

Первинний огляд новонародженої дитини

Костюк О.О.

**Кафедра неонатології
НМАПО ім. П.Л.Шупика**





In 1952, **Virginia Apgar, MD**, the first woman full professor at Columbia University, develops the Apgar Score, the first standardized test used to evaluate newborns.

#WIMmonth




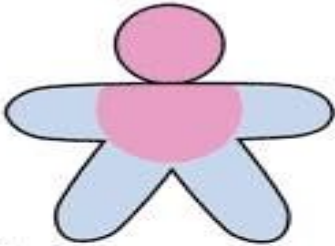






1952 Вірджинія Апгар



В. Апгар проводит инструктаж медицинской сестры, 1959 г.



Таблица для оценки новорожденного по шкале Апгар

Признаки	Баллы	0 баллов	1 балл	2 балла
A – appearance Внешний вид (цвет кожных покровов)		 Генерализованная бледность или генерализованный цианоз	 Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	 Розовая окраска всего тела и конечностей
	P – pulse Пульс (ЧСС за 1 минуту)		Отсутствует	< 100
G – grimace response Мимический ответ (рефлексы и раздражительность)		 Не реагирует	 Реакция слабо выражена (grimаса, движение)	 Реакция в виде движения, кашля, чиханья, громкого крика
	A – activity Активность и мышечный тонус		 Отсутствуют, конечности свисают	 Снижены, некоторое сгибание конечностей
R – respiration Дыхание		Отсутствует	Нерегулярное, крик слабый (гиповентиляция)	Нормальное, крик громкий

Шкала Апгар

Ознака	0	1	2
ЧСС	Відсутня	Менше 100	Понад 100
Дихальні рухи	Відсутні	Нерегулярні	Голосний крик
М'язовий тонус	Гіпотонія	Деяке згинання	Активні рухи
Реакція на подразники	Реакція відсутня	Гримаса	Кашель, чихання крик
Колір шкіри	Ціанотичний, блідий	Акроціаноз	Рожевий

Умови проведення лікарського огляду новонародженого

- Огляд новонародженого здійснюється лікарем педіатром-неонатологом (у разі його відсутності лікарем акушером-гінекологом) перед переведенням дитини в палату спільного перебування з матір'ю
- Перед проведенням огляду слід проаналізувати дані анамнезу
- Результати огляду повинні пояснюватися батькам лікарем, який оглядав дитину.
- Після огляду необхідно заповнити історію розвитку новонародженого із зазначенням часу огляду

- Оцінка фізичного розвитку дитини проводиться відповідно до таблиць (Шкала Балларда)
- В разі фізіологічної адаптації новонародженого (голосний крик дитини, активність, шкіра рожева, задовільний тонус м'язів), що перебігає в умовах раннього необмеженого контакту матері та дитини, раннього початку грудного вигодовування в разі відсутності вроджених вад розвитку, які потребують негайного втручання, ознак внутрішньоутробної інфекції з урахуванням результатів повного об'єктивного посистемного огляду **дитину вважають здоровою**

Мета лікарського огляду – отримати відповіді на наступні питання:

- чи є вроджені аномалії, що потребують медичного втручання, або помірно виражені дизморфічні зміни;
- чи відбулася адекватна кардіо-респіраторна адаптація;
- чи має новонароджений клінічні ознаки інфекції;
- чи дитина здорова.

Показники адаптації дитини

ОЗНАКИ	НОРМАЛЬНІ МЕЖІ
Частота серцебиття	100-160 за хв
Частота дихання	35- 60 за хв
Колір шкіри	рожевий, може бути периоральний та акроціаноз
Рухи	Активні
М'язевий тонус	Задовільний
Температура новонародженого	36,5-37,5 С

Схема посистемного об'єктивного огляду новонародженого

- Огляд новонародженого проводиться в присутності матері.
- Лікар педіатр-неонатолог (лікар акушер-гінеколог) має відрекомендуватися матері та пояснити суть огляду дитини
- Перш ніж приступити до об'єктивного огляду, лікар ознайомлюється з медичною документацією з метою отримати інформацію щодо анамнезу стану здоров'я матері, перебігу вагітності і пологів.

Коли проводиться огляд новонародженого?

