

Семінарське заняття

Клінічний огляд та обстеження новонароджених

**Цикл тематичного удосконалення лікарів
«Актуальні питання педіатрії»**

2016р.

**1. Роль амбулаторно-
поликлинического звена
в улучшении состояния здоровья
детей
- интегрированное ведение
болезней детского возраста**

Использование принципов ВОЗ интегрированного ведения болезней детского возраста

- Сбор анамнеза
- Оценка общих признаков опасности (судороги во время данного заболевания, летаргия, не может пить или сосать грудь, рвота после любой пищи или питья).
- Оценка основных симптомов распространенной патологии (1) кашель или затрудненное дыхание; (2) диарея; (3) лихорадка; и (4) проблемы с ухом
- Оценка статуса питания и проблем кормления
- Оценка прививочного статуса
- Принятие диагностического решения
- Сортировочная оценка (в стационар, начать срочное лечение на дому, лечение на дому)

«Протокол по уходу и медицинскому наблюдению за ребенком раннего возраста» (149)

- Цель профилактического осмотра:
 - оценка физического и психомоторного развития ребенка
 - проведения вакцинации
 - консультирование родителей по
 - вскармливанию, по уходу в целях развития ребенка, по профилактике несчастных случаев, раннего выявления заболеваний
 - составление плана дальнейшего обследования и проведения лечения

- В чем состоят ключевые задачи осмотра новорожденного

Ключевые задачи осмотра новорожденного

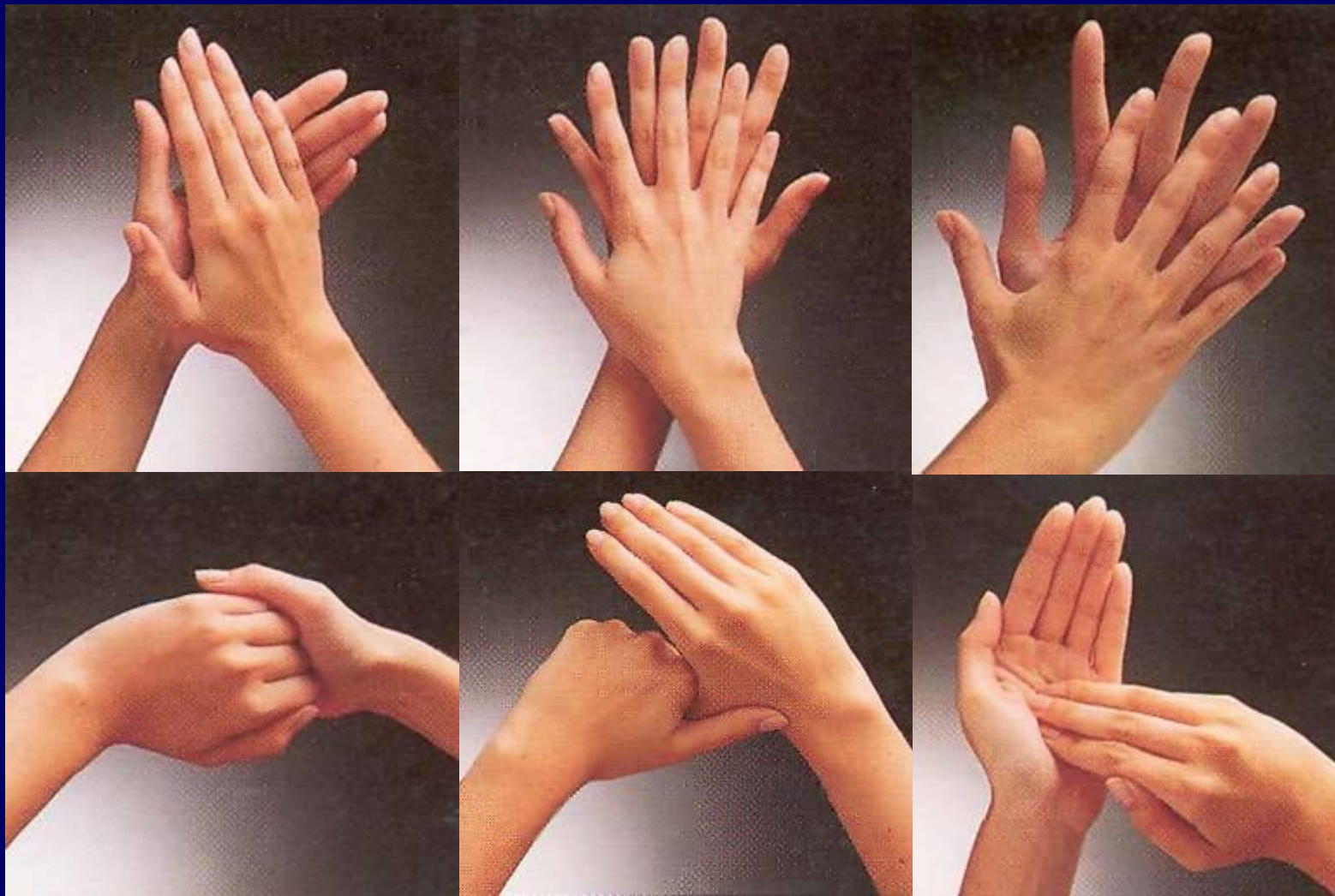
- Проверить на наличие опасных симптомов
- Удостовериться в нормальной адаптации после рождения
- Проверить нет ли врожденных пороков развития
- Оценить рост и развитие

Когда следует проводить полный осмотр новорожденного?

- После рождения:
 - Через 2 часа после рождения
 - Перед выпиской из роддома
 - Если мать обеспокоена состоянием ребенка
 - Если во время наблюдения обнаружен опасный симптом
- После выписки:
 - Обычный визит на протяжении первой недели жизни
 - Если мать обеспокоена состоянием ребенка
 - Посещение больного ребенка

- Каковы универсальные меры предосторожности при осмотре новорожденных

Универсальные меры предосторожности



Ключевые моменты осмотра новорожденного

- Теплая комната не менее 22⁰С
- Мать/семья присутствуют при осмотре
- Процесс осмотра должен быть тщательным и систематичным
- Проводить во время, удобное для ребенка, матери и медицинского работника
- Поощрять мать задавать вопросы, если ее что-нибудь беспокоит в состоянии ребенка
- Объяснить матери результаты осмотра
- Результаты осмотра записать в истории ребенка

- Перечислите опасные симптомы состояния ребенка, которые необходимо указать матери для своевременного оказания помощи в случае их возникновения у дитя

Вначале всегда проверьте, есть ли у ребенка опасные симптомы

- Проблемы со вскармливанием ребенка
- Учащенное дыхание (более 60 в минуту)
- Выраженное втяжение податливых участков грудной клетки
- Стонущий выдох
- Судороги
- Двигательная активность только при стимуляции или отсутствие движений даже при стимуляции
- Температура $>38^{\circ}\text{C}$ или $<35,5^{\circ}\text{C}$
- Появление желтухи в первые 24 часа или желтушное окрашивание кистей и стоп в любом возрасте

Опасные симптомы — угроза жизни ребенка

- Необходимо выявить опасные симптомы как можно скорее
- Опасные симптомы часто неспецифичны
- При обнаружении опасных симптомов необходимо немедленно начать лечение и в случае необходимости перевести ребенка на более высокий уровень оказания помощи

Основные характеристики здорового ребенка при рождении

- Здоровый новорожденный
 - Кричит, реагирует на свет и звуки
 - Одинаково двигает обеими ручками и ножками
 - Хорошо сосет
 - Мочится в первые 24 часа жизни; на второй день жизни мочиться 6 раз в день и более
 - Первый стул отходит в первые 24 часа жизни; он темный и вязкий. Затем кал приобретает желтоватый цвет, мягкую консистенцию и имеет характерный запах. Частота испражнений составляет 6–8 раз в день кашицеобразного характера

Анамнез и данные первичного осмотра

- Изучите медицинскую документацию ребенка и спросите у матери:
 - Является ли ребенок недоношенным (<37 недель)
 - В каком предлежании родился ?
 - Проводилось ли инструментальное вмешательство в родах?
 - Были ли осложнения при родах?
 - Проводилась ли реанимация?
 - Каков возраст новорожденного?
 - Были ли у ребенка судороги?
- Спросите у матери:
 - Беспокоит ли ее что-либо в состоянии/поведении ребенка?
 - Как ребенок вскармливается?
 - Получал ли ребенок какое-либо лечение или медикаменты?
- Обратите внимание на то, как мать относится к ребенку

Витальные показатели у новорожденных

- ЧСС 120-160
- ЧД 40-60
- Температура тела - $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$
- Цвет кожных покровов - Розовый или интенсивно-розовый
- Поза - Ручки и ножки согнуты
- Движения - Активные

2. Обследование новорожденного

Голова – осмотрите на форму, кефалгематому, головку, пропальпируйте швы, роднички

Глаза – красный рефлекс (на катаракту)

Рот – неповрежденное нёбо

Грудная клетка – пропальпируйте грудные железы, проверьте целостность ключиц

Брюшная полость – проверьте пупочный остаток; попытайтесь пропальпировать почки

Половые органы – мужской пол, проверьте на гипоспадию и не опустившиеся яички

Спина – крестцовая впадина

Конечности – проверьте на дислокацию бедра

Кожа – наличие желтухи, первичные/вторичные элементы

Лицо, глаза и ротовая полость

Лицо, глаза и ротовая полость

■ Лицо

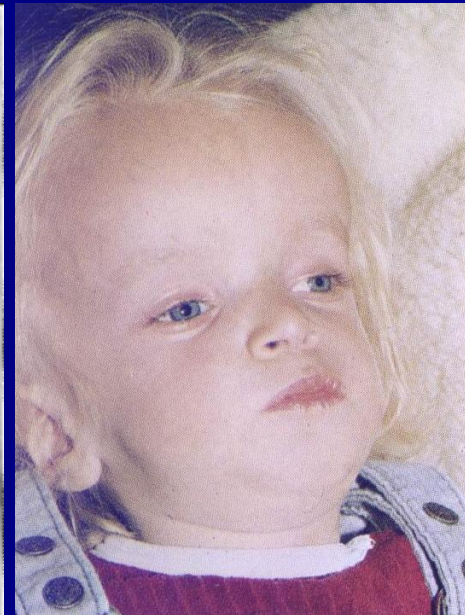
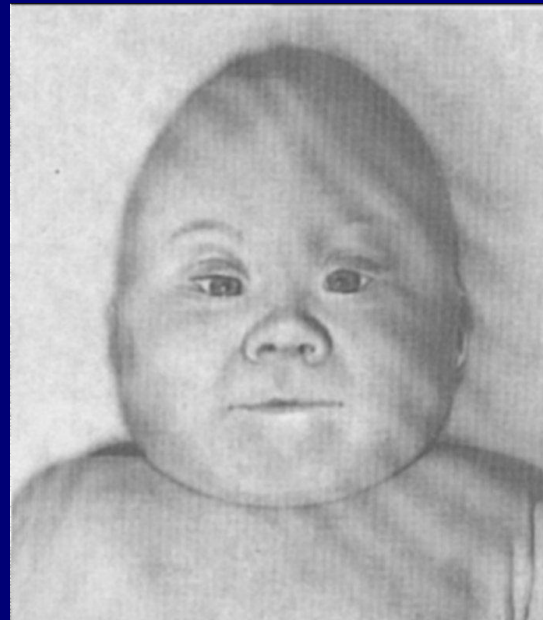
- Убедитесь, что лицо **симметрично**
- Выявите возможные признаки дисморфизма

