

Первичный патронаж новорожденного

Кафедра семейной медицины
Асс. Султанмуратова Бермет Эрмековна

06.05.2020

2

Цель :

Научиться проводить первичный патронаж новорожденного для оценки состояния здоровья и нормального развития ребенка

3

Задачи

В конце лекции вы должны уметь:

- Назвать этапы консультирования родителей правилам ухода за новорожденными
- Составить план оказания практической помощи в организации вскармливания новорожденных
- Перечислить план содействия грудному вскармливанию
- Написать профилактику распространенных детских заболеваний, таких, как: рахит, анемия и т.д.
- Назвать физиологические рефлексы новорожденного
- Составить алгоритм осмотра верхних и нижних конечностей

4

Клиническая ситуация

Виктория С. Дата рождения: 28.05.19 Адрес: ул. Ульяновская, 180. Первичный патронаж к новорожденному 3.06.96 (7 день жизни) Антропометрия: -рост 51 см) -масса 3400 гр. -окружность головы 34см. -окружность груди 33 см.

Генеалогический анамнез: -отягощенность умеренная, наследственность по ИБС, ГБ, остеохондрозу. Социальный анамнез: отягощенность низкая

Биологический анамнез: настоящая беременность 2, от 1- мальчик 6 лет, здоров. Данная беременность протекала на фоне анемии 1 ст., роды нормальные, срочные. Родилась девочка с массой 3470г., ростом 51 см., Окр.гол. 34 см., Окр.гр 33 см., с оценкой по шкале Апгар 9-10 баллов, масса при выписке 3400г. Пуповинный остаток отпал на 3 сутки.

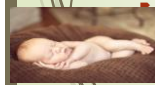
К груди приложена в первые сутки, лактация у матери достаточная. Сделана БЦЖ 1.06.96 с.650, №0020. Выписана 31.06.96.

При первичном патронаже: Общее состояние удовлетворительное. Жалоб у матери нет. Преобладает неустойчивое эмоциональное состояние. Бодрствование спокойное. Сон глубокий, засыпает спокойно, общая продолжительность сна 18 часов в сутки. Физиологические рефлексы новорожденного: поисковый, хоботковый, защитный, Бабикина, хватательный, Моро, опоры, автоматической похodka, тазанта вызываются, живые, симметричные. Костно - мышечная система без деформаций, Физиологический гипертонус, поза физиологическая. Кожа розовая, эластичная. Слизистые влажные, розовые. ПЖК развита умеренно, тургор тканей сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание пузрыльное, частота дыхания 40 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 130 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Пупочная ранка подсыхает. Физиологические отправления: стул 5 раз, мочеиспускание до 20 раз в сутки.

- На что необходимо еще обратить внимание семейному врачу при первичном патронаже?

Какие рекомендации следует дать матери ?

(Напишите, пожалуйста ваши ответы в чат в конце лекции мы с Вами разберем!)





Объективное обследование новорожденного:

- Общее состояние, крик, активность сосания.
- Состояние кожи, слизистых оболочек, наличие отеков, пастозности, цианоза, «переходных состояний», реакции на введение вакцины БЦЖ.
- Телосложение, питание.
- Поза, мышечный тонус, двигательная активность.
- Костная система: форма черепа, швы, роднички, стигмы дизэмбриогенеза, ключицы, врожденный вывих бедра

Объективный осмотр

Для новорожденных характерен физиологический, нерезкий гипертонус сгибательных мышц конечностей, ноги слегка разведены в бедрах, кисти рук сжаты в кулачки. Мышечный тонус разгибательных мышц головы и шеи несколько повышен, поэтому у новорожденных в норме отмечают легкую тенденцию к запрокидыванию головы назад. Лежа на спине, новорожденный самостоятельно поворачивает голову в стороны. В положении на животе он временами поднимает голову на 1-2 с.

СБОР АНАМНЕЗА:

Анамнез включает сбор социальных, биологических и генеалогических сведений. Оценивается полнота семьи и психологический климат в ней, жилищно-бытовые условия и их санитарно-гигиенический уровень, а также состояние здоровья матери, особенности антенатального периода, генеалогический анамнез - состояние здоровья родителей и родственников (не менее 3 поколений), вредные привычки.



