

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

EKSMO
EDUCATION



**Хит
сезона**

ЭКЗУМЕН

В КАРМАНЕ

М. В. Дроздова
Андрей Анатольевич Дроздов
Поликлиническая
педиатрия: конспект лекций

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=180762

Поликлиническая педиатрия. Конспект лекций: ЭКСМО; Москва; 2007

ISBN 978-5-699-22081-6

Аннотация

Конспект лекций предназначен для подготовки студентов медицинских вузов к сдаче экзаменов. Книга включает в себя полный курс лекций по поликлинической педиатрии, написана доступным языком и будет незаменимым помощником для тех, кто желает быстро подготовиться к экзамену и успешно его сдать. Конспект лекций будет полезен не только студентам, но и преподавателям.

Содержание

ЛЕКЦИЯ № 1. Структура и организация работы детской поликлиники	4
1. Педиатрическое отделение	7
2. Структура детской городской поликлиники	12
ЛЕКЦИЯ № 2. Наблюдение здоровых детей.	19
Аntenатальная охрана плода	
ЛЕКЦИЯ № 3. Неонатальный период.	23
Патронажи к новорожденному	
1. Первый патронаж к новорожденному	24
Конец ознакомительного фрагмента.	30

**А. А. Дроздов,
М. В. Дроздова
Поликлиническая
педиатрия.
Конспект лекций**

**ЛЕКЦИЯ № 1. Структура
и организация работы
детской поликлиники**

Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению занимает ведущее место в общей системе здравоохранения и осуществляется с помощью широкой сети детских поликлиник и поликлинических отделений.

Детская поликлиника – государственное учреждение. Она может быть самостоятельным учреждением или входить в состав детской городской больницы, общегородской или центральной районной больницы.

Детская городская поликлиника обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от рождения до 14 лет

включительно. Оказание медицинской помощи осуществляется непосредственно в поликлинике, на дому, в детских дошкольных учреждениях и школах.

Детская поликлиника выполняет функции организации и проведения комплекса профилактических мероприятий (динамическое медицинское наблюдение за детьми различных возрастных групп, периодичность комплексных осмотров их врачами узких специальностей); лечебно-консультативной помощи на дому и в поликлинике; реабилитации с использованием санаторного и курортного лечения на соответствующих курортах, лечебно-профилактической помощи в детских дошкольных учреждениях и школах; проведения противоэпидемических мероприятий и прививочной иммунопрофилактики.

Категорийность детской поликлиники определяется численностью обслуживаемого детского населения, которая уточняется ежегодно переписью, проводимой участковыми патронажными сестрами.

В настоящее время различают 5 категорий детских поликлиник в зависимости от планируемого числа посещений в день: первая категория – 800 посещений; вторая категория – 700 посещений; третья категория – 500 посещений; четвертая категория – 300 посещений; пятая категория – 150 посещений.

В структуре детской поликлиники должны быть предусмотрены такие отделения, как педиатрическое, специали-

зированной помощи, медицинской реабилитации, педиатрическое отделение по оказанию медицинской помощи в организованных коллективах.

1. Педиатрическое отделение

Оказывает лечебно-профилактическую помощь детям как в поликлинике, так и на дому. Данная система создает оптимальные возможности для непрерывного наблюдения за детьми одними и теми же врачом и медсестрой, дает возможность точно оценить развитие и состояние здоровья ребенка в динамике с учетом условий, в которых он живет и воспитывается. Работа отделения строится по участковому принципу.

На врачебном участке количество детей от рождения до 15 лет не должно превышать 800. Для их обслуживания предусмотрены 1 должность врача-педиатра и 1,5 должности медицинской сестры.

Главной фигурой, оказывающей медицинскую помощь детям в поликлинике, несмотря на значительное увеличение объема специализированной помощи, является участковый педиатр.

Цели участкового врача-педиатра: добиваться снижения заболеваемости и смертности детей всех возрастов; проводить мероприятия, направленные на создание оптимальных условий для физического, психического, полового и иммунологического развития ребенка, осуществлять специфическую и неспецифическую профилактику.