Преаурикулярные выступы-придатки
(повторяющийся морфогенез)

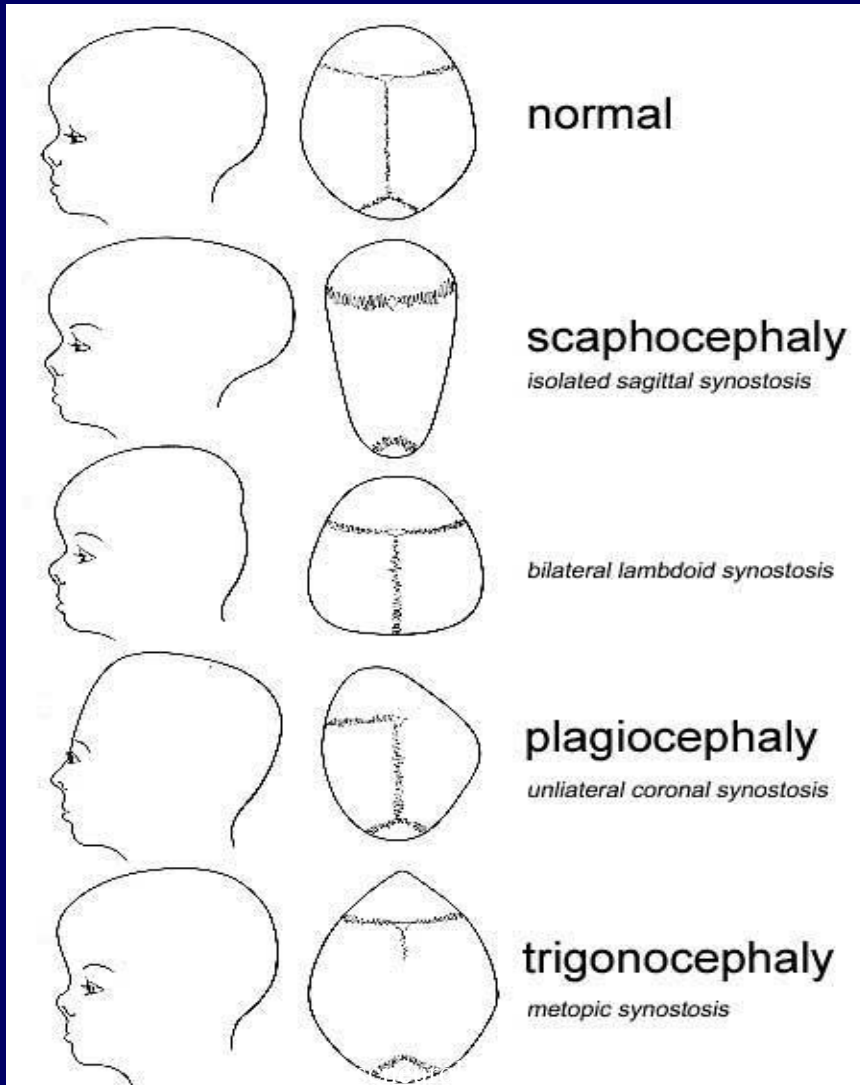


Особенности формы черепа:

брахицефалия;
долихоцефалия;
плагицефалия
(уплощенный свод черепа);
башенный череп;
асимметричный череп;
«ягодицеобразный череп»;
выступающий затылок;
другие особенности
формы черепа.



Craniosynostosis



- Types:
 - Sagittal synostosis results in **scaphocephaly**
 - coronal synostosis results in **brachycephaly**
 - coronal, sagittal, and lambdoid synostosis results in **acrocephaly**
 - single suture on one side of head can result in **plagiocephaly**
 - coronal, sagittal, and lambdoid synostosis results in **acrocephaly**

сросшиеся брови;
переносица запавшая;
переносица выступающая;
переносица широкая;

прогнатизм (выступающая вперед
верхняя челюсть);
ретрогнатия (сдвиг верхней челюсти
кзади);
микрогнатия (малые размеры верхней
челюсти);
«рыбий (карпий)» рот;

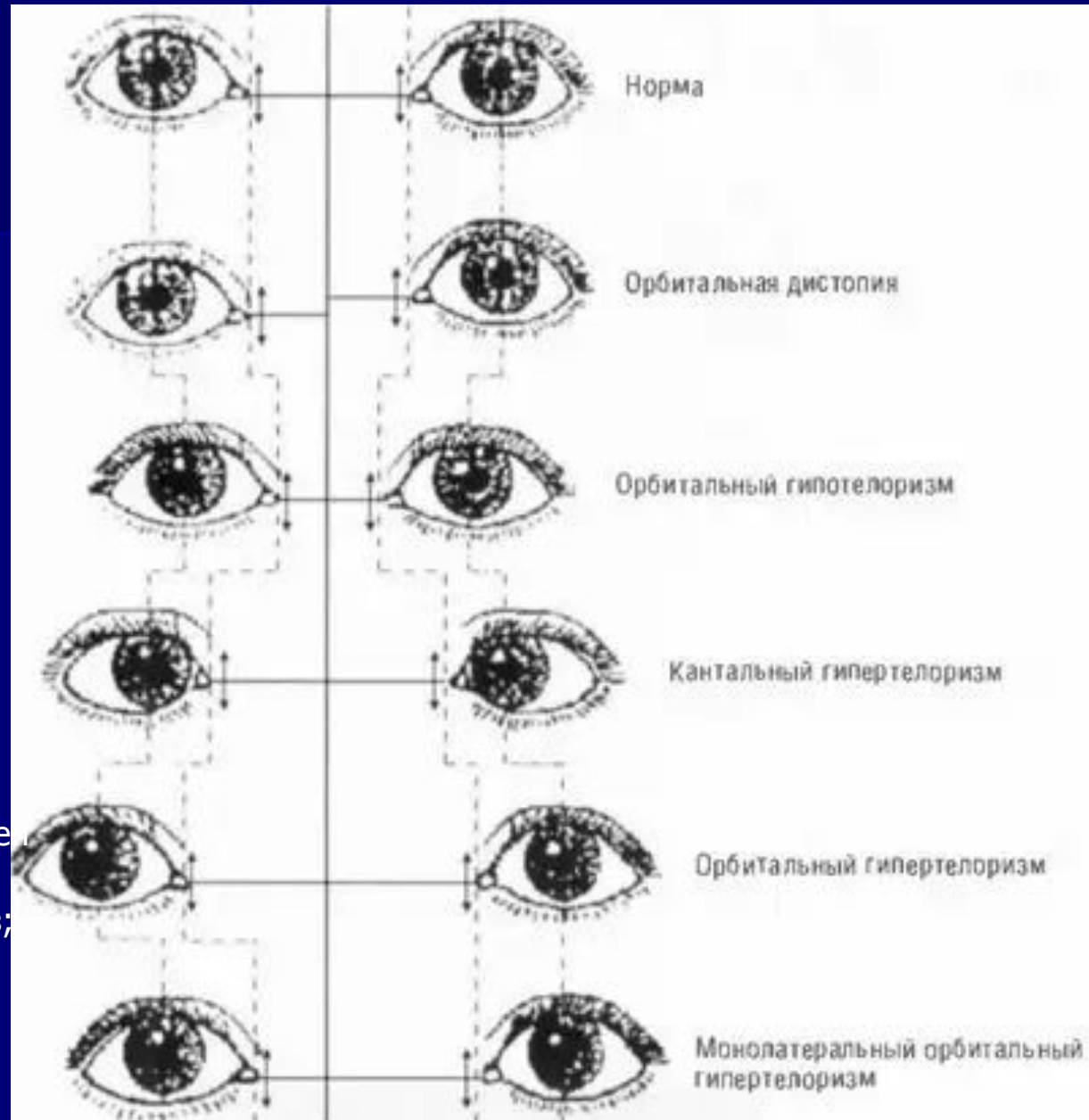
высокое небо;

короткая уздечка языка;
расщепление маленького язычка;
искривление носовой перегородки;
другие особенности строения
носогубной области и рта.

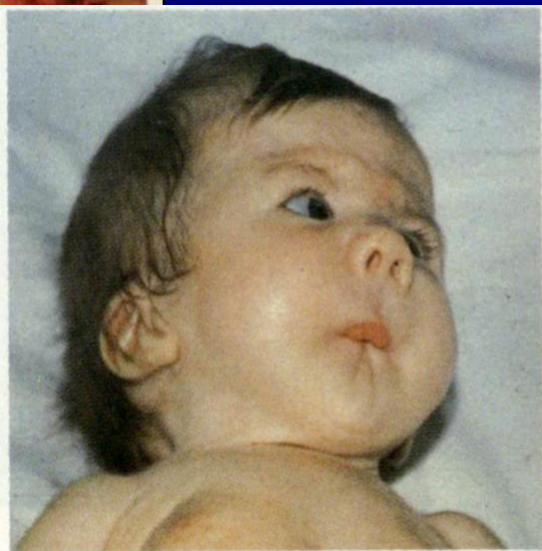
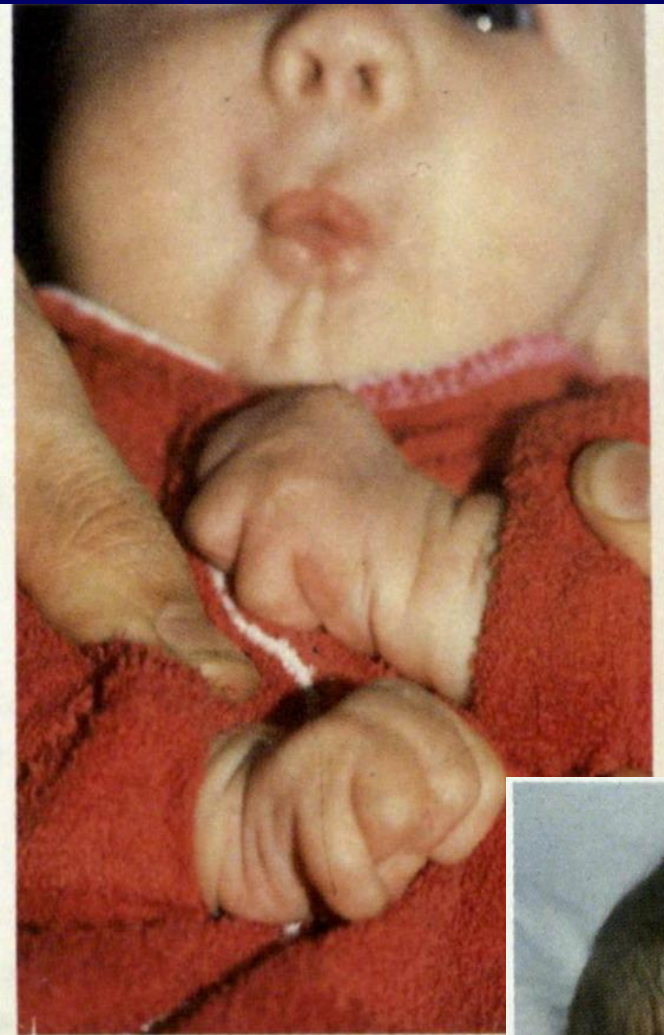


Особенности строения глаз и лица:

- микрофтальмия
- узкая глазная щель;
- эпикант
- птоз;
- гипертелоризм;
- гипотелоризм
- монголоидный разрез глаз;
- антимонголоидный разрез глаз (опущенные латеральные углы глазных щелей);
- гетерохромия (различный цвет радужки);
- колобома радужки (дефекты тканей радужки);
- другие особенности строения глаз;