СБОР АНАМНЕЗА:

Собрать анамнез (как протекала беременность у мамы, как прошли роды, были ли осложнения при родах, проводились ли реанимационные мероприятия ребёнку, были ли судороги у ребёнка, при инфекционных заболеваниях - эпиданамнез). Ознакомиться со справкой на ребенка из роддома

Мать передает врачу часть обменной карты (информация о ребенке), полученную при выписке из родильного дома, в которой содержатся сведения о беременности и родах, состоянии ребенка при рождении (оценка по шкале Апгар), основные параметры физического развития (масса тела, длина тела, окружность головы и грудной клетки), сведения о проведении профилактических прививках или об их отсутствии и причины противопоказаний к проведению профилактических прививок, если они не проведены.

13

ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО

В раннем неонатальном периоде у здоровых новорожденных нередко отмечаются признаки, так называемые пограничные состояния, которые необходимо дифференцировать с патологическими симптомами, но которые не требуют лечения. Внимательный осмотр при первичном патронаже и последующее наблюдение помогут вовремя определить необходимость дополнительных диагностических обследований и избежать ненужных и порой вредных вмешательств.

Осмотр ребенка начинается с наблюдения за положением головы, туловища, конечностей, спонтанных движений рук, ног, позы ребенка.

14

ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО

Осмотреть кожные покровы и видимые слизистые оболочки:

- оценить тургор кожных покровов, реакцию кожной складки (есть ли признаки обезвоживания)
- оценить цвет кожных покровов (желтушность, бледность, цианоз)
- определить наличие отёков
- пальпировать периферические лимфатические узлы, молочные железы
- осмотреть, нет ли гнойных выделений из уха
- осмотреть конъюнктиву глаз, нет ли выделений из глаз, слезотечение
- осмотреть пупочную ранку (пуповину в зажиме)

15

Осмотр кожи

Кожа здорового новорожденного - розовая, чистая и бархатистая - отличается хорошим тургором и эластичностью. Изменение цвета кожных покровов (цианоз, желтуха, землисто-серый оттенок и бледность, «мраморный» рисунок) требуют специального обследования. Особое внимание необходимо обратить на акроцианоз (синюшный оттенок кистей и стоп) и периоральный цианоз (синюшный оттенок кожи вокруг рта), которые могут быть признаками скрытой сердечной и легочной недостаточности или начальными проявлениями инфекционного процесса.



16

Осмотр кожи

Физиологическая желтуха появляется на 3-5-й день жизни у 60-80% здоровых доношенных новорожденных, при этом состояние ребенка остается удовлетворительным, печень и селезенка не увеличены, максимальная концентрация общего билирубина в сыворотке крови не более 255 мкмоль/л, концентрация прямой фракции билирубина - не выше 34 мкмоль/л. Распространение желтушной окраски кожи начинается с лица и в зависимости от концентрации билирубина распространяется сверху вниз, до бедер и голеней, постепенное угасание желтухи происходит к 8-10 суткам жизни. Понятие «физиологическая желтуха» применимо только по отношению к доношенным и «поздним» недоношенным, родившимся на 35-36-й неделе гестации, детям.

17

Осмотр кожи

- Следует отметить, если желтуха появилась в **первые 24 часа** после рождения и есть **желтуха на ладонях и стопах** - это общие признаки опасности (ИВБДВ), в этом случае, необходимо госпитализация младенца!



18

Осмотр кожи

Физиологическая эритема отмечается практически у всех новорожденных первой недели жизни. У недоношенных может сохраняться до 2-3 недель.

Физиологическое шелушение кожи возникает на 3-5-й день жизни у детей с особенно яркой эритемой при ее угасании. Весьма обильное шелушение отмечается у переносных детей. Лечение не требуется.

Токсическая эритема встречается у 20-30% новорожденных и возникает на 2-5-й день жизни. На коже появляются ярко-розовые, слегка плотноватые пятна с серовато-желтыми папулами или пузырьками в центре, располагаются чаще группами на разгибательных поверхностях конечностей, на ягодицах, груди, реже на лице и животе. Высыпания иногда обильные, иногда единичные; никогда не поражаются ладони, стопы, слизистые оболочки. Сыпь не требует лечения и бесследно исчезает в течение нескольких дней.

