

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Затверджено на методичній нараді
кафедри « » _____ 20__р.
Протокол № ____.
Зав. кафедри
д. мед. н., проф. _____ Величко В.І.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
практичного заняття для лікарів-інтернів 1-ого року навчання
за фахом «Загальна практика - сімейна медицина»

**ТЕМА: КОНТРОЛЬ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я І
РОЗВИТКОМ ДІТЕЙ**

Тривалість: 180 хв.

Виконавець: ас. Шишкіна Н.В.

I. Актуальність проблеми:

Перинатальна охорона плода та немовля - система заходів по анте- та інтранатальній охороні здоров'я плода та організації медичної допомоги немовлятам, направлених на профілактику та зниження перинатальної захворюваності та смертності, покращення здоров'я новонароджених дітей.

Перинатальна охорона плода та немовля полягає у знанні факторів (критеріїв) підвищеного ризику для плода та немовля, вмінні виявити їх, в їх профілактиці, забезпеченні раціонального нагляду за вагітною жінкою, при необхідності - її оздоровлення, успішному пологорозрішенню та надання кваліфікованої медичної допомоги немовляті.

II. Учбові цілі:

Поглибити знання анатомо-фізіологічні особливостей органів, систем, обміну речовин доношеного новонародженого.

III. Курсант повинен знати:

1. Основи фізіології новонародженої дитини.
2. Ознаки доношеності.
3. Прикордонні становища.
4. Особливості обміну речовин.

IV. Курсант повинен вміти:

1. Зібрати анамнез.
2. Провести об'єктивне обстеження.
3. Оцінити рефлекси новонародженого.
4. Дати рекомендації по догляду за новонародженим (купання, прогулянки, годування)

V. План заняття та хронокарта.

1. Підготувальний етап

Перевірка початкового рівня знань(тести прикладаються, контроль)

2. Основний етап

а) Самостійна робота (збір анамнезу, об'єктивний огляд дітей)

б) Клінічний розбір.

в) Рішення ситуаційних задач

3. Закljučний етап Закріплення матеріалу (тести, контрольні питання, ситуаційні задачі)

VI. Зміст практичного заняття. Основи фізіології новонародженого.

Новонароджена дитина - це дитина з моменту народження до 28 днів

життя. В залежності від гестаційного віку новонароджений може бути доношеним (при терміні вагітності 37-42 тиж.), недоношеним (менше 37 тиж.) та переношеним (більше 42 тиж.). Крім того, по ступню зрілості, по функціональному стану органів та систем, здатних забезпечити існування, новонароджених ділять на зрілих та незрілих.

. Період новонародженості характеризується рядом морфологічних, функціональних та біохімічних змінень, виникаючих при переході від життя до . З цього моменту у новонародженого починається легеневе дихання, функціонує мале та велике коло кровообігу, боталов (артеріальний) та аранцієв протоки, настає зворотній розвиток пупочних судин, змінюються морфологічні та фізико-хімічні властивості крові. Починають функціонувати органи травлення. Встановлюється власна терморегуляція, підвищується обмін речовин. Пристосування дитини до навколишнього середовища проходить поступово. Функції основних органів та систем знаходяться в стані нестійкої рівноваги. В зв'язку з чим деякі процеси можуть легко переходити в патологічні. Слабкий імунологічний захист веде до підвищеної захворюваності тяжкими септичними та токсико-септичними захворюваннями. Тому до придбання дитиною власного місцевого та загального імунітету , асептика та антисептика є рішачими в боротьбі за зниження захворюваності та смертності.

Різноманітна патологія періоду новонародженості зв'язана перед усім з порушенням біохімічних та фізіологічних механізмів адаптації в результаті передчасних полог, пороків розвитку та несприятливого впливу навколишнього середовища.