Синдром Фридмана-Шелдона

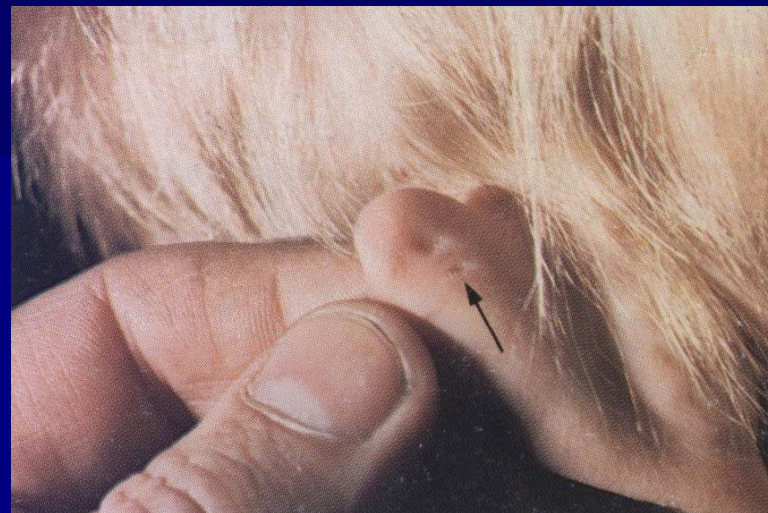
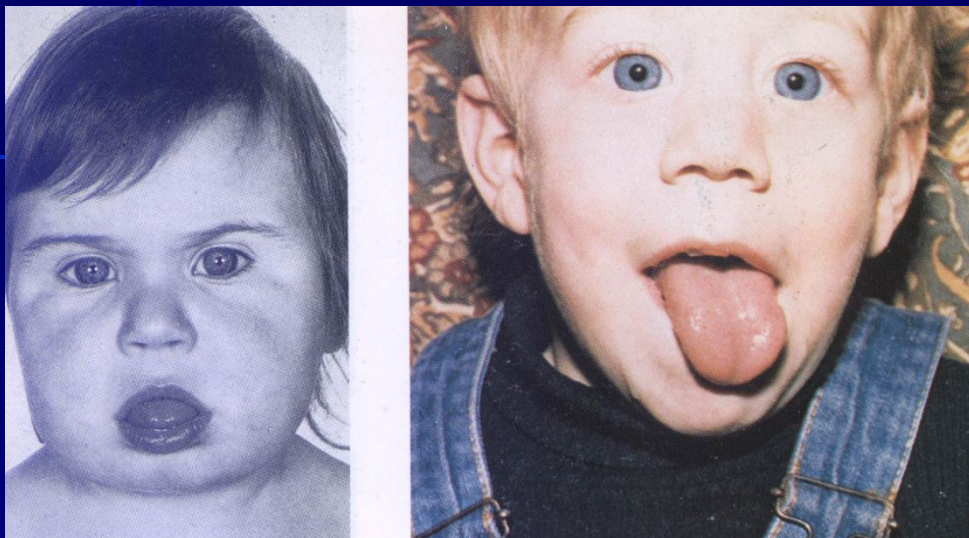


Фримена - Шелдона синдром (s. Freeman - Sheldon), черепно-карпо-тарзальная дистрофия., наследственный порок развития лица, кистей и стоп.

Характеризуется пороками развития костей лица, в результате чего лицо уплощается. Очень характерны: маленький рот, нос, глубоко расположенные глаза, гипертелоризм, длинная носогубная складка, выступающий лобный бугор, полные щеки, косоглазие, высокое стояние неба, аномалии развития стоп, локтевое отведение кистей без костных дефектов ее и предплечья, контрактура пальцев, утолщение кожи и клетчатки в области I пальца. Обычно рост больных уменьшен, интеллектуальное развитие нарушено.



Синдром Беквита -Видеманна 11р15



Имеет частоту при рождении 1/12000
Синдром Беквита-Видеманна — триада:
пупочная грыжа, макроглоссия, гигантизм;
часто при рождении отмечают гипогликемию,
выраженную предрасположенность к развитию
опухоли Вильмса. Лицевые плоские
гемангиомы, гемигиперплазия. Лечение
медикаментозное (глюкокортикоиды) и
хирургическое (удаление опухолей). Диета. По
возможности животные жиры следует
заменять растительными, умеренное
ограничение сливочного масла.

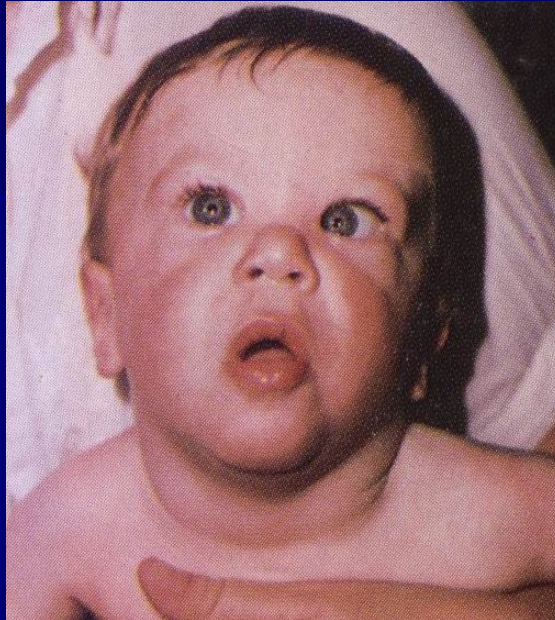
240–243 Beckwith–Wiedemann syndrome.

Note: Large tongue with open mouth. Infra-orbital hypoplasia. Horizontal creases on the lobe (arrow) of the ear together with small, punched-out pits behind the helix (arrow).

Other features: Accelerated growth and osseous maturation, omphalocele, organomegaly, diaphragmatic eventration, pancreatic islet cell hyperplasia leading to hypoglycaemia.

Inheritance: Mostly sporadic, but occasional dominant pedigrees described.

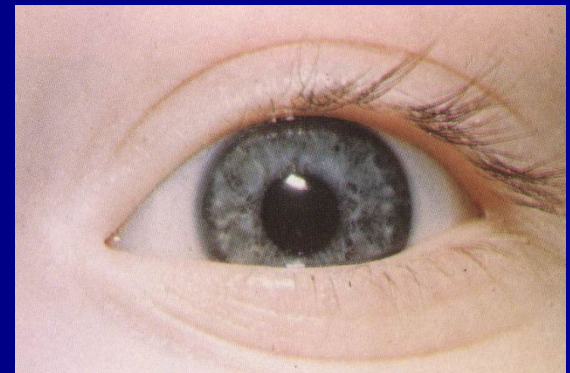
Синдром Вильямса



574–581 Williams syndrome.

Features: Mild to moderate mental retardation, short stature, 'Elfin' facies consisting of medial eyebrow flare, stellate pattern to iris, peri-orbital fullness, drooping cheeks, long philtrum and thickish lips with a tendency for the mouth to hang open. The syndrome is associated with neonatal hypercalcaemia and heart defects, especially supravalvular aortic stenosis.

Inheritance: Usually sporadic although dominant pedigrees have been described. The recurrence risk for sibs of an isolated case is about 3%.



- Редкое генетическое нарушение 7-ой хромосомы, клинически проявляющееся в форме гиперкапнии.
- Больные имеют особое строение лица, в специальной литературе называемое «лицом эльфа», поскольку оно напоминает лицо эльфов в их традиционном, фольклорном варианте. Для них характерны широкий лоб, разлёт бровей по средней линии, опущенные вниз полные щёки, большой рот с полными губами (особенно нижней), плоское переносье, своеобразная форма носа с плоским тупым концом, маленький, несколько заострённый подбородок.
- Глаза зачастую ярко-голубые, со звёздчатой картиной радужки и склерами синеватого цвета. Разрез глаз своеобразный, с припухлостями вокруг век. Сходящееся косоглазие.
- Для старших детей характерны длинные, редкие зубы.
- Сходство лиц усиливает улыбка, которая ещё больше подчёркивает отёчность век и своеобразное строение рта.
- Ни одна из этих черт не является обязательной, но их общее сочетание всегда присутствует.



Ангельмана синдром

рождаются с повышенным тонусом мышц, плохо спят, отличаются худобой, гиперактивностью, для них характерна маленькая голова и большой рот, из которого часто выглядывает слишком большой язык. Походкой они напоминают марионеток, поэтому их часто так и называют. Для них также характерно постоянно хорошее расположение духа, улыбка до ушей и приступы неумемного смеха. К сожалению, веселый нрав сопровождается значительной умственной отсталостью. Часто они даже не умеют разговаривать.



197 and 198 Happy puppet syndrome (Angelman).

Note: Deep-set eyes, prominent jaw, happy appearance and characteristic posture of arms.

Other features: Hypotonia, mental retardation, optic atrophy or choroidal dystrophy and seizures. Characteristic jerky movements are reminiscent of a string puppet.

Inheritance: Most cases sporadic.

- оба синдрома вызывались проблемами в одной и той же части хромосомы 15.
- Отличие состояло в том, что в случае синдрома Прадера–Вилли дефект наследовался от отца, тогда как в случае синдрома Ангельмана — от матери.

Синдром Рубинштейна-Тейби



широкие большие пальцы кистей и стоп, характерное лицо (косой разрез глазных щелей, клювовидный нос, короткая верхняя губа, выступающая нижняя губа) и олигофрения в сочетании с множественными пороками развития.

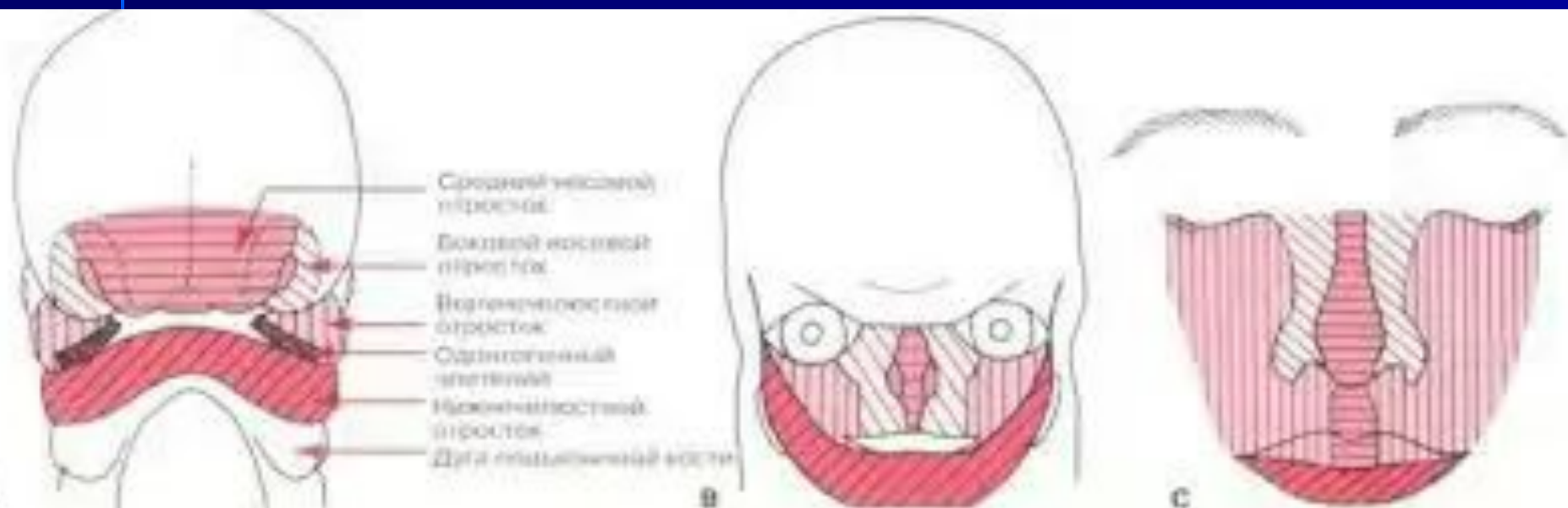
71-80 Rubinstein-Taybi syndrome.

