**ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО.**

**ПАТРОНАЖ**

**План**

1. Пограничные состояния
2. Патронаж
3. **Пограничные состояния**

Адаптация к внеутробной жизни вызывает значительные изменения в организме новорожденного. Внешними проявлениями этих изменений могут быть так называемые пограничные состояния новорожденных (переходные, транзиторные), которые не являются заболеваниями и лечения не требуют. Однако новорожденные с пограничными состояниями требуют более пристального внимания и некоторых дополнительных мер при организации ухода за ними.

*Пограничные* (транзиторные, переходные) *состояния новорожденного - это физиологические состояния, отражающие процесс адаптации ребенка к внеутробным условиям существования.*

Эти физиологические состояния называются переходными, так как:

- проявляются на границе двух периодов жизни - внутриутробного и внеутробного;

- при некачественном уходе могут принимать патологический характер.

Физиологическая убыль массы тела наблюдается у 100% новорожденных к 3-4-му дню жизни и составляет максимально 10% от первоначальной массы. Восстановление наступает к 7-10-му дню жизни.

Причины:

* недоедание в первые дни жизни;
* выделение воды через кожу и легкие;
* потери воды с мочой и стулом;
* недостаточное потребление жидкости;
* срыгивание околоплодных вод;
* усыхание пуповинного остатка.

Тактика:

* раннее прикладывание к груди;
* кормление по требованию ребенка;
* борьба с гипогалактией;
* контроль веса ребенка.

*Транзиторная эритема кожи (физиологический катар кожи)* проявляетс*я простой* и, реже, *токсической эритемой.*

Простая эритема — реактивная краснота кожи, иногда с легким синюшным оттенком кистей и стоп. Причина - рефлекторное расширение сосудов кожи вследствие мощного воздействия факторов внешней среды на кожные рецепторы новорожденного. У зрелых доношенных новорожденных сохраняется несколько часов, реже 1-2 дня.

Токсическая эритема является своеобразной аллергической реакцией кожи новорожденного. В отличие от простой эритемы возникает не сразу после рождения, а на 2-5-день жизни. Проявляется в виде гиперемированных пятен, везикул на всей поверхности кожи, кроме ладоней и стоп. Сыпь угасает через 2-3 дня. Эритема по мере угасания переходит в шелушение, чаще мелкое, а иногда и крупное.

Тактика:

- тщательный уход за кожей;

- гигиеническая ванна с раствором калия перманганата.

*Транзиторная лихорадка* развивается в результате неустойчивости водного обмена и несовершенства терморегуляции. Проявляется на 3-5-день жизни в виде лихорадки с температурой 38 ̊ - ­39 ̊ С, беспокойства, жажды, сухости кожи и слизистых. Через 1-2 дня температура нормализуется.

Причины:

* недостаточное количество поступления жидкости в организм;

- высокое содержание белка в молозиве;

* перегревание ребенка;
* влияние эндотоксинов кишечной палочки при первичном заселении кишечника микрофлорой.

Тактика: дополнительное питье 5% раствора глюкозы.

*Транзиторная желтуха* - появление желтушного окрашивания кожи и слизистых без нарушения самочувствия. Проявляется на 3-и сутки, достигает максимума к 4-5-му дню и к 7-10-му дню жизни исчезает.

Причина - сочетание, с одной стороны, недоразвития ферментных функций печени, в которой происходит гибель и переработка эритроцитов, и с другой стороны - массивное разрушение фетальных эритроцитов, количество которых у плода очень велико. В результате такого сочетания факторов не успевший переработаться пигмент эритроцитов накапливается в коже и слизистых, окрашивая их в желтый цвет.

Тактика:

* контроль за состоянием ребенка;
* дополнительное питье 5% раствора глюкозы.

*Гормональный криз* - обусловлен переходом эстрогенов матери в кровь плода в антенатальном и интранатальном периодах и поступлением их к новорожденному с молоком матери.

Может проявляться в виде:

1. физиологической мастопатии у мальчиков и девочек. При этом у ребенка обнаруживается симметричное нагрубание молочных желез без признаков воспаления. Из сосков может быть сероватое отделяемое. Проявляется на 3-4-день, достигает максимума к 7-8-му дню и исчезает к концу 2-3-й недели.
2. отека мошонки у мальчиков, который тоже симметричен и проходит без лечения.

3. десквамативноговулъвовагинита у девочек. При этом появляются выделения из половой щели серовато-­белого, а иногда коричневатого цвета. Проявляется так же, как и отек мошонки у мальчиков, в 1-е дни жизни и к 3-му дню исчезают.

Тактика: тщательный уход за ребенком.

*Мочекислый инфаркт почек* - это отложение мочевой кислоты в виде кристаллов в просвете мочевых канальцев.

Причины:

* усиленный распад большого количества клеток;

- особенности белкового обмена.

Проявляется изменением мочи. Она становится мутной, желтовато-коричневого цвета. После высыхания такой мочи на пеленках остаются коричневые пятна и песок. Обнаруживается на 3-4 день жизни на фоне

физиологической олигурии (сниженногосуточного объема мочи). По мере нарастания диуреза и вымывания кристаллов в течение 7-10 дней исчезает.

Тактика*:* дополнительное питье 5% раствора глюкозы.

Перечисленные состояния названы пограничными, так для всех систем новорожденного характерно состояние «неустойчивого равновесия», поэтому даже незначительные изменения условий окружающей среды могут привести к развитию заболеваний.

