Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА**

«Сестринский уход за новорожденными детьми»

34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

междисциплинарный курс

Сестринский уход за больными детьми различного возраста

дисциплина

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Ханова А.А. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

Работа оценена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, подпись преподавателя)

**г. Красноярск 2020 г.**

# Содержание

[Содержание 2](#_Toc44890906)

[Введение 3](#_Toc44890907)

[1.1Характеристика неонатального периода 4](#_Toc44890908)

[2 Мероприятия с ребенком в родильном зале 4](#_Toc44890909)

[3 Первичный туалет новорожденного 5](#_Toc44890910)

[4 Организация первого кормления 6](#_Toc44890911)

[5 Антропометрия новорожденного 7](#_Toc44890912)

[6 Оформление документации. 7](#_Toc44890913)

[Заключение 11](#_Toc44890914)

[Список литературы 12](#_Toc44890915)

# Введение

Неонатология - раздел педиатрии, изучающий физиологические особенности и болезни детей первого месяца жизни. Развитие неонатологической помощи на современном этапе характеризуется созданием узкоспециализированных служб для семьи, беременных женщин, новорожденных, младенцев и детей раннего возраста, объединенных в перинатальные центры. Этапы медицинской помощи новорожденным детям обеспечены работой акушерской и педиатрических служб. Персонал отделений акушерского (иногда - и гинекологического) профиля отвечает за жизнь и матери, и ребенка. В акушерско-гинекологических отделениях медсестра должна быть готова оказать неотложную акушерско-гинекологическую помощь женщинам, а в некоторых случаях - и новорожденным до прибытия врача. Ей приходится также работать в отделении патологии беременных, а иногда и в родильном блоке, заменяя акушерку. Персонал акушерско-гинекологических отделений обязан хорошо владеть методами психологической терапии, так как в преддверии родов надо внушить женщине уверенность в собственных силах; необходимо учитывать психологический статус пациентов, чтобы избежать преждевременного прерывания беременности, эклампсии, обострения экстрагенитальной патологии (гипертонической болезни, сердечной недостаточности). Медицинскую помощь новорождённым начинают оказывать с родильного блока. Обследование новорождённого в родильном зале представляет важный, так называемый первичный фильтр, на основе которого выявляется большинство серьезных отклонений от нормы, в неотложных случаях даются показания к соответствующей терапии, и определяется характер дальнейшей помощи в случае перевода ребёнка в соответствующее отделение. Следует учитывать то, что медицинскую помощь мы оказываем детям не только в родильном зале, но и в акушерском стационаре. От того, как будут соблюдаться санитарно - гигиенические правила, акушерское пособие в родах, первичный туалет новорождённого, ежедневный уход за малышом, будет зависеть его здоровье в дальнейшем. Поэтому, профессиональное медицинское обслуживание новорождённого в акушерском стационаре очень важно.

Целью данной работы является исследование деятельности медперсонала в неонатальном периоде и определение важности соблюдения всех норм и правил по уходу за новорожденным ребенком для его здоровья в дальнейшем.

Задачи - расширить и закрепить знания по организации медицинского обслуживания новорождённых, по соблюдению санитарно-эпидемического режима в акушерском стационаре, провести анализ теоретических источников по проблеме исследования, разработать памятку по сестринскому уходу за новорожденными детьми.