Note: Mild microcephaly, antimongoloid slant to eyes with ptosis, glaucoma and strabismus, prominent hooked nose with broad nasal bridge and nasal septum extending below alae. Broad or duplicated terminal phalanges of thumb and halluces. Generalized hirsutism.

Фетальный алкогольный синдром

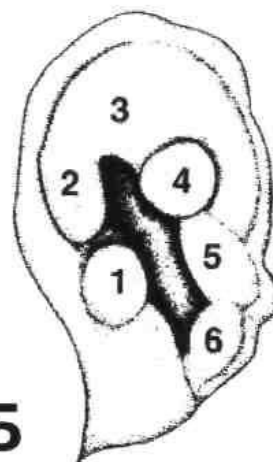
Риси обличчя та малі дитини при синдромі алкоголізації плода



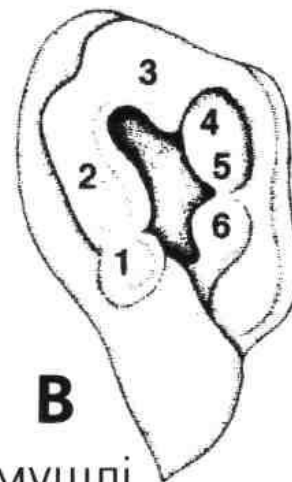




A



Б



В



Г

- Глаза
 - Обратите внимание на выделения из глаз
 - «Красный рефлекс» должен быть симметричным и одинаково выраженным
 - Оцените размер, форму зрачков, их реакцию на свет
 - Осмотрите роговицу, нет ли помутнения (признак врожденной катаракты)
 - Нередки кровоизлияния в склеру в процессе родов, которые рассасываются в течение нескольких недель

- Ротовая полость
 - Проверьте целостность нёба, нет ли «волчьей пасти»
 - Проверьте размер языка
 - Осмотрите ротовую полость на предмет молочницы



CLEFT PALATE

only the lateral margins of the palate are visible. Because the mouth is wide open to the nasal cavity, the NG tube can be seen passing through the nasopharynx as well as the mouth.

Череп

- Осмотрите родничок и швы черепа
- Большой родничок – его размеры варьируют в широких пределах
- В норме большой родничок не возвышается над костями черепа
- У недоношенных детей при пальпации черепа может быть обнаружено размягчение и истончение костей черепа – краниотабес, которое не требует вмешательств