Одна з особливостей неонатального періоду - наявність у дитини так званих прикордонних (парафізіологічних) станів, зв'язаних з первинною адаптацією її до навколишнього середовища. Прикордонними ці стани називаються тому, що, фізіологічні для новонароджених, вони при деяких умовах (патологія періоду, передчасні пологи, порушення умов виходжування та кормління новонароджених та ін.) легко можуть приймати патологічний характер та приводити до захворювання організму. Прикордонними станами є наступні.

Потеря ваги тіла. Виявляється у всіх новонароджених в перші 3-4 дня життя, складає 4-6% у доношених, 10-12% у недоношених, та пов'язана з переважанням у організмі процесів катаболізму, загубленням вологи (шляхом перспірації через легені та шкіру). Доказана залежність величини ваги тіла від об'єму рідини, який отримує дитина, часу першого прикладання до , температури вологості навколишнього повітря, більше 10% ваги тіла у доношеного та 14% - у недоношеного новонародженого свідчить про захворювання чи погрішності догляду за ним.

Транзиторна гіпербілірубінемія (фізіологічна). Проявляється жовтяниця забарвленням шкірних покривів на 2-3 день життя в зв'язку з накопленням в крові та тканинах вільного (непрямого) білірубину, утворюючогося при розпаді фетальних еритроцитів. Гіпербілірубінемія обумовлена в першу чергу незрілістю ферментних систем печінки, відповідальних за кон'югацію білірубину, підвищеним гемолізом фетальних еритроцитів. Значною реабсорбцією білірубину з кишечника через кишково- печінковий шунт та ін. Пропадає вона до 8-12 дня життя.

Фізіологічна еритема - гіперемія шкіри. Реактивна краснота. Пропадає у доношених до кінця 1-ї тижня, у недоношених дітей, матері яких хворіють цукровим діабетом, тримається до 2-3 тижнів й буває більш вираженою. Після зникання еритеми в перебігу 4-6 тижнів може виявлятися чи пластинчасте шелушіння шкіри.

Токсична еритема. Зустрічається у 20-30% новонароджених, виникає на 2-5-й день життя та проявляється в виді одиничних чи численних еритематозних, папул чи везикул, локалізуючись на тулубі, кінцівках, лиці. Загальний стан дітей не порушений. Більшість дослідників вважають токсичну еритему анафілактичною реакцією, так як при неї виявляється патохімічна та патофізіологічна стадії алергічної реакції, але нема імунологічної стадії. Через декілька днів зникають самостійно.

Гормональний статевий криз. Обумовлений реакцією організму новонародженого на естрогенів матері, зустрічається у 60-75% доношених новонароджених (більше у дівчат) та проявляється збільшенням (нагрубанням) молочних залоз. Незалежно від статі, з виділенням, при нажимі біло-молочного секрету, нагадуючого молозиво; слизовими виділеннями з полові щілини (десквамативний вульвовагініт) у 60-70% дівчат в перші три дні життя; кров'янистими виділеннями з піхви на 5-8-й день життя у 5-10% дівчат. Але кров в піхвовому слизу можна виявити у всіх дівчат з десквамативним вульвовагінітом.

Вугрі - білувато-жовтуваті вузлики. Розміром 1-2мм. , які знаходяться вище рівня шкіри та локалізуються частіше всього на крилах носу, лобі, підборідді, та щоках.

Фізіологічна диспепсія - розлад стулу до 4-6 та більше разів на добу (часто водянистий). В генезі мають значення фази первинного бактеріального заселення кишки: асептична, зростаючого інфікування (до 3- 5-го дня), стадія трансформації. Витіснення біфідофлорою інших бактерій. Крім того, фізіологічна диспепсія обумовлена також роздрозненням кишечника жирами та білками, раніш не потраплявшими до нього.

Транзиторний кровообіг. Анатомічне закриття артеріального (боталова) протоку відмічається у 35% доношених новонароджених до 2-го тиж. та у 80% - до 8-го тиж. Овальне вікно закривається (захлопується клапан) скоро після народження. Але

анатомічно облітується лиш через декілька місяців чи навидь років. В зв'язку з цим утворюються передпосилки для виникнення у новонароджених патологічних шунтів (право-лівого шунта при різних захворювань чи ліво-правого при швидкому розправленні легеневих судин, наприклад при ГВЛ).

