
3. Наказ МОЗ України №340 від 07.10.2006р. „Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки”.
4. “Організація медичної допомоги новонародженим — проблеми та перспективи.” Журнал “ Жіночий лікар” №6 2007, стор.9 .Автор Шунько Є.Є. д. мед. н., проф. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України.
5. Володін Н.Н. (Ред.). Неонатологія. Національне керівництво. Частина I, 2008. “Принципи організації медичного обслуговування новонароджених .”
6. Є.Є. Шунько, О.Г. Суліма, Н.М. Пясецька, Т.В. Кончаковська, О.Т. Лакша, Ю.Ю. Краснова.” МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ В УКРАЇНІ — ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.”

**Тестові завдання:**

**1. Згідно з «Основами законодавства України про охорону здоров'я» (1992р.) виділяють первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу. Що відноситься до первинної лікувально-профілактичної допомоги?**

**А)консультація лікаря загальної практики (сімейного), діагностика та лікування основних найбільш поширених захворювань, направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів, охорона дітей та жінок**

**В)кваліфіковане консультування, діагностика, профілактика та лікування у лікаря спеціаліста**

**С)допомога, яка надається лікарями (або їх групами), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також захворювань, що рідко зустрічаються**

**Д)допомога, яка надається в поліклініці**

**Е)все вищезгадане**

**2. Однією з особливостей організації медичної допомоги сільському населенню є етапність її надання. Скільки етапів вона нараховує?**

**А) 1**

**В) 2**

**С) 3**

**Д) 4**

**Е) 5**

**3. На другому етапі сільському населенню надається кваліфікована лікарська допомога як мінімум з 12 – 16 спеціальностей. Який заклад охорони здоров'я надає її на цьому етапі?**

**А)центральна районна лікарня**

**В)сільська дільнична лікарня**

**С)сільська лікарська амбулаторія**

**Д)обласна лікарня**

**Е)обласний диспансер**

**4. Громадянка Н. народила в міському пологовому будинку здорову доношену дитину. На 7 день після пологів мати і**

**дитину виписали При виписці матір попередили про необхідність зареєструвати дитину в органах реєстрації актів громадського стану. Протягом якого часу з дня народження дитини це потрібно зробити із чинним законодавством України?**

- А) не пізніше 3 днів**
- В) не пізніше 1 місяця**
- С) не пізніше 3 місяців**
- Д) не пізніше 1 року**
- Е) не пізніше 10 днів**

**5. Громадянка Н. народила в міському пологовому будинку мертву дитину. Згідно із чинними законодавством України необхідно зареєструвати випадок мертвонародженої дитини в органах реєстрації громадського стану. На підставі якого документу це можливо зробити?**

- А) медичне свідоцтво про народження**
- В) лікарське свідоцтво про смерть**
- С) обмінна карта: відомості пологового будинку про новонародженого**
- Д) лікарське свідоцтво про перинатальну смерть**
- Е) виписка з історії пологів**

### **Список використаної літератури:**

1. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг.ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
2. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутітус. – 2010. – 629с.
3. Наказ №310 від 08.05.2014 «про організацію та забезпечення медичної допомоги новонародженим в Україні»
4. Наказ МОЗ України №620 29.12.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
5. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ Україно-Швейцарська програма «здоров'я матері та дитини, 2008-2010 рр.», м. Київ Результати впровадження Україно-швейцарського проекту « перинатальне здоров'я » в Україні.

Автор: ст. викладач Черешнюк Г. С.  
«30» 08 2018 р.

Затверджено на засіданні кафедри  
Протокол № 2

Зав. кафедри соціальної медицини,  
економіки та організації охорони здоров'я

проф. О. М. Очередько