Череп

Родовая опухоль

Рассасывается в течение 3-4 дней

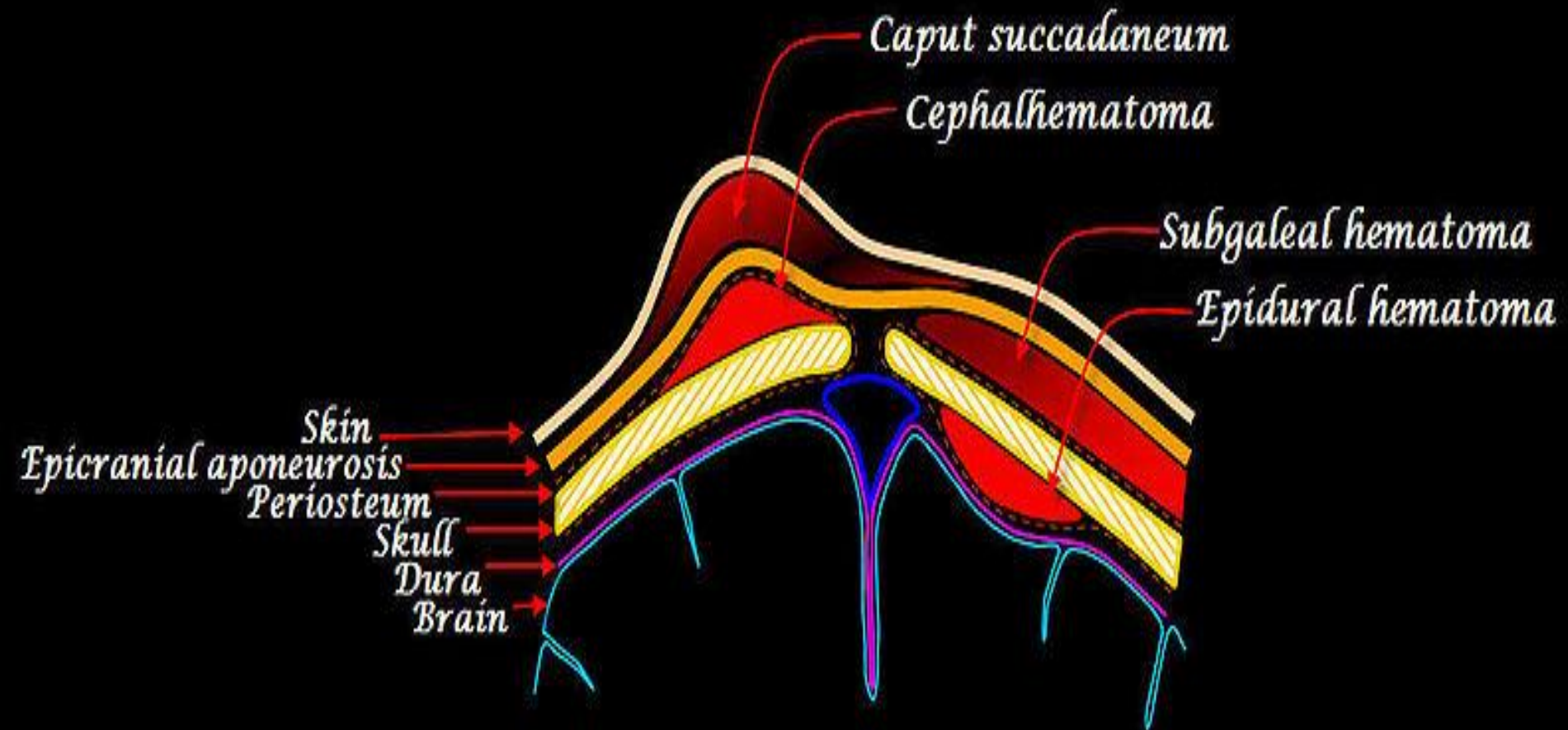


Кефалогематома

Самопроизвольно рассасывается за 4–5 недель



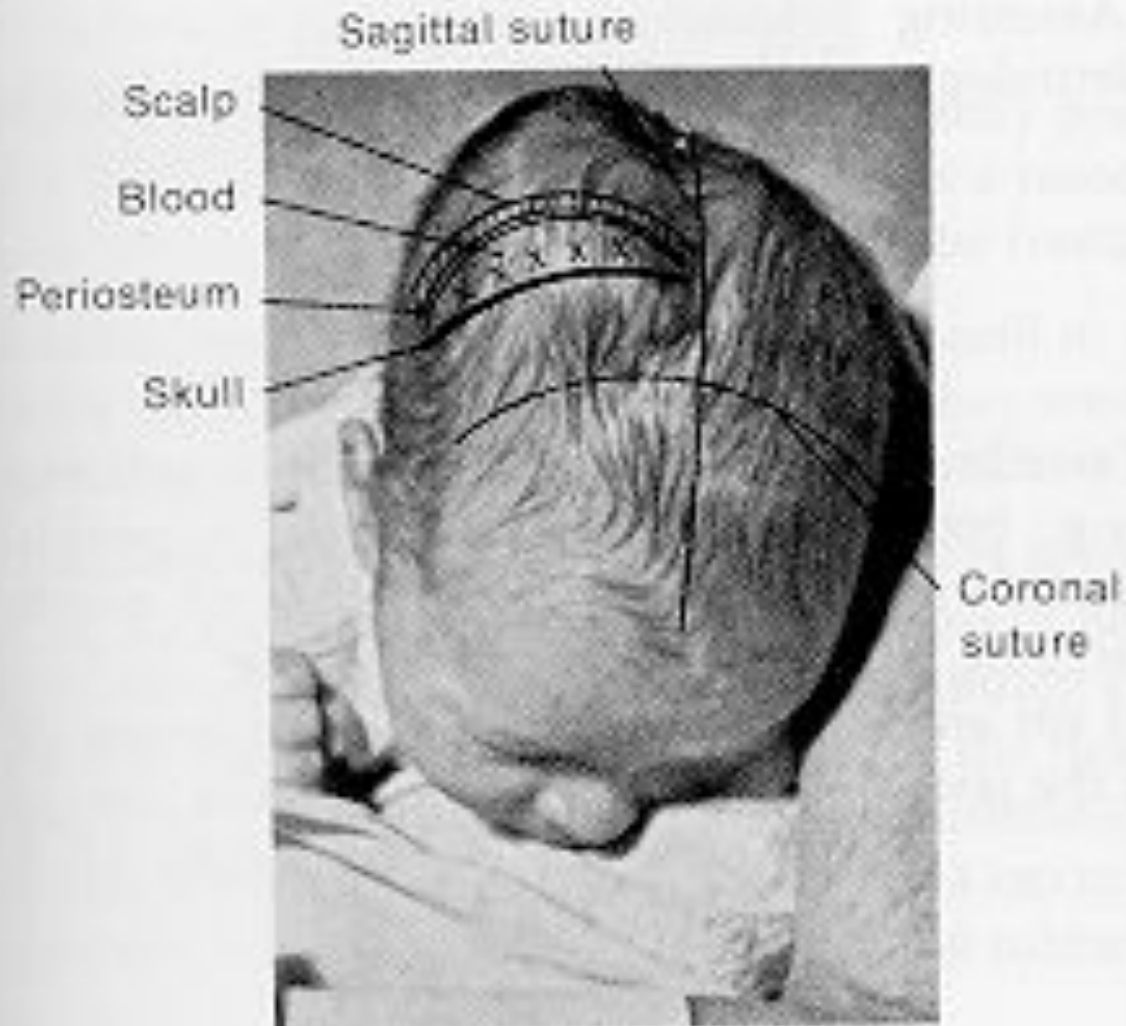
Newborn Scalp Hematomata



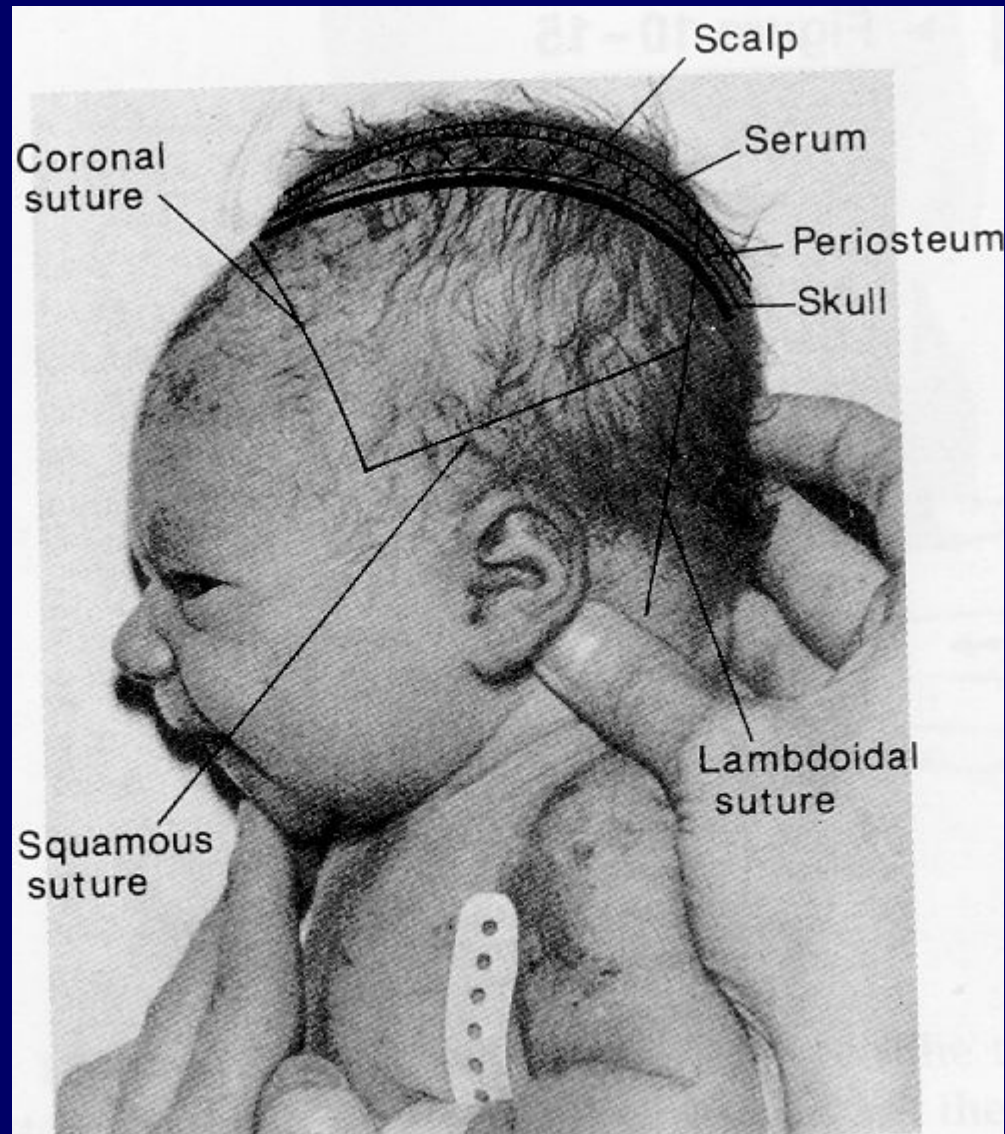
Cephalhematoma



CEPHALHEMATOMA

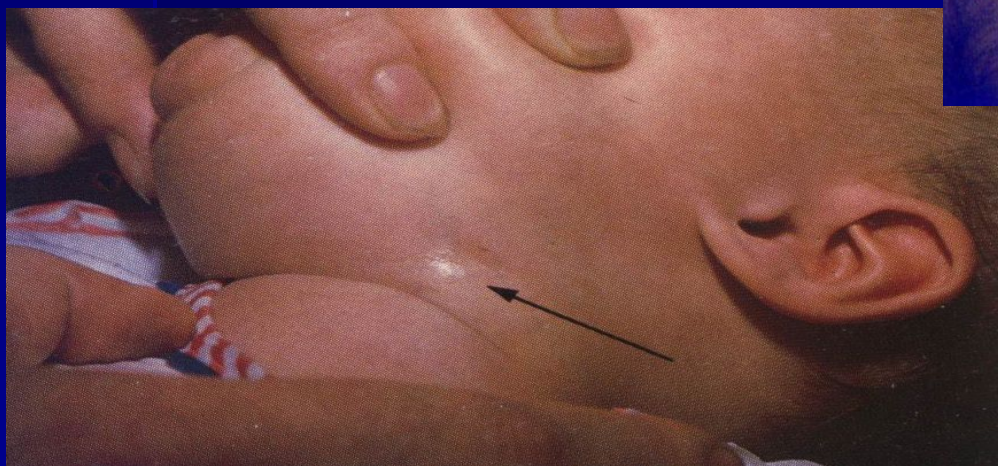


Родовая опухоль



- Жаберные щели
(незавершенное
закрытие)

Преаурикулярные выступы-придатки (повторяющийся морфогенез)



Заболевания кожи у новорожденных «Находки» объективного осмотра

- Врождённая аплазия кожи и подкожной клетчатки возможна на ограниченных участках волосистой части головы, туловище уже при рождении ребёнка
- Размеры от 0,2 до 3-4 см в диаметре. Возможен изолированный дефект кожи (синдром Гольтца, наследуется по доминантному типу, сцеплен с X-хромосомой) либо дефект, сочетающийся с другими пороками развития.
- Пример формулировки диагноза
- Врождённая аплазия волосистой части головы.



Шелушение кожи



Erythema Toxicum Neonatorum



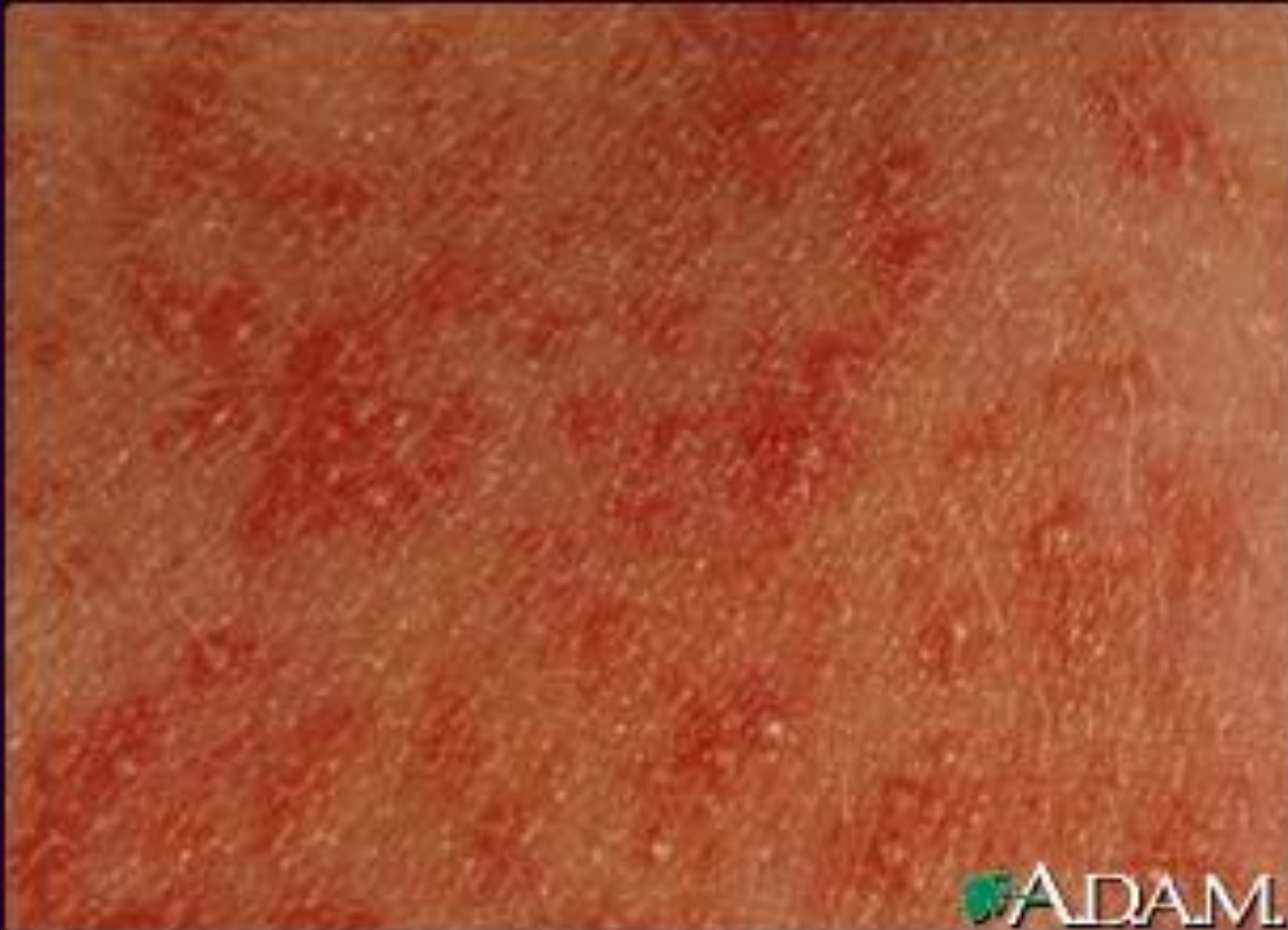
Erythema Toxicum



Erythema Toxicum



Erythema Toxicum





Erythema toxicum

very common, completely benign. Seen in about half of newborns. Lesions are erythematous macules, within which papules and pustules develop. Trunk most commonly involved. Resolves spontaneously within 10 days.

Match the Description to the Rash

- Picture 1
 - Appears at 2 weeks of age, resolves within 3 months, localized to scalp and face.
- Picture 2
 - Appears within 2-3 days of life, fades within 5-7 days, lesions contain eosinophils.
- Picture 3
 - Present at birth, lesions in different stages, widespread, lesions contain neutrophils.

Neonatal Acne



Neonatal Acne

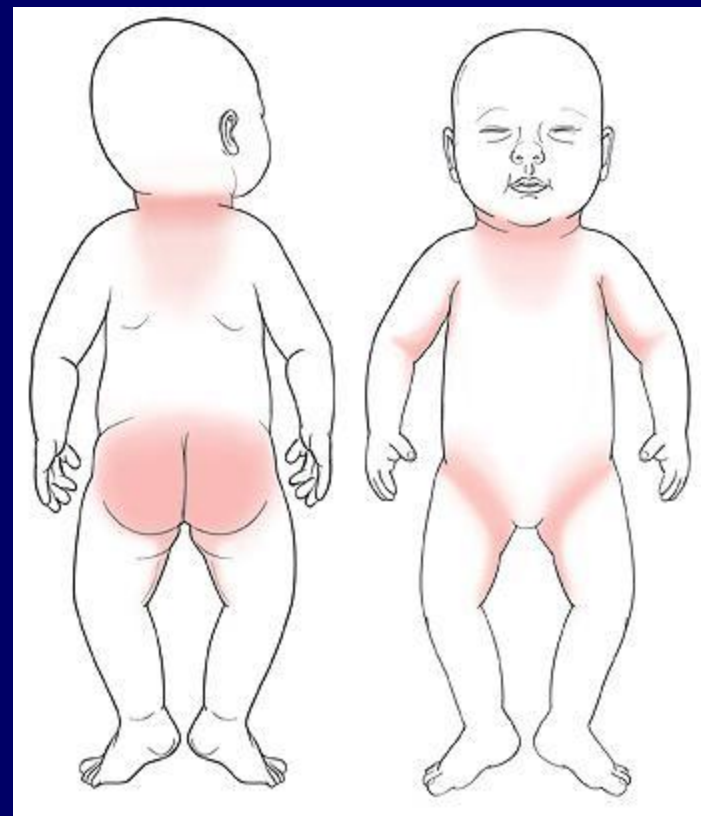


Milia, Miliaria (потница) и гиперплазия сальных желез





Кристаллическая
потница



гиперфункция потовых желёз с
расширением их устья.
КОД ПО МКБ-10 Р 83 Другие изменения
наружных покровов, специфичные для
плода и новорождённого