# 1.1Характеристика неонатального периода

Период новорожденности (неонатальный) - подразделяется на ранний и поздний неонатальный периоды. Начинается с рождения ребёнка и продолжается 4 недели. Ранний неонатальный период - с момента рождения по 7-е сутки жизни. Происходит основная адаптация организма к жизни в новых условиях. Скорость адаптивных процессов в организме в этот период самая высокая и никогда больше в жизни не бывает такой. Начинает функционировать дыхательная система, перестраивается система кровообращения, включается пищеварение. Все органы и системы находятся в состоянии неустойчивого равновесия, поэтому ребёнок нуждается в особенно тщательном уходе. В этом периоде у ребёнка могут быть обнаружены дефекты развития, гемолитическая болезнь, синдром дыхательных расстройств и другая патология. Кроме патологи у новорожденного проявляются различные физиологические состояния, отражающие процессы адаптации. К ним относятся: физиологический катар кожи, физиологическая желтуха, половой криз. В связи с преобладанием процессов торможения в ЦНС новорожденный почти непрерывно спит. К концу этого периода все системы организма приходят в достаточно устойчивое равновесие, газообмен устанавливается на уровне взрослого человека, начинается прибавление массы тела. К концу первой недели жизни налаживается тесный контакт новорожденного с матерью, особенно если ребёнок находится на естественном вскармливании. Большую часть этого периода ребёнок находится в роддоме. Поздний неонатальный период - с 8-го дня по 28 день жизни. Характеризуется дальнейшей адаптацией к окружающей среде. В это время полностью заживает пупочная ранка, интенсивно увеличивается масса тела и длинна тела, развиваются анализаторы, начинают формироваться условные рефлексы и координация движений. Гестационный возраст или истинный возраст новорожденного считается неделями гистации от первого дня последней менструации. В зависимости от срока гистации новорожденные подразделяются на: доношенных (38-42 нед.) недоношенных (менее 38 нед.) переношенных (более 42 нед.). Признаки доношености: цикл внутриутробного развития 38-42 недели; масса тела не менее 2500 г; длина тела не менее 45 см; имеют все признаки зрелости: удерживает постоянную температуру тела, имеет выраженные глотательный и сосательный рефлексы, устойчивый и правильный ритм дыхания и сердцебиения, активно реагирует на внешние раздражители.

# 2 Мероприятия с ребенком в родильном зале

Первая задача после извлечения ребёнка и его отделения от матери состоит в том, чтобы избежать лишней теплоотдачи, особенно у детей с низкой массой тела и у новорождённых, нуждающихся в особой помощи, какой является реанимация, продолжительное обследование и т. п. Новорождённого следует поместить под источник лучистого тепла и его кожу надо осторожно осушить заготовленными нагретыми пеленками. В соответствии с общепринятой схемой следует одновременно провести отсасывание полости рта, глотки и носовых ходов. Этот традиционный прием действует как мощный рефлекторный стимул, обычно вызывающий первый вдох типа гаси, и его применение, поэтому обосновано. Наличие и качество этого рефлекторного ответа является также признаком, служащим для подсчета баллов при оценке жизненных функций. Отсутствие этой реакции указывает на возможность торможения дыхательных центров. Роль отсасывания в освобождении дыхательных путей не следует переоценивать, так как количество отсосанного содержимого обычно незначительно и для дыхательной функции несущественно. По принципиальным соображениям время отсасывания не следует слишком затягивать, так как длительное раздражение верхних дыхательных путей может рефлекторно вызвать брадикардию или апноэ. Через 1 мин после полного извлечения плода врач проводит балльную оценку основных жизненных функций новорождённого по шкале Апгар.

