

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М.І. Пирогова

“Затверджено”
на методичній нараді
кафедри пропедевтики дитячих
захворювань та догляду за
хворими дітьми

Завідувач кафедри



проф. Кулешов О.В.

«29» серпня 2024 р.

«ОК 02 «Здоров'я дітей»
(назва навчальної дисципліни)

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
навчальної дисципліни
з підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна
медицина»
(І рік навчання)

ТЕМА ЗАНЯТТЯ

Анатомо-фізіологічні особливості доношеної та недоношеної дитини.

Анатомо-фізіологічні особливості доношеної та недоношеної дитини

Вигодовування здорових новонароджених. Підтримка лактації у матері та тривалого грудного вигодовування.

Вінниця

Методичні рекомендації для самостійної роботи при підготовці до практичного заняття лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна медицина» (І рік навчання) за темою «Анатомо-фізіологічні особливості доношеної та недоношеної дитини.

Анатомо-фізіологічні особливості доношеної та недоношеної дитини

Вигодовування здорових новонароджених. Підтримка лактації у матері та тривалого грудного вигодовування.» (укладач к.мед.н., доцент Лисунець О.В.) **затверджено** на методичній нараді кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми 29.08.2024, протокол №1.

Завідувач кафедри



проф. Кулешов О.В.

1. Актуальність теми заняття

В даний час відбувається бурхливий розвиток неонатології, зумовлений чітким усвідомленням факту провідної ролі перинатальних факторів в етіології патогенезі багатьох хронічних хвороб людини. За даними Ю. Г. Антипкіна (2020), кожна 11 новонароджена дитина має порушення у стані здоров'я, що веде до зростання кількості дітей з інвалідністю. У той же час серед дітей України, за нашими даними, за останні десятиріччя удвічі зросла кількість вроджених вад розвитку та новоутворень.

2. Навчальні цілі заняття

I. Ознайомчий рівень теоретичних знань Інтерн

повинен удосконалити знання особливостей періоду новонародженості у доношених та передчасно народжених дітей. (αI)

II. Рівень репродуктивних теоретичних знань Інтерн повинен знати:

- періоди внутрішнього розвитку, перинатального та неонатального періоду, знати групи ризику порушення внутрішнього розвитку плода;
- знати ознаки недоношеності, незрілості;
- оцінку стану новонароджених за шкалою Апгар та морфофункціональною зрілістю;
- причини і прояви транзиторних станів;
- диференційну діагностику цих станів: а) транзиторна втрата маси тіла;
б) транзиторна гіпербілірубінемія;
в) транзиторні зміни шкіри;
г) порушення теплового балансу;
д) гормональний криз;
е) транзиторний дизбактеріоз;
є) транзиторні зміни функції нирок.
- правила догляду і вигодовування новонародженого в пологовому будинку:
 - а) первинний туалет;
 - б) профілактика гонобленореї;
 - в) обробка і догляд за пупком;
 - г) вигодовування немовлят.
- правила оформлення медичної документації (історія розвитку, виписка);
- групи ризику серед вагітних і новонароджених; організація етапної медичної допомоги дітям 1-го місяця життя в умовах міста (пологовий будинок, його профілізація, II етап виходжування для недоношених дітей та хворих новонароджених)

III. Рівень практичних навиків (професійний) Інтерн

повинен оволодіти:

(αIII)

- навичками диференційної діагностики
- тактикою ведення пацієнта

IV. Рівень професійних вмінь (професійний) Інтерн

повинен вміти:

- визначити критерії доношеності і недоношеності;
- визначити критерії морфофункціональної зрілості;
- виявити і діагностувати фізіологічні стани адаптаційного періоду;
- оцінювати стан немовляти при народженні;
- провести первинний туалет;
- провести профілактику гонобленореї та обробку пуповинного залишку;
- призначити вигодовування новонародженому в пологовому будинку;

— визначити фактори ризику порушення внутрішнього розвитку плода, групи ризику серед вагітних та новонароджених

3. Цілі розвитку особистості фахівця (виховні)

Здатність самостійно здійснювати професійну діяльність та розв'язувати специфічні для первинної медичної допомоги клінічні завдання на основі пацієнт-орієнтованого холістичного підходу в роботі із кожним пацієнтом/ родиною, що побудована на довготривалих довірчих відносинах лікар- пацієнт незалежно від соціального статусу, віку, статі, виниклої медичної проблеми та інших особливостей пацієнта, ефективному управлінні медичною практикою, забезпечуючи доступність, справедливість та якість надання первинної медичної допомоги відповідно до інтересів громади та законодавства України.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