Огляд здорового новонародженого Анамнез. Анамнез слід збирати, роблячи акцент на слідуючи моментах: спадковість, професія батьків, вредні звички, перебіг вагітності, можливий вплив тератогенних факторів на плод, їжа та образ життя вагітної. Особо слід звернути увагу на перебіг пологів, родорозрішуючі операції. Приміщення анестезії та ін. Виключно важливе значення має стан новонародженого одразу після пологів.

Під час обстеження дитини лікар повинен обговорити з матір'ю всі фізіологічні та анатомічні особливості (навидь малопомітні), дав їм правильне тлумачення, оскільки багато прикордонних станів (див. Основи фізіології новонародженої дитини) можуть викликати необґрунтовану тривогу батьків. Обстеження новонародженого потребує терпіння, уважності,^в обходжені та гнучкості в застосуванні методів огляду. Кращий час для огляду - через 1-2 години після годування, коли дитина відпочиває та знаходиться в спокійному стані.

Загальний огляд. Огляд новонародженого нерідко дозволяє зразу запідозрити ряд захворювань (хвороба Дауна, діабетична фетопатія та ін.) Необхідно звернути увагу на запах від дитини. Який може бути одним з ранніх симптомів спадкових хвороб.

Поза дитини може бути фізіологічною або примушена (поза «жаби», «фехтувальника», «лягавої собаки» та ін. вказують на патологію); положення активне чи пасивне, рухова активність - нормальна, гіпо чи гіперкінетична. Для здорових новонароджених характерно наявність некоординованих, атетозоподібних, надлишкових рухів, нерідко тремор підборіддя та верхніх кінцівок, клонус стоп. Характерно фізіологічне посилення тонуса флексорів, чим обумовлена поза дитини: руки зігнуті в ліктях та прижаті до тулуба, долоні зжаті в кулачки, ноги можуть бути різко зігнуті в тазостегнових суглобах та розігнуті в колінах.

Шкіра може носити сліди пологових пошкоджень, мати вроджені аномалії, дефекти догляду (пітниця, потертості, опрілості), бути інфікованою. Слід звернути увагу на колір шкіри (ціаноз, сірувато-землистий відтінок, мармуровість, жовтушність, синдром арлекина та ін.) Під шкірою можуть виявлятися рухомі, плоскі, тверді, відливаючи синевою островки - підшкірний адіпонекроз. Вони мають травматичне походження та за декілька місяців розсисаються самостійно.

Голова. Форма голови (брахі-, доліхоцефалічна чи неправильна) залежить від біомеханізму пологів. Башена форма зустрічається при деяких інфекціях (токсоплазмоз) та

спадкових хворобах (синдром Марфана). Розміри великого джерельця приблизно від 1 до 3 см. Мале джерельце у більшості новонароджених закритий. Вибухання та пульсацію великого джерельця при дитини не слід відносити до патології. Постійне вибухання великого джерельця свідчить про підвищення внутрішньочерепного тиску (гідроцефалія, менінгіт, внутрішньочерепний крововилив та ін.). При огляді необхідно звернути увагу на вираз обличчя (сердате, страждаюче, замислене та ін.) та такі аномалії розвитку, як епікантус (вертикальна шкіряна складка коло внутрішнього кута очної щілини), гіпертелоризм, низько розташовані вуха та ін.

При огляді очей, щоб дитина відкрила їх, треба нахилити та погойдувати його, що зв'язано з проявленням лабіринтних та шийних рефлексів. Наявність крововиливів в склеру не є ознакою патології. Зрачки повинні бути симетричні, з живою реакцією на світло. Оглядаючи райдужку, шукати наявність колобом та гіперхромії. Якщо діаметр роговиці у доношеної дитини перевищує 1 см. Слід запідозрити вроджену глаукому та терміново проконсультувати дитину у офтальмолога. Наявність ністагма (особливо вертикального та ротаторного), симптома «заходячого сонця», косоокості звичайно вказує на тяжку патологію ЦНС.