- Після пологів:
 - Негайно, якщо виявлені небезпечні симптоми або при первинному огляді виникли підозри
 - Як правило, впродовж 24 годин після народження
 - Якщо мати занепокоєна станом дитини
 - Перед випискою з пологового будинку
- Після виписки з пологового стаціонару:
 - Протягом першого тижня під час планового візиту
 - Під час кожного наступного відвідування лікаря
 - Під час кожного відвідування, коли дитина є хворою
- Відповідно до національних протоколів

Які де проводити огляд новонародженого

- Огляд новонародженого має проводитися:
 - В теплом приміщенні (>22 °C)
 - Бажано в присутності матері (членів родини)
 - у зручний для дитини, матері і лікаря час
 - Не довше 15-20 хвилин
 - дитина має бути повністю роздягнута
- Огляд має бути ретельним і методичним – обстежувати слід дитину «з голови до п`ят»
 - Заохочуйте матір задавати питання про стан дитини
 - Поясніть матері (членам родини) результати огляду
 - Занесіть результати огляду в медичну документацію дитини

Найважливіші аспекти материнського та перинатального анамнезу

АНАМНЕЗ МАТЕРІ

- Вік
- Група крові
- Гемотрансфузії, ізоімунізація за системою АВО або Rh
- Захворювання матері, зокрема:
 1. цукровий діабет
 2. артеріальна гіпертензія
 3. захворювання нирок
 4. захворювання серця
 5. Геморагічні розлади
 6. Інфекції, що передаються статевим шляхом
 7. Неплідність
 8. Недавно перенесені інфекції або контакти з ними

ПОПЕРЕДНІ ВАГІТНОСТІ:

- Викидні та медичні аборти
- Смерть новонароджених
- Невиношування (переношування)
- Вроджені вади розвитку
- Синдром дихальних розладів
- Жовтяниця
- Апноє

***МЕДИКАМЕНТИ, ЯКІ ПРИЙМАЛА ЖІНКА ПРОТЯГОМ
ВАГІТНОСТІ***

ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ

- Наркоманія
- Вживання алкоголю
- Куріння

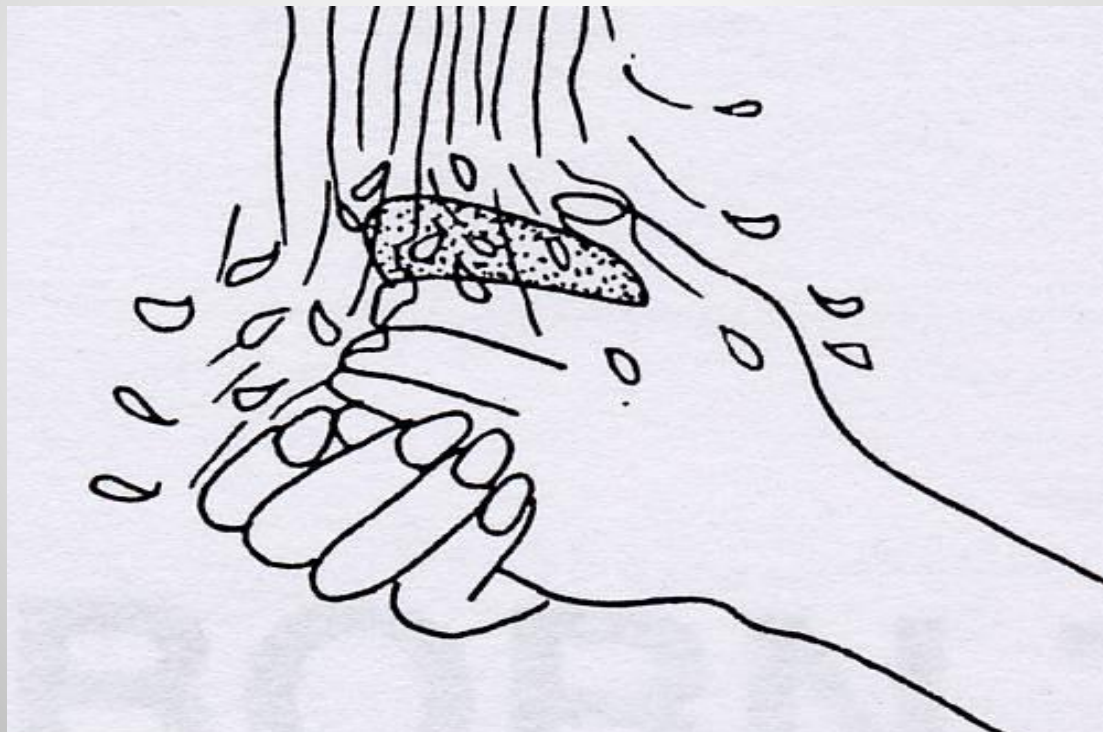
ДАНА ВАГІТНІСТЬ:

1. Гестаційний вік
2. Рухи плода (в нормі 16-18 тижнів гестації)
3. Тони серця плода (18-20 тижнів гестації)
4. Результати обстежень плода (амніоцентез, УЗД, моніторування плода, тести зрілості легень плода, скринінг перинатальних інфекцій і т.п.)
5. Прееклампсія
6. Кровотечі
7. Травми
8. Інфекційні захворювання
9. Хірургічні втручання
10. Багатовіддя
11. Маловіддя
12. Застосування глюкокортикоїдів
13. Застосування антибіотиків

ПЕРЕБІГ ПОЛОГІВ:

1. Передлежання плода
2. Початок пологової діяльності
3. Відходження вод
4. Тривалість пологів
5. Гарячка в пологах
6. Моніторинг плода
7. Ведення партограми (біофізичний профіль плода)
8. Амніотична рідина (об'єм, запах, колір, меконій, кров)
9. Знеболення
10. Анестезія
11. Кровообіг роділлі
12. Стан дитини після народження
13. Оцінка за шкалою Апгар
14. Реанімаційні заходи
15. Результати обстеження плаценти

Мийте руки перед початком огляду новонародженого



Шкіра:

- Колір шкіри відображає успішність кардіо-респіраторної адаптації.
- У зігрітих здорових новонароджених дітей вся шкіра рожева після кількох перших годин життя (під час крику шкіра може набувати легкого ціанотичного забарвлення, що може бути нормальним, за винятком центрального ціанозу)
- Шкірні покриви еластичні, можуть бути вкриті родовою змазкою.
- Доношені новонароджені мають добрий тургор м'яких тканин, у дітей, які переношені, шкіра суха та лущиться, що не потребує лікування.
- Необхідно звернути увагу на наявність milia, монголоїдних плям, (інших плям), які не вимагають лікування.
- Поява жовтяниці в першу добу є патологічною.
- Звертають увагу на наявність набряків, пальпують лімфовузли.
- Біла пляма після натискання на м'які тканини розходитьься до 3-5 сек. Довше утримання плями



Токсична еритема



Бульозний епідермоліз



Гемангіоми



“Монгольські ” плями



Симптом Арлекіна

Шкала Крамера



Правило Крамера		Непрямой билирубин плазмы ($\mu\text{моль}$)
Зона	Желтуха	В среднем
1	Ограничена головой и шеей	100
2	Включая верхнюю часть туловища	150
3	Включая нижнюю часть туловища	200
4	Включая руки, ноги, ниже колен	250
5	Кисти рук, стопы	>250

(Kramer 1969)

Голова та череп

- *Голова* брахіцефалічна, доліхоцефалічна. Обвід голови 32-36 см у доношених
- Може бути родова пухлина – тістуватої консистенції, виходить за межі однієї кістки. Лікування не потребує
- Визначають наявність кефалогематоми, вказують її розміри



Голова та череп:

- Вимірюється велике тім'ячко (від 1 до 2,5 см), при наявності й мале ячко: на рівні кісток черепа
- Оцінюється стан черепних швів: сагітальний шов може бути відкритий і ширина його не більше 3 мм). Інші шви черепа пальпуються на межі з'єднання кісток.
- **Обличчя.** Загальний вигляд визначається за положенням очей, носа, рота, визначають ознаки дизморфії.
- При огляді ротової порожнини – слизова рожева. Відмічають симетричність кутів рота, цілісність піднебіння та верхньої губи.