№	Дисципліни	Знати	Вміти
1.	Попередні (забезпечуючи) 1. Нормальна анатомія 2. Нормальна фізіологія	анатоמו-фізіологічні особливості дітей патогенез порушень фізичного розвитку - дихальних розладів кардіо-респіраторної адаптації	
2.	Наступні (забезпечувати) 1. Педіатрія 2. Неонатологія 3. Ендокринологія 4. Акушерство	- показники фізичного розвитку - закони наростання маси - закони довжини тіла - ознаки доношеності - ознаки недоношеності - ознаки дихальних розладів - ознаки неонатальних судом - поняття природного вигодовування	- провести антропометричне вимірювання порівняти отримані результати з нормативними показниками фізичного розвитку оцінити дитину за шкалою Апгар, Доунса оцінити неврологічний статус новонародженої дитини оцінити ознаки недоношеності - провести оцінку фізичного розвитку по графіках - виявити відхилення у фізичному розвитку дитини
3.	Внутрішньо предметна інтеграція: Обстеження дітей з ураженням різних систем	- порушення фізичного розвитку дітей - клінічні прояви патологічних станів періоду новонародженості	- виявити відхилення у фізичному розвитку інтерпретувати стандартні відхилення показників фізичного розвитку інтерпретувати дані параклінічних досліджень у періоді новонародженості

5. Відбір змісту навчального матеріалу теми та його структурування

Періоди внутріутробного розвитку.

А. Ембріональний розвиток: - від утворення зиготи до 8 тижнів;
- утворення органів, систем. Зовнішніх частин тіла.

Фактори ризику: – генетичні,

- фізичні,
- хімічні,
- аліментарні,
- гестози,
- хвороби матері.

Б. Плацентарний розвиток.: - від 2 міс. до кінця вагітності;
- тканинна диференціація органів плода;
- значне наростання маси і зросту плода.

Фактори ризику: - зовнішні чинники,

- захворювання матері,
- гестози,
- імунний конфлікт матері і плода,
- ураження плаценти,
- аномалії розвитку і прикріплення плаценти,
- аномалії пуповини та оболонки плода.

В. Інтранатальний період: - від початку пологів до народження дитини.

Фактори ризику: - аномалії пологової діяльності,
- інфікування плоду.

Поняття про перинатальний та неонатальний періоди.

А. Перинатальний період: з 28 тижня внутріутробного розвитку до кінця 1-го тижня життя.

Періоди: - пізній антенатальний (з 28 по 40 тиждень в/утробного розвитку)

- інтранатальний (з початку пологів до народження)
- ранній неонатальний (з народження до 7 днів).

Б. Пізній неонатальний – з 7 до 28 днів.

Критерії недоношеності:

- народження на 28-37 тижні гестації;
- маса дитини до 2,5 кг, довжина тіла 38-47 см, обвід голови 26-34 см, обвід гр.клітки 24-33 см;
- функціональна та морфологічна незрілість основних систем організму,
- непропорційна будова тіла,
- шкіра тонка, зморшувата,
- тонка підшкірна основа,
- виражений пушок,
- низьке розташування пупкового кільця.
- м'які нігті,
- відкрита статеві щілина,
- кріпторхізм, м'які хрящі, вуха щільно притиснуті до голови.

Оцінка функціонального стану і ступеню зрілості новонародженого:

- за шкалою Апгар;
- здатність утримувати постійну температуру тіла;
- наявність природжених безумовних рефлексів,
- достатня рухова активність, емоційні реакції,
- зрілість новонародженого за клінічними ознаками та за допомогою спеціальних таблиць по сумі балів.

А. Причини виникнення перехідних станів: - перехід до позаутробного життя;
- зміна барометричного тиску;

- нестала температура;
- інші тактильні подразнення;
- мікробне оточення.

Б. 1) Транзиторна втрата початкової маси тіла

- недостатнє надходження в організм води в перші дні,
- відносне голодування дитини,
- зменшення маси на 6-9%,
- відновлення маси в кінці 1-го – на початку 2-го тижня,
- втрата маси більше 10% є патологічною і вказує на значне зневоднення дитини (поганий догляд, захворювання).

2) Транзиторна еритема:

- в перші години життя,
- утримується 3-7 днів,
- внаслідок розширення капілярів у відповідь на подразнення рецепторів шкіри різними зовнішніми подразненнями,
- змінюється висівкоподібним лущенням шкіри.

3) Токсична еритема:

- зустрічається в 40-50% новонароджених,
- алергоїдна реакція;
- початок на 2-5 день життя у вигляді щільних папул білогокольору, які оточені червоним вінчиком, навколо суглобів, на сідницях, грудях;
- утримується 2-3 дні.

4) Транзиторні зміни теплового балансу:

- недосконалість процесів терморегуляції;
- зміни температури навколишнього середовища;
- транзиторна гіпотермія (в першу годину після народження);
- транзиторна гіпертермія (на 3-5 день життя);
- диф.діагностика з інфекційними захворюваннями, що супроводжуються гіпертермією

5) Транзиторна гіпербілірубінемія:

- причина підвищення білірубіну – функціональна незрілість ферментних систем печінки;
- клінічно – жовтяниця у 60-70% новонароджених;
- непрямий білірубін до 68-102 мкмоль/л;
- загальний стан не порушений;
- сеча, кал звичайного забарвлення;
- печінка, селезінка не збільшені;
- жовтяниця з'являється на 2-3 добу після народження, зникає на 12-14 день.

6) Статеві кризи:

- внаслідок дії естрогенних гормонів, що надходять до плода від матері в останні тижні в/утробного розвитку;
- припухлість молочних залоз (на 3-4 день), шкіра не змінена;
- симетричне припухання (диф.діагностика з гнійним маститом – одностороннє ураження, гіперемія, погіршення загального стану);
- десквамативний вульвовагініт (значні слизові виділення в перші 3 дні);
- кровотечі з піхви (5-8 день життя у 5-10% дівчаток) – триває близько 1 доби (диф.діагностика з геморагічною хворобою новонароджених, сепсисом, сифілісом, новоутвореннями).

7) Транзиторні особливості функції нирок:

- рання неонатальна олігурія (всі новонароджені в перші 3 дні життя);
- альбумінурія (підвищена проникність епітелію клубочків, каналців, капілярів на тлі особливостей гемодинаміки);;
- сечокислий інфаркт (1-ий тиждень життя);
- при тривалій олігурії, альбумінурії проводиться диф.діагностика з інфекціями сечовивідних шляхів, полікістозом, мікрокістозом).

8) Транзиторний дизбактеріоз:

- заселення первинно-стерильного кишечника різною флорою (біфідум, молочнокислий стрептокок, сапрофітний стафілокок, УПФ);
- транзиторний катар кишок – розлади випорожнень в усіх новонароджених на 1-му тижні життя;
- причини – зміни характеру харчування;
- диф.діагностика з кишковими інфекціями, захворюваннями ШКТ внаслідок неадекватного харчування (тривалі зміни стільця з порушеннями загального стану, відсутність прибавки маси).

Диф.діагностика транзиторної гіпербілірубінемії у новонароджених.

1	2	3	4	5
Критерії	Транзиторна жовтяниця	Конюгаційна жовтяниця	Атрезія жовчних шляхів	ГХН
Час появи	2-3 доба	2-3 доба	2-3 доба	1 доба
Тривалість	10-15 діб	3 і > тижнів	До смерті	2-3 місяці
Загальний стан	Не порушений	Незначно порушений	Перші місяці не порушений	Тяжкий, швидко погіршується
Колір шкіри	Жовто-червоний	Апельсиновий	Жовто-зелений	Жовто-коричневий
Підшкірні крововиливи	Немає	Дуже рідко	Іноді	Іноді
Температура	N	N	N	N
Печінка	N	N	Незначно збільшена	Збільшена
Селезінка	N	N	Збільшена пізніше	Незначно збільшена
Колір сечі	Світложовтий	Темножовтий	Темнозелений	Коричневий
В сечі: А) білірубін Б) уробіліноген	- - або сліди	+ - або сліди	+ -	+ +
Колір калу	Жовтий	Жовтий	Світлий	Жовтий
ЛФ в сироватці крові	N	N	N	N
Стеркобілібін	+	+	-	+
Білірубін в крові: Загальний Прямий Непрямий	Помірно ↑ N Помірно ↑	↑ Незначно ↑ Помірно ↑	↑ значно ↑ значно ↑ незначно	↑ значно ↑ ↑ значно

Диф.діагностика транзиторних станів шкіри

Критерії	Транзиторна еритема	Токична еритема	Везикуло-пустульоз	Пітниця
Початок	В перші години життя	3-5 день	5-6 день	Перші місяці життя
Етіологія	Вплив зовнішніх подразників	Алергічна реакція	Патогенний Стафілокок	Порушенн Теплового режиму
Локалізація висипань	Вся шкіра	Вся шкіра	Вся шкіра	Тулуб, природні складки

Елементи висипань	Почервоніння шкіри – висівкоподібне лущення	Конічні червоні папули або везикули з просяне зерно	Везикули, пустули, ерозії, кірочки без пігментації	Дрібні червоні вузлики або плями в місцях виходу потових залоз
Тривалість	3-7 днів	1-3 дні	Декілька тижнів	До покращення догляду
Загальний стан	Не порушений	Задовільний	Не погіршений при відсутності ускладнень	Іноді неспокій, погіршення апетиту

Догляд новонародженого після пологів:

- заходи щодо першого вдиху (відсмоктування вмісту верхніх дихальних шляхів);
- оцінка за шкалою Апгар (на 1-й та 5-й хвилині);
- обсушення та обтирання дитини промокуючими рухами, стерильною пелюшкою;
- купання в родзалі лише за показами (інфікування під час пологів, забруднення шкіри);
- перевязка пуповини (затискачі Кохера, шовкова лігатура);
- прфілактика гонобленореї (30% р-н сульфацил натрію, 