# 3 Первичный туалет новорожденного

Первичный туалет новорождённого - одна из первых процедур, которая проводится медперсоналом сразу после рождения ребёнка. Первой процедурой является отсасывание содержимого ротовой полости и носоглотки. Она проводится как только появляется головка ребёнка в родовых путях, для предотвращения аспирации околоплодных вод. Отсасывание содержимого проводится с помощью стерильной резиновой груши или отсоса. Следующей процедурой является перевязка пуповины и ее обработка. Этот элемент ухода за новорождённым состоит из двух этапов. Сразу после рождения ребёнка в течении первых десяти-пятнадцати секунд на пуповину накладывают два стерильных зажима Кохера. Расстояние между ними - 2 см. Первый зажим накладывается в 10 см от пупочного кольца. Пуповина между зажимами обрабатывается 5% спиртовым раствором йода или 96% этилововым спиртом и пересекается стерильными ножницами. Окончательная перевязка пуповинного остатка проводится главным образом во избежание вторичного кровотечения из сосудов пуповины. Она должна быть асептической, так как засыхающий остаток и демаркационная зона являются главным местом проникновения инфекции, которая может перейти по сосудам вглубь и вызвать пупочный сепсис. С механической и гигиенической точек зрения оптимальным для закрытия пуповинного остатка является сжатие при помощи зажима. Производимые в настоящее время зажимы, как правило, пластмассовые, имеют мелкое острое рифление, благодаря чему сохраняют упругость при сгибании и не могут соскальзывать с остатка пуповины. Преимуществом этого зажима является стойкое упругое давление, которое обеспечивает стабильность сжатия остатка в процессе его мумификации. Закрытие остатка стерильной тесемкой, которая к тому же просачивается секретами и создает питательную почву для микроорганизмов, является менее выгодным. Хорошие результаты дает также дезинфекция распылителем Polybaktrin (полимиксин, бацитрацин, неомицин), которая, однако, связана с риском сенсибилизации. Обработанный пуповинный остаток оставляют открытым или накладывают на него легкую воздушную повязку. После истечения 2 сут и позже мумифицированную часть культи отсекают ножом на границе здоровой ткани. Затем ребёнка заворачивают в стерильную теплую пеленку и помещают на пеленальный стол, который должен обогреваться сверху источником лучистого тепла. Это позволяет избежать охлаждения ребёнка а так же уменьшает потери тепла с испаряющейся околоплодной жидкостью. После этого продолжают обработку пуповинного остатка, то есть переходят ко второму этапу. Пуповину обрабатывают салфеткой, смоченной в спиртовом растворе, а затем, сухой стерильной марлевой салфеткой. Далее, на расстоянии 0,2-0,3см от пупочного кольца на пуповину накладывают специальную скобу Роговина. На расстоянии 1,5см от скобы производят пересечение пуповины. Место пересечения обрабатывают 5% раствором калия перманганата, и накладывают стерильную марлевую повязку Чистяковой. Следующим этапом первичного туалета новорождённого является обработка кожи ребёнка. Стерильной марлевой салфеткой, предварительно смоченной в стерильном вазелиновом или растительном масле, удаляется избыточная первородная смазка и слизь. Немало важным при проведении первичного туалета новорождённого является профилактика гонобленореи. она проводится 20% раствором натрия сульфата (альбуцидом) сразу после рождения, в первые минуты жизни. Закапывают по одной капле раствора под конъюнктивы нижних век. Повторяют через 2 часа. Можно для этого так же использовать 1% тетрациклиновую глазную мазь. Девочкам в половую щель однократно закапывают 1-2 капли 1-2% раствора нитрата серебра. Профилактика гонорейной инфекции глаз (кредеизация) является в РФ обязательной. Согласно первоначальному, существующему почти 100 лет предложению Креде, основным профилактическим методом остается закапывание в конъюнктивальный мешок 1 % раствора Argentum nitricum или Argentum aceticum. Эффект весьма надежен, но его недостаток заключается в том, что раствор оказывает иногда химически раздражающее действие и при случайной высшей концентрации для глаз токсичен. Раствор следует хранить в плотно закрытом флаконе из темного стекла и менять его на свежеприготовленный через каждую педелю. Менее раздражающим является закапывание раствора Ophthalmo-Septonex, однако действие этого препарата на гонококки является спорным. Профилактику следует провести очень аккуратно, чтобы дезинфицирующий раствор проник в весь конъюнктивальный мешок. Опыт показывает, что это условие не всегда соблюдается. Определением массы и длины тела заканчивается первичный уход за новорождённым в родильном зале. Установление линейных параметров (длина голова - пятки, окружность головы и грудной клетки) непосредственно после рождения бывает не слишком надежным, потому что головка может быть деформирована родовой опухолью и сдавливанием в родовых путях, нижние конечности находятся в тоническом положении флексии. Если требуется получить точные данные, например, с целью исследования и статистики, то лучше измерение линейных параметров повторять после исчезновения послеродовых изменений, т. е. через 3-4 дня.