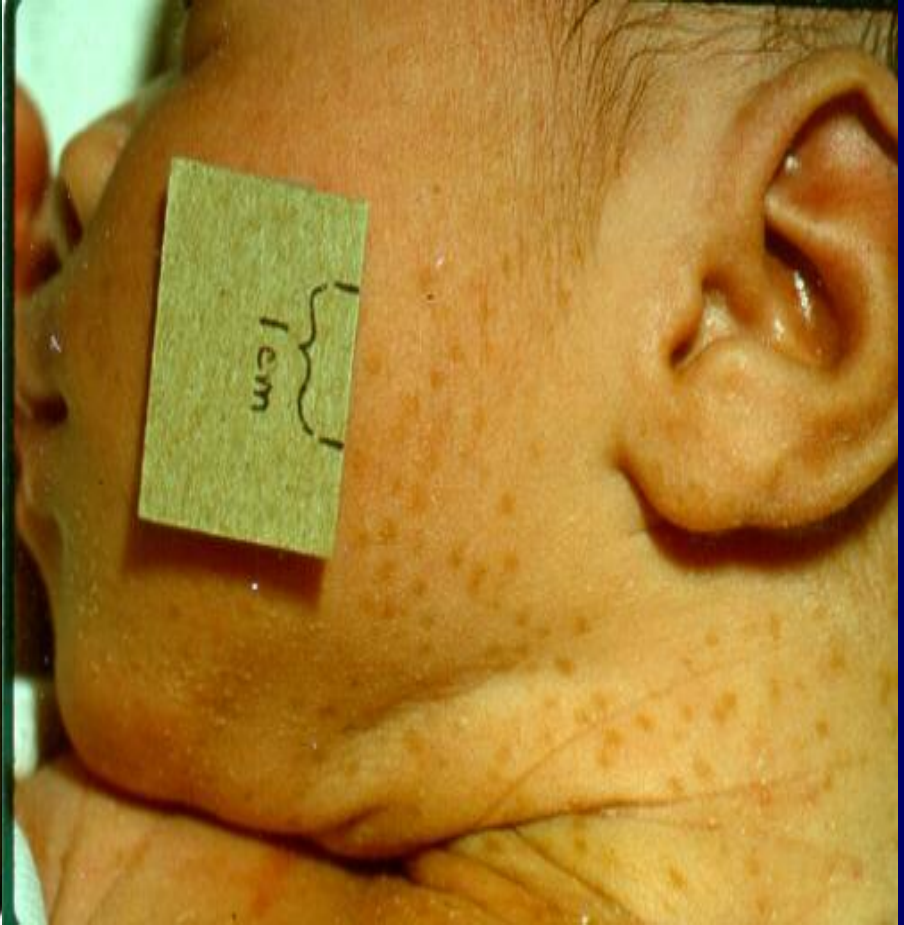
Miliaria Rubra



гиперплазия сальных желез



Transient neonatal pustular melanosis



Transient Neonatal Pustular Melanosis



КОД ПО МКБ-10

R S3 Другие изменения наружных покровов, специфичные для плода и новорождённого

- Опрелости чаще возникают в подмышечных впадинах, паховой области, на ягодицах, нижней половине живота, за ушами, в шейных складках кожи.



- Начало опрелости — покраснение кожи (I степень), затем краснота становится яркой, возможно появление отдельных эрозий (II степень). При слиянии эрозий возникает мокнущая поверхность, возможно образование язвочек (III степень). Высока вероятность присоединения вторичной инфекции



Грибковый дерматит

При локализованном кандидозе кожи применяют только местную терапию противогрибковыми кремами и мазями: клотримазол, миконазол.

При распространённом кандидозе показана терапия системным флуконазолом из расчёта 8-10 мг/кг массы однократно в сутки в течение 5-7 дней.

При кандидозе слизистой оболочки полости рта производят обработку 0,1% раствором хлоргексидина и 1% раствором клотримазола.

При распространённом кандидозе слизистых оболочек к лечению подключают флуконазол из расчёта 5-8 мг/кг 1 раз в сутки. При поражении половых органов слизистые оболочки обрабатывают кремом, мазью или раствором клотримазола.



Пеленочный дерматит



Экзогенные и эндогенные ирританты, физические (повышенная температура, трение и влажность пеленок и подгузников), химические (раздражение кожи мочой, потом, пищеварительными ферментами и солями желчных кислот, повышение pH кожи при контакте с каловыми массами) и микробные (инфицирование патогенной и условно-патогенной микрофлорой, грибами и т. д.)

Распространенность ПД в грудном возрасте достигает 50%.

чаще встречается у девочек и преобладает среди младенцев второго полугодия жизни (6–12 месяцев).

Эритродермия Лейнера

- На 3-4-й неделе жизни
- покраснение и инфильтрация кожи-эритродермии
- отрубевидное или пластинчатое шелушение,
- в складках кожи - мокнутие,
- есть единичные трещины.
- Характерен «чепец младенца».
- Дифференциальный диагноз – атопический дерматит, врождённый ихтиозом.
- Не характерны зуд, микровезикулы, «серозные колодцы», лихенизация кожи.



Рис. 113. Десквамативная эритродермия Лейнера.

Назначают витамины А и Е, биотин, фолиевую кислоту, витамины В₆, В₁₂

Адипонекроз новорожденных

- Адипонекроз — очаговый некроз подкожно-жировой клетчатки. В этиологии адипонекроза ведущее значение придаётся охлаждению, гипоксии
- Примеры диагноза
Адипонекроз правого и левого плеча.
- ЛЕЧЕНИЕ
- При распространённом адипонекрозе назначают тепловые процедуры.
- Витамин Е.
- Наблюдение.



ПСЕВДОФУРУНКУЛЁЗ ФИГНЕРА

L 08 Другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

инфекция захватывает **только отверстие выводного протока потовой железы**, образуются небольшие (величиной с просяное зерно) поверхностные пустулы (перипорит), быстро подсыхающие в корочки и заживающие без следа. Однако чаще поражена вся железа с возникновением подкожных узлов величиной от горошины до лесного ореха, багрово-красного с синюшным оттенком цвета. В центре узлов возможна флюктуация. При вскрытии абсцессов выходит жёлто-зелёный сливкообразный гной. Процесс заканчивается рубцеванием. Излюбленная локализация — затылок, спина, ягодицы, задняя поверхность бёдер.



L 08 Пиодермия

Везикулопустулез

Везикулопустулёз — часто встречающееся заболевание новорождённых, характеризующееся воспалительными изменениями в области устьев эккринных потовых желёз. Наиболее типичной локализацией является волосистая часть головы, складки туловища и конечностей. Элементы могут быть единичными, но чаще отмечается большое их количество



Характерно появление везикул и пустул, наполненных прозрачным, затем мутным содержимым, величиной от булавочной головки до горошины с нерезко выраженным воспалительным венчиком с локализацией: на волосистой части головы, складках туловища и конечностей; элементы могут быть единичными, но чаще отмечается большая их килькисть. Через 2-3 дня на месте пузырей, раскрывшиеся образуются мелкие эрозии покрываются корочками, после отпадения которых на коже не остается никаких изменений.

Пемфигус (пузырчатка новорожденных)

КОД ПО МКБ-10

L 00 Синдром стафилококкового поражения кожи в виде ожогоподобных пузырей

Характерно появление множественных вялых пузырей (фликтен) различного размера с мутным содержимым, которые лопаются, образуя эрозивные поверхности.

Локализация: нижняя половина живота, участок пупка, конечности, складки, **содержание пузырей высококонтагиозными!**



Staph Diaper Dermatitis



Некротическая флегмона новорожденных

- Острое гнойно – некротическое воспаление подкожно- жировой клетчатки, чаще вызывается золотистым стафилококком , реже – стрептококком .
- **Начинается с общих симптомов:** вялость , беспокойство, отказывается от груди , температура тела повышается до 38 -39 ° С.
- Локализация : задняя и боковая поверхность грудной клетки , поясничная и крестцовая участок , реже - ягодицы , конечности.

Флегмона новорожденного



Флегмона новорожденного



КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

Надання медичної допомоги новонародженим з неонатальними інфекціями



- В первые часы заболевания на коже - участок гиперемии и уплотнения , мучительная боль при пальпации.
- Кожа над центром поражения горячая на ощупь, не собирается в складки.
- Через 8-12 ч пораженный участок увеличивается в 2-3 раза, кожа над ним приобретает цианотичный оттенок, появляется отек окружающих тканей.
- Постепенно в центре очага инфильтрации появляется размягчение .
- В некоторых случаях наступает некроз кожи , ее отторжение с образованием обширных раневых дефектов.
- Дно раны серого цвета с остатками клетчатки, омертвевшей края подрывные , неровные , грануляции отсутствуют.
- Такой вид раны заставляет заподозрить у ребенка развитие сепсиса .

Лабораторне та мікробіологічне дослідження

(Наказ МОЗ України від 10.05.2007 № 234)

- Матеріал забирають з дотриманням правил асептики двома стерильними тампонами обертальними рухами від центру до периферії. Один з них використовують для мікроскопії, інший - для посіву.
Шкіру навколо почервоныння попередньо обробляють спиртом або іншим антисептиком.
- Матеріал необхідно скерувати в баклабораторію на посів та чутливість до антибіотиків.
- Дослідження крові на загальний аналіз, С-реактивний білок (кількісний метод),
- Проведення бактеріологічного дослідження крові на стерильність.

Методология обработки пораженных участков / элементов

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

Надання медичної допомоги новонародженим з неонатальними інфекціями

- промывать пораженные участки кожи антисептическим раствором (4% водным раствором хлоргексидина) и подсушивать стерильными марлевыми тампонами минимум 4 раза в сутки пока пустулы / пузыри не исчезнут.

Наблюдение за ребенком

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

Надання медичної допомоги новонародженим з неонатальними інфекціями

- Мониторинг симптомов сепсиса
«Ухудшение общего состояния»,
проблемы вскармливания, рвота,
дыхательные расстройства,
нестабильность температуры ,
тахикардия, ИТШ.
- Оценка состояния элементов не менее
одного раз в день: подсчитать количество
элементов (пустул или пузырей) и
определить площадь поражения.