19

Осмотр кожи

Примерно у 10% новорожденных независимо от пола отмечается более или менее выраженное **физиологическое нагрубание грудных желез**, которое является результатом влияния материнских гормонов. В некоторых случаях отмечается отделяемое из соска. Состояние регрессирует в течение нескольких месяцев и не требует лечения при отсутствии присоединения инфекции. Для профилактики инфицирования не рекомендуется закрывать соски, использовать компрессы и мази, выдавливать отделяемое из соска.



20

Осмотр пуповинного остатка

Пуповина, соединяющая ребенка и плаценту внутриутробно, состоит из кровеносных сосудов и соединительной ткани, покрытых мембраной, которая и омывается амниотической жидкостью. После рождения пуповина пересекается и ребенок физически отделяется от матери. В течение первой-второй недели жизни пуповинный остаток высыхает (мумифицируется), поверхность в месте прикрепления пуповины эпителизируется и сухой остаток пуповины отпадает. При естественном отпадении пуповины дно пупочной ранки покрыто эпителием.





Осмотр черепа.

В вертикальном положении втяжение родничка выражено несколько больше. Малые размеры большого родничка сами по себе не являются патологией, однако указывают на необходимость динамического наблюдения за увеличением окружности головы с возрастом. Малые размеры большого родничка не являются показанием к ограничению кальция и витамина Д в питании ребенка. Размеры малого родничка обычно составляют 1-2 мм. Между большим и малым родничками может пальпироваться третий родничок, происходящий из теменных костей, наличие которого также является вариантом нормы.

Осмотр глаз.

- Если пытаться осмотреть глаза ребенка при ярком свете или открывать глаза пальцами, ребенок сомкнет веки. Если же при осмотре осторожно наклонять голову ребенка вверх и вниз при умеренном освещении, новорожденный рефлекторно открывает глаза, после чего их можно осмотреть.
- Доношенный ребенок способен фиксировать взгляд на короткий период времени, глазные яблоки могут двигаться несодружественно, особенно во время сна ребенка, что является нормой. Быстрые беспорядочные движения глазных яблок и нистагм тем не менее требуют консультации невролога. Офтальмоскопию проводит окулист, когда ребенку исполнится один месяц при первом посещении детской поликлиники.
- Серповидной формы субконъюнктивальные кровоизлияния вокруг радужной оболочки, как правило, являются травматическими кровоизлияниями и часто наблюдаются после спонтанных родов и регрессируют спонтанно в течение нескольких недель.

Осмотр глаз.

- Врожденная катаракта - редкая аномалия, которая может встречаться изолированно или в составе врожденного синдрома. Симптоматика включает нистагмические движения глазных яблок, ослабление красного рефлекса при офтальмоскопии, наличие белого пятна. Для предотвращения слепоты необходимо хирургическое вмешательство.
- При осмотре нужно обратить внимание на размеры глазных яблок и целостность радужной оболочки. Недоразвитие глаза (микрофтальмия) обычно сочетается с колобомой (расщепление радужки и сетчатки), что нередко является частью синдромальной патологии и функционально приводит к нарушению зрения и слепоте.



29

Осмотр глаз.

- При конъюнктивите (вирусном или бактериальном) - воспалении слизистой оболочки глаза (конъюнктивы) - отмечается отечность век, покраснение глаз, слизистые, гнойные выделения. При выраженном воспалении велика вероятность вовлечения в патологический процесс, помимо конъюнктивы, других тканей глаза и возникновения серьезных осложнений, и в этом случае необходима консультация офтальмолога и, возможно, госпитализация. Для успешной терапии важно начать лечение своевременно.



30

Осмотр носа и полости рта.

Новорожденный ребенок дышит практически исключительно через нос с закрытым ртом. Затруднение носового дыхания приводит к развитию дыхательных нарушений с втяжением межреберных промежутков. Затруднение носового дыхания легко диагностируется путем выслушивания стетоскопом, поднесенным к ноздрям ребенка. Затяжной второй период родов или активная санация содержимого полости носа нередко являются причиной повреждения слизистой, отека и выраженной обструкции верхних дыхательных путей, что является причиной затруднения прикладывания к груди и сосания.

31

Осмотр носа и полости рта.

