

## НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК И УХОД ЗА НИМ

Новорожденный ребенок, независимо от массы тела при рождении, считается недоношенным, если родился с 22-й по 37-ю неделю внутриутробного развития (у доношенного этот срок составляет 38—40 недель).

Степень зрелости новорожденного зависит от его способности жить внеутробно и адаптироваться к условиям внешней среды. Наиболее тесно понятие зрелости связано с гестационным возрастом (сроком внутриутробного развития). Этот показатель является основным при оценке характера внутриутробного развития плода. Исходя из гестационного возраста, выделяют четыре степени недонашивания: *I степень* — срок гестации 37—35 недель, *II степень* — 34—32 недели, *III степень* — 31—29 недель, *IV степень* — 28—22 недели. Масса тела при рождении не является абсолютным показателем недоношенности: нередко рождаются недоношенные дети с массой тела более 2500 г. Маловесные дети по массе подразделяются на детей с низкой массой тела (2500—1500 г), с очень низкой массой (1500—1000 г) и чрезвычайно низкой массой тела (менее 1000 г).

*Причины преждевременного рождения* детей многочисленны и порой выявляются с трудом. Обычно они не единичны, а сочетаются между собой. Выделяют основные группы причин и провоцирующих факторов преждевременных родов: 1) данные отягощенного акушерского анамнеза (3 и более предшествующих прерывания беременности, короткие интервалы между родами, многоплодная беременность, тазовое предлежание оперативное вмешательство), 2) тяжелые соматические и инфекционные заболевания матери, 3) заболевания плода (внутриутробные инфекции, хромосомные заболевания, иммунологический конфликт между беременной и плодом), 4) социально-экономические факторы (профессиональные вредности, алкоголь, курение, нежелательная беременность), 5) социально-биологические факторы (первородящие в возрасте до 18 лет и старше 30 лет, рост менее 150 см, масса тела ниже 45 кг, низкий социальный статус, генетическая предрасположенность). К провоцирующим моментам можно отнести физические и психические травмы, подъем тяжести, падение и ушиб беременной женщины.

**Анатомо-физиологические особенности (АФО) недоношенного ребенка.**  
*Морфологические признаки недоношенности.* Внешний вид недоношенных детей имеет ряд признаков находящихся в прямой зависимости от срока беременности. Чем меньше гестационный возраст ребенка, тем ярче они выражены и тем их больше. Некоторые признаки используют для определения срока гестации. К ним относятся кожные покровы, ушные раковины, ареолы сосков, борозды на ступнях, половые признаки.

У глубоконедоношенного ребенка тонкая морщинистая кожа темно-красного цвета, обильно покрытая пушком (лануго). Ушные раковины мягкие, прилегают к черепу при малом сроке гестации лишены рельефа, бесформенны вследствие недоразвития хрящевой ткани. Ареолы сосков недоразвиты, менее 3 мм, при глубоком недонашивании могут не определяться. Борозды на ступнях



редкие, короткие, неглубокие, появляются на 37-й неделе беременности, на 40-й неделе гестации они становятся многочисленными. Мошонка у мальчиков часто пустая, яички находятся в паховых каналах либо в брюшной полости. Для девочек характерно зияние половой щели — большие половые губы не прикрывают малые, хорошо виден гипертрофированный клитор.

Недоношенный ребенок имеет малые размеры, непропорциональное телосложение (относительно большую голову и туловище, короткие шею и ноги, низкое расположение пупочного кольца). Мозговой череп преобладает над лицевым. Швы черепа и роднички открыты. Подкожный жировой слой не выражен.

*Функциональные признаки недоношенности.* Для недоношенных характерна незрелость всех органов и систем, степень выраженности которой зависит от срока беременности. Неврологическими признаками недоношенности являются мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов и двигательной активности, нарушение терморегуляции, слабый крик ребенка. Дети периодически беспокойны, отмечается непостоянный тремор подбородка и конечностей.

Дыхание составляет 40—90 дыхательных движений в 1 мин, неравномерное по ритму и глубине, прерывается судорожными вдохами и паузами (апноэ) продолжительностью до 10—15 с, что чаще наблюдается у глубоконедоношенных детей с гипоксическими поражениями ЦНС. При более длительной остановке дыхания может развиваться асфиксия (удушье). Пульс слабый, от 100 до 180 в 1 мин. Артериальное давление не превышает 60—70 мм рт. ст.