Если у ребенка менее 10 пустул / пузырей или они покрывают менее половины тела и у ребенка отсутствуют признаки сепсиса

- Провести забор материала для микробиологического исследования;
- Начать обработку пораженных участков / элементов в течение 5 суток ;
- Обеспечить ежедневное наблюдение за ребенком ;
- Если пустулы / пузыри исчезают в течение 5 дней и отсутствуют другие причины для госпитализации , ребенка можно выписать домой ;
- Если после 5 суток обработки пораженных участков / элементов большинство пустул / пузырей все еще остаются , но у ребенка отсутствуют клинические симптомы сепсиса , следует назначить цефуроксим внутрь в дозировке соответствующей возрасту и массе тела ребенка

Если у ребенка 10 или более пустул/пузырей или они покрывают более половины тела и у ребенка отсутствуют признаки сепсиса

- Провести забор материала для микробиологического исследования
- Начать обработку пораженных участков / элементов;
- Назначить цефуроксим внутримышечно, перорально в дозировке, что соответствует возрасту и массе тела ребенка [Д] ;
- Обеспечить ежедневное наблюдение за ребенком ;
- Общий анализ крови;
- Если состояние пустул / пузырей улучшается после 3 дней лечения антибиотиками (пустулы / пузыри не распространяются и начинают подсыхать и заживать) , продолжить лечение цефуроксимом полных 5 суток лечения ;
- Если нет положительной динамики по пустул / пузырей после 3 дней лечения цефуроксимом и получен положительный культуру в результате посева содержимого пустул , следует изменить антибиотик согласно возбудителя и его чувствительности и применять новый антибиотик в течение дополнительных 5 дней
- Если состояние пустул / пузырей не улучшается после 3 дней лечения антибиотиком и если возбудитель не удалось идентифицировать, продолжать применять цефуроксим и назначить дополнительно гентамицин в течение 7 дней ;

При определении флюктуации

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

Надання медичної допомоги новонародженим з неонатальними інфекціями

- Консультация хирурга [Д] В условиях хирургического отделения проводится дренирование абсцесса.
- Микробиологическое исследование .
- Цефуроксим внутримышечно [Д] .
- Наблюдать за состоянием новорожденного каждые 12 часов, обращая внимание на признаки улучшения:
- если проявления абсцесса уменьшаются после 5 дней лечения антибиотиком , продолжить цефуроксим 10 суток;
- если воспалительный процесс имеет торпидное течение после 5 дней лечения антибиотиком, смена антб согласно возбудителя и его чувствительности применять антибиотик в течение дополнительных 10 дней
- если возбудитель не удалось идентифицировать , продолжать применять цефуроксим и гентамицин в течение 10 дней

КОД ПО МКБ-10

L 00 Синдром стафилококкового
поражения кожи в виде ожогоподобных пузырей

ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА СИНДРОМ СТАФИЛОКОККОВОЙ ОБОЖЖЁННОЙ КОЖИ



3 стадии болезни — эритематозная,
Часто связана со стафилококком II
фаговой группы, фаготипом 71 или
71/55, продуцирующим экзотоксин —
эксфолиатин.

Наследственный буллезный эпидермолиз - группа пузырных наследственных кожных заболеваний, включающая более 20 моногенных дерматозов.



Acrodermatitis enteropathica



- эритематозные эрозий вокруг рта, на конечностях, в промежности.
- корки волосистой части головы, волосы редкие.
- понос
- гипотрофия.
- AR, дефект транспорта цинка
- ДД: МВ, целиакия
- Дефицит цинка - изменен синтез кератина
- Диагноз подтверждается низким уровнем цинка сыворотки
- сульфат цинка 5mg/kg/d
местные кортикостероиды

Neonatal Herpes Simplex



Neonatal Herpes simplex



Ichthyosis vulgaris











телеангиэктазии формируются под влиянием эстрогенов матери. При плаче они усиливаются, становясь более заметными, при надавливании исчезают или почти исчезают, а затем появляются вновь. Через 1-1,5 года пятна исчезают, лечения обычно не требуют. В некоторых случаях используют лазеротерапию. Исход благоприятный.

Пример формулировки диагноза
Телеангиэктазии затылочной области и правого верхнего века



Винное пятно – венульная дисплазия/гемангиомы



Капиллярная гемангиома



Strawberry Hemangioma

Age 5 months



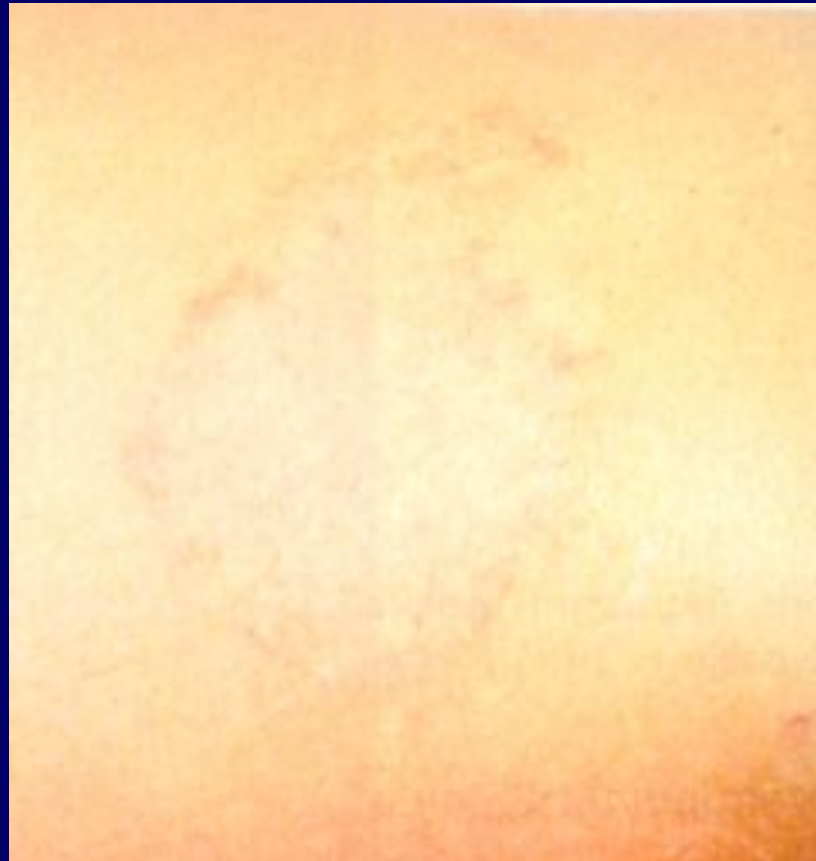
Strawberry Hemangioma

Age 2 Years



Strawberry Hemangioma

Age 5 Years



Multiple Strawberry Hemangiomas





Cavernous haemangioma

Cavernous haemangiomata are deeper, darker in colour and may be relatively large. Both tend to increase in size for a period & then gradually involute partially or totally. Parents should be re-assured that most lesions will resolve spontaneously by 5-6 years. They do not require routine follow-up.

Mixed Hemangioma





Capillary haemangioma(at birth)

can occur in variety of sizes, locations, and combinations of capillaries & larger vessels. Simplest form is limited in size, superficial and largely capillary –a Capillary Haemangioma or Strawberry mark.

Cradle Cap



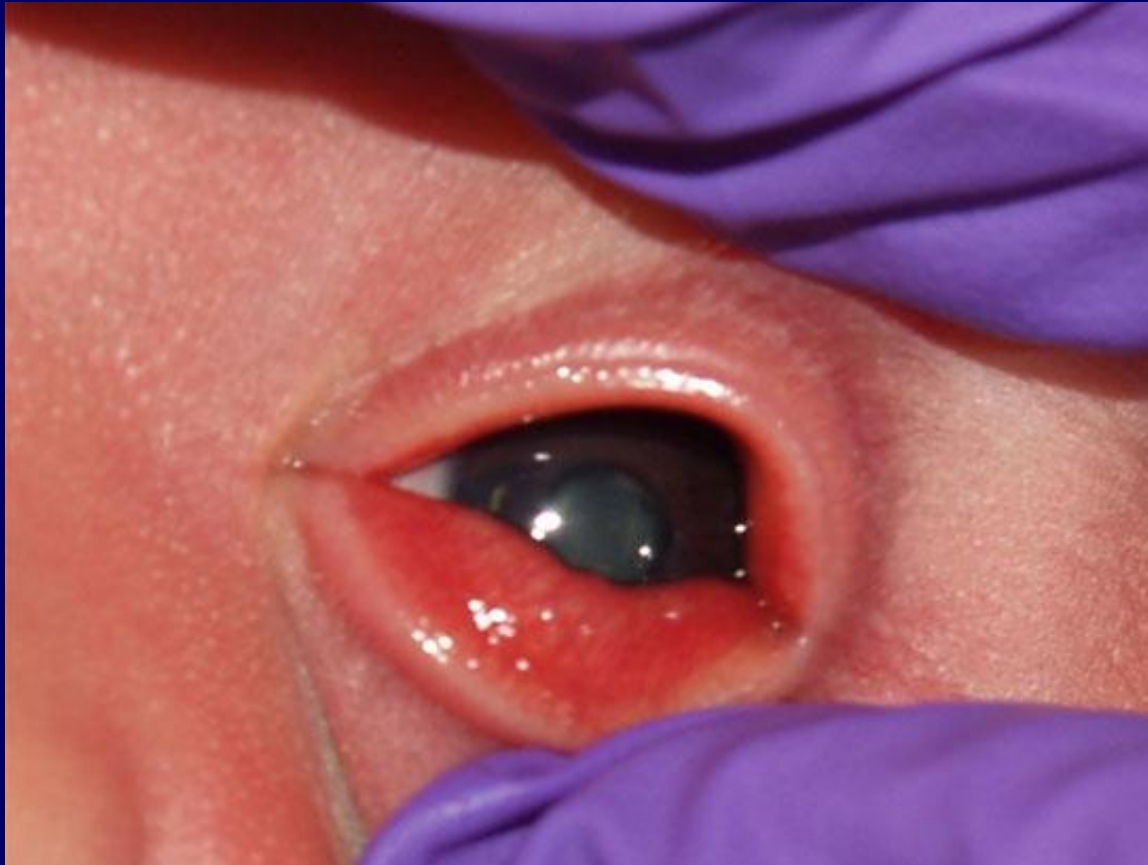
Gonococcal Conjunctivitis

it typically presents in the first few days of life

gonococcal conjunctivitis is an ophthalmologic emergency.

bacteria can erode through an intact cornea, treatment is very aggressive and includes systemic intravenous antibiotics, frequent eye washes, and monitoring in a neonatal intensive care unit.





Cataracts



CLEFT PALATE

only the lateral margins of the palate are visible. Because the mouth is wide open to the nasal cavity, the NG tube can be seen passing through the nasopharynx as well as the mouth.



NEONATAL TEETH

This infant's tooth is erupted and is clearly visible. When the tooth is mobile, it can easily be removed with a gauze and a twisting motion.

1/3



2/3



3/3



Слюнные железы







- Keratin containing cysts.
- Normal variant.
- Seen only in newborns.
- Located on the raphe of hard and soft palates.
- Resolve within several weeks.

Живот

- В норме живот округлый, мягкий
- Пуповина плотно перевязана, сухая, не кровоточит
- Небольшая пупочная грыжа в течение первого года жизни не является патологией
- Обратите внимание на вздутие живота
 - Могут пальпироваться печень (2 см), селезенка, брюшная аорта и почки. Проверьте, не увеличены ли органы.
- Пуповина: имеет две артерии и одну вену
- Пуповинный остаток подсыхает и отпадает через 7–10 дней
 - Оцените пупочный остаток/ранку на предмет возможной инфекции:
 - нет ли гнойных выделений пупка?
 - нет ли покраснения кожи в области пупка?



Umbilical Hernia

This is common and usually resolves spontaneously by 18 months. Ensure that the hernia is fully covered by skin. If bowel is visible, this might be a minor form of omphalocele.

Омфаліт

Запалення дна пупкової ранки, пупкового кільця, підшкірної жирової клітковини навколо пупкового кільця, пупкових судин.



В залежності від клінічних проявів виділяють:

- **Катаральний омфаліт:** наявність серозних або серозно-геморагічних виділень.
- **Гнійний омфаліт:** наявність виділення гною
- **Гангренозний омфаліт:** некроз та відторгнення тканин навколо пуповинного залишку/ранки з утворенням великої виразки.



Місцева інфекція пупка

- Пупок почервонілий і припухлий
- Почервоніння і припухлість шкіри простягається менш ніж 1 см за межі пупка

Важка інфекція пупка

- Шкіра навколо пупка почервоніла і припухла
- Почервоніння і припухлість шкіри простягається більше, ніж на 1 см за межі пупка
- З пупка виділяється гній
- Неприємний запах з пупка
- Шкіра довкола пупка червона та ущільнена
- Здуття живота



Анамнез

- догляд за пупковим залишком: не відкрито чи закривався пов'язкою
- відокремлення дитини від матері
- інвазійні втручання при лікуванні/догляді за дитиною.
- Якщо має місце почервоніння та ущільнення шкіри довкола пупка, необхідно виміряти, як далеко за межі пупка воно розповсюджується.