Глотка новонародженого тяжко піддається огляду з-за небної дуги однак слід ретельно оглянути м'якого неба для виявлення закритої розщілини та арковидної конфігурації його. На твердому небі по двом сторонам від середньої лінії можуть з'являтися тимчасові зкоплення клітин епітелію (перли Епштейна). На яснах можливі рецензійні кісти, які по зовнішньому виду схожі на згадані «перли». Звичайно ці утворення зникають самостійно до кінця першого року життя. Язик у новонароджених великих розмірів, часто вуздечка вкорочена (прирослий язык), що при порушенні акту сосання потребує хірургічної корекції. Шия новонароджених коротка. Через мірні шкіряні складки на шії у дівчат можуть бути обумовлені синдромом Тернера. Слід пропальпувати обидві ключиці для виключення переломів (наявність кісткової мозолі) та обидва грудинно-ключично-сосцевидні м'язи для виявлення їх розривів під час пологів (вроджена м'язова кривошия).

Одна з особливостей обстеження новонароджених - виявлення в них рефлексів, специфічних для періоду новонародженості. З усього числення рефлексів діагностичного значимість грають наступні:

Сосальний - на подразнення губ доторкуванням дитина відповідає сосальними рухами, інколи разом з ковтальними.

Пошуковий (рефлекс Кусмауля-Генцлера) - при погладжуванні щоки коло біля кута рота голова повертається в бік подразнення, дитина може відкрити рот та витягнути губи.

Долонно-рото-головний (рефлекс Бабкіна) - при надавлюванні на долонну поверхню кістей рук дитина відкриває рот, згибає голову, інколи закриває очі.

Хватальний рефлекс Робінсона - при вкладуванні в долонь дитини пальця чи другого предмета тонічне згинання пальців, дитина крепко втримує предмет, в такому положенні її можна навіть підняти.

Охвачування (рефлекс Моро) - при похлопуванні по поверхні, на якій лежить дитина, чи по її ягідниці, гучному звертанні до неї чи крику в лице, раптовому розгинанні ніг та інших прийомах руки дитини розгинається в ліктьових суглобах та відводяться в сторони з послідуочим приведенням в початкове положення (обнімання).

Захисний - в положенні на животі дитина повертає голову в сторону (фізіологічний захист).

Рефлекс опори, випрямлення та автоматичної ходьби - дитину беруть під мишки та переводять в вертикальне положення, підтримуючи пальцями задню частину голови, при цьому ноги дитини згинаються та, якщо її поставити, повільно випрямляються спочатку ноги, а потім і тулуб. При наклони тулуба вперед дитина робить крокові рухи (автоматична ходьба).

Повзання (рефлекс Бауера) - в положенні на животі до зігнутих ніг дитини прикладають долонь, дитина випрямляє ноги та відштовхується (повзає).

Рефлекс Галанта - у відповідь на ризкове подразнення шкіри спини зверху вниз в паравертебральної області позвоночник вигинається дугою, відкритою в сторону подразнення. На цю ж сторону нерідко може розгинатися нога.

Рефлекс Переса - дитина лежить лицем вниз на горизонтальній площині, краще на долоні лікаря, дослідник проводить пальцем по остистим відросткам від копичка до шиї з помірним нажаттям. Виникає складна відповідна реакція: різкий крик дитини з попереджаючим апное, лордоз грудного відділу позвоночника з підняттям голови та тазу, згинання рук та ніг, випячування анального отвіру, інколи сечовиділення та дефекація. Вказаний рефлекс викликає у дитини різко виражену негативну реакцію, в зв'язку з чим подальше дослідження рефлексів проводити непотрібно.