Терморегуляция у недоношенного ребенка несовершенна. Дети быстро охлаждаются и также быстро перегреваются. Своеобразие температурной реакции проявляется в том, что при перегревании температура тела может повышаться до 40°C, а в ответ на внедрение инфекции недоношенные могут не реагировать повышением температуры.

Рефлексы сосания и глотания слабо развиты. Нередко наблюдается нарушение координации сосания и глотания. Имеется склонность к срыгиванию, рвоте, метеоризму, запорам. Отсутствие кашлевого рефлекса способствует аспирации пищи.

Из-за несовершенства иммунитета недоношенные дети склонны к инфекционным заболеваниям. Повышенная проницаемость и ломкость кровеносных сосудов способствуют возникновению нарушений мозгового кровообращения и кровоизлияний.

Своеобразны у недоношенных пограничные физиологические состояния: более выражены и длительны физиологическая эритема, убыль первоначальной массы тела, желтуха. Незначительная по выраженности желтуха может сопровождаться тяжелой билирубиновой энцефалопатией. Пуповинный остаток отпадает позже, чем у доношенных (на 5—7-й день жизни), пупочная ранка заживает к 12—15-му дню, при массе менее 1000 г — на 1—2 недели позже.

*Организация медицинской помощи.* Проблема выхаживания недоношенных чрезвычайно сложна, так как дети еще не созрели для существования вне материнского организма. Для сохранения жизнеспособности недоношенных необходимо создать специальные условия



как в момент рождения, так и в течение последующей адаптации ребенка. С этой целью помощь недоношенным оказывается поэтапно: обеспечение интенсивного ухода и лечения в роддоме (*I этап выхаживания*); выхаживание в специализированном отделении (*II этап*); диспансерное наблюдение в условиях детской поликлиники (*III этап*).

Основная цель I этапа — сохранить жизнь ребенку. В первые часы и дни после рождения при необходимости осуществляется интенсивная терапия, обеспечиваются тщательный уход и наблюдение. Не позднее 1 ч после рождения организовывается транспортировка ребенка в отделение для новорожденных (в палату-бокс для недоношенных) или при тяжелом состоянии в отделение интенсивной терапии и реанимации. Домой из роддома выписываются здоровые дети массой тела при рождении более 2000 г, все остальные недоношенные переводятся в специализированное отделение для II этапа выхаживания.

Основным направлением работы специализированного отделения является *лечебно-реабилитационное*. Лечебные мероприятия направлены на ликвидацию гипоксии, нарушений мозговой гемодинамики, желтухи, пневмопатии, профилактику анемии, рахита, гипотрофии. Важным средством реабилитации детей с поражением ЦНС является лечебная гимнастика, массаж и упражнения в воде.

К выписке из отделения II этапа выхаживания подходят индивидуально. Основными критериями для решения вопроса о выписке являются отсутствие заболеваний, восстановление первоначальной массы тела и ее удовлетворительная прибавка, нормальный уровень гемоглобина, благоприятная домашняя обстановка. Все сведения о ребенке передаются в день выписки на педиатрический участок.

**Особенности ухода.** Недоношенных детей выхаживают с учетом физиологических особенностей: несовершенства терморегуляции, сниженной толерантности (выносливости) к гипоксии, склонности к асфиктическим состояниям, недостаточной сопротивляемости к инфекции, незрелости органов и систем.

При выхаживании недоношенных детей необходимо создать комфортные микроклиматические условия. Охлаждение недоношенного в родзале нередко обрекает на неудачу весь дальнейший уход за ним. Температура в палате должна составлять 24–26°C, влажность — 60%. В первые дни и недели жизни глубоконедоношенные дети или недоношенные в тяжелом состоянии выхаживаются в кувезах. В них поддерживается температура от 36°C до 32°C, влажность воздуха в первые сутки составляет до 90%, затем — 60–55%, концентрация увлажненного кислорода — около 30%. Оптимальным температурным режимом является режим, при котором удается поддерживать температуру тела в пределах 36,5–37°C и исключить перегревание и охлаждение ребенка. Уровень оксигенации подбирается индивидуально целесообразно обеспечивать минимальную избыточную концентрацию кислорода, при которой исчезают признаки гипоксемии (периоды кожных покровов и слизистых оболочек, низкая двигательная активность, редкое дыхание с длительным апноэ, брадикардия). Концентрацию кислорода более



38% в кувезе создавать не рекомендуется из-за возможности поражения легких, сетчатки глаз и ЦНС. Следует контролировать и длительность подачи кислорода.