Твердое небо новорожденного обычно высокое и имеет по средней линии скопление эпителиальных клеток в виде «небных жемчужин» (жемчужины Эпштейна), что является нормой. Нижняя челюсть относительно небольших размеров, зубной ряд ее располагается на несколько миллиметров кзади по сравнению с зубным рядом верхней челюсти. В случае, если это расстояние превышает 1 см, диагностируется микрогнатия.



32

Осмотр носа и полости рта.

- Некоторые дети имеют короткую уздечку языка, достигающую его кончика. При плаче кончик языка выглядит раздвоенным, что вызывает беспокойство родителей. Обычно подрезания короткой уздечки в неонатальном периоде не требуется, состояние регрессирует самостоятельно в течение первых лет жизни ребенка. Решение о хирургическом подрезании уздечки принимается в возрасте 2 лет в зависимости от влияния данного варианта строения на развитие речи ребенка.



33

Проверка слуха

- Так как новорожденные дети не могут объективно ответить на вопрос "слышишь или нет?", им проводят специальный скрининговый анализ слуха. При этом в ухо ребенка вставляется датчик, который передает специальные звуковые сигналы. Микрофон датчика регистрирует ответ улитки на эти сигналы. Анализ записанных сигналов позволяет установить факт нарушения слуха. Если такой факт установлен, проводится исследование слуха при помощи анализа слуховых вызванных потенциалов.
- При этой диагностике в ухо ребенка подается звуковой сигнал определенной интенсивности. Данный метод позволяет оценить степень нарушения слуха у ребенка. Для последующего уточнения диагноза используются такие методы, как метод акустической импедансометрии (применяется для выявления разрыва цепи слуховых косточек, наличия жидкости в барабанной полости, нарушения функции слуховой трубы) и тимпанометрия — этот метод позволяет, например, установить наличие воспалительных процессов в среднем ухе.

34

Проверка слуха



35

Проверка слуха

Обратите внимание на то, как новорожденный реагирует на ваш голос. Человеческие голоса, особенно мамы и папы, являются любимой музыкой ребенка. Он уже знает, что этот голос связан с едой, телом и нежными прикосновениями.

Если ребенок плачет в кроватке, просто обратите внимание на то, как быстро он успокаивается, услышав ваш голос. Ребенок всегда очень внимательно слушает, когда вы говорите или поете любящим тоном.



36

Осмотр верхних и нижних конечностей.

У здоровых новорожденных конечности могут быть пронижены или супинированы в связи с фиксированным положением плода в матке. В отличие от врожденных аномалий в этом случае конечности легко приводятся в нормальное положение. Следует рекомендовать родителям аккуратно фиксировать конечности в правильном положении.



Осмотр верхних и нижних конечностей.

При первом осмотре необходимо проводить пальпацию ключиц. Перелом ключиц часто встречается у новорожденных с массой тела более 4000 г, а также при родах, осложненных дистоксией плечиков. У большинства детей с переломом ключицы отмечается крепитация или определяется уже костная мозоль. При тяжелых случаях спонтанные движения в руке ограничены, наблюдается псевдопаралич, могут отмечаться также болезненность и гематома. Фиксирующая повязка у новорожденных в настоящее время не рекомендуется, вполне достаточно того, что они сами щадят руку на стороне перелома. При уходе за ребенком не следует тянуть его за руку со стороны поражения. По мере заживления перелома нарастание костной мозоли создает видимость увеличения размеров местного инфильтрата, что может вызвать тревогу у родителей. Регресс местных изменений происходит в течение нескольких месяцев.

Осмотр верхних и нижних конечностей.

Для выявления целой группы патологических изменений необходимо внимательно наблюдать за спонтанными движениями ручек ребенка. Отсутствие активных движений в конечностях также является признаком повреждения плечевого сплетения, которое возникает после осложненных самопроизвольных в ягодичном предлежании с затрудненным рождением ручек или дистоксией плечиков.

Осмотр верхних и нижних конечностей.

При врожденной косолапости стопа повернута на 90 ° внутрь и не может быть согнута в противоположном направлении. В некоторых случаях стопа «мягкая», свободно приводится в правильное положение, такая косолапость достаточно легко корригируется. В остальных случаях требуется наложение корригирующих шин и повязок. Наличие добавочных пальцев на кисти или стопе (полидактилия) является наиболее часто встречающимся пороком развития кисти. Имеется множество вариантов этой аномалии. Хирургическое удаление маленького добавочного пальца на тонкой кожной ножке производится сразу после рождения. В более сложных случаях ампутация производится после первого года жизни.