- **Очі:** звертають увагу на наявність крововиливів у склери, жовтяницю, можливі прояви кон'юнктивіту
- При огляді вух оглядають зовнішній слуховий прохід, форму та положення вушних раковин, розвиненість хряща в них. Зміна форми вушних раковин спостерігається при багатьох дизморфічних синдромах
- Крім форми носа, звертають увагу на можливу участь крил носа в акті дихання, яка вказує на дихальну недостатність
- Оцінюють форму та симетричність шиї, об'єм її рухів

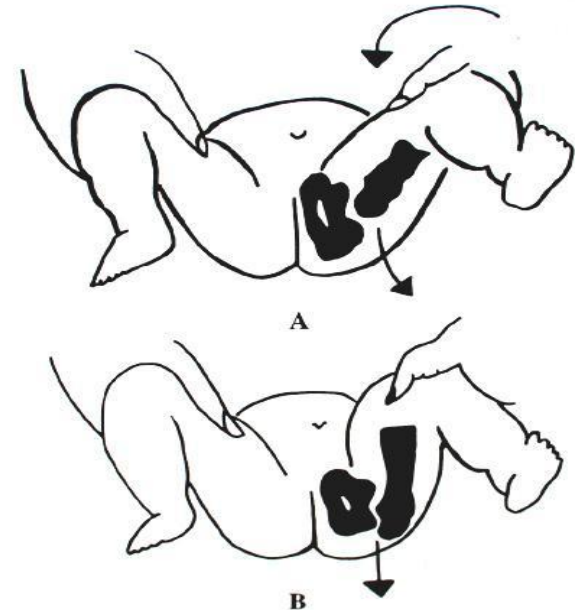
- **Грудна клітка** (циліндрична – нижня апертура розвернута, положення ребер наближається до горизонтального і симетричне). Обвід грудної клітини – 32-34 см
- **Частота дихання** (35-60/хв), відсутність втяжінь яремної ямки, міжреберних проміжків, мечеподібного відростка при диханні. При аускультатії над легенями вислуховують симетричне дихання.
- Проводиться перкусія для визначення меж серцевої тупості, аускультатія серця дитини, визначається частота серцевих скорочень (100-160/хв), характер тонів, наявність додаткових шумів.

- **Живіт** (округлої форми, приймає участь в акті дихання, м'який, доступний глибокій пальпації).
- Визначають границі **печінки та селезінки**. В нормі печінка може виступати на 1- 2,5 см з-під краю реберної дуги. Край селезінки пальпується під реберною дугою.
- Огляд **статевих органів** та анального отвору. Статеві органи мають бути чітко сформованими за жіночим або чоловічим типом
- У хлопчиків фімоз є фізіологічним. Яєчка у доношених пальпуються в калитці, вони не повинні здаватись синіми через калитку, це ознака перекруту сіменного канатика.
- У доношених дівчаток великі статеві губи прикривають малі. При огляді розвести великі губи для виявлення можливих аномалій піхви.

- **Кінцівки, хребет, суглоби:** звертають увагу на форму кінцівок, можливу клишоногість, кількість пальців з обох сторін на руках та ногах.

Симптом Барлоу – необхідно зігнути ноги дитини в колінних та кульшових суглобах під кутом 90° ; потім привести стегна до серединної лінії.

Симптом Барлоу вважається позитивним, якщо відчувається характерне «кляцання» і відбувається вивих голівки стегнової кістки при натисканні вздовж осі стегна.