Дезинфекция и смена кувезов проводится через 2—3 дня. Ребенок, нуждающийся в кувезном содержании, перекладывается в чистый инкубатор. Перевод в кроватку осуществляется при отсутствии дыхательных расстройств, сохранении постоянной температуры тела, способности недоношенного ребенка сходить на минимальной оксигенации. Для дополнительного обогрева используют термоматрац, термозащитную пленку, грелки. При выполнении процедур непродолжительных по времени, применяют пеленальные столы с обогревом, лампы лучистого тепла ("Амеда"). Детей, выхаживаемых в кроватках, одевают в распашонки с защитными рукавами.

Особое внимание следует уделять наблюдению за состоянием ребенка, контролировать температуру и влажность помещения, параметры работы и обработку кувеза, соблюдать строжайшие меры санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов. Большое значение имеет охранительный режим: ограничение болевых раздражителей, охрана сна ребенка, бережное проведение туалета и манипуляций, строгое соблюдение очередности диагностических и лечебных процедур. Мать должна выполнять правила личной гигиены и поддерживать должное санитарное состояние при уходе за ребенком.

Вскармливание недоношенных детей имеет ряд особенностей. Они обусловлены высокой потребностью ребенка в питательных веществах, незрелостью его желудочно-кишечного тракта, требующего осторожного введения пищи. В зависимости от срока беременности грудное молоко меняется по составу. Поэтому материнское молоко наиболее подходит нуждам ребенка и обеспечивает максимальный успех в выхаживании. Новорожденный должен получать его, даже если количество молока минимально. Для стимуляции выработки молока рекомендуется частое сцеживание (не менее 8 раз в сутки). При отсутствии молока недоношенных детей обеспечивают донорским молоком, в исключительных случаях используют адаптированные молочные смеси, предназначенные для вскармливания недоношенных детей ("Новолакт-ММ", "Детолакт-ММ", "Хумана О" и др.), а также "Малютка", "Алесь-1", смеси, обогащенные биологическими добавками.

Время первого кормления ребенка определяется индивидуально. В зависимости от тяжести состояния недоношенную кормят грудью, ложечкой или из чашечки, через зонд. Частота приема пищи зависит от способа питания, способности ребенка удерживать в желудке молоко и активности сосания.

Дети со слабым сосательным и отсутствием глотательного рефлексов получают молоко через желудочный зонд. Кратность кормления через зонд обычно составляет 7—8 раз в сутки. При пролонгированном зондовом кормлении с помощью шприцевого дозатора или инфузионной системы время введения молока не должно превышать 3 ч.

Детей с глотательным рефлексом и слабо выраженным сосательным рефлексом кормят из ложечки или чашечки. Ложечку наполняют частично и контролируют, чтобы молоко выливалось поверх языка и проглатывалось, не скапливаясь под языком. Кормление из соски затрудняет в дальнейшем



отделения, организуются отделения совместного пребывания матери и ребенка. Подобная структура способствует более тесному психологическому контакту, матери быстрее приобретают навыки ухода за новорожденными, снижается инфицирование новорожденных из-за отсутствия контакта с другими детьми, создаются благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери.

Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка являются гестозы беременных, экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации, острые инфекционные заболевания, состояния ребенка, требующие наблюдения и ухода медицинского персонала. Совместное пребывание матери и ребенка после хирургического вмешательства в родах организуется с учетом состояния здоровья родильницы.

### САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ РЕЖИМ ДЕТСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Здоровье и жизнь новорожденного полностью зависят от того, насколько строго и тщательно весь персонал родильного дома выполняет требования санитарно-гигиенического режима.

Санитарно-гигиенический режим роддома поддерживается путем тщательного выполнения комплекса мероприятий, которые условно можно разделить на три группы: 1) требования, предъявляемые к персоналу; 2) требования, предъявляемые к оснащению и содержанию помещений; 3) требования, предъявляемые к уходу за новорожденным.