При вивченні рефлексів у новонароджених необхідно враховувати не тільки їх наявність, але й повноту відповідної реакції. Час вгасання рефлексів. У здорових новонароджених рефлекси носять стереотипний характер, мають дуже короткий латентний період, вгасають звичайно 1-2 хв. Потрібно враховувати також ступінь вразливості рефлексів, оскільки їх наявність та вразливість відображають загальний розвиток ЦНС. Вгасають рефлекси періоду новонародженості до 2-2.5 міс.

Рекомендації по догляду за новонародженими.

Деякі жінки надають перевагу нічого не купувати до народження дитини, що, природньо, потягує організацію нагляду за нею в перші тижні життя. По нашому розумінню, все необхідне придане дитині потрібно приготувати зарання. Слід пам'ятати, що основа правильного догляду за дитиною - ретельне додержання асептики, а також застосування в необхідних випадках антисептичних засобів. Новонародженій дитині важніше комфорт та чистота, чим красота. Дитячу краватку треба поставити в самому світлому місці, але не на Сквозніку. Матрац повинен бути напівжорстким, загорнутий клейонкою та покритий простинею. Новонародженого кладуть в кроватку на бік чи на живіт без подушки. В кімнаті двічі на день роблять вологе прибирання, не менш 4 разів її провітрюють. Температура в кімнаті підтримується в межах 20-22°C. Один з важливіших моментів догляду - купання. Яке проводиться кожний день, в спеціально виділеній для цих цілей ванночки в продовж 7-8 хв., краще вечером - перед передостаннім кормлінням. В перші 2 тиж. життя (до загоєння пупочної ранки) дитину слід купати в кип'яченій воді з температурою 36-37°C. Білизну новонародженого зберігають окремо від білизни дорослих, прають в окремій посуді, гладять з двох сторін, регулярно кип'ятять. Для прання бажано використовувати дитяче мило. При застосуванні пральних порошків ретельно прополоскати. Неможливо допускати контакт з дитиною персон. Хворих на гнійно-запальовальні захворювання шкіри та ОРЗ.

З тижневого віку слід гуляти з новонародженим на свіжому повітрі при температурі не нижче -10°C. Починають прогулянки з 15-20 хв. Один- два рази на день. Поступово збільшив тривалість перебування на свіжому повітрі до 10 годин та більше на добу в залежності від погодних умов (сон на свіжому повітрі).

Особливої уваги у новонароджених потребує пупочна ранка, яка до момента зарубцювання (епітелізується до кінця другого тижня життя) потребує ретельного догляду. Виконує його патронажна медсестра. Однак необхідно обучити догляду за пупочною ранкою матір. При наявності серозних чи сукровичних виділень рану обробляють 1% розчином йода чи 5% розчином марганцевокислого калію.

Одним з важливіших факторів, визначаючих ступінь адаптації новонародженого - правильно організоване, раціональне кормління, яке дуже впливає на послідовний ріст та розвиток дитини, сприяє нормальному психомоторному розвитку дитини. Кількістю недостатнє чи якісно неповноцінне годування приводить до порушення росту та розвитку дітей, негативно впливає на діяльність головного мозку.

Новонароджена дитина підготовлена до засвоєння материнського молока, яке для неї є найбільш адекватним продуктом харчування й по складу інгредієнтів, та по ступеню їх

засвоєння. Важливість раннього прикладання дитини — для активації механізмів лактопоеза, встановлення емоціонального контакту матері та дитини, а також можливе раннє отримання дитиною пасивного імунітету за рахунок імуноглобулінів, вміщених в материнському молозиві, неоцінимо. І лиш при наявності протипоказань до раннього прикладання з боку дитини чи матері від останнього утримуються. При кормленні важливо створити матері зручне положення (перші дні лежачи, пізніше - сидячи).