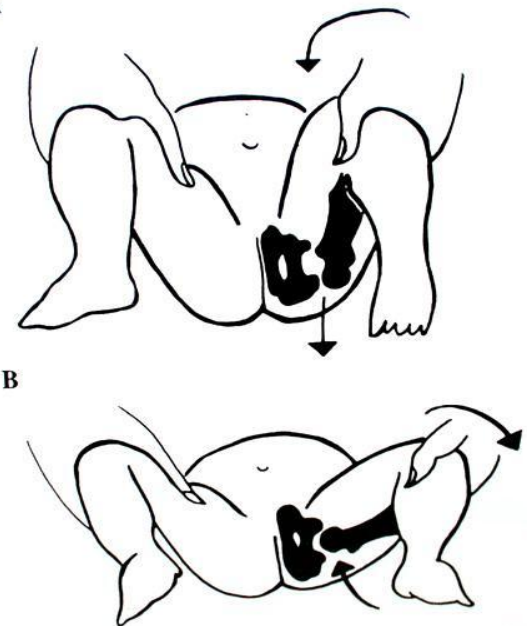


- Перевіряють відсутність вивиху та дисплазії стегон в кульшових суглобах: при розведенні в кульшових суглобах – розведення повне, симптом “клацання” відсутній
- **Симптом Ортолані** («сковзання», або «клацання»).
Покласти вказівний та середній пальці на зовнішню поверхню стегна в місце проекції головки стегнової кістки, великі пальці - на внутрішню поверхню стегна; зігнути ноги дитини в колінних та кульшових суглобах під кутом 90°; потім

привести їх до серединної лінії живота з одночасним натисканням на коліно; потім розвести стегна назовні.

Симптом Ортолані є позитивним, якщо, відчувається характерне «клацання».

Суть в тому, що при поступовому розведенні г, відбувається вправлення вивиху - сковз голівки стегнової кістки у кульшову запади



- При огляді спини звертають увагу на можливу наявність *spina bifida*, менінгоцеле, дермальних синусів.
- Пахова ділянка – пульс на стегновій артерії пальпується та перевіряється на симетричність. Наповнення пульсу зменшується при коарктації аорти, збільшується при відкритій артеріальній протоці.

● **Неврологічне обстеження:**

- визначається м'язевий тонус – поза дитини флексорна, при вентральному підвішуванні голова на одній лінії з тулубом; перевіряються фізіологічні рефлекси: пошуковий, смоктальний, Бабкіна, хапальний рук, Моро, автоматичної ходи, опори. Пошуковий, смоктальний та ковтальний рефлекси оцінюють під час годування грудьми.
- Здоровим доношеним новонародженим, у яких маса тіла знаходиться між 10-им та 90-им перцентилями, визначати гестаційний вік немає потреби. Показаннями до визначення гестаційного віку на підставі огляду є мала маса тіла та невідповідність фізичного розвитку з гестаційним віком
- У передчасно народжених дітей гестаційний вік визначають за шкалою Баллард
- Діагноз: дитина здорова.



Автоматизм Робинсона



Автоматической походки



Нижний рефлекс Ландау



Разгибание



Рефлекс Бауэра



Рефлекс Галанта



Рефлекс Моро



Рефлекс Переса



Сгибание



Сосательный рефлекс

лікарського догляду за новонародженим

- В разі проведення первинного та повторного лікарського огляду новонародженого не лікарем педіатром-неонатологом, а лікарем акушером-гінекологом, лікар педіатр-неонатолог повинен здійснити огляд дитини **протягом 24 годин** після народження за схемою посистемного об'єктивного огляду.
- В подальшому лікар педіатр-неонатолог оглядає дитину щодня, відмічаючи зміни в динаміці.
- Лікар відповідає на запитання матері щодо стану здоров'я дитини, дає рекомендації стосовно догляду за дитиною та підтримки грудного годування.
- В день виписки дитини з пологового стаціонару огляд лікаря педіатра-неонатолога обов'язковий.

Додаткове обстеження

новонародженого (лабораторні, рентгенологічні, УЗД, консультації вузьких спеціалістів тощо)

- Здорові новонароджені не потребують додаткового обстеження та консультації вузьких спеціалістів.
- Здорові новонароджені не потребують ніяких лабораторних обстежень, крім наступних:
 1. Новонародженим, які були народжені жінками, що мають 0 (I) групу крові та / або Rh негативний тип крові, необхідно визначити групу крові та Rh фактор [B];
 2. Якщо жінка не обстежена на рівень анти Rh антитіл та має Rh негативний тип крові, необхідно визначити рівень білірубіна пуповинної крові

Основні моменти при проведенні огляду дитини

1-й день	2-3 день	7-й день
<ul style="list-style-type: none">■ Дихання■ Температура■ Грудне вигодовування■ Пуповинний залишок■ Шкірні покрови■ Сечовипускання■ Стілець■ Імунізація	<ul style="list-style-type: none">■ Грудне вигодовування■ Ознаки інфекції<ul style="list-style-type: none">• Почервоніння чи пустули на шкірі• Виділення гною з очей, пуповинного залишку• Дитина гаряча чи холодна на дотик• Затруднене дихання■ Вага■ Проведення скринінгів■ Імунізація	<ul style="list-style-type: none">■ Грудне вигодовування■ Вага■ Ознаки інфекції■ Колір шкіри