Врожденный вывих бедра:

При осмотре новорожденного необходимо проверять наличие **врожденного вывиха бедра**: ограничение разведения бедер в положении на спине, симптом Маркса - Ортолани (симптом «щелчка»), асимметрия паховых, подколенных и ягодичных складок, относительное укорочение пораженной конечности.



Врожденный вывих бедра:

У девочек заболевание встречается в 9 раз чаще, чем у мальчиков. Факторами риска возникновения врожденного вывиха бедра являются наличие врожденного вывиха бедра у сибсов или близких родственников; ягодичное предлежание плода; наличие других ортопедических и неврологических расстройств.



Оценка дыхания и кровообращения

Объективно исследовать органы кровообращения

- определить ЧСС (в норме более 100 в мин.)
- провести визуальный осмотр области сердца
- провести пальпацию, перкуссию, аускультацию сердца
- провести пальпацию бедренного пульса (в норме симметрично с двух сторон)



Оценка дыхания и кровообращения

Объективно исследовать органы дыхания

- определить ЧДД (в норме 30-60 в мин.)
- определить форму грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, наличие втяжения грудной клетки, характера дыхания
- оценить носовое дыхание, осмотреть зев

ДЫХАНИЯ

ж

45

Оценка дыхания и кровообращения

Частота сердечных сокращений у новорожденного обычно составляет 120-140 ударов в минуту. У здоровых новорожденных в течение короткого времени может быть выслушан систолический шум, связанный с турбулентным током крови, проходящей через закрывающийся артериальный проток.



46

Осмотр органов брюшной полости.

Объективно исследовать органы пищеварения

- осмотреть полость рта (язык, слизистая оболочка полости рта)
- осмотреть область живота, провести пальпацию
- выявить характер стула, его частоту, цвет, наличие примесей



47

Осмотр органов брюшной полости.

При пальпации живота определяются размеры печени, почек, селезенки. Нижний край печени может выступать из-под края реберной дуги на 1-1,5 см, селезенка у здорового новорожденного при пальпации не определяется. Нижние полюса почек пальпируются бимануально, но определяются не всегда.



48

Осмотр половых органов.

Объективно исследовать органы мочеполовой системы

- визуальный осмотр на предмет наличия грыж, признаков половой двойственности
- выявить частоту мочеиспускания у ребёнка (в норме не менее 10 раз в сут.)



Осмотр половых органов.

Длина пениса у новорожденного мальчика 2-3 см. Если длина пениса менее 1 см, такое состояние называется гипоплазией пениса, однако результаты осмотра могут быть ошибочны, так как у некоторых крупных мальчиков подкожно жировой слой на лобке может скрывать пенис.

Осмотр половых органов.

- Крайняя плоть у новорожденных детей мужского пола узкая, головка не выводится. Это нормальное состояние, и родители должны знать, что не следует пытаться открыть головку, так как это может приводить к микротрещинам и фиброзу.



Осмотр половых органов.

Одним из самых распространенных пороков развития половых органов у мальчиков является гипоспадия. Крайняя плоть не закрывает полностью головку, свисая с дорсальной части. При любой форме гипоспадии важно убедиться в том, что мочеиспускание не затруднено. Фимоз - патологическое сужение крайней плоти, обычно легко диагностировать при мочеиспускании, отмечается тонкая струя и вздувание крайней плоти. В норме у новорожденного отмечается умеренно выраженное гидроцеле мошонки, которое разрешается в течение нескольких дней. У здорового доношенного новорожденного мальчика оба яичка находятся в мошонке.

Осмотр половых органов.

У здоровых доношенных девочек большие половые губы закрывают малые и клитор. У недоношенных девочек большие половые губы не закрывают малые и клитор, но это абсолютно нормальное состояние и не свидетельствует о нарушении со стороны гормонального статуса. Лоскут девственной плевы может отмечаться между малыми половыми губами, в дальнейшем регрессирует самостоятельно. В первые дни после рождения у девочек может наблюдаться небольшое вагинальное кровотечение, что является проявлением полового криза и не требует лечения.

Осмотр половых органов.