Необхідно чергувати кормління кожною молочною залозою, зціджуючи залишки молока після кормління. Якщо об'єм молока в одній молочній залозі недостатній, можливе докормлювання з другої молочної залози, після того як дитина все висала з першої, з послідовним чередуванням порядку кормлення. Для визначення кількості виссаного молока приміняють контрольне взвішування до та після кормління, так як вялососущих дітей та недоношених інколи треба докормлювати з ложечки. Дитина знаходиться на «свобідному» вігодуванні. Тривалість одного кормління вагається в широких межах, оскільки залежить від активності сосання, ступеню лактації, однак в середньому вона не повинна перевищувати 20 хв. Не зважаючи на те що дев'ять десятих раціону дитина всосує звично за 5 хв., слід тримати його коло грудей подовж щоб помиймо голоду вона задовольнила потребу в ссанні. Під час ссання дитина відчуває радість, вона пізнає свою матір, а через неї й навколишній мир. Але бувають випадки, коли кормління грудями дитині протипоказано (тяжкі захворювання новонародженого), чи ситуації, коли матір не може кормити (післяпологові та інші інфекції, оперативні втручання в пологах, еклампсія та ін.).

Для визначення кількості молока, необхідного новонародженому в перші 2 тиж. життя, можна користуватись формулою Г.І.Зайцевої, де добова кількість молока дорівнює 2% маси тіла при народженні, помноженим на день життя дитини. С 2-х тижневого віку добова потреба в молоці дорівнює $1/5$ маси тіла.

При недостатній лактації у матері для вскармлювання новонароджених застосовують молочні суміші, які по своєму складу та співвідношенню інгредієнтів адаптовані до материнського молока. Для новонароджених застосовують адаптовані суміші «Малютка», «Віталакт», «Лінолакт», «Роболакт» та ін., які спроможні забезпечити гармонічний, повноцінний розвиток дитини.

Враховуючи переваги природного вскармлювання. Слід в боротьбі з гіполактацією додержуватись раціону кормлячої матері. В його склад входять молоко, кисломолочні продукти (не більше 0.5 л.) сир або вироби з нього (50-100 г.), м'ясо (приблизно 200 г.), овочі, яйця, масло, фрукти, хліб. З поживних продуктів, сприяючих підвищенню лактації, приймають мед, грибні супи, Грецію горіхи, дріжджі, рибні страви. Рідини кормляча матір

повинна випивати не менш 2-2.5 л. на добу. Необхідно зменшити прийом таких продуктів: цитрусові, полуниці, шоколаду, натурального кофе, міцних м'ясних бульйонів, консервованих продуктів, солених страв та ін. . Забороняється паління та вживання спиртних напоїв.

VII. Контрольні питання:

1. Сформулювати поняття доношеного новонародженого.
2. Охарактеризуйте ознаки доношеності.
3. Які морфологічні, фізіологічні та біохімічні зміни проходять при переході від до життя?
4. Що таке фізіологічний збиток ваги, фізіологічна жовтяниця, фізіологічна еритема, статевий криз?
5. Як назвати рефлекс періоду новонародженості:
 - а) Смокчучий.
 - б) Пошуковий.
 - в) Рефлекс Бабкіна.
 - г) Хватальний.
 - д) Охвачування.
 - е) Повзання.
 - ж) Рефлекс Галанта.
 - з) Рефлекс Переса.

(Відповіді дивіться у тексті теми).

УШ. Ситуаційні задачі.

1. У новонародженого - припухлі віки, гіперемована кон'юнктива та , через 6 годин після пологів, невелика кількість прозорого відділяемого з очей. Найбільш ймовірний діагноз:
 - а) Дакріюстит.
 - б) Хімічний кон'юнктивіт.
 - в) Пневмококова офтальмія.
 - г) Гонококова офтальмія.
 - д) Хламідійний кон'юнктивіт.