**Требования к персоналу.** Лица, поступившие на работу в роддом, и в дальнейшем процессе работы, проходят полный медицинский осмотр специалистами, флюорографическое исследование грудной клетки, бактериологическое обследование на кишечную группу, золотистый стафилококк, исследование крови на сифилис и ВИЧ-инфекцию. Персонал должен быть привит против дифтерии. Все полученные данные заносятся в санитарную книжку, которая хранится у старшей сестры.

Помимо плановых обследований, медицинская сестра отделения, приступая к дежурству, должна измерить температуру тела и пройти контроль врача либо старшей медицинской сестры с осмотром зева и кожных покровов на выявление гнойничков, инфицированных ссадин, сыпи и т. п. Данные осмотра фиксируются в специальном журнале. Больной персонал к работе не допускается. Ежедневная санация носоглотки проводится только в случае эпидемического неблагополучия.

После осмотра медицинская сестра одевает санитарную одежду (ежедневно сменяемый халат, легкое хлопчатобумажное платье-рубашку, носки, кожаную обувь). Кольца, браслеты и наручные часы во время работы рекомендуется снимать. Ногти должны быть коротко острижены и закруглены пилкой, рукава халата закатываются выше локтя. Особое внимание уделяется мытью рук: тщательно до локтя их моют теплой водой с мылом, обсушивают чистой пеленкой, обрабатывают дезинфектантом. С целью профилактики дерматитов от многократного применения антисептиков рекомендуется работа в хирургических перчатках, обеззараживаемых перед контактом с кожей.



покрывают каждого ребенка медицинскими персоналом используют маски в отделениях новорожденных при выявлении эпидемических (пупочных) маститных сосудов, помпальной пупочной и т. п.), постоянно при эпидемии гриппа и другим эпидемическим заболеваниям. В физиологическом и содержании палат. В физиологическом отделении для здоровых доношенных детей предусматривается площадь не менее 2,5 м на одну койку, в операционном — 4,5 м<sup>2</sup>. На каждом посту устанавливаются детские кроватки, пеленальные столы с оборудованием, медицинские весы для взвешивания новорожденных, столы для медицинских, необходимых для ухода за ребенком, встроены шкафы для белья. Переносить оборудование и предметы ухода из одной палаты в другую недопустимо. Кроватки для новорожденных нумеруются, в них вкладываются матрасы с латунно-защитными гигиеническими чехлами. Во время кормления детей чехлы протирают ветошью, смоченной дезинфектантом. Матрасы застилают простынями, по ним не ходят. При применении тампона их меняют не реже одного раза в сутки. Пеленальные столы накрывают матрасом в гигиеническом чехле. Он должен быть мылся и дезинфицироваться. В палатах целесообразно установить комбинированный пеленальный стол, на котором выполняется только раскладывание ребенка. Рядом с пеленальным столом на тумбочке размещают детские вещи. Палаты оборудуют покровом, теплом и холодной водой, детской ванной. Для отсuctions центральная подача для подмывания детей устанавливается пеленальными тумбочками с теплом, водой с раковиной на полочке или тумбочке помещают мыльницу с мылом, емкость с дезинфектантом. Установка пеленальных тумбочек с теплом, водой с раковиной на полочке или тумбочке помещают мыльницу с мылом, емкость с дезинфектантом. За каждым постом физиологического отделения при раздельном размещении матерей и новорожденных закрепляют каталки с переносными-аппаратами на одного ребенка. После кормления каталки обрабатывают дезинфектантом и высушивают в течение 30 мин. Дети недоношенные, травмированные и находившиеся в операционном отделении при отсuctions и промывании каталки для дезинфекции подвешиваются на крючки. Для интенсивного ухода обеспечивают центральную подачу воздуха и кислород, кувезами, специализированным оборудованием и оснащением для экстренной помощи при неотложных состояниях. В течение всего о периода пребывания новорожденных в родильном доме осуществляется только стерильное белье. Его суточные записи на одного новорожденного составляет не менее 48 пеленок 10 раскладных для 5—7-кратной смены. На все время пребывания в родильном доме новорожденному выдают один матрас для одеяла, три конверта. Чистое белье хранят на полках шкафов в комнате по 30—50 штук в двойной упаковке из хлороформированного мешка. Срок хранения белья не более двух суток с момента стерилизации. Неиспользуемое во время пеленания белье передается в стерилизационную. В шкафу в специально выделенном месте, хранят постельные принадлежности. Постельные принадлежности после дезинфекции.

