

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра
Д.Л.Пиневиц



10 октября 20 16 г.

Регистрационный № 095-1116

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТДЕЛЬНЫХ
СОСТОЯНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ
ПЕРИОДЕ, У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ОКАЗАНИИ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

АВТОРЫ:

к.м.н. доцент Вильчук К.У., к.м.н. доцент Гнедько Т.В.

Минск, 2016

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция), предназначенной для врачей-неонатологов, врачей-анестезиологов-реаниматологов, врачей акушеров-гинекологов, иных врачей специалистов, акушерок, медицинских сестер специализированных отделений организаций здравоохранения III-IV уровня перинатальной помощи, изложен метод медицинской профилактики отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, у недоношенных детей при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на снижение вероятности возникновения и устранение гипотермии (P80), гематологических (P61) и обменных нарушений (P70-74), расстройств системы пищеварения (P77), хронических болезней органов дыхания (P27) в стационарных условиях.

1. Показания к применению:

Масса тела при рождении у недоношенного ребенка, равная 1500 граммам и менее.

2. Перечень необходимых медицинских изделий, реактивов, лекарственных средств и т.д.

Медицинские изделия определены Республиканским формуляром.

Лекарственные средства (сурфактантсодержащие, кофеина цитрат) включены в Республиканский формуляр.

3. Описание технологии выполнения метода медицинской профилактики отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, у недоношенных детей при оказании высокотехнологичной медицинской помощи:

1 этап – обеспечение условий для моделирования внутриутробного развития и минимизации патологического влияния

внешних средовых факторов при рождении недоношенного ребенка с очень низкой массой тела:

1.1. акушерка родильного зала за 30 минут до родов обеспечивает температуру воздуха в родильном зале или операционной 26–28°C, согревание реанимационного места для новорожденного, стерильных пеленок;

1.2. бригада специалистов, включающая врача-анестезиолога-реаниматолога или врача-неонатолога и медицинскую сестру, вызывается в родильный зал или операционную за 20 минут до предполагаемого времени рождения недоношенного ребенка с массой тела менее 1500 граммов;

1.3. специалисты бригады, прибывшие для участия в реанимационных мероприятиях недоношенному ребенку, проводят подготовку реанимационного оборудования в родильном зале/операционной, а также согревание медицинских изделий соответствующих для новорожденного размеров к их использованию;

1.4. независимо от метода родоразрешения женщины крайне незрелому ребенку проводится отсроченное пережатие пуповины по истечении 60 секунд с положением его ниже уровня плаценты в этот период или сцеживание пуповины 3-4 раза в направлении от плаценты к ребенку со скоростью 20 см за 2 секунды, если не возможно отсроченное пережатие пуповины;

1.5. после отсечения пуповины ребенок перекладывается на реанимационное место и помещается в стерильный конверт для обогрева новорожденных в зависимости от массы тела. Санация носоглотки, верхних дыхательных путей и желудка проводится только при наличии признаков аспирационного синдрома (мекония, крови,

амниотической жидкости и слизи) и осуществляется общепринятыми методами;

1.6. забор крови из сосудов пуповины для определения показателей кислотно-основного состояния и газового состава крови проводится согласно инструкции по применению «Дифференцированная оценка кислотно-основного состояния пуповинной крови у новорожденных» от 13.07.2011 регистрационный № 078-0711;

1.7. оценка частота сердечных сокращений и дыхания с контролем температуры и минимизацией инвазивных манипуляций осуществляется общепринятыми методами;

1.8. при самостоятельном дыхании глубоко недоношенного ребенка респираторная помощь проводится с неинвазивной поддержкой положительным давлением в конце выдоха как минимум 6 см в.ст. маской или назальными канюлями с концентрацией кислорода 21-30% в зависимости от показателей неинвазивной сатурации. Длительность составляет до 10 минут. Эффективность оценивается по достижению ЧСС выше 100 ударов в минуту, предуктальной сатурация от 90% до 94% на фоне подачи воздушной смеси в концентрации O_2 , соответствующей сроку гестации.

1.9. интубация показана детям, состояние которых не улучшилось при проведении вентиляции положительным давлением через маску. Детям, которым потребовалась проведение интубации для стабилизации состояния необходимо введение сурфактантсодержащего лекарственного средства согласно инструкции по применению «Технология введения сурфактантсодержащих лекарственных средств недоношенным детям с респираторным дистресс-синдромом» от 05.11.2011 регистрационный №075–0711;

1.10. максимально бережная транспортировка в отделение анестезиологии и реанимации для новорожденных осуществляется в транспортном инкубаторе.

2 этап – обеспечение анестезиолого-реанимационных мероприятий и интенсивной терапии недоношенных новорожденных детей с массой тела менее 1500 граммов при рождении:

2.1. подготовка реанимационного места в отделении анестезиологии и реанимации для новорожденных проводится при получении информации от акушеров-гинекологов о предполагаемых родах и рождении крайне незрелого ребенка, включающая программирование параметров инкубатора – влажности до 85-95%, температуры воздуха до 35-36°C, согревание медицинских изделий для манипуляций и ухода;

2.2. поддержание температуры тела ребенка в диапазоне 36,5 – 37,5°C проводится в инкубаторе с использованием режима температурного кожного сервоконтроля, направленного на поддержание постоянной температуры в месте прикрепления термодатчика на коже живота в области эпигастрия;

2.3. назначение инфузионной терапии показано в стартовых объемах 70 – 80 мл/кг/ сутки для большинства младенцев с ограничением натрия во время раннего переходного периода; парентеральное питание начинается с аминокислот и липидов как можно раньше после стабилизации состояния ребенка;

2.4. начало энтерального питания молозивом матери проводится в 1-ые сутки жизни, если ребенок стабилен, путем введения 0,2 мл продукта через ротоглотку сразу после рождения;

2.5. установление сигнальных пределов показателей сатурации на уровне 89% и 95% у недоношенных младенцев, получающих кислород, проводится для достижения цели оксигенации между 90% и 94%;

2.6. использование терапии раствором кофеина цитрата парентеральным введением (в/в) из расчета 20 мг/кг – нагрузочная доза и 5 мг/кг – поддерживающая в 1–2 приема рекомендуется для минимизации потребности в механической вентиляции легких и отменяется при отсутствии апноэ по достижении пациентом постконцептуального возраста 33–35 недель;

2.7. проведение круглосуточного инвазивного мониторинга центральной гемодинамики с использованием артериальных линий у недоношенных новорожденных детей необходимо для поддержания нормальной перфузии ткани с использованием кардиотонического средства (C01C) по показаниям;

2.8. контроль уровня гемоглобина обязателен для оценки кислородтранспортного потенциала крови и обеспечения физиологических показателей.

4. Перечень возможных осложнений: Нет.

5. Противопоказания к применению: Нет.