Следовательно, необходимо:

* осуществление специального тщательного ухода за новорожденным с соблюдением правил асептики и антисептики;
* соблюдение особых гигиенических условий его содержания;
* правильная организация вскармливания новорожденного.

Выписка из роддома осуществляется на 3 - 4-е сутки, после отпадения пупочного остатка и проведения вакцинации, при условии удовлетворительного состояния ребенка и матери.

1. **Патронаж новорожденного**

Первичный патронаж новорожденного осуществляют врач и медсестра детской поликлиники не позднее третьих суток после выписки из роддома.

Цели:

- оценка состояния новорожденного (определение врожденных и наследственных заболеваний, вида вскармливания, групп риска, группы здоровья).

- обучение матери правилам ухода и вскармливания новорожденного.

*Схема первого патронажа к новорожденному*

1. *. Паспортная часть:*
2. Ф.И.О. ребенка
3. Дата рождения
4. Место рождения
5. Ф.И.О. матери
6. Возраст
7. Место работы, профессия
8. Ф.И.О. отца, возраст
9. Место его работы, должность
10. Домашний адрес

10. Дата патронажа

11. Возраст ребенка (в днях)

*II. Субъективное обследование:*

1. От какой по счету беременности родился ребенок
2. Как протекала беременность (отеки, тошнота, рвота, повышение АД, прибавка в весе)
3. От каких по счету родов ребенок
4. Как протекали роды (быстрые, стремительные, слабость родовых сил, акушерские пособия, раннее отхождение околоплодных вод)
5. Масса тела при рождении, длина, окружность головы, окружность груди
6. Когда приложен к груди (на какие сутки, через сколько часов)
7. На какие сутки отпал остаток пуповины

8. Сделана ли вакцинация БЦЖ в роддоме (на какие сутки)

 9. На какие сутки выписан домой

10. На каком вскармливании находится ребенок

11. Через сколько часов кормится

 12. Продолжительность одного кормления

13. Соблюдается ли ночной перерыв

14. Получает ли воду между кормлениями

15. Где находится кроватка

16. Есть ли все необходимое для ухода за новорожденным

17. В каком состоянии его белье

*III. Осмотр ребенка:*

1. Активность, рефлексы новорожденного
2. Состояние кожных покровов и слизистых оболочек (цвет, эластичность, влажность)
3. Характеристика подкожного жирового слоя и мышечной ткани

 4. Состояние костной системы (роднички, швы, позвоночник)

 5. Состояние пупочной ранки

 6. Осмотр и пальпация живота

 7. Стул (цвет, консистенция, сколько раз в день, гомогенность, примеси: слизи, зелени, белых комочков)

8. Мочеиспускание (частота, цвет, болезненность, окрашивание пеленок)

1. *Заключение:*

1. Вид вскармливания, степень лактации

2. Группы риска

3. Группа здоровья

*V. Рекомендации:*

1. По организации вскармливания
2. По уходу за ребенком.

В дальнейшем патронаж новорожденного (до 28 дней жизни) осуществляется только участковой медсестрой один раз в неделю, врача вызывают по мере необходимости. Со второго месяца жизни проводится диспансерное наблюдение грудного ребенка в детской поликлинике.

**Литература:**

1. Крюкова, Д. А. Здоровый человек и его окружение [Текст]: учебное пособие / Д. А. Крюкова, Л. А. Лысак, О. В. Фурса; под ред. Б. В. Кабарухина. - изд. 6-е. - Ростов н/Д.: Феникс, 2014. - 381 с
2. Волков С.Р., Волкова М.М. Проведение профилактических мероприятий. Здоровый человек и его окружение. Руководство к практическим занятиям: Учебное пособие. – Москва: Авторская академия 2014г. -496с.
3. Волков С.Р., Волкова М.М. Здоровый человек и его окружение: Учебник. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2015г. Москва: Авторская академия 2015г – 640 с.
4. Руководство для средних медицинских работников / Под ред.Ю.П. Никитина, В.М. Чернышева. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2015г.

Электронные ресурсы:

1. [http://allmedbook.ru](https://www.google.com/url?q=http://allmedbook.ru/&sa=D&ust=1454619408370000&usg=AFQjCNHghS8TUP51pANRSdKZkAtAbeokYw) - электронная медицинская библиотека. На сайте размещены учебные медицинские фильмы, медицинские книги и методические пособия.
2. [http://doctorspb.ru](https://www.google.com/url?q=http://doctorspb.ru/&sa=D&ust=1454619408370000&usg=AFQjCNFQ24E2XOA-tOGKpSK69aXRoXx3Mg) - информационно-справочный портал о медицине,

     здоровье. На сайте размещены учебные медицинские фильмы, медицинские   книги и методические пособия.

1. [http://libopen.ru](https://www.google.com/url?q=http://libopen.ru/&sa=D&ust=1454619408371000&usg=AFQjCNHDudYMRJpm9j_-48WxGxoNcJ17Eg)  - медицинская библиотека libOPEN.ru содержит и регулярно пополняется профессиональными интернет-ресурсами для врачей, добавляются образовательные материалы  для  студентов.
2. http://pediatr-russia.ru  - научная  библиотека, обучение, уход за малышом.
3. [www.chado.ru](https://www.google.com/url?q=http://www.chado.ru&sa=D&ust=1454619408372000&usg=AFQjCNGhOvgH3Nxnaocczzdn0yI7XpoMVQ) – подборки статей  по  педиатрии, ежедневные  новости