Правильна відповідь б) . Час появи симптомів грає велику роль в діагностиці уражень очей у новонароджених. Хімічний кон'юнктивіт розвивається в перші 24 г. після профілактики ПО КРЕДЕ. Гонококовий кон'юнктивіт розвивається на 2-3-й день після народження. Він відноситься до найбільш небезпечним бактеріальним інфекціям й

потребує невідкладного лікування для попередження ускладнень. Батьків також необхідно лікувати для запобігання реінфікування дитини. Розчин нітрату сервера неефективний для профілактики хламідійного кон'юнктивіту, який розвивається на 5-21 день після пологів. Попереджається ризик хламідійної пневмонії, антибіотикотерапія показана як дитині так і її батькам.

2. У доношеного новонародженого після перев'язки пуповини з'явився ціаноз, нерегулярне дихання, помітне западання живота. При дослідженні легень виявляється тимпанічний звук, дихання не прослухується, тони серця прослухуються справа.

Діагноз:

- а) Гіпоплазія лівої легені.
- б) Гіпоплазія лівого шлуночку.
- в) Діафрагмальна грижа.
- г) Декстрокардія. (Правильна відповідь: в))

3. У дитини, перенесеної омфаліт, флєбіт порочної вени. Зостається субфебрильна температура, часом її підйоми, лейкоцитоз 2500-3500. Анемія, в'ялість, стоїть в вагі. Печінка збільшена, на її поверхні пальпується нерівність. Ваш діагноз:

- а) Сепсис.
 - б) Пухлина печінки; в) Абсцес печінки.
- (Правильна відповідь : в))

4. Дитина народилась субіктеричною. Інтенсивність жовтяниці збільшується. Стан дитини задовільний, кал світлий, сеча темна, білірубін крові зростає, превалує його пряма фракція. Ферментна активність крові підвищена не дуже. Діагноз:

- а) Вроджений гепатит.
 - б) Атрезія жовчних шляхів.
 - в) Кон'югаційна жовтяниця,
 - д) Гемолітична жовтяниця.
- (Правильна відповідь : б)).

5. У новонародженого на 7-й день життя стан погіршився. Наростає вздуття живота, розширена сітка підшкірних вен. В нижніх відділах живота - пастозність та гіперемія передньої стінки живота. З пупочної вени скудне відділяємо. Ваш діагноз:

- а) Флегмона передньої стінки живота.

- б) Перитоніт новонароджених.
- в) Омфаліт.

6. Дитині 6 днів, дівчинка. Маса при народженні 3500 г., довжина 50 см. . Медична сестра при ранковому огляді відмітила набряк молочних залоз, виділення з них при огляді секрету, нагадуючого молозиво. Змінень шкіри не відмічено:

- а) Проаналізуйте стан дитини?
- б) Яка тактика лікаря при даному стані?

Відповідь: Фізіологічне набухання молочних залоз. Обумовлено воно переходом естрогенних гормонів від матері до плоду в гестаційному періоді. З'являється в перші 3-4 дня після народження та сягає максимальної величини до 8-10 дня. Лікування не потребує. Категорично забронюється будь-яке надавлювання молочних залоз внаслідок небезпеки, інфікування та нагноєння молочних залоз. Ретельно виконувати правила асептики та анти септики в догляді за новонародженим.

7. Дівчинці 5 днів. При народженні вона мала масу 3250 г., а довжину 50 см. . Медсестра при пеленанні дитини відмітила на пелюшки кров'янисто- серозні виділення з полові щілини, набухання вульви та загальний набряк статевих органів.

- а) Чим витлумачити такий стан?
- б) Якою повинна бути тактика лікаря?

Відповідь: Катаральний вульвагініт. Він виникає під впливом фолікулярних гормонів матері та проявляється у деяких новонароджених дівчат. Всі ці явища продовжуються 1-2 дні, особливого лікування не потребує. Дівчат слід частіше підмивати теплим розчином перманганату калію в розведенні 1:5000.

8. Дитині 3 дня. Під час плентання медсестра відмітила на шкірі кінцівок та тулубу окремі ділянки гіперемії та шелушіння особливо на долонях та стопах.

- а) Чим витлумачити такий стан дитини?
- б) Що повинен робити лікар?