Лабораторне та мікробіологічне дослідження

(Наказ МОЗ України від 10.05.2007 № 234)

- Матеріал з пуповини забирають з дотриманням правил асептики двома стерильними тампонами обертальними рухами від центру до периферії. Один з них використовують для мікроскопії, інший - для посіву.
Шкіру навколо пуповини попередньо обробляють спиртом або іншим антисептиком, гній видаляють стерильною серветкою.
- Матеріал необхідно скерувати в баклабораторію на посів та чутливість до антибіотиків.
- У випадку погіршення стану у дитини з місцевою інфекцією пуповинного залишку/ранки, слід відправити кров в лабораторію на загальний аналіз,
С-реактивний білок (кількісний метод), провести бактеріологічне дослідження крові на стерильність.

Лікування

- Дитина з локальною інфекцією при задовільному загальному стані може знаходитися з матір'ю на сумісному перебуванні в родопомічному закладі або вдома. [A]
- Пуповинний залишок/ранку слід промивати антисептичним розчином (4% розчин хлоргексидину) та висушувати стерильними марлевими тампонами 4 рази на день доки пупок перестане гноїтися.
- Під час обробки пуповинного залишку слід дотримуватися правил асептики та антисептики (чисті рукавички, стерильні ватні тампони, стерильний фізіологічний розчин, антисептичний розчин).
- Матеріал, що був у контакті з біологічними тканинами, необхідно викидати в закриті ємності

Лікування

- Варто навчити матір здійснювати місцеву обробку пупка.
- Якщо почервоніння та ущільнення шкіри розповсюджується більше, ніж на 1 см за межі пупка або якщо через 2 доби від початку лікування місцеві прояви омфаліту посилилися, або стан дитини погіршився слід перейти до схеми лікування важкої інфекції пупка.
- Дитина має бути госпіталізована у відповідне відділення неонатологічного профілю.
- Якщо прояви омфаліту зникли, загальний стан та вигодовування дитини задовільні, місцеве лікування можна завершити.

- Призначте оксацилін в комбінації з аміноглікозидом, або цефалоспорини II покоління (цефуроксим) + аміноглікозид, в/в.

4. Виписка

- Новонароджену дитину потрібно уважно спостерігати щонайменше протягом 24 год в стаціонарі після припинення антибіотикотерапії.
- Новонароджену дитину можна виписати, якщо її загальний стан та вигодовування задовільні і немає інших причин для госпіталізації.

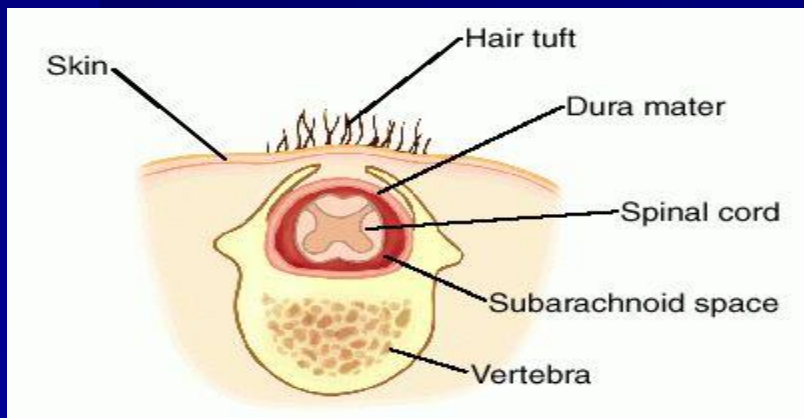
Спина

- Осмотрите спину и позвоночник ребенка на предмет возможных врожденных пороков
 - Spina bifida – проявляется в виде дефекта кожи на спине новорожденного, окруженного костными выступами несоединенных нервных арок позвонков
 - Менингомиелоцеле — спинномозговая грыжа (грыжевой мешок содержит оболочки спинного мозга)

- Spina bifida occulta



- Spina bifida Occulta



- meningocele



Preparing for Surgery
on a Meningocele

- myelomeningocele





Sacral hair

Lumbar hair tuft & haemangioma





Sacral dimple

- канал, выстланный многослойным плоским эпителием, открывающийся в межягодичной складке у копчика.

Mongolian Spots





Mongolian Spots



Половые органы и анус

- Половые органы

- Осмотрите на предмет половой двойственности

- У девочек

- в норме возможны незначительные вагинальные кровотечения в течение нескольких дней первой недели жизни

- У мальчиков

- оба яичка в норме находятся в мошонке
 - осмотрите новорожденного на предмет гипоспадии

- Анус

- убедитесь в наличии ануса, его проходимости и отсутствии аноректальных аномалий

- Осмотрите ребенка на предмет паховой грыжи

VATER ассоциация

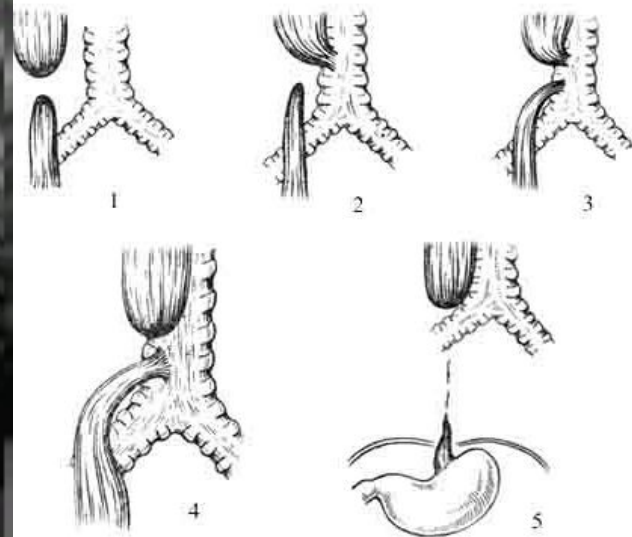
- **Vertebral anomalies** -
нарушение строения
ПОЗВОНКОВ

Anal atresia -
атрезия ануса

Tracheo

Esophageal fistula -
трахеопищеводный
СВИЩ

**Radial and/or Renal
anomalies** -
аномалии лучевых
структур и/или
почек



Варианты атрезии пищевода. Номер 4 - самый частый вариант.

Hydrocoeleles



Паховая грыжа



Конечности

- Оцените движения, размер, симметричность
- Осмотрите на предмет возможного повреждения плечевого сплетения
- Осмотрите ключицы, верхние и нижние конечности на предмет перелома — особенно в случае травматических родов или дистоции плечиков
- Осмотрите тазобедренные суставы на предмет врожденного вывиха (тесты Барлоу и Ортолани)
- Осмотрите стопы на предмет косолапости



Oedema of the hand

It IS common in Turner Syndrome. It is associated with other physical findings like short stature, short fourth metacarpal, webbed neck, high palate and nail dysplasia.



Syndactyly

If there is fusion of the bone referral is to the hand specialist as above .
If not the referral is to the plastic surgeon as above.



NORMAL HAND

Usually the babies have 2 creases which do not cross the whole of the palm.



Transverse Crease

It is most characteristic feature in Down's syndrome. It is inherited as familial trait in 5%.



Downs synd

many infants with Down's syndrome is an increased gap between the great and first toes.

Subluxation of the Hip



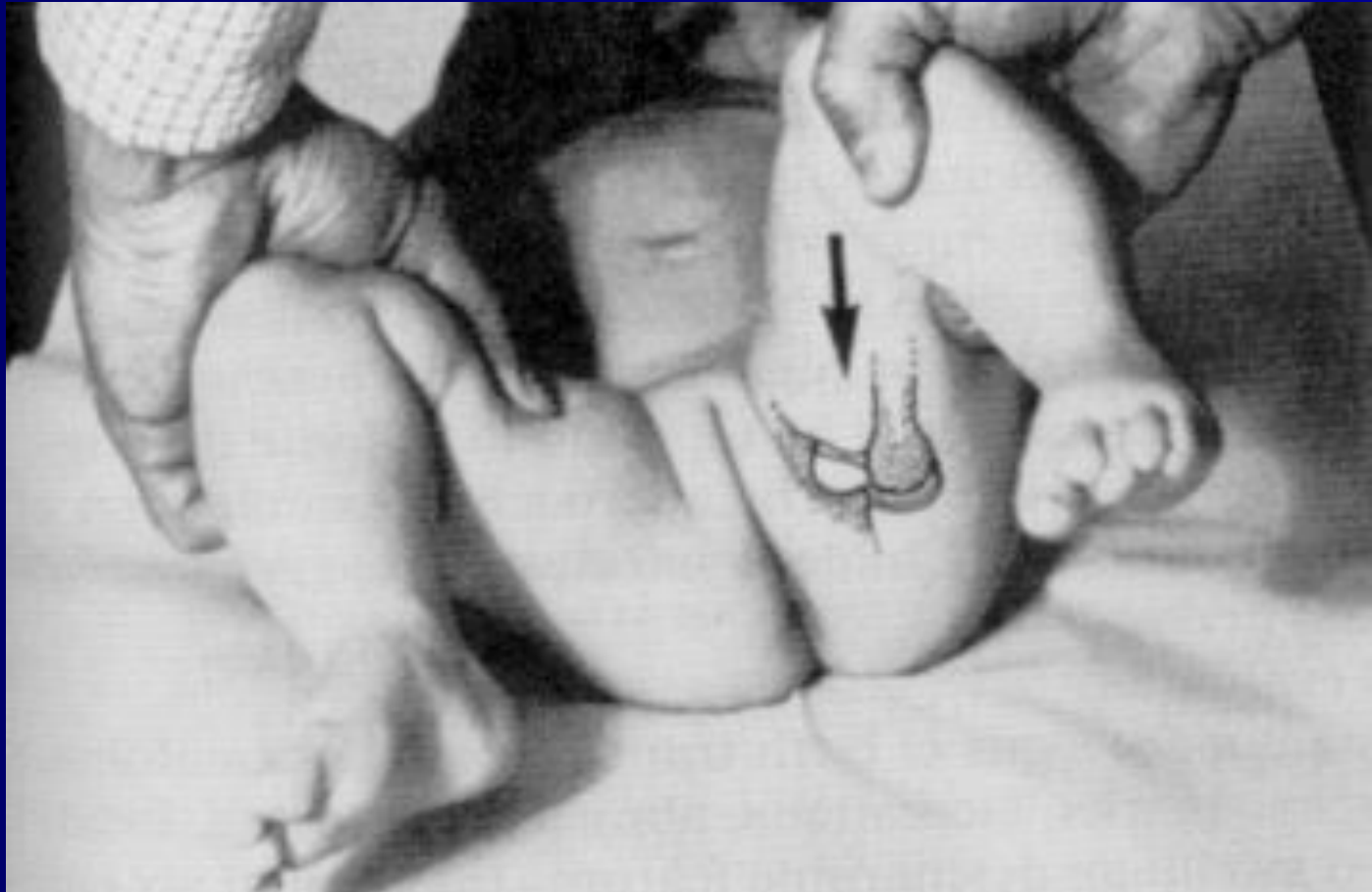
Subluxation of the Hip



Ortolani Maneuver: Proper Hand Position



Ortolani Maneuver (1)



Ortolani Maneuver (2)



Barlow Maneuver (1)



Barlow Maneuver (2)