# 4 Организация первого кормления

Если ребёнок родился доношенным и роды у матери протекали нормально, первое прикладывание к груди матери рекомендуется сразу же после рождения. Важно еще в отделении новорождённых установить режим кормления ребёнка. Последующие кормления проводят через 3 -3\*/2 ч- В большинстве родильных домов принято 7-кратное кормление новорождённых. Перед кормлением медицинская сестра тщательно осматривает новорождённых, при необходимости меняет пеленки, затем детей развозят на специальных каталках или разносят на руках по материнским палатам. Перед кормлением мать тщательно моет руки, ватным тампоном осторожно обмывает сосок раствором фурацилина (1:5000) или 0,5% раствором нашатырного спирта. Рукой мать сцеживает несколько капель молока для удаления случайного загрязнения выводных протоков молочных желез. Необходимо следить, чтобы ребёнок при сосании захватил в рот не только сосок, но и околососковый кружок. В первые 2 - 3 дня мать кормит ребёнка лежа. Ребёнка прикладывают только к одной груди. На 3 - 4-й день мать начинает кормить ребёнка сидя. Кормление грудью продолжается 20-30 мин. С установлением лактации ребёнок остается у груди матери 15 - 20 мин, за это время он высасывает все необходимое количество молока. По окончании кормления грудь обмывают кипяченой водой и обсушивают марлевой салфеткой или ватой. В первые дни после рождения ребёнок высасывает из груди матери от 5 до 30 - 35 мл молока, т. е. в сутки в среднем около 150 - 200 мл. С 3 -4-го дня количество получаемого ребёнком молока увеличивается, достигая к 8 -9-му дню 450 - 500 мл в сутки. Количество необходимого ребёнку молока в течение первых дней жизни можно вычислить по формуле: \* n \* 7 где n- день жизни ребёнка, 7 - число кормлений. Педиатр и медицинская сестра тщательно следят за состоянием новорождённого, движением кривой массы его тела. Если необходимо определить, достаточна ли лактация у матери, проводят контрольное взвешивание ребёнка до и после кормления. Разница в массе тела показывает количество высосанного молока. Более полное представление о состоянии лактации можно получить после 2 - 3 контрольных взвешиваний в течение дня. Одним из основных условий полноценной лактации кормящей матери является регулярное прикладывание ребёнка к груди и соблюдение времени и продолжительности кормлений. После 10 дней жизни ребёнок должен получать в сутки количество молока, равное 1/5 массы его тела. Различают три вида вскармливания детей 1-го года жизни: грудное (естественное), смешанное (докорм) и искусственное. Естественное вскармливание - это вскармливание, когда ребенок в течение первых 5 мес. жизни получает только молоко матери, а после 5 мес. до 1 года наряду с грудным молоком получает и прикорм. Смешанное вскармливание - это такой вид вскармливания, когда ребенок вследствие тех или иных обстоятельств в первой половине года наряду с молоком матери получает докорм в виде молочных смесей, причем смеси должны составлять более '/5 суточного рациона ребенка. Наиболее частым показанием к переводу ребенка на смешанное вскармливание со стороны матери является развивающаяся (постепенно или быстро) гипогалактия - недостаточное количество грудного молока. Искусственное вскармливание - такой вид вскармливания, когда ребенок в первую половину года не получает материнского молока или его количество составляет менее 1/5общего объема пищи. Основаниями к переводу ребенка на искусственное вскармливание является тяжелое заболевание матери или полное отсутствие молока у нее. Этот вид вскармливания детей 1-го года жизни применяется редко. При современном уровне знаний правильно проводимое искусственное вскармливание, как правило, дает хороший эффект.

# 5 Антропометрия новорожденного

После проведения первичного туалета обязательным элементом ухода за новорождённым является антропометрия ребёнка. Антропометрия включает в себя: определение массы и длины тела, измерение окружности головки и грудной клетки. По окончании антропометрии на запястье ребёнка надевают марлевые завязки с клеёнчатыми браслетками. На них указываются: ФИО матери, дата и время родов, пол ребёнка, масса и длина. Ребёнок остается в родильном зале в течение 2 часов под наблюдением акушера-гинеколога или педиатра, потом переводится в палату (отделение) для новорождённых. Перед переводом в отделение новорождённых врач повторно осматривает ребёнка, проверяет состояние пупочной ранки. При наличии кровотечения пуповину необходимо вновь перевязать. При приеме новорождённого в детской палате врач или медицинская сестра сверяет паспортные данные браслета и медальона с записями в истории его развития и отмечает в ней время приема ребёнка.