Задачи участкового врача-педиатра:

1) обеспечение контактов и преемственности в работе с врачами женской консультации для наблюдения за беременными женщинами, особенно из группы риска;

2) посещение новорожденных в первые 3 дня после выписки из родильного дома, а также контроль патронажа новорожденных участковой медсестрой;

3) прием здоровых детей в поликлинике, оценка их физического и психического развития, назначение в зависимости от возраста и состояния ребенка режима, рационального питания, рекомендаций по специфической и неспецифической профилактике рахита, гипотрофии, ожирения, анемии;

4) организация на дому и в поликлинике профилактического наблюдения за детьми, особенно раннего и дошкольного возраста; по мере необходимости направление их для лабораторного исследования и консультации других специалистов;

5) составление плана прививочной работы и контроль за его выполнением совместно с участковой медсестрой, динамическое наблюдение за здоровыми и больными детьми, осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей, анализ эффективности динамического наблюдения;

6) организация обследования и оздоровления детей перед поступлением их в детские дошкольные учреждения и школу;

7) посещение по вызовам родителей детей на дому в слу-

чае их болезни, оказание лекарственной и физиотерапевтической помощи, ЛФК, при необходимости активное наблюдение больного дома до его выздоровления, госпитализации или разрешения ему посещения поликлиники;

8) направление детей на лечение в стационар, в случае необходимости принятие всех мер для экстренной госпитализации больного;

9) информирование руководства поликлиники о случаях, когда по каким-то причинам тяжелобольной ребенок остается негоспитализированным;

10) своевременное и в установленном порядке информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него, комплексная профилактика инфекционных заболеваний;

11) отбор и соответствующий учет детей, нуждающихся по состоянию здоровья в санаторном и курортном лечении.

Врач и медицинская сестра, работающие на педиатрическом участке, ведут плановую санитарно-просветительную работу с родителями ребенка, пропагандируют здоровый образ жизни, объясняют вред алкоголизма, курения в семьях.

В каждой поликлинике обычно организуется работа наиболее необходимых специалистов: отоларинголога, хирурга, окулиста, невропатолога, кардиоревматолога, стоматолога.

Более узкие специалисты, такие как ортопед, уролог, нефролог, эндокринолог, врач функциональной диагностики, вводятся в штат одной из детских поликлиник района и об-

служивают всех детей административной территории.

Врачи-специалисты должны строить свою работу в тесном контакте с педиатрами и принимать больных в основном по их направлениям.

Определенные виды специализированной медицинской помощи детям оказываются в диспансерах: психоневрологическом, дерматологическом, онкологическом, противотуберкулезном, сурдологопедическом, — в штатах которых предусмотрены должности детских врачей.

Также в состав детской поликлиники обязательно должно входить отделение медицинской реабилитации, содержащее кабинеты физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа. Основной контингент больных отделения реабилитации составляют дети с заболеваниями органов дыхания, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, с лор-патологией. В данное отделение больные направляются заведующими структурными подразделениями учреждений здравоохранения. Прием и отбор больных осуществляются врачебно-консультативной реабилитационной комиссией поликлиники. В отделение принимаются больные после купирования острого периода заболевания или его обострения, а также инвалиды с индивидуальной программой реабилитации.

Задачи отделения медицинской реабилитации:

- 1) своеобразное формирование индивидуальной программы оздоровления и использования реабилитационных средств и методов;

- 2) выполнение индивидуальной программы реабилитации инвалидов и больных;
- 3) использование комплекса всех необходимых методов и средств реабилитации;
- 4) проведение разъяснительной работы среди населения и больных детей о средствах и методах восстановления и укрепления здоровья.

Педиатрическое отделение по оказанию медицинской помощи в организованных коллективах

Для оказания лечебно-профилактической помощи детям в дошкольных учреждениях и школах созданы педиатрические отделения. В их задачи входят контроль за санитарно-гигиеническими условиями, режимом учебной работы и трудовым воспитанием, охрана здоровья детей и снижение их заболеваемости, улучшение их физического воспитания и закаливания в дошкольных учреждениях и школах. Сотрудники таких отделений проводят плановые профилактические осмотры в ДДУ и школах. Врачи детских воспитательных учреждений осуществляют диспансерное наблюдение за больными детьми, занимаются их оздоровлением: контролируют чередование занятий и отдыха, питание и физическое воспитание дошкольников и школьников. Они оказывают медицинскую помощь детям, посещающим ДДУ и школы.

2. Структура детской городской поликлиники

В детской городской поликлинике должны быть предусмотрены: фильтр с отдельным входом, изолятор с боксом (не менее двух), регистратура, гардероб, кабинеты (педиатров, врачей узких специальностей, лечебно-диагностические, доврачебного приема, по воспитанию здорового ребенка, рентгеновский, физиотерапевтический, процедурный, прививочный, лечебной физкультуры, массажа, социально-правовой помощи, статистики), лаборатория, административная часть, другие вспомогательные помещения.

В поликлинике в удобных для обозрения местах (холлах, коридорах) необходимо вывешивать красочно оформленные плакаты, стенды, информирующие о развитии и принципах воспитания здорового ребенка, профилактике заболеваний, нарушений зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и по другой тематике.

На специальном стенде должна находиться оперативная информация о случаях инфекционных заболеваний и карантинных сроках в детских дошкольных учреждениях и школах, что позволяет быстрее осуществлять противоэпидемические мероприятия.

Регистратура является важным структурным звеном как в организации обслуживания детей в поликлинике, так и в

оказании им медицинской помощи на дому. Главная задача регистратуры — обеспечить взаимосогласованную деятельность всех подразделений.

В выходные и праздничные дни в поликлинике работают дежурные врачи, которые ведут амбулаторный прием и обеспечивают вызовы на дом. Число дежурных врачей зависит от количества детей в районе поликлиники и нагрузки в эти дни, в субботные дни организуются приемы врачей-специалистов, по возможности работают процедурный, прививочный, физиотерапевтический и другие кабинеты. Для ликвидации очередей в регистратуре и для удобства населения в день приема в поликлинике существуют предварительная запись к врачам на все дни недели по телефону, заблаговременная выдача талонов с указанием даты и часа явки, а также предварительная самозапись на прием.

В последнем случае на каждого врача заводят папку с листами самозаписи на определенный день. В каждой строчке листа проставлены часы и минуты приема. При самозаписи родители выбирают наиболее удобное для них время и вписывают паспортные сведения ребенка.

Вызовы врача на дом, переданные по телефону, при личном посещении регистратуры или в порядке самозаписи вносятся в книгу записи вызовов врача на дом, отдельную для каждого участка. Принимая вызов на дом, регистратор обязательно уточняет состояние больного, основные жалобы, температуру тела. О случаях тяжелого состояния он немед-

ленно сообщает участковому педиатру, при отсутствии последнего – заведующему поликлиническим отделением или заведующему поликлиникой.

Родители должны знать, что врача следует вызывать на дом в случае острого инфекционного заболевания или подозрения на него, при тяжелом состоянии больного, при первичном заболевании, по активу на выписанного из больницы ребенка, при наличии контакта с инфекционным больным.

Кабинет доврачебной помощи является самостоятельным структурным подразделением и подчиняется старшей медицинской сестре поликлиники.

В него обращаются дети и их родители для проведения контрольного кормления, обработки микротравм, выдачи справок об эпидемиологической обстановке по месту жительства, оформления выписок из историй развития и направлений на различные виды исследований перед определением детей в дошкольные учреждения либо при поступлении в школу, отъезде в детские санатории и летние оздоровительные учреждения.

В кабинете доврачебной помощи проводятся также антропометрические измерения, определение температуры тела и артериального давления у детей перед осмотром педиатра.

Кабинет здорового ребенка – структурное подразделение детской поликлиники – играет роль методического центра по проведению профилактической работы среди детей раннего возраста.

Главной задачей кабинета здорового ребенка является обучение молодых матерей теоретическим знаниям и практическим навыкам по вопросам ухода, воспитания, особенностям развития здоровых детей раннего и дошкольного возраста. Для кабинета целесообразно иметь кровать для ребенка раннего возраста с набором спальных принадлежностей; простейший манеж; коляску детскую; пеленальный стол; весы медицинские; ростомер; столик детский; стульчик детский; стеклянный шкафчик для предметов ухода за ребенком (в котором по полкам раскладываются термометры медицинские и для измерения температуры воды и воздуха, груша резиновая, банки для ваты и пипеток, газоотводная трубка, масло вазелиновое, калия перманганат, спиртовой раствор бриллиантового зеленого, борная кислота в порошке, детский крем, пузырек емкостью 30—100 мл для воды, соски для кормления и питья; детское мыло), шкафчик для детского белья со сложенными распашонками, пеленками байковыми (100 X 120 см), хлопчатобумажными (такого же размера), подгузниками, косынкой, чепчиком, ползунками; шкафчик для игрушек, шкафчик для образцов продуктов детского питания; ванночку детскую.

Из наглядных пособий необходимы стенды, содержащие информацию о питании и режиме беременной женщины и кормящей матери, профилактике гипогалактии, проведении дородового патронажа, режиме дня, показателях физическо-го развития, возрастных комплексах массажа и гимнастики,

методах закаливания детей первых трех лет жизни.

В кабинете здорового ребенка участковые педиатры ведут прием здоровых детей первого года жизни. Здесь целесообразно организовывать групповые приемы детей одного возраста или имеющих одинаковые отклонения в состоянии здоровья. Участковая медицинская сестра приглашает на одно время (с небольшим интервалом) 3–4 детей.

Когда врач принимает второго ребенка, сестра кабинета обучает мать первого осмотренного малыша приемам массажа и гимнастики, выдает ей памятки, а участковая сестра готовит к приему следующего пациента.

После приема последнего из приглашенных на групповой осмотр детей врач проводит с матерями беседу о воспитании детей этого возраста или с данным видом отклонений в состоянии здоровья.

В кабинете проводится работа по профилактике рахита. На занятиях родители знакомятся с анатомо-физиологическими особенностями организма годовалого ребенка, изменениями в его психофизиологическом развитии.

Педиатрический кабинет размещают в изолированном от шума помещении с достаточным освещением, хорошей вентиляцией и равномерной температурой воздуха (не ниже 20–22 °С). Кабинет оборудуют столом для врача, стульями, пеленальным столиком для осмотра детей раннего возраста и кушеткой для осмотра старших детей, раковиной с подводкой горячей и холодной воды, ростоммером, детскими веса-

ми. В нем должны быть небольшой столик для медицинских инструментов, шпателя, сантиметровая лента, игрушки.

В настоящее время среди малообеспеченных и социально неблагополучных семей первостепенной задачей для врача-педиатра является проведение профилактических бесед о гигиенических нормах и правилах ухода, а также воспитании детей разных возрастных групп.

Наиболее актуальные темы санитарной пропаганды для участкового врача-педиатра в зависимости от возраста ребенка:

1) правила ухода, рационального вскармливания, проведения комплекса мероприятий по закаливанию, профилактика рахита – для родителей, имеющих детей грудного возраста;

2) соблюдение режима дня, методы закаливающих мероприятий, профилактика острых респираторных заболеваний, специфическая профилактика детских инфекций – для родителей детей младшего и старшего ясельного возраста;

3) привитие навыков личной гигиены, методы закаливания и гигиеническая гимнастика, профилактика острых детских инфекций, аллергических и инфекционно-аллергических заболеваний, детского травматизма – для родителей, имеющих детей дошкольного возраста;

4) профилактика нарушений осанки, близорукости, ревматизма и других инфекционно-аллергических заболеваний, неврозов, вопросы полового воспитания – для родите-

лей, имеющих детей школьного возраста, педагогов и самих школьников. Эффективность санитарного просвещения повышается при использовании наглядных пособий, а также обеспечении родителей специально подобранной литературой для самостоятельного изучения.

В санитарно-просветительной работе по гигиеническому воспитанию широко практикуется организация школ молодых матерей, школ отцовства, общественных университетов для родителей при дошкольных учреждениях.

Особое внимание в вопросах гигиенической дисциплины должно уделяться детям, которые уже перенесли серьезные заболевания и находятся в стадии ремиссии.

Соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок, проведение лечебной физкультуры и умеренных закаливающих процедур предупреждают рецидивы. В этих случаях нельзя пренебрегать беседами с самим ребенком, объясняя ему необходимость этих временных мер, предупреждая непредвиденные психологические срывы.

ЛЕКЦИЯ № 2. Наблюдение здоровых детей. Аntenатальная охрана плода

Все здоровые дети подлежат медицинскому наблюдению. Его основные цели – выявление преморбидных отклонений в здоровье ребенка и проведение своевременной реабилитации.

Порядок и периодичность врачебных осмотров предусмотрены действующими приказами и методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и зависят от возраста ребенка.

Если ребенок относится к I группе здоровья, то наблюдение в соответствии с представленной схемой считается достаточным. Если ребенок относится ко II, III, IV или V группе, то ему необходима реабилитация.

Эффективность работы участкового врача со здоровым ребенком оценивается ежегодно по показателям физического, нервного и психического развития, резистентности и реактивности организма, функциональному состоянию основных органов и систем, наличию или отсутствию хронических болезней (в том числе врожденных и наследственных).

Аntenатальная охрана плода

После взятия беременной на учет в женской консультации

сведения передаются по телефону в детскую поликлинику и фиксируются в специальном журнале.

Первый дородовой патронаж к беременной женщине осуществляет участковая медицинская сестра детской поликлиники. Цель патронажа – собрать анамнез и провести инструктаж будущей матери.

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на 3 группы факторов пренатального риска:

- 1) социально-биологические;
- 2) акушерско-гинекологические (включая осложнения беременности и состояние плода);
- 3) экстрагенитальные заболевания матери.

Для оценки степени риска используют шкалу значимости пре-натальных факторов риска.

К группе высокого риска относятся беременные женщины с суммарной оценкой пренатальных факторов риска 10 баллов и выше, среднего риска – 5–9 баллов, низкого – до 4 баллов. С течением времени группа низкого риска, как правило, к родам уменьшается, а среднего и высокого – увеличивается. Необходимо также обратить внимание на наследственность, морально-психологический климат в семье, выяснить, желанна или случайна данная беременность.

Инструктаж касается вопросов здорового образа жизни и возможности снижения выявленных факторов риска. Медицинская сестра приглашает будущих родителей в «Школу молодой матери», которая действует в отделении здорового

ребенка.

Полученные сведения и данные рекомендации тщательно регистрируются в истории развития ребенка (ф. № 112) под заголовком «Первый дородовой патронаж». Участковый врач знакомится с результатами патронажа, при необходимости посещает беременную женщину на дому. Совместно с акушером-гинекологом и участковым терапевтом принимает участие в привлечении администрации по месту работы к улучшению условий труда, организует консультацию по правовым вопросам у юриста, дает рекомендации по улучшению режима питания и оздоровлению.

Второй дородовой патронаж проводится на 31—38-й неделе беременности участковой медицинской сестрой. Основные его цели – проверка выполнения данных ранее рекомендаций, повторная оценка факторов риска и подготовка к послеродовому периоду.

При сборе анамнеза медицинская сестра повторно оценивает факторы пренатального риска, уточняет сведения о наследственности и морально-психологическом климате в семье, готовности к воспитанию ребенка.

Инструктаж включает такие вопросы, как:

- 1) грудное вскармливание (преимущества перед искусственным вскармливанием, подготовка грудных желез, профилактика мастита и гипогалактии);
- 2) организация зоны для обслуживания ребенка (места для одевания и пеленания, чистой одежды и белья, купания,

детской аптечки, детской кровати – зоны сна, где новорожденный может быть безопасно размещен);

3) приобретение приданого для новорожденного;

4) приобретение аптечки для матери и ребенка, в которой должны быть: стерильная вата и бинты, детская присыпка и крем, калия перманганат, 5 %-ный раствор йода, фурацилин в таблетках, вазелиновое масло, 1 %-ный водный раствор бриллиантового зеленого, резиновая грелка, детская клизма № 3, газоотводная трубка, термометр для измерения температуры тела и водяной термометр, пипетки;

5) информация о телефонах поликлиники и педиатрической неотложной помощи;

6) беседы с будущей мамой и другими членами семьи, подготавливающие к рождению ребенка.

Сведения и рекомендации регистрируются в истории развития ребенка (ф. № 112) под заголовком «Второй дородовой патронаж».

ЛЕКЦИЯ № 3. Неонатальный период. Патронажи к новорожденному

После выписки новорожденного из родильного дома сведения по телефону передаются в детскую поликлинику, где в журнале посещения новорожденных записывают Ф. И. О. матери, адрес и дату рождения ребенка. В течение первых трех дней после выписки из родильного дома участковый врач и медицинская сестра выполняют первый патронаж новорожденного. Дети с факторами риска, врожденными аномалиями и заболеваниями, недоношенные или перенесенные, а также первый ребенок в семье должны быть осмотрены в первый день после выписки из родильного дома.

1. Первый патронаж к новорожденному

Проводятся сбор анамнеза для выявления и уточнения факторов риска, объективное обследование ребенка, инструктаж матери и оформление документа (ф. № 112).

Анамнез включает сбор социальных, биологических и генеалогических сведений. Параметрами социального анамнеза являются: полнота семьи и психологический климат в ней, жилищно-бытовые условия, материальная обеспеченность, уровень санитарно-гигиенических условий для ухода за ребенком и квартирой, образ жизни. Биологический анамнез охватывает особенности антенатального периода, состояние здоровья матери и ребенка, генеалогический анамнез – состояние здоровья родителей и родственников (не менее 3 поколений). Мать передает врачу обменную карту, полученную при выписке из родильного дома. В ней 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), группа здоровья и группа риска.

Объективное обследование

Объективное обследование проводится по системам. Врожденные пороки развития, симптомы внутриутробной инфекции и гнойно-септических заболеваний, родовой

травмы не должны остаться незамеченными.

Кожа новорожденного должна быть розовой, чистой и бархатистой. Изменение цвета кожных покровов (цианоз, иктеричность, землисто-серый оттенок и бледность) требуют специального обследования. Потница и опрелости указывают на дефекты ухода. Имеют значение тургор и эластичность кожи. При гнойничках на коже, гнойном отделяемом из пупочной ранки или гиперемии вокруг пупка необходимо направить ребенка в стационар для обследования и лечения.

Поза новорожденного может быть физиологической или патологической (поза «лягушки», «легавой собаки»). При физиологической позе преобладает тонус сгибателей рук и ног («эмбриональная» поза). Вынужденное положение указывает на патологию.

Голова новорожденного округлой формы. Иногда на ней может быть кефалогематома (поднадкостничное кровоизлияние в результате родовой травмы). Размеры большого родничка колеблются от 1 до 3 см по медианам. Малый родничок у большинства новорожденных закрыт. Выбухание родничка над уровнем костей черепа, страдальческое выражение лица свидетельствуют о повышении внутричерепного давления (при гидроцефалии, менингите, кровоизлиянии в мозг). Такой ребенок должен наблюдаться невропатологом.

При осмотре глаз зрачки должны быть симметричны, с живой реакцией на свет. Нистагм, симптом «заходящего солнца» обычно указывают на тяжелую патологию ЦНС и

необходимость консультации у невропатолога. Недоразвитые и низкорасположенные ушные раковины могут сочетаться с врожденными пороками внутренних органов и глухотой. При осмотре зева обращают внимание на мягкое и твердое нёбо для выявления скрытой расщелины и арковидной конфигурации. Уздечка языка может быть укорочена, и, если это приводит к нарушению акта сосания, необходима ее хирургическая коррекция.

Грудная клетка активно участвует в акте дыхания, симметрична. Обращают внимание на частоту и характер дыхания, данные перкуссии и аускультации при обследовании легких и сердца. Следует помнить, что врожденные пороки сердца занимают первое место среди других врожденных пороков развития. Их первым проявлением может быть грубый шум, обнаруживаемый при аускультации впервые в периоде новорожденности. При аускультации хрипов в легких ребенку необходимо провести обследование в стационаре. Следует помнить, что перкуторные данные у новорожденного более достоверны, чем данные аускультации, так как из-за тонкой грудной клетки дыхание хорошо проводится с одной половины грудной клетки на другую, что мешает зафиксировать ослабленное дыхание.

Живот пальпируют против часовой стрелки. Край печени в норме может быть ниже реберной дуги на 1–2 см. При пальпации патологических образований следует направить ребенка на УЗИ органов брюшной полости.

Гениталии должны быть сформированы в соответствии с полом и возрастом ребенка.

Конечности. Ноги, согнутые в тазобедренных суставах под углом 90° , можно отвести до полного касания поверхности стола. При врожденном вывихе бедра будет слышен глухой щелчок. Параличи Эрба-Дюшена и Дежерин-Клюмпке свидетельствуют о родовом травматическом повреждении плечевого сплетения.

Нервную систему и психическое развитие оценивают при наблюдении за ребенком и общении с ним – по активности, взгляду, выраженности безусловных рефлексов. Наибольшую диагностическую значимость имеют рефлексы: сосательный, поисковый, хватательный, ползания, защитный, опоры и автоматической ходьбы, рефлекс Бабкина. Определяют сухожильные рефлексы, их симметричность, мышечный тонус.

Инструктаж

Инструктаж родителей касается вопросов ухода за ребенком, вскармливания и воспитания.

Рекомендации по уходу. Для здоровья новорожденного важна чистота. Детскую кроватку следует поставить в светлом месте комнаты, но не на сквозняке. Новорожденного кладут в кроватке на бок, без подушки. Температура воздуха поддерживается $20\text{--}22^\circ\text{C}$.

Купание производится ежедневно в специальной детской ванночке, которую не используют для стирки пеленок или

детского белья. Продолжительность купания – 10 мин.

Купать ребенка можно утром или вечером. Лучшее время – вечером, перед последним кормлением, так как это улучшает ночной сон ребенка. Перед купанием в первые 2 недели ванночку надо ошпаривать кипятком. Новорожденного следует купать в кипяченой воде, пока не зажила пупочная ранка. Температура воды 37–38 °С. Воду наливают в ванночку, чтобы она покрывала дно. Хорошо добавить в воду отвары трав (череды, ромашки). Ребенка следует постепенно погружать в воду, завернутым в пеленку, чтобы не вызвать беспокойства. Одной рукой поддерживают голову ребенка, а другой обмывают его.

Для обмывания удобно пользоваться индивидуальной мягкой губкой. Мыло используют 2 раза в неделю, только детское. После купания ребенка укладывают на ладонь лицом вниз, обхватив грудь, и ополаскивают водой из кувшина. Затем следует осушить кожу ребенка полотенцем, делая при этом промокательные движения. Особенно важно, чтобы сухими были кожные складки.

Их обрабатывают детским кремом, присыпкой или прокипяченным подсолнечным маслом. Каждая мама сама подбирает средства для ухода за кожей ребенка. Область пупочной ранки обрабатывают раствором бриллиантового зеленого или 5 %-ным раствором калия перманганата, или 5 %-ным раствором йода.

Утренний туалет – каждое утро после первого кормления

ребенка умывают ватным тампоном, смоченным теплой кипяченой водой, глаза – от наружного угла к внутреннему, отдельным тампоном каждый глаз. Нос очищают ватными турундами, смоченными вазелиновым маслом.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.