- Недифференцированный пол - состояние, при котором осмотр наружных половых органов не позволяет определить пол ребенка. Диагноз ставится на основании хромосомного исследования, определения гормонального профиля, ультразвукового исследования и в редких случаях - лапароскопии.



Физиологические рефлексы новорожденного.

57

Поисковый и сосательный рефлексы оцениваются при раздражении кожи вокруг рта ребенка, которое вызывает движение головы в направлении раздражения. Если вложить кулачок ребенка или сосок в рот ребенку, возникает сосательный рефлекс значительной силы. Сосание и глотание - это скоординированный акт, требующий последовательного сокращения около 30 мышц. У недоношенных гестационного возраста менее 32 недель координация сосания и глотания нарушена.



Физиологические рефлексы новорожденного.

58

Хватательный рефлекс вызывается при надавливании пальцами на ладонь или стопу новорожденного. Обычно сила хватательного рефлекса такова, что новорожденного можно слегка приподнять от поверхности, вложив свои пальцы в кулачки ребенка. Движение головы ребенка при этом запаздывает. Во время проверки хватательного рефлекса не следует одновременно касаться тыльных поверхностей кисти, так это раздражение вызывает обратный рефлекс выпрямления пальцев.



Физиологические рефлексы новорожденного.

59

При помещении стопы ребенка на твердую поверхность он начинает выполнять медленные примитивные движения, напоминающие ходьбу (**рефлекс ходьбы**).

Безусловные физиологические рефлексы новорожденного постепенно редуцируются в течение нескольких месяцев, что необходимо для правильного развития, так как, например, развитие моторных навыков кисти было бы невозможным при сохраняющемся хватательном рефлексе.



Физиологические рефлексы новорожденного.

60



61

Вскармливание новорожденного.

- Особое внимание уделяют вскармливанию новорожденного.
- Оценивают навыки и знания матери о кормлении ребенка грудью для выявления трудностей и проблем со вскармливанием.
- Осматривают грудные железы матери.



62

Вскармливание новорожденного.

- Дать пояснения маме по результатам проведенного осмотра
- Осмотреть молочные железы мамы, оценить лактацию
- Обучить маму технике прикладывания к груди, проконтролировать правильность прикладывания ребенка к груди, эффективность сосания
- Дать профилактические рекомендации (преимущества исключительно грудного вскармливания, техника сцеживания молока, техника правильного прикладывания к груди, требования к помещению) и вручить памятку с рекомендациями по кормлению и уходу в целях развития ребенка.

63

Правила прикладывания к груди:

При необходимости дают следующие 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 и пустышками.



64

Антропометрия.

Физиологическая убыль массы тела наблюдается у всех новорожденных, максимальная убыль массы приходится на 3-4-й день жизни и обычно не превышает 10% от первоначальной массы. Первоначальная масса тела восстанавливается к 6-10-му дню; все здоровые новорожденные к 14-му дню должны восстановить свою первоначальную массу. Длина тела новорожденного измеряется один раз в месяц при посещении семейного врача в поликлинике.



На первой неделе жизни отмечают следующие особенности:

- Ребенок жмурится и беспокоится при ярком свете, вздрагивает при громком звуке (звонок, хлопок), глазные яблоки плавают в сторону громкого звука.
- Возможно легкое сходящееся косоглазие.
- Торможение преобладает над возбуждением.
- При пробуждении и голоде ребенок кричит, а на лице появляется гримаса неудовольствия.
- Сон спокойный, ребенок просыпается, если мокрый.
- У груди матери, сытый и переодетый, ребенок засыпает.



Оценка состояния здоровья:

- В итоге оценки определяют состояние здоровья, группу риска. План наблюдения должен включать моменты режима, ухода, воспитания, вскармливания и закаливания ребенка, а при показаниях — восстановительные, профилактические и лечебные мероприятия.
- Данные первичного врачебно-сестринского патронажа вносят в историю развития ребенка (форма № 112/у).
- При последующих осмотрах оценивают адаптацию новорожденного к новым условиям жизни, состояние его здоровья, динамику массы тела, особенности поведения и нервно-психического развития, контролируют соблюдение правил ухода, вскармливания и выполнение назначенных мероприятий.