Відповідь: Фізіологічний катар шкіри. Розвивається як наслідок подразнення шкіри, якому вона в нових умовах навколишнього середовища. Гіперемія виявляється від декількох годин до 2-3 діб, потім з'являється шелушіння. При сильному шелушінні, шкіру змазують стерильним маслом.

9. Дитині 4 дні, маса при народженні 3500 г., ріст 61 см. Медсестра під час ранкового огляду виявила у дитини гнійне виділення з лівого ока, поросіння кон'юнктиви. Температура тіла 36.6°C.

а) Яке захворювання у дитини?

б) Які дослідження необхідно провести?

Відповідь : Гнійний кон'юнктивіт лівого ока. Бактеріологічне дослідження мазка з гнійного відділяемого та визначення бактеріальної чутливості. Дитину необхідно ізолювати від здорових. Ізоляції підлежить також матір. Встановлюється індивідуальний догляд. Пелюшки та вся білизна дитини замочується у 0.25% розчині хлораміну та доправляється в пральню окремо. На палату новонароджених наскладується карантин. Очі дитини закачують 15% розчином сульфацил-натрію з одночасним промиванням очей слабо-розовим розчином перманганату калію 1:8000. При більш тяжкому перебігу призначають антибіотики, вітаміни А, В, С.

10. Дитині 7 днів. Маса при народженні 3500 г., ріст 51 см. На 7 день вага зменшилась до 3100 г. Матір відмічає у дитини ікоту після кормління, зригування. Перший раз дитина була прикладена до грудей через 24 години після народження (була загроза асфіксії в пологах, у матері вузький таз).

а) Чим це витлумачити?

б) Що потрібно зробити для покращення стану здоров'я дитини та матері?

Відповідь: Ікота та зригування пояснюється заковтуванням великої кількості повітря (аерофагія) під час кормління при матері, та недокормом. При закінченні кормління повітря виділяється з шлунку, разом з ним відригується й значна кількість висмоктаного молока. Потрібно внести поправки в кормління дитини: при пругкої оцінювати невелику кількість молока перед кормлінням; необхідно звертати увагу, щоб при смоктанні дитина захвачує в рот не тільки сосок, та й колососковий кружок, щоб голова дитини не була сильно запрокинута назад й носове дихання його не затруднювалося сильним прижаттям до материнських грудей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1.Сайт:» Moz. gov.ua». Онлайн-платформа з протоколами на засадах доказової медицини. Розділ: Педіатрія. Настанова 01131 «Фізикальне обстеження новонародженої дитини».-2018.

2.Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. видання. Видавництво «Медицина», Київ, 2019, 426 с.

3.Клиническая лабораторная диагностика. В 2-х томах. Том 2. Под ред. В.В. Долгова. // Лабдиаг. – 2018. – 624 с.

4.Банадига Н.В. Педіатрія в практиці сімейного лікаря. Тернопіль: «Укрмедкнига»,2014.- 253с.

5.Педіатрія: посібник для вищих медичних учбових закладів 4 рівня акредитації / А.В. Тяжка, С.А. Крамарев, В.І. Петренко та інші / За редакцією А.В.Тяжкої. – 2ге видавництво. – Вінниця, Нова Книга , 2016. -1151с.

6.Посібник по шкільній гігієні: клінічні основи / За редакцією проф.. Панкова Д.Д. – М.: «ГЕОТАР-МЕДІА», 2015. – 640с.

7.Яцык Г.В., Одинаева Н.Д., Боровик Т.З., Скворцова В.А., Беяева Е.Д. «Практическое руководство по неонатологии» 2014г. г. Москва

8.Рылова Н.Ю. «Новорожденный ребенок» 2013г. г. Москва

9.Капитан Т.В. «Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми» 2016г. г. Винница, 506с.

10.Тимошенко В.Н. «Неотложные состояния у детей. Гастрознтерология, пульмонология, зндокринология, нефрология» 2012г. Издательство: Феникс