# 6 Оформление документации.

История развития новорожденного . При оформлении истории развития новорожденного номер истории развития ребенка обязательно должен соответствовать номеру материнской истории родов. В соответствующих графах истории развития ребенка подробно отражаются сведения о: заболеваниях матери в течение беременности по триместрам и течении родов, длительности I и II периодов родов раздельно, длительности безводного промежутка, характере околоплодных вод, лекарственной терапии матери в родах, особого внимания при этом заслуживает информация о проведении стероидной профилактики и антибактериальной терапии с указанием названия препарата, даты назначении и отмены, пути введения, длительности курса и разовой дозы препарата. Отдельный акцент делается на информацию из туберкулезного диспансера об эпидемиологической ситуации по данному вопросу у женщины. При оперативном родоразрешении указываются показания к нему, характер обезболивания и оперативного вмешательства. Врач-неонатолог в соответствующих графах на 2 странице истории развития новорожденного дает развернутую оценку состояния ребенка по шкале Апгар в конце 1 минуты и через 5 минут, а также согласно Методическим рекомендациям Минздравсоцразвития России N 15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» через 10 минут, если оценка по шкале Апгар через 5 минут после рождения не достигла 7 баллов. . Всем новорожденным детям в обязательном порядке в родильном зале осуществляется заполнение вкладыша-карты первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, предусмотренной Приложением N5 Методических рекомендаций Минздравсоцразвития России N15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям». Возможно использование дополненного варианта вкладыша-карты, на обратной стороне которого добавлены графы для краткого описания осмотра ребенка в родильном зале сразу же после рождения (приложение 21). В истории развития новорожденного приводятся показатели массы и роста ребенка, окружности головы и груди, указывается способ обработки пуповины. Делается особая отметка о профилактике гонобленореи. При преждевременных родах в случае превышения массы тела ребенка при рождении и роста средних величин для указанного срока гестации врачом неонатологом совместно с врачом акушером-гинекологом оформляется акт (вариант оформления акта представлен в приложении 22). При наличии группы крови О (I) и/или отрицательного резус-фактора у матери, а также при наличии резус-конфликта делается отметка о взятии крови из пуповины на группу и резус- принадлежность, билирубин. В истории развития новорожденного ведется мониторинг температуры тела ребенка в течение всего периода нахождения его в родильном зале, а также указывается способ сохранения тепла (метод кенгуру или контакт «кожа к коже»). Результаты заносятся в карту контроля температуры тела ребенка в родильном зале (приложение 6). Спустя 2 часа после рождения врач неонатолог делает в истории развития новорожденного запись о состоянии ребенка (при переводе его в отделение для новорожденных) в разделе «Первичный осмотр новорожденного» с обязательным указанием даты и точного времени (часы и минуты) осмотра. В случае необходимости по тяжести состояния или другим объективным причинам запись первичного осмотра новорожденного может быть выполнена ранее 2 часов после рождения с обязательным указанием даты и точного времени (часы и минуты) осмотра. При появлении у новорожденного клиники дыхательной недостаточности в первые минуты и часы после родов врач неонатолог дает оценку состояния дыхательной функции новорожденных на момент перевода по шкале Сильвермана (бланк представлен в приложении 23). Согласно приказу МЗ РФ N 921н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» в течение первых суток жизни в физиологическом отделении ребенок осматривается детской медицинской сестрой через каждые 3- ,5 часа для оценки состояния новорожденного и при необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи с обязательным внесением результатов осмотра в медицинскую документацию (вариант карты осмотра в приложении 6. . Согласно приказу МЗ РФ N 921н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» врач неонатолог осматривает новорожденного ежедневно, а при ухудшении состояния ребенка с такой частотой, которая определена медицинскими показаниями, но не реже одного раза в три часа. Результаты осмотра заносятся в историю развития новорожденного с указанием даты и времени осмотра. Ежедневные записи врача-неонатолога (см. выше, параграф 1, раздел 2, пункт 2.8). Ежедневные назначения в истории развития новорожденного выносятся лечащим врачом-неонатологом на поля справа с соблюдением необходимых требований (см. выше, параграф 2, раздел 2, пункт 2.20). Для соблюдения необходимой преемственности в курации новорожденного между родильным домом и детской поликлиникой врач-неонатолог родильного дома обязан отметить в выписном эпикризе: − основные сведения о матери: состояние ее здоровья, особенности течения беременности и родов, имевшие место оперативные вмешательства, − оценку новорожденного по шкале Апгар, мероприятия, проводимые в родзале (если ребенок в них нуждался), − особенности течения раннего неонатального периода: время отпадения пуповины и состояние пупочной ранки, масса тела и состояние на момент рождения и при выписке, дата вакцинации и серия вакцины против гепатита В и БЦЖ-М (если не делали - обоснование ее отвода), данные проведения неонатального скрининга и аудиоскрининга, данные лабораторных и других обследований, − в случае несовместимости крови матери и новорожденного по резус-принадлежности или по АВО-системе в обменной карте отмечают резус-принадлежность, группу крови матери и ребенка и показатели крови в динамике, − при гипогалактии у матери об этом указывают в обменной карте, даются рекомендации по решению данной проблемы, − в случаях асфиксии, родовой травмы, заболевания ребенка в обменной карте указывают не только диагноз, данные обследования ребенка и проведенное лечение, но и рекомендации по дальнейшему ведению ребенка, вскармливанию, проведению лечебных мероприятий. Наряду с выписным эпикризом, выдаваемым матери на руки, старшая медицинская сестра отделения новорожденных уточняет домашний адрес матери и сообщает в день выписки ребенка по телефону в детскую поликлинику по месту его проживания (кроме иногородних) основные сведения о выписанном ребенке - для проведения более быстрого первого патронажа на дому - и отмечает в журнале отделения (палаты) для новорожденных детей и в конце истории развития новорожденного дату выписки и фамилию сотрудника поликлиники, принявшего телефонограмму. Инструкция по заполнению вкладыша-карты первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале. Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале (приложение N 5 Методических рекомендаций №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям») заполняется на каждого новорожденного во всех лечебно-профилактических учреждениях, в которых оказывается родовспомогательная помощь, врачом (неонатологом, педиатром, акушером-гинекологом, анестезиологом- реаниматологом) или, при отсутствии врача, акушеркой после завершения комплекса первичных реанимационных мероприятий . Является вкладным листом к форме 097/у «История развития новорожденного». . Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале содержит сведения: − о характере амниотических вод; − о состоянии новорожденного по признакам живорождения (самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения мускулатуры), а также по цвету кожных покровов, в динамике; − о проводимых первичных и реанимационных мероприятиях; − об исходе первичной и реанимационной помощи.