Консультирование

Консультирование матери (родителей) новорожденного является не менее важным аспектом врачебной деятельности, чем лекарственная терапия или какие-либо диагностические процедуры. В ходе врачебного консультирования родители ребенка получают исчерпывающую информацию о состоянии здоровья ребенка, об уходе за ребенком, о профилактике различных патологических состояний и о тех опасных признаках, при появлении которых необходимо обратиться к врачу. Для педиатра консультирование необходимо для того, чтобы убедиться, что родители не только поняли, но и приняли предложенный план действий и будут ему следовать.



Клиническая ситуация

Виктория С. Дата рождения: 28.05.19 Адрес: ул. Ульяновская, 180. Первичный патронаж к новорожденному 3.06.96 (7 день жизни) Антропометрия: -рост 51 см.) -масса 3400 гр. -окружность головы 34см. -окружность груди 33 см.

Генеалогический анамнез: -отягощенность умеренная, наследственность по ИБС, ГБ, остеохондрозу. Социальный анамнез: отягощенность низкая

Биологический анамнез: настоящая беременность 2, от 1- мальчик 6 лет, здоров. Данная беременность протекала на фоне анемии 1 ст, роды нормальные, срочные. Родилась девочка с массой 3470г., ростом 51 см., Окр.гол. 34 см., Окр.гр 33 см., с оценкой по шкале Апгар 9-10 баллов, масса при выписке 3400г. Пуповинный остаток отпал на 3 сутки.

К груди приложена в первые сутки, лактация у матери достаточная. Сделана БЦЖ 1.06.96 с.650, №0020. Выписана 31.06.96.

При первичном патронаже: Общее состояние удовлетворительное. Жалоб у матери нет. Преобладает неустойчивое эмоциональное состояние. Бодрствование спокойное. Сон глубокий, засыпает спокойно, общая продолжительность сна 18 часов в сутки. Физиологические рефлексы новорожденного: поисковый, хоботковый, ж. наст. ь 2и п. не рефлексов:

Заключение:

- **Необходимо проверить на предмет** - дисплазии тазобедренных суставов: разведение в тазобедренных суставах в полном объеме, а также нет описания половых органов: половые органы сформированы правильно по женскому типу.
- **Физическое развитие** - мезосоматическое, гармоничное. Нервно-психическое развитие в норме.
- **Диагноз** - здорова.
- **Рекомендации:** -питание: грудь матери, свободный режим. Ежедневные прогулки не менее 2 часов. Ежедневный туалет, купание. Осмотр семейной медсестрой – на 7-14 день жизни, для оценки кормления и ухода за новорожденным, на 21 день и в 1,5 месяца (6 недель) – подготовка к вакцинации.
- В 2 месяца- на прием: осмотр невропатолога, окулиста по показаниям. Первая прививка – АКДС +ВГВ +ХИБ; ПКВ-1 и ОПВ.
- Неспецифическая профилактика рахита

Литература (1)

- Клинический протокол. "Ведение здоровых новорожденных на уровне ПМСП".
- Клинический протокол. "Ведение желтухи у новорожденных на уровне ПМСП." Приказ МЗ КР № 33 от 23.01.2019г.
- Приказ МЗ КР № 585от 09.10.2015г. " О наблюдении здоровых детей на первичном уровне здравоохранения от 0-18 лет"
- Приказ МЗ КР №817 от 06.08.2019г. «О введении иммунизации детей ротавирусной вакциной в КР»
- Приказ МЗ КР №112 от 01.03.2019г. «Об утверждении руководств и протоколов по иммунопрофилактике ». Клинический протокол по побочным проявлениям после иммунизации.
- Приказ МЗ КР №143 от 26.02.2016г. «О введении в республике иммунизации детей пневмококковой и инактивированной полиомиелитной вакцинами»
- Руководство по уходу в целях развития на первичном медицинском уровне в развивающихся странах.

Литература (2)

- Руководство по домашнему визиту к детям раннего возраста (для медицинских работников первичного звена здравоохранения)
- Руководство для тренера по проведению тренинга для медработников.
- Стандарты физического развития
- **Современные принципы рационального** питания здоровых детей первого года жизни, «Детский Доктор», №5, 1999, с.40–46.
- Технические семинары по проблемам кормления
- Технические семинары по уходу в целях развития
- Учебное пособие " Питание детей раннего возраста". Бишкек, 2008г