Для сбора грязного белья служат бак с крышкой и пеленальным устройством.



Внутрь его вкладывают клеенчатый или полиэтиленовый мешок.

Для ухода за новорожденными необходимо иметь набор медицинского инструментария, перевязочных материалов, предметов ухода. Они должны соответствовать количеству детских коек, быть однократного использования и храниться в медицинском шкафу. Перед каждым пеленанием сестра готовит рабочий стол со стерильным материалом, средствами ухода и инструментарием. На нижнюю полку стола ставит емкость с дезинфицирующим раствором и лоток для отработанного материала.

Баллончики, катетеры, газоотводные трубки, клизмы, медицинский инструментарий после использования погружают в отдельные емкости с раствором дезинфектанта, затем подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации. Обеззараженные предметы ухода хранят в отдельной маркированной сухой стерильной таре. Глазные пипетки, шпатели и другие инструменты подлежат стерилизации. Стерильный пинцет (корнцанг), используемый для забора обеззараженных изделий медицинского назначения, во время каждого пеленания хранится в емкости с дезинфектантом. Пинцет (корнцанг) и дезраствор меняют один раз в сутки. Медицинские термометры полностью погружают в дезинфектант, промывают в кипяченной воде, просушивают в пеленке и хранят в сухом виде. Использованные соски моют под горячей проточной водой, кипятят 30 мин в специально выделенной эмалированной кастрюле. Затем, не снимая крышки, сливают воду и хранят в этой же посуде.

Для ухода за остатком пуповины и пупочной ранкой, кожными покровами и слизистыми используют только стерильные ватно-марлевые тампоны, шовно-перевязочный материал, инструменты. Стерильный материал помещают в биксы, меняют его один раз в сутки. Медицинская сестра отвечает за правильную укладку и своевременную сдачу биксов. Неиспользованный из укладки стерильный материал подлежит повторной стерилизации.

Медикаменты для ухода за новорожденными (мази, масла, водные растворы и др.) должны быть стерильными. Их готовят в разовой упаковке или фасуют в количестве, не превышающем суточную потребность на одного ребенка.

Лекарственные средства, применяемые для лечения новорожденных, на постах физиологического отделения не хранят. Медикаменты в палатах для интенсивного ухода помещают в специально выделенный медицинский шкаф. В комнате старшей медицинской сестры в закрытом шкафу (холодильнике) постоянно хранят трех- и десятидневные запасы медикаментов и стерильного материала. Срок хранения стерильных растворов для инъекций, приготовленных в условиях аптеки и укупоренных под обкатку алюминиевым колпачком, составляет один месяц, без обкатки — 2 дня. Срок хранения мазей, порошков, присыпок — 10 дней.

Палаты для новорожденных заполняются строго циклически с разницей в сроке рождения детей до трех суток. В палатах поддерживается температура воздуха  $+22^{\circ}\text{C}$  (для недоношенных  $+24^{\circ}\text{C}$ ). Относительная влажность воздуха контролируется показаниями психрометра и должна составлять 60%. Воздух обеззараживается бактерицидными лампами. Для снижения микробной обсемененности и очистки от пыли целесообразно использовать кондиционеры. Палаты проветриваются 6 раз в сутки, когда новорожденные находятся на



кормлении в палатах матерей или выносятся в соседнее помещение.

Уборка палат (боксов), процедурной и других помещений проводится младшим медицинским персоналом. Их работу контролирует старшая медсестра отделения и сестра-хозяйка, в ночное время — ответственная дежурная медсестра. Уборочный инвентарь строго маркируется, ветошь для обработки твердого инвентаря ежедневно кипятят и хранят, как и посуду, в которой ее кипятят, в подсобном помещении.

В палатах новорожденных проводят влажную уборку не реже трех раз в сутки: один раз с использованием дезинфицирующего средства (после третьего кормления), два раза (утром и вечером) с моющим раствором. После уборки включают на 30 мин. бактерицидные лампы и проветривают помещение. В присутствии детей можно использовать только экранированные лампы.