# Заключение

Средний медицинский персонал играет огромную роль в неонатальных отделениях, выполняя значительный объем работы по уходу за новорожденными, медицинские манипуляции, профилактике внутрибольничных инфекций. Тщательное наблюдение за состоянием новорожденного с первых дней его жизни, создание оптимальных условий для его развития, правильный уход за ним, организация режима, соответствующее грудное (естественное) вскармливание обеспечивают нормальное развитие ребенка в этот период жизни, когда его органы и системы особенно легко ранимы. Широкое распространение во всем мире получила иммунологическая профилактика инфекций, что позволило значительно снизить заболеваемость туберкулезом, полиомиелитом, коклюшем, дифтерией, корью и столбняком, а натуральную оспу благодаря вакцинации удалось искоренить полностью. Неоспоримое достижение последних лет - вакцинация детей с хроническими заболеваниями, использование инактивированных вакцин. Составлен достаточно большой перечень хронических нарушений здоровья у детей, рассматриваемых как серьезные показания к вакцинации против гриппа и пневмококковой пневмонии. Только при вакцинации лиц с нарушениями здоровья можно охватить прививками 95℅ детей первых лет жизни, что является обязательным условием для поддержания заболеваемости управляемыми инфекциями лишь на спорадическом уровне. Перед медиками поставлена задача глобального искоренения полиомиелита, кори (к 2010г.), краснухи, паротита, гемофильной инфекции (сроки уточняются). Только совсем недавно перестали использовать витамин D2, заменив его витамином D3. Витамин D3 в дозе 400-500 МЕ рекомендуют давать ребенку осенью и зимой, когда нет активного солнца. Внимание к малышу в семье и в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения - залог его здоровья. При этом необходимо как использовать достижения науки в этой области, так и не пренебрегать опытом предыдущих поколений. Интерес к новому и умеренный консерватизм - вот основа подхода к проблемам ухода за ребенком и его воспитания. Данная работа помогает расширить и закрепить знания по организации медицинского обслуживания новорождённых, по соблюдению санитарно-эпидемического режима в акушерском стационаре. неонатальный антропометрия новорожденный иммунопрофилактика

# Список литературы

1. Тульчинская В.Д. Здоровье детей. Учебное пособие- Ростов-на-Дону, Феникс, 2014.
2. Шабалов Н.П. Неонатология. Учебное пособие в 2 т. - Москва, МЕДпресс-информ, 2013.
3. Цереградская Ж.В. Новорожденный. Уход и воспитание. Методическое пособие. - Рожана, Рожана, 2010.
4. Шабалов Н.П. Педиатрия. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - Санкт Петербург, СпецЛит, 2009.
5. Вальман Б., Томас Р. Первый год жизни ребенка. Руководство для врачей, специальность: Педиатрия/Неонатология. - Москва, Бином, 2012.
6. Зелинская Д.И. Сестринский уход за здоровым новорожденным ребенком в амбулаторно-поликлинических условиях. Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей. - Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010.