Основні характеристики здорової дитини при народженні

- Здоровий новонароджений
 - Кричить, реагує на світло і звуки
 - Одинаково рухає двома ручками і ніжками
 - Добре смокче
 - Сечовипускання в перші 24 години життя; на 2-й день життя – 6 разів на добу та більше
 - Перший стілець відходить в перші 24 години життя; він темний і вязкий. Потім стілець набуває жовтуватого кольору і м'яку консистенцію і має характерний запах.
 - Частота випорожнень складає 6–8 разів в день кашкоподібного характеру

Оцінка динаміки ваги

- Протягом перших днів життя новонароджений в нормі втрачає 5-10% ваги при народженні
- Відновлення ваги зазвичай відбувається не пізніше 14-ї доби життя
- Немає необхідності у щоденному зважуванні дитини, якщо вона:
 - має активний смоктальний рефлекс
 - Смокче груди не рідше 8 разів на добу, вдень і вночі
 - Сечовипускання частіше, ніж 6 разів за день
 - Випорожнення частіше, ніж 4 рази за день

Консультування матері (1)

- Інформуйте матір про всі результати огляду
- Обговоріть з матір`ю всі результати огляду
- Проконсультуйте матір за такими питаннями:
 - догляду за дитиною і теплового захисту
 - профілактики інфекцій
 - виключно грудного вигодовування за вимогою
 - спілкування з дитиною і його розвитку
 - профілактики травматизму
 - попередження СРДС
- Заплануйте наступне контрольне відвідування

Консультування матері (2)

- Порадьте матері негайно звернутися до лікаря, якщо у новонародженого є хоча б один з цих симптомів:
 - a) Дитина погано смокче груди
 - b) Дитина млява
 - c) Дитина виглядає хворою
 - d) У дитини підвищена температура тіла
 - e) Живіт холодний на дотик
 - f) Дихання дитини почащене
 - g) Дихання дитини затруднене

↓ Группа крови матери	Группа крови отца →					
	I(00)	II(A0)	II(AA)	III(B0)	III(BB)	IV(AB)
I(00)	I(00) - 100%	I(00) - 50% II(A0) - 50%	II(A0) - 100%	I(00) - 50% III(B0) - 50%	III(B0) - 100%	II(A0) - 50% III(B0) - 50%
II(A0)	I(00) - 50% II(A0) - 50%	I(00) - 25% II(A0) - 50% II(AA) - 25%	II(AA) - 50% II(A0) - 50%	I(00) - 25% II(A0) - 25% III(B0) - 25% IV(AB) - 25%	IV(AB) - 50% III(B0) - 50%	II(AA) - 25% II(A0) - 25% III(B0) - 25% IV(AB) - 25%
II(AA)	II(A0) - 100%	II(AA) - 50% II(A0) - 50%	II(AA) - 100%	IV(AB) - 50% II(A0) - 50%	IV(AB) - 100%	II(AA) - 50% IV(AB) - 50%
III(B0)	I(00) - 50% III(B0) - 50%	I(00) - 25% II(A0) - 25% III(B0) - 25% IV(AB) - 25%	IV(AB) - 50% II(A0) - 50%	I(00) - 25% III(B0) - 50% III(BB) - 25%	III(BB) - 50% III(B0) - 50%	II(A0) - 25% III(B0) - 25% III(BB) - 25% IV(AB) - 25%
III(BB)	III(B0) - 100%	IV(AB) - 50% III(B0) - 50%	IV(AB) - 100%	III(BB) - 50% III(B0) - 50%	III(BB) - 100%	IV(AB) - 50% III(BB) - 50%
IV(AB)	II(A0) - 50% III(B0) - 50%	II(AA) - 25% II(A0) - 25% III(B0) - 25% IV(AB) - 25%	II(AA) - 50% IV(AB) - 50%	II(A0) - 25% III(B0) - 25% III(BB) - 25% IV(AB) - 25%	IV(AB) - 50% III(BB) - 50%	II(AA) - 25% III(BB) - 25% IV(AB) - 50%