Заключительную дезинфекцию палат проводят после выписки новорожденных, но не реже одного раза в 7—10 дней. Все белье из палаты сдают в прачечную, одеяла и матрацы — для камерной дезинфекции. По возможности всю мебель выносят. Стекланные перегородки, шкаф, окно моют с нашатырным спиртом. Кальцинированной содой чистят умывальники и ванночку. Тщательно обрабатывают моющим раствором кровати, столы, тумбочки, весы, перегородки, стены, лампы дневного света, бактерицидные облучатели, плингуса, батареи. Затем их протирают дезинфектантом, в последнюю очередь моют пол. Палату закрывают на 1 ч. После дезинфекции все поверхности промывают горячей водой и включают на 1 ч бактерицидные лампы. Затем персонал меняет санитарную одежду и раскладывает матрацы, одеяла, полученные из дезкамеры. Укомплектовав палаты, вновь включают бактерицидные лампы на 1 ч и проветривают помещение. Кроватки заправляют постельным бельем перед поступлением новорожденного. Генеральную уборку проводят поочередно во всех палатах новорожденных в соответствии с графиком их заполнения. Помимо этого два раза в год отделение новорожденных вместе со всем родильным стационаром закрывают для расширенной санитарной обработки и косметического ремонта.

В наблюдательном отделении новорожденных уборку палат проводят не реже трех раз в сутки, при этом один раз (утром) — с использованием моющего раствора, а после третьего и пятого кормлений — дезинфицирующими средствами. После каждой уборки проводят облучение воздуха бактерицидными лампами в течение 60 мин и проветривание палат. При переходе в наблюдательное отделение медицинский персонал других отделений меняет спецодежду.

Для текущей и заключительной обработки палат и инвентаря могут применяться импортные дезинфицирующие средства («Микроцид», «Лизетол», «Сагросепт», «Тигасепт», «Октенидерм» и др.). Они используются в соответствии с прилагаемыми инструкциями.

**Требования, предъявляемые к уходу за новорожденными.** Новорожденные дети должны находиться под постоянным наблюдением медперсонала. При приеме ребенка в палату медсестра сверяет текст медальона с аналогичной информацией, указанной на браслетках и в истории развития новорожденного (фамилия, имя отчество матери, масса и пол ребенка, дата и час рождения, номер истории родов). Расписывается в истории развития



новорожденного (ф. № 97) о приеме новорожденного в детскую палату, регистрирует его в журнале отделения (ф. № 102)

При осмотре ребенка медицинская сестра обращает особое внимание на характер крика ребенка, цвет кожных покровов, состояние пуповинного остатка, отхождение мочи и мекония. Проводит вторичную обработку новорожденного. В случае раннего перевода из родзала (например, в палату интенсивной терапии) новорожденному через 2 ч после рождения проводится вторичная профилактика гонобленнорей 30% раствором сульфацила натрия. О проведенной профилактике медсестра делает запись в истории развития новорожденного, в дальнейшем вносит в нее данные наблюдения и вскармливания.

Утром, перед кормлением, медсестра подмывает детей, измеряет температуру, взвешивает их, проводит утренний туалет.

Обработку пуповинного остатка и пупочной ранки проводят при ежедневном осмотре детей, по показаниям — чаще. По назначению врача пуповинный остаток и пупочную ранку ведут открытым способом или под пленкой аэрозольного антисептика. Для ускорения мумифицирования пуповинного остатка у его основания накладывают дополнительную шелковую лигатуру. Пуповинный остаток отпадает на 3-5-й день жизни. Эпителизация пупочной ранки наступает через несколько дней, у недоношенных детей — позже.

Перед каждым кормлением медсестра проводит смену пеленок. Распашонки меняются ежедневно, при загрязнении — по потребности. доношенным детям покрывают голову и пеленают вместе с руками только в первые дни жизни, затем применяют открытый способ пеленания. В холодное время года ребенка пеленают в одеяло или конверт с вложенным в него одеялом, в жаркое — только в пеленки. В случае задержки выписки по назначению врача новорожденных купают.

При совместном пребывании матери и ребенка уход за новорожденным в первые сутки осуществляет медсестра. Она обязана обратить внимание матери на необходимость соблюдения правил личной гигиены, последовательность обработки кожи и слизистых оболочек, обучить мать пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами.