

**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №3

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
для занятий по поликлинической педиатрии
для слушателей кафедры педиатрии ФПДО**

по теме: «**Организация работы в детской поликлинике**»
практическое занятие - 4 часа

Владикавказ, 2016 г.

Утверждено на заседании ЦКУМС ФПДО СОГМА от 24 февраля 2016 г.,
протокол № 4

Печатается по разрешению учебно-методического совета ФПДО СОГМА
от 26 февраля 2016 г., протокол № 10

Составители:

д.м.н., проф. Касохов Т.Б., асс. Хубаева И.В., асс. Шляйхер А.Н.

Рецензенты:

Зав. кафедрой детских болезней №2 ГБОУ ВПО Северо-Осетинской
государственной медицинской академии, д.м.н., проф. Калоева З.Д.

Зав. кафедрой детских болезней №1 ГБОУ ВПО Северо-Осетинской
государственной медицинской академии, д.м.н. Бораева Т.Т.

Тема: «Организация работы в детской поликлинике»

Цель занятия: Научить слушателей организации работы в детской поликлинике, планированию работы участкового врача в современных условиях; диспансеризации здоровых детей и детей групп риска; оценке эффективности качества диспансерной работы в детской поликлинике.

Мотивация темы: период детства, в том числе, и новорожденности характеризуется несовершенством адаптационных механизмов, при котором даже незначительные изменения окружающих условий могут привести к серьезным нарушениям здоровья ребенка. Именно в этот период жизни впервые проявляются последствия родовых травм, асфиксий, многие врожденные и наследственные заболевания, склонность к гнойно-септическим процессам. Смертность детей, в том числе, и в периоде новорожденности занимает ведущее место в структуре смертности. Поэтому в план обучения интернов-педиатров включено изучение особенностей детского и особенно неонатального периода и схемы наблюдения детей на участке.

Интерн должен знать:

- транзиторные состояния периода новорожденности и других возрастных групп;
- сроки проведения и задачи патронажей новорожденных и детей раннего возраста на участке;
- принципы вскармливания новорожденных и детей раннего возраста;
- особенности ухода за новорожденным ребенком и детьми раннего возраста;
- показатели нервно-психического развития детей в разные возрастные периоды;
- сроки проведения и основные комплексы массажа и гимнастики у детей в разные возрастные периоды.

Интерн должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
- измерить частоту сердечных сокращений и дыханий в минуту;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
- провести клиническое обследование ребенка: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- оценить результаты анализов: общего анализа крови; анализов мочи общего, по Нечипоренко, пробы по Зимницкому; копрограмму;
- оценить результаты биохимических анализов крови;
- произвести расчет и коррекцию питания новорожденных детей;
- владеть навыками гигиенического ухода за новорожденным (уход за кожей и слизистыми, обработка пупочной ранки, гигиеническая ванна и др.);
- владеть приемами массажа и гимнастики для детей в разные возрастные периоды;
- выписать рецепт ребенку;
- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112);
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - оформление первичного патронажа новорожденных и детей раннего возраста;
 - рецепты на молочную кухню;

Хронокарта учебного времени.

Практическое занятие рассчитано на 3 часа,12 минут (147 минут) (1 занятие).

I. Вводный этап(5-8 минут)

1. Проверка присутствия интернов, обращение внимания на внешний вид и дисциплину, ответы на вопросы интернов.
2. Постановка цели практического занятия
3. Предъявление интернам мотивационного блока.

II. Контроль исходного уровня подготовки интернов (контроль базисных знаний) 25 минут.

III. Основной этап.

1. Самостоятельная работа интернов у постели больного ребенка 40 минут.

2. Разбор больного по теме семинара 50 минут.

IV. Этап проверки качества сформированной мыслительной и практической деятельности, заключительный контроль 30 минут.

Перерыв после каждого академического часа работы – 5 минут = 15 минут.

Вопросы для самоподготовки:

1. В какие сроки и кем проводятся патронажи новорожденных и детей раннего возраста на дому?
2. Цели и задачи патронажей новорожденного и детей раннего возраста.
3. Какая преемственность существует между роддомом и детской поликлиникой?
4. Какие транзиторные состояния периода новорожденности можно обнаружить при патронаже?
5. По каким параметрам оценивается нервно-психическое развитие детей в разные возрастные периоды?
6. Виды вскармливания у детей раннего возраста.
7. В чем преимущество грудного вскармливания?
8. Противопоказания к грудному вскармливанию.
9. Типы смесей для искусственного вскармливания.
10. Что такое гипогалактия? Причины ее развития, способы коррекции.
11. Основные правила вскармливания детей раннего возраста.
12. Основные рекомендации по уходу за детьми раннего возраста (купание, пеленание, прогулки, массаж).
13. Особенности диспансеризации детей с поражением ЦНС, гнойно-воспалительными заболеваниями, внутриутробными инфекциями, пороками развития.
14. Наблюдение за детьми с риском возникновения патологии ЦНС, сепсиса, анемии и хронических расстройств питания.
15. Особенности наблюдения недоношенных на участке.

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Понятие новорожденный ребенок.
2. Какие анатомо-физиологические особенности периода новорожденности и у детей разного возраста Вы знаете?

3. Дайте определение понятию «недоношенный ребенок». Какие признаки недоношенности Вы знаете?
4. При каких условиях недоношенный ребенок может быть выписан на участок?
5. Назовите основные транзиторные состояния периода новорожденности. Какие причины обуславливают их развитие?
6. Виды вскармливания.
7. Преимущества грудного вскармливания.
8. Что такое гипогалактия? Какие факторы могут привести к ее развитию?
9. Какое лечение вы можете назначить женщине с гипогалактией?
10. Расчет питания в периоде новорожденности и у детей раннего возраста.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Какая преемственность существует между роддомом и детской поликлиникой?
2. Как и в какие сроки осуществляются патронажи новорожденного ребенка на участке?
3. С какой целью и кем проводятся патронажи новорожденного?
4. Как оценивается физическое развитие новорожденных и детей раннего возраста?
5. По каким параметрам происходит оценка нервно-психического статуса новорожденного?
6. Какие рекомендации по вскармливанию вы можете дать матери новорожденного ребенка?
7. Как правильно ухаживать за кожей и слизистыми ребенка?
8. Когда с новорожденным можно активно гулять на улице?
9. В чем особенности наблюдения недоношенного, детей от многоплодной беременности на участке?

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- основные формы учетной документации детской поликлиники.

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней / СПб.:

- ПИТЕР, 2010. – 752 с.
3. Мелехова Г.В., Ганузин В.М., Черная Н.Л. Врач детского дошкольного образовательного учреждения: Практическое руководство (под ред. Черной Н.Л.) Изд. 2-е, перераб., доп./ Ростов н/Д.: Феникс, 2007. - 416 с.
 4. Мутафьян О.А. Детская кардиология / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 504 с.
 5. Непосредственное обследование ребенка / Под ред. В.В. Юрьева. - СПб.: ПИТЕР. - 1 издание, 2008 год. - 384 с.
 6. Подростковая медицина / Под ред. А.М. Куликова. - СПб.: ПИТЕР, 2006. – 544 с.
 7. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
 8. Руководство участкового педиатра / Под ред. Т. Г. Авдеевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 352 с.
 9. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
 10. Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.В. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских болезней / ЭЛБИ-СПб, 2005. – 520 с.
 11. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Неотложные состояния в педиатрии / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 256 с.
 - 12.Цыбульский Э. К. Угрожающие состояния в педиатрии / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 226 с.
 13. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
 14. Шабалов Н.П. Неонатология. – СПб., 2007. – 625 с.
 15. Шайтор В. М., Мельникова И. Ю. Неотложная педиатрия. Краткое руководство / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 160 с.
 16. Юрьев В. В., Алешина Е. И. Практика вскармливания детей первого года жизни (Учебное пособие) / СПб.: ПИТЕР, 2009. - 176 с.

17. Артюхов И.П., Галактионова М.Ю. Аритмии у детей: Справочное пособие / Издательские проекты, Феникс, 2007. - 144 с.
18. Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А., Величковский Б.Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 176 с.
19. Барышников А.М., Маякова С.Н., Менткевич Г.С. Лейкозы у детей / Практическая Медицина, 2009. - 386 с.
20. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология: Новейший справочник. / Эксмо, 2006. - 704 с.
21. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
22. Брашнина Н.П., Богомильский М.Р., Самсыгина Г.А. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / Миклош, 2006. - 280 с.
23. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А. Сахарный диабет у детей и подростков / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 160 с.
24. Детская аллергология. Руководство для врачей / Под ред. А.А.Баранова, И.И. Балаболкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 688 с.
25. Николаева Л., Нагорная И., Лисс В. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков / МЕДпресс-информ, 2009. – 528 с.
26. Новиков П.В. Рахит и наследственные рахитоподобные заболевания у детей: диагностика, лечение, профилактика/ М.: Триада-Х, 2007. – 420 с.
27. Кильдиярова Р.Р., Шараев П.Н., Стрелков Н.С. Справочник по лабораторным и функциональным исследованиям в педиатрии / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 128 с.
28. Куинджи Н. Н. Валеология: Пути формирования здоровья школьников / Аспект Пресс, 2001. - 139 с.
29. Лекманов А.В., Лазарев В.В., Гребенников В.С. Интенсивная терапия в педиатрии. Практическое руководство / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 560 с.
31. 14.Стернин Ю. И., Безруков Н.К. Часто и длительно болеющий ребенок / ИнформМед, 2008 . - 168 с.
32. Участковый педиатр. Новое справочное руководство / Под ред. М. Ф. Рзянкиной, В. П. Молочного. - Ростов н/Д.: Феникс, 2011. - 480 с.
34. 16.Шабалов Н.П. Справочник педиатра. 2-е изд / СПб.: ПИТЕР, 2011. – 720 с.

35. Подготовка детей в детских городских поликлиниках к поступлению в ДУ и организация жизни детей в период адаптации: Методические рекомендации / М., 2005.

Блок информации:

Наблюдение за детьми на педиатрическом участке

Здоровый ребенок – это ребенок, родившийся от практически здоровой матери, не имевшей осложнений во время беременности и родов, с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов, массой от 3 до 4,5 кг, массо-ростовым коэффициентом 60-80, нормально протекавшим периодом адаптации, с максимальной убылью первоначальной массы тела не более 6-8%, находящийся на естественном вскармливании, выписанный из родильного дома на 4-5 сутки. К новорожденным и детям раннего возраста условно относят детей с первых дней жизни до 2 лет.

Выделяют следующие клинические группы новорожденных детей:

1. доношенные дети, родившиеся при сроке 38-40, недель беременности с массой тела более 2501 г, длиной 47 см и более, морфологически и функционально соответствующие гестационному возрасту.

2. Недоношенные дети, родившиеся при сроке беременности менее 38 недель, массой тела менее 2500 г, длиной менее 47 см. Недоношенные дети могут быть зрелые, незрелые, с внутриутробной гипотрофией.

3. Незрелые дети – дети несоответствующие по степени зрелости гестационному возрасту. Они могут быть доношенными и недоношенными.

4. Переношенные дети – дети, родившиеся при сроке беременности свыше 42 недель и имеющие клинические признаки переношенности.

5. Дети с внутриутробной гипотрофией – дети, у которых массо-ростовой показатель ниже нормы (норма 60-80) или имеются признаки задержки внутриутробного развития.

Формы задержки внутриутробного развития (ЗВУР):

- гипотрофическая – преимущественно дефицит массы по отношению к длине;

- гипопластическая – относительно пропорциональное уменьшение всех параметров физического развития;

- дистрофическая (диспластическая) – выраженные диспропорции, нарушение телосложения, трофические расстройства на фоне значительного снижения не только массы, но и длины тела и окружности головы.

Степени тяжести ЗВУР можно подразделить на:

легкую – снижение массы тела на 2 сигмы по сравнению с соответствующей гестационному возрасту при нормальной или умеренно сниженной длине; размеры головы не выходят за пределы $M - 2$ сигмы;

среднюю – снижение массы и длины тела на 2 и более сигмы по сравнению с соответствующей гестационному возрасту. У 75 % таких детей отмечается аналогичное уменьшение размеров головы;

тяжелую – значительное уменьшение всех параметров физического развития и особенно длины тела (на 3 и более сигм).

После выписки новорожденного из родильного дома ребенок передается под наблюдение в детскую поликлинику. Сведения о выписке детей поступают ежедневно, записываются в журнал регистрации новорожденных, и в тот же день передаются участковым педиатрам.

Врачебно-сестринский патронаж к новорожденному выполняется вне зависимости от прописки матери. Профилактическая работа с этой возрастной группой заключается в проведении первичного врачебно-сестринского патронажа в первые трое суток после выписки из родильного дома, если новорожденный здоров и обязательно в первые сутки – если у новорожденного имеются отклонения в состоянии здоровья или неблагоприятные условия проживания.

Первичный врачебно-сестринский патронаж проводится по определенной схеме.

Участковый педиатр должен уточнить и оценить социальный анамнез, собрать и оценить генеалогический и биологический анамнез, используя данные опроса матери, дородовых патронажей и сведения из обменной карты новорожденного.

Особое внимание уделяется вскармливанию новорожденного:

- оцениваются навыки и знания матери о кормлении ребенка грудью для выявления трудностей и проблем со вскармливанием;

- осматриваются грудные железы матери. При необходимости даются рекомендации:

- как правильно располагать и прикладывать ребенка к груди;
- кормить ребенка по требованию (до 8-12 раз в сутки) без ночных перерывов;

- не давать новорожденному никакой иной пищи, кроме грудного молока;
- не пользоваться сосками, пустышками.

При объективном обследовании новорожденного обращается внимание на:

- общее состояние, крик, активность сосания;
- состояние кожи, слизистых, наличие отеков, пастозности, цианоза, «переходные состояния», реакцию на введение БЦЖ;
- телосложение, питание;
- позу, мышечный тонус, двигательную активность;
- состояние костной системы: форма черепа, швы, роднички, стигмы дизэмбриогенеза, ключицы, врожденный вывих бедра;
- состояние органов дыхания: тип, частота, характер дыхания, форма трудной клетки, перкуссия, аускультация;
- состояние сердечно-сосудистой системы: границы сердца, звучность тонов, шумы, видимая пульсация, частота сердечных сокращений;
- осмотр живота:
- состояние пупочного кольца и пупочной ранки, размеры печени, селезенка, половые органы.
- выясняется частота и характер стула.

Антропометрические данные новорожденного и детей раннего возраста сопоставляют с показателями физического развития детей для данного возраста, дается оценка физического развития.

Неврологическое обследование новорожденных и детей раннего возраста имеет ряд особенностей, свойственных только этому возрастному периоду и совершается в определенной последовательности.

Вначале проверяют все рефлексы в положении на спине, затем в состоянии вертикального подвешивания ногами вниз, в последнюю очередь - в положении на животе. Обращают внимание на положение головы, туловища, конечностей, на выраженность спонтанных движений рук, ног. Определяют позу ребенка, форму черепа, его размеры, состояние черепных швов, размеры и состояние родничков, наличие кефалогематомы, родовой опухоли, а также кровоизлияний в кожу головы, лица, склеры глаз.

Для новорожденных и детей раннего возраста характерна физиологическая, нерезкая флексорная гипертония конечностей, ноги слегка разведены в бедрах, кисти рук сжаты в кулачки. В разгибателях головы и шеи мышечный тонус несколько повышен, поэтому у новорожденных в норме имеется легкая тенденция к запрокидыванию головы назад. Лежа на спине, новорожденный самостоятельно поворачивает голову в стороны. В положении на животе он временами поднимает голову на 1-2 секунды.

На первой неделе жизни: ребенок жмурится и беспокоится при ярком свете, вздрагивает при громком звуке (звонок, хлопок), глазные яблоки плывут в сторону громкого звука; может определяться легкое сходящееся косоглазие;

- торможение преобладает над возбуждением;
- при пробуждении и голоде – крик и гримаса недовольствия;
- сон спокойный, просыпается, если мокрый;
- у груди матери, сытый и переодетый, – засыпает;
- все безусловные рефлексы – симметричны, из сухожильных рефлексов наиболее постоянными являются коленные;
- хорошо вызываются физиологические рефлексы: Бабкина, Робинсона, Моро, подошвенные, рефлексы подвешивания, опоры, выпрямления, автоматической ходьбы, Переса, Галанта, сосания, глотания. К 10 дню ребенок, положенный на живот, пытается поднять голову, задерживает взгляд на лице матери.

Наличие выраженного тремора рук, нистагма, симптома «заходящего солнца», судорог, ригидности затылочных мышц, парезов, параличей указывают на функциональное или органическое поражение нервной системы новорожденного.

Повторный врачебный патронаж к здоровому новорожденному участковый педиатр проводит на 14 и 21 день жизни ребенка; в месячном возрасте ребенок приглашается на профилактический прием в поликлинику. Детей II-V групп здоровья врач посещает, как правило, чаще.

Так, дети II группы здоровья осматриваются педиатром в первые сутки после выписки из родильного дома, на 10, 14 и 21 дни жизни. В месячном возрасте ребенок приглашается на прием в поликлинику.

Дети III группы здоровья посещаются в первые сутки после выписки из родильного дома, затем каждые пять дней в течение первого месяца жизни, далее – по основному заболеванию.

Дети IV-V групп здоровья обязательно осматриваются в первые сутки после выписки из отделения патологии новорожденных, затем – 2 раза в неделю в течение первого месяца жизни и далее по основному заболеванию.

Патронажная медицинская сестра на первом году жизни посещает ребенка 20-25 раз, в том числе, на первом месяце – в первые сутки после выписки, далее 2 раза в неделю. В течение второго и третьего месяца – по три посещения, в течение 4-6 месяцев – 2 раза в месяц и во втором полугодии – 1 раз в месяц. При подозрении на гнойно-воспалительные заболевания медсестра посещает новорожденного ежедневно в течение 10 дней. В течение

первого месяца жизни медицинская помощь детям оказывается педиатром и специалистами детской поликлиники только на дому.

К концу периода новорожденности участковый педиатр составляет план диспансеризации на первый год жизни ребенка, в зависимости от группы здоровья, групп риска.

В плане предусматриваются:

- проведение профилактических прививок;
- осмотры специалистами (возможно диспансерное наблюдение);
- дополнительные обследования (анализы крови, мочи, по показаниям – биохимические, рентгенологические и инструментальные исследования и др.);
- профилактические (профилактика анемия, рахита), корригирующие и оздоровительные мероприятия.

При оказании медицинской помощи заболевшему новорожденному ребенку на дому участковый педиатр и медицинская сестра наблюдают его ежедневно до полного выздоровления. По показаниям ребенку на дому проводятся все необходимые лабораторные исследования, вызываются для консультаций специалисты узкого профиля. При затруднении в диагностике или дифференциальной диагностике выявленный у новорожденного ребенка патологии участковый педиатр обязан пригласить заведующего отделением или сотрудника кафедры медицинской академии. Оставлять ребенка с невыясненным диагнозом на дому, без оказания медицинской помощи или проведения консультации врач не имеет права.

Антропометрические данные новорожденного сопоставляют с центильными показателями физического развития детей, дается оценка физического развития. С месячного возраста оценка нервно-психического развития проводится согласно разработанным таблицам.

При последующих осмотрах оценивается адаптация новорожденного к новым условиям жизни, состояние его здоровья, динамика массы тела, особенности поведения и НПП, контролируются соблюдение правил ухода, вскармливания, назначенного лечения.

Данные первичного врачебно-сестринского патронажа вносятся в историю развития ребенка ф. 112/у. К концу периода новорожденности участковый педиатр составляет план диспансеризации на первый год жизни ребенка, в зависимости от группы здоровья. В плане предусматриваются: проведение профилактических прививок, осмотры специалистами (возможно диспансерное наблюдение), дополнительные обследования (анализы крови, мочи, биохимические, рентгенологические и инструментальные исследования и др.), корригирующие и оздоровительные мероприятия.

Матери даются рекомендации по профилактике гипогалактии, рациональному вскармливанию.

На приеме проводится объективный осмотр ребенка по всем органам и системам и выставляется диагноз: «здоров», «угрожаем по какой-либо патологии» (группа риска) или «болен» (диагноз), а так же указывается группа здоровья (I, IIА, IIБ, III, IV, V), группа риска.

Все данные ежемесячно вносятся в историю развития в виде унифицированных записей. В конце первого года жизни участковым педиатром оформляется этапный эпикриз, в котором отражены:

- анамнез (БА, ГА, СА и сведения за прошедший год);
- метрические данные: ФР, НПР;
- объективные данные: соматическое состояние и поведение ребенка.

Заключение: оценка уровня ФР и его гармоничность, группа НПР, диагноз (здоров, пограничное состояние, болен), группа здоровья, группа риска. Рекомендации: медицинские, педагогические.

В итоге комплексной оценки состояния здоровья новорожденному должна быть выставлена группа здоровья (группа риска) и составлен план оздоровительных а возможно, и лечебных мероприятий на предшествующий год.

При последующих осмотрах оценивается адаптация новорожденного к новым условиям жизни, состояние его здоровья, динамика массы тела, особенности поведения и нервно-психического развития, контролируются соблюдение правил ухода и вскармливания.

Наблюдение за недоношенным ребенком

Недоношенность – одна из важнейших проблем здравоохранения во всем мире, которая является не только медицинской, но и социальной проблемой. По статистическим данным разных стран, от 3 до 11% всех новорожденных составляют недоношен⁴ые. На них приходится 60% случаев смертности. У детей, родившихся преждевременно, чаще диагностируются гемолитическая болезнь, ВУИ, асфиксия, билирубиновая интоксикация, пороки развития, высок процент инвалидизации в результате родовых травм.

Недоношенным считается ребенок, родившийся до окончания срока беременности (менее 38 недель). Обычно к недоношенным принято относить детей, масса которых при рождении менее 2500 г, длина – менее 47 см. При установлении диагноза «недоношенный ребенок» указывается срок беременности в неделях (гестационный возраст новорожденного).

Факторы риска рождения недоношенного ребенка можно разделить на три большие группы: социально-экономические и демографические факторы, социально-биологические факторы, клинические факторы.

К социально-экономическим факторам относятся отсутствие или недостаточность медицинской помощи, плохое питание беременной женщины, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия. Профессиональные вредности, вредные привычки. Нежелательную беременность и др.

Социально-биологические факторы. Преждевременное рождение детей чаще отмечается у первородящих женщин в возрасте моложе 18 и старше 30 лет. Возраст отца моложе 18 и старше 50 лет также считают фактором риска. Имеют значение данные акушерского анамнеза:

предшествующее искусственное прерывание беременности, беременность, наступившая вскоре после родов.

Клинические факторы могут быть обусловлены заболеваниями матери: хроническими соматическими заболеваниями (особенно с явлениями декомпенсации или обострения во время беременности), хроническими гинекологическими заболеваниями, эндокринопатиями, патологией беременности: поздний гестоз, острые инфекционные заболевания, перенесенные во время беременности, оперативные вмешательства (особенно лапаротомия), психические травмы, физические травмы, иммунологический конфликт между беременной женщиной и её плодом, плацентарная недостаточность, внутриутробные инфекции, хромосомные заболевания, аномалии развития

Патологические факторы, длительно действующие на мать в период беременности и приведшие к преждевременным родам, могут вызвать у плода задержку созревания всех систем организма, отставание в физическом развитии. У недоношенного ребенка также могут быть признаки ЗВУР.

Степень внутриутробной гипотрофии определяется по дефициту массы тела, причем за нормальную массу принимают нижнюю границу предела, соответствующего данному гестационному возрасту. Отношение дефицита массы тела к минимальной для этого гестационного возраста массе тела в процентах показывает степень внутриутробной гипотрофии.

Наблюдение недоношенных детей на участке

При оценке состояния недоношенного ребенка, необходимо выявить в какой степени он соответствует своему гестационному возрасту, что можно отнести за счет самой недоношенности, а что является следствием различных патологических состояний.

Наряду с малой массой тела и малой длиной, недоношенных детей характеризует морфологическая и функциональная незрелость, которая и является основной причиной их высокой смертности. Незрелость проявляется периодами апноэ, длительной и выраженной желтухой,

сниженной резорбцией питательных веществ в пищеварительном тракте, недоразвитием функции почек и печени, гипогликемией, коагулопатией, сниженной сопротивляемостью к инфекциям, несовершенной терморегуляцией, что может легко привести как к переохлаждению, так и к перегреванию. В дальнейшем развиваются поздний метаболический ацидоз, анемия, невротические нарушения, проявляются бронхолегочные дисплазии, ретинопатии, нарушение умственного развития.

Значительная часть недоношенных детей достаточно хорошо адаптируется к окружающим условиям, и в дальнейшем развивается нормально, некоторые из них переходят из одного патологического состояния в другое, и нет надежных критериев для прогноза, как пойдет развитие того или иного ребенка. По данным психиатров среди контингента умственно отсталых 26% дети, родившиеся недоношенными.

Недоношенные дети, как правило, переводятся из родильного дома на второй этап выхаживания в специализированные стационары или отделения патологии недоношенных. Выписка домой из стационара проводится в сроки от 10 дней жизни (при I степени недоношенности) до 40 и более (при III-IV степени). Она возможна после полной стабилизации всех функций ребенка – хорошее сосание, удовлетворительная прибавка в весе (масса 2200-2500 г), отсутствие заболеваний, достаточный уровень гемоглобина. Однако при хороших жилищно-бытовых условиях и семейных условиях можно выписать ребенка с массой 2000 г.

В связи с более трудной и длительной адаптацией недоношенного ребенка к внеутробной жизни, удлиняется и период новорожденности; у глубоко недоношенных детей он составляет около 1,5-2 мес.

Недоношенные – это дети из группы повышенного риска, т.е. угрожаемые по заболеваемости и смертности. Степень риска возрастает:

- у недоношенных с массой тела при рождении менее 1500 г,
- у детей, перенесших тяжелые инфекционные и неинфекционные заболевания,
- при раннем переводе на искусственное вскармливание,
- у находящихся в неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Первое посещение недоношенного ребенка участковым педиатром (совместно с зав. отделением) осуществляется в первый день поступления на участок; повторный осмотр – на следующий день. На первом месяце ребенок посещается педиатром 1-2 раза в неделю, от 1 до 6 мес. – 1 раз в 2 недели, с 6 до 12 мес. – 1 раз в месяц (по показаниям чаще).

В первые 3-4 месяца жизни, а также в период повышенной заболеваемости ОРВИ, ребенок осматривается врачом только на дому. В связи с более частым поражением ЦНС, опорно-двигательного аппарата, нарушениями зрения и слуха, недоношенные дети должны уже на первом месяце жизни, во время пребывания в ОПН, осматриваться специалистами: невропатологом, хирургом, ортопедом, окулистом и повторно, по их рекомендации, дети осматриваются амбулаторно.

При массе тела при рождении менее 1500 г, при патологическом течении беременности и родов – повторный осмотр этими специалистами – во втором полугодии и в возрасте одного года. Дети с выявленной патологией должны наблюдаться у соответствующих специалистов до возможной реабилитации.

Недоношенные, перенесшие тяжелую форму гемолитической болезни, нуждаются на протяжении первых трех месяцев в регулярном и более частом наблюдении невропатолога и отоларинголога. В реабилитации принимают участие врачи-физиотерапевты, специалисты ЛФК.

Физическое развитие (ФР) недоношенных детей имеет свои особенности, и зависит от массы при рождении и перенесенных заболеваний. Физиологическая потеря массы тела в первые дни составляет от 4-5 до 10-12%. Восстановление потери идет медленнее, чем у доношенных.

Оценка ФР на первом году жизни проводится ежемесячно, на втором – 1 раз в квартал, на третьем – 2 раза в год, затем 1 раз в год. В период интенсивного роста – 5 лет и 11-15 лет эта оценка проводится 2 раза в год.

Прибавка массы тела на первом месяце составляет при I степени недоношенности в среднем 300 г., при II степени – 180-190 г. При выхаживании в специализированном отделении прибавка массы может составлять 500-700 г при недоношенности I степени, 400-500 г при недоношенности II степени и 400-300 г при недоношенности III-IV степени. В последующем ежемесячно ребенок прибавляет в среднем 600-700 г в I полугодии и к концу года – до 400-500 г. Масса тела недоношенных к концу года составляет 7500-9500 г.

Рост недоношенных детей за первый год жизни увеличивается на 26,6-36 см, составляя к концу года 70-77 см.

Увеличение окружности головы у недоношенных детей всех весовых категорий в первом полугодии составляет 3,2-1,0 см в месяц. Во втором – 1,0-0,5 см. В возрасте одного года окружность головы составляет 44,5-46,5 см.

Окружность грудной клетки недоношенного новорожденного на 3-4 см меньше окружности головы, к 3-5 мес. размеры этих окружностей сравниваются, и в дальнейшем окружность грудной клетки превышает

окружность головы. Для удобства оценки ФР необходимо пользоваться таблицами. Начало прорезывания зубов у недоношенных детей задержано: при сроке гестации более 34-35 недель первые зубы появляются в 6-7 месяцев, при сроке 30-34 недели – в 7-9 месяцев и при сроке гестации менее 30 недель – в 10-12 месяцев.

Основные психомоторные навыки у большинства недоношенных детей появляются в более поздние сроки, чем у доношенных. Позже появляются зрительные и слуховые сосредоточения, позже удерживают голову, позже появляется гуление, улыбка, узнавание окружающих, смех, навыки переворачивания, сидения, стояния, ходьбы, целенаправленные движения рук. Недоношенные дети позже начинают говорить. Отставание в психомоторном развитии зависит от степени недоношенности: при II степени – на 1-1,5 мес., при III-IV степени на 3-4 мес. К концу первого года жизни большинство детей с I степенью недоношенности догоняет своих сверстников, а к 2 годам с ними сравниваются и глубоконедоношенные. У длительно болеющих детей, при отсутствии необходимого ухода отставание в НПР более выражено.

Организация режима и внешней среды

Ввиду недостаточной зрелости многих органов и систем, функциональные возможности недоношенных детей снижены, поэтому они нуждаются в особенно тщательном уходе.

Режим сна и бодрствования у недоношенных детей должен быть щадящими. У детей с массой тела при рождении менее 1750 г, перевод на очередной режим может быть задержан на 1-2 и даже 3 мес. Поддержание оптимальной температуры окружающей среды является одним из самых важных аспектов ухода за недоношенным ребенком.

Ребенка, родившегося с массой тела более 2000 г, нет необходимости укутывать. Детей, родившихся с массой тела менее 2000 г, одевают в предварительно согретое белье, а поверх одеяла укладывают грелки. Необходимо следить, чтобы ножки ребенка были постоянно теплыми. Обычно к концу первого месяца жизни большинство недоношенных детей уже не нуждается в специальном согревании.

Комната ребенка должна быть светлой, сухой и тщательно проветриваться не реже 3 раз в день. В связи с незрелостью механизмов терморегуляции в первые 1- 1,5 мес. оптимальная температура помещения для недоношенного ребенка – 20-22°C, при переодевании, туалете, купании – 22-26°C.

Необходим тщательный уход за кожей ребенка. Гигиенические ванны недоношенному ребенку можно проводить через сутки после отпадения

пуповины.купают детей ежедневно в кипяченой воде с добавлением марганцовокислого калия. Температура воды во время купания должна быть не ниже 38°C; ко второму месяцу жизни ее снижают до 37-37,5°C. Подмывать детей необходимо также обязательно теплой водой, складки кожи смазывать детским кремом или простерилизованным маслом. Воздушные ванны, контрастное обливание после купания проводятся со второй половины первого года.

При массе тела ребенка 2600-2700 г разрешены прогулки, сон на воздухе. В теплое время года чаще всего ребенка выносят на прогулку с 2-3 недельного возраста. Летом ребенок все промежутки между кормлениями днем может проводить на свежем воздухе. В ветреные, дождливые и очень жаркие дни (при температуре более 30°C) – детям лучше спать в помещении при открытых окнах. Весной и осенью прогулки рекомендуются с 1-1,5 месячного возраста при массе тела ребенка не ниже 2500 г; начиная с 10-15 мин, их доводят до 1-1,5 часов один-два раза в день. Зимой прогулки разрешаются с 2-х месячного возраста, при массе тела не менее 2800-3000 г, температура воздуха не ниже 10°C и при отсутствии ветра. К пребыванию на свежем воздухе в прохладное время года надо приучать ребенка постепенно, начиная с 10-15 мин. Зимой он может спать на воздухе 2-3 раза в течение 40-60 минут с последующим осторожным развертыванием и продолжением сна в помещении. Если на воздухе ребенок беспокоен или у него побледнело лицо, посинели губы – прогулку следует прекратить.

Для правильного развития малыша большое значение имеет массаж и гимнастика, усложняющиеся по мере роста.

Приемы лечебной физкультуры для недоношенных:

- лечение положением способствует более правильной фиксации головы, шеи, туловища, тела, конечностей (редрессация "варусной" или "вальгусной" стопы);

- выкладывание на живот до кормления и при бодрствовании с 3-4 недельного возраста, при достижении ими массы тела 1100-1300 г. Выкладывание производят в распашонке с обнаженными ногами на плотную подстилку 3-4 раза в день за 15-20 минут до кормления, начиная с 2 минут, и постепенно доводят до 10-20 минут. В положении на животе ноги слегка приподнимают за стопы (положение "тачка").

Массаж живота у недоношенных детей начинают в возрасте 1 месяца (при массе 1700-1800 г). По показаниям: выраженная гипотония передней брюшной стенки, запор, можно проводить массаж и в более ранние сроки (с 2-х недельного возраста) независимо от массы тела. Массаж проводится круговыми поглаживаниями живота, ладонью по ходу часовой стрелки, при

этом не массируют область печени. При массаже прямых мышц живота ладонью правой руки начинают движения сверху вниз от левого подреберья к лобку, а ладонь левой руки движется от лобка вверх к правому подреберью. Для массажа косых мышц ладони обеих рук располагают в верхних боковых отделах живота и двигают их по направлению к средней линии и вниз до соединения рук над лобком. Детям с массой тела 900-1500 г массаж живота проводится 1-2 пальцами и состоит из пальпации разных участков живота и небольших круговых движений по ходу часовой стрелки. Массаж проводится сухими и теплыми руками; для достаточной эффективности во время поглаживания необходимо затрачивать определенную силу, массируя ткани, а не ограничиваться только поверхностным поглаживанием кожи.

Приемы массажа поглаживание, растирание, вибрация, разминание; точечный массаж – одновременное надавливание и вращение пальцем на определенные рефлексогенные зоны.

Быстрые, отрывистые, относительно сильные надавливания вызывают возбуждение и напряжение мышц. Медленные, мягкие с постепенным нарастанием давления движения, с вибрацией, остановкой и последующим ослаблением давления (без отрыва от зоны) вызывают ослабление напряжения в отдельных группах мышц.

Особенности анемии недоношенных.

У недоношенных детей различают раннюю и позднюю анемию. Ранняя анемия недоношенных имеет сложный патогенез и развивается на 3-10 неделе их постнатальной жизни у 16,5-20% недоношенных, особенно при неблагоприятном преморбидном фоне (поздний токсикоз беременных, заболевания матери, кровотечения в период родов и др.). При исследовании периферической крови обнаруживают нормо- или гипохромную норморегенераторную анемию.

Выделяют три степени анемии недоношенных: легкая (I степень) – гемоглобин снижен до 110-83 г/л, эритроциты до $3,5-2,5 \times 10^{12}/л$ среднетяжелая (II степень) – гемоглобин снижается до 82-66 г/л, эритроциты до $3,0-2,4 \times 10^{12}/л$ и тяжелая (III степень) – гемоглобин ниже 66 г/л, эритроциты – ниже $2,4 \times 10^{12}/л$.

При объективном обследовании отмечается только бледность ребенка, однако при тяжелой форме, помимо выраженной бледности кожи становятся вялыми, менее активно сосут, хуже прибавляют в весе.

Основными причинами развития ранней анемии считают усиленный «физиологический» гемолиз эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин (HbF), недостаточную функциональную и морфологическую зрелость красного костного мозга, снижение продукции тканевых

эритропоэтинов вследствие гиперкапнии, имевшей место при рождении ребенка. Большое значение имеет также дефицит многих необходимых для кроветворения веществ (белок, витамины С, Е, группы В, медь, кобальт) обеспечивающих всасывание, транспорт, обмен и фиксацию железа в молекуле гена, а также стабильность оболочек и мембран эритроцитов. Присутствует и дефицит железа в депо, временно компенсированный текущим гемолизом, но четко выявляемый путем обнаружения микроцитоза и гипохромии части эритроцитов, снижения концентрации сывороточного железа и количества сидероцитов в пунктате красного костного мозга. Как только неонатальные запасы железа истощаются, ранняя анемия переходит в позднюю анемию недоношенных, обычно во втором полугодии жизни. У некоторых недоношенных, имевших в неонатальном периоде кровотечение или недостаточную плацентарную трансфузию, а также у больных анемия может развиваться раньше.

Поздняя анемия недоношенных развивается после 3 месяцев постнатальной жизни, имеет выраженную клиническую картину. Дети обычно вялые, апатичные, кожа бледная, лицо одутловато, гипотония мышц, отмечается расширение границ сердца, систолический шум (дистрофия миокарда), выражена анорексия за счет снижения ферментативной деятельности ЖКТ, часто наблюдается рвота, увеличиваются паренхиматозные органы (печень, селезенка), появляются симптомы гиповитаминоза.

Анемия носит регенераторный гипохромный характер: цветовой показатель, среднее содержание гемоглобина в эритроците, сывороточное железо снижены, ОЖСС крови повышена, в анализе крови наблюдается анизоцитоз, полихроматофилия, микроцитоз эритроцитов.

При лечении анемии недоношенных в условиях поликлиники учитываются: степень анемии, активность костномозгового кроветворения (по количеству ретикулоцитов), фон на котором развилась анемия и возраст ребенка (см. часть 11, «Анемия»).

Специфическая профилактика рахита. У недоношенных детей существует большая опасность развития рахита, чем у доношенных. У глубоконедоношенных он встречается почти в 100% случаев. Возникновению рахита у недоношенных способствует слабая минерализация костей, малые запасы витамина Д в печени и ее функциональная незрелость, снижение реабсорбции солей в почках и функциональная неполноценность околотитовидных желез, сниженная реабсорбция жиров и жирорастворимых витаминов в кишечнике.

Для недоношенных детей характерно раннее развитие рахита; почти у половины из них симптомы заболевания появляются уже в конце первого месяца жизни. Преобладает острое течение рахита, рано появляются костные изменения в виде краниотабеса.

Основой профилактики рахита являются рациональное питание, режим, достаточная аэрация, использование массажа и гимнастики, предупреждение интеркуррентных заболеваний. Для специфической профилактики рахита целесообразно использовать препараты, содержащие витамин Д (холекальциферол). В настоящее время в России назначаются водорастворимый витамин Д (аквадетрим) и масляный витамин Д (вигантол), содержащие в 1 капле 500 МЕ. Водорастворимый витамин Д имеет преимущества: он быстрее всасывается из ЖКТ, оказывает лучший эффект, хорошо переносится и удобно дозируется (см. часть 11, «Рахит»).

Профилактические прививки недоношенным детям проводятся индивидуально. Недоношенным детям с массой менее 2000 г БЦЖ в роддоме не проводят, в последующем после стабилизации состояния, все прививки проводят по возрасту, согласно национального календаря прививок.

После перенесенной ОРВИ медицинский отвод от прививок оформляется на 2-3 мес.; при тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях – до 6 мес. и более.

Тесты для самоконтроля:

- 1. Признаками гипогалактии являются:**
 - 1) беспокойство ребенка после кормления
 - 2) урежение частоты мочеиспускания
 - 3) урежение стула
 - 4) нормальная прибавка в массе тела
 - 5) метеоризм, отрыжка воздухом
- 2. Младенческая смертность включает в себя:**
 - 1) смерть детей первого года жизни
 - 2) раннюю неонатальную
 - 3) мертворожденных
 - 4) смерть детей от 1 до 3-х лет

- 5) не снимаются с учета до передачи в подростковый кабинет
- 3. Можно снимать с диспансерного учета через 2 года при нормальных анализах мочи и концентрационной способности почек пациентов со следующими заболеваниями:**
- 1) хронический нефрит
 - 2) хронический пиелонефрит
 - 3) после перенесенного острого пиелонефрита
 - 4) наследственные тубулопатии
 - 5) хроническая почечная недостаточность
- 4. Лечение гипогалактии включает:**
- 1) устранение причины гипогалактии
 - 2) психотерапию
 - 3) уменьшение частоты кормления ребенка
 - 4) более частое прикладывание ребенка к груди
 - 5) медикаментозную терапию (никотиновая кислота, витамины А и Е, глутаминовая кислота)
- 5. С 3-месячного возраста начинают вакцинацию против следующих инфекций:**
- 1) корь
 - 2) вирусный гепатит
 - 3) полиомиелит, дифтерия
 - 4) коклюш, столбняк
 - 5) туберкулез
 - 6) краснуха
 - 7) нормальный характер стула
 - 8) отставание по длине тела
- 6. Этапами диетотерапии при белково-энергетической недостаточности являются следующие:**
- 1) адаптационный период
 - 2) минимальное питание
 - 3) репарационный период
 - 4) физиологическое питание
 - 5) усиленное питание
- 7. В адаптационный период при белково-энергетической недостаточности ребенок должен получать в сутки:**
- 1) 2-2,5 г/кг белка
 - 2) 1-1,5 г/кг белка
 - 3) 5-6 г/кг жира
 - 4) 3-4 г/кг жира

- 5) 5-7 г/кг углеводов
- 6) 8-10 г/кг углеводов
- 7) 50-60 ккал/кг
- 8) 60-100 ккал/кг

8. На первом году жизни здоровый ребенок должен быть осмотрен в поликлинике:

- 1) неврологом
- 2) отоларингологом
- 3) стоматологом
- 4) ортопедом
- 5) окулистом

9. Первый врачебный послеродовой патронаж здорового доношенного новорожденного осуществляется в:

- 1) первый день после выписки из роддома
- 2) первые два дня после выписки из роддома
- 3) первые три дня после выписки из роддома
- 4) первые четыре дня после выписки из роддома
- 5) первые семь дней после выписки из роддома

10. В течение первого года жизни (кроме периода новорожденности) участковый педиатр осматривает ребенка не реже:

- 1) 1 раз в 2 недели
- 2) 1 раз в месяц
- 3) 1 раз в 2 месяца
- 4) 1 раз в 3 месяца
- 5) 1 раз в 6 месяцев

11. На втором году жизни здоровые дети осматриваются педиатром:

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в 2 месяца
- 3) 1 раз в 3 месяца
- 4) 1 раз в 6 месяцев
- 5) 1 раз в год

12. Больничный лист не выдается:

- 1) для ухода за детьми с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии
- 2) при наложении карантина на ДДУ
- 3) по уходу за больным ребенком
- 4) по уходу за здоровым ребенком
- 5) в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет
- 6) если в семье есть неработающие трудоспособные лица, которые

могут ухаживать за ребенком

13. Документация прививочного кабинета в поликлинике включает:

- 1) журнал учета детей по годам рождения
- 2) планы профилактических прививок
- 3) медицинскую карту (ф. 112)
- 4) журнал учета бактериальных препаратов
- 5) карту учета профилактических прививок (ф. 063/у)
- 6) рабочую тетрадь прививок

14. К оперативной документации, необходимой в повседневной работе педиатра, относятся:

- 1) история развития ребенка (форма 112/у)
- 2) статистические талоны для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (форма 025-2/у)
- 3) индивидуальная карта ребенка (форма 026/у)
- 4) карта профилактических прививок ребенка (форма 063/у)
- 5) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма 058/у)
- 6) дневник работы врача поликлиник (амбулатории), диспансера, консультации (форма 039/у)
- 7) контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у)

15. К учетной документации, необходимой в повседневной работе педиатра, относятся:

- 1) история развития ребенка (форма 112/у)
- 2) статистические талоны для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (форма 025-2/у)
- 3) индивидуальная карта ребенка (форма 026/у)
- 4) карта профилактических прививок ребенку (форма 063/у)
- 5) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма 058/у)
- 6) дневник работы врача поликлиник (амбулатории), диспансера, консультаций (форма 039/у)
- 7) контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у)

Ситуационные задачи

Задача №1

Ребенок С., 14 дней. При патронаже мать ребенка пожаловалась педиатру на то, что ребенок последние несколько дней стал беспокойным, плохо спит, не выдерживает перерыв между кормлением. Ребенок кормится грудью 7 раз строго по часам (через 2 часа с ночным перерывом).

При осмотре патологии со стороны органов и систем не выявлено. При кормлении грудь берет активно, сосет около 10 минут. Стул 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание до 20 раз в сутки.

Вопросы:

1. С чем связано состояние ребенка?
2. Какое исследование необходимо провести для уточнения причины состояния?
3. Какие рекомендации необходимо дать матери?

Задача №2

Рассчитайте необходимое суточное количество смеси и количество на одно кормление ребенку 7 дней с массой тела – 4000 гр.

Задача №3

Тамара 15 дней. При осмотре педиатром на участке выявлено: пупочная ранка сухая, кожные покровы чистые, на языке - белый налет. Отмечается нагрубание грудных желез, кожа над ними не изменена, пальпация безболезненна. Из половой щели скудные кровянистые выделения. По другим органам и системам без особенностей.

Вопросы:

1. Чем вызваны выше описанные симптомы?
2. Является ли это состояние патологическим?
3. Какова тактика участкового врача в этом случае?

Задача №4

На участок выписан девочка, родившаяся при сроке гестации 36 недель, с массой 2050 гр, в роддоме на 3 сутки отмечалась физиологическая убыль массы тела 200 гр.

При патронаже на 7 сутки жизни выявлено: состояние удовлетворительное, поза физиологическая на осмотр реагирует громким криком. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, верхний

плечевой пояс покрыт лануго, пупочная ранка чистая. Пупочное кольцо расположено в нижней трети живота. Дыхание поверхностное, ЧД – 56 в 1 мин, аускультативно – пуэрильное дыхание. ЧСС – 132 в 1 мин, тоны сердца звучные, чистые. Живот мягкий, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул до 5 раз в сутки, жидкой кашицей с примесью зелени. Кормится грудью 7-8 раз в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу, большие половые губы не прикрывают малые. Мочеиспускание до 25 раз в сутки.

Вопросы:

1. Оцените состояние ребенка.
2. Какая степень недоношенности имеется у этого ребенка?
3. Укажите признаки недоношенности у данного ребенка.
4. Рассчитайте необходимый объем питания.
5. Какие специалисты и в какие сроки должны осмотреть этого ребенка?

Задача №5

Первичный врачебный патронаж к новорожденному в возрасте 7 дней. Девочка от молодой здоровой матери, 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины (тошнота до 16 недель). Родилась на 38 неделе беременности с массой тела 2960 г, длиной 49 см. при осмотре: активна, крик громкий, эмоциональный, хорошо удерживает температуру тела, активно сосет грудь. Кожа чистая, слабая иктеричность кожи лица и туловища. Пупочная ранка под сухой корочкой, без воспалительной реакции, сосуды не пальпируются. Большой родничок 1,5 x 2,0 см, на уровне костных краев. Ногти переросли кончики пальцев. Пульс 146 уд/мин. тоны сердца звучные, ритмичные. Частота дыхания 42 в 1 мин с апноэ по 2-3 сек. В легких дыхание проводится равномерно, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см. селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Большие половые губы закрывают мальте. Рефлексы новорожденных вызываются. Мышечный тонус нормальный. Волосистой покров выражен только на голове.

Вопросы:

1. Каким должно быть заключение врача при первом врачебном патронаже?
2. Оцените признаки морфологической и функциональной зрелости плода.

Задача №6

Вторичный врачебный патронаж к здоровому ребенку в возрасте 21 дня. Мать жалуется на беспокойство, плохой сон ночью громкий требовательный крик. Грудь и соску хватает жадно, охотно пьет воду до 250 мл/сут. Беременность и роды без патологии. Масса тела при рождении 3600 г, длина - 52 см. Ранний неонатальный период без особенностей. Максимальная убыль массы тела 7%. Масса тела при выписке на 6 день не восстановлена. Мать кормит ребенка строго по часам, 5 раз в сутки с ночным перерывом 8 ч. Считает лактацию достаточной. Стул 1-2 раза в сутки густой кашицей. На 21 день масса тела 3840 г, контрольное кормление — 60 мл из одной груди. При сцеживании после кормления выделилось 10 мл молока. Во время и после кормления беспокойна, крик раздраженный. При осмотре: кожа чистая, розовая, на слизистой полости рта — скудная молочница. Пупок сухой, чистый, сосуды не пальпируются. Подкожно-жировая клетчатка на груди, животе уменьшена, лицо округлое. Внутренние органы без патологии; неврологический статус — без особенностей.

Вопросы:

1. Какова предполагаемая причина беспокойства?
2. Оцените режим и состояния питания новорожденного.
3. Каков рациональный режим питания?
4. Оцените лактацию матери, дайте советы.
5. Ваш диагноз?

Задача №7

Первичный врачебный патронаж к новорожденной девочке в возрасте 16 дней. Ребенок от «пожилой» первородящей матери (30 лет), страдающей инсулинзависимым сахарным диабетом с 7-летнего возраста. Получает 80 Ед инсулина в сутки. Во время беременности эндокринологом наблюдалась нерегулярно. Колебания уровня сахара в крови от 5,5 до 8,2 ммоль/л. Роды произошли на 39 неделе. Родилась в гипоксии, 6/8 баллов по шкале Апгар. Масса тела 4240 г, длина 52 см. Выписка из родильного дома была задержана в связи с развитием сердечной недостаточности в первые дни после рождения. Обследована. Данных за врожденный порок сердца нет.

При объективном исследовании — вялая, кожные покровы желтушные, голени, кисти и стопы пастозны. Толщина подкожно-жирового слоя на уровне пупка — 2 см, на уровне соска — 1 см. Лицо округлой формы. Голова маленькая, конечности короткие; уши, плечи, спина покрыты пушковыми волосами. Границы сердца расширены, тоны ритмичные, приглушены, 180 в 1 мин. Легкие без патологических изменений. Живот мягкий,

безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, селезенка — на 0,5 см. Мышечная гипотония и гипорефлексия.

Вопросы:

1. Оцените неблагоприятные факторы, повлиявшие на плод во внутриутробном периоде.
2. Каков предполагаемый диагноз?

Самостоятельная работа:

Первичный патронаж к новорожденному. Оформление соответствующей документации.

Приложение №1.

ПЕРВИЧНЫЙ ВРАЧЕБНЫЙ ПАТРОНАЖ К НОВОРОЖДЕННОМУ

« _____ » _____ 20 г. в возрасте _____, на
день выписки из роддома

Жалобы матери _____

Характер вскармливания _____

Общее состояние ребенка _____

Физиологические рефлексы новорожденного _____

Мышечный тонус _____

Телосложение _____

Кожные покровы _____

Зев _____, слизистые _____

Состояние питания _____

Костная система (швы, роднички, череп, ключицы, состояние тазобедренных суставов) _____

Дыхание (ЧД, характер, форма грудной клетки, перкуссия, аускультация)

Сердечно-сосудистая система (видимая пульсация, звучность тонов, ритм)

Пупочная ранка _____

Живот _____ печень _____

Селезенка _____ половые органы _____

Мочеиспускание _____

Характер стула _____

Условия, режим, уход за новорожденным _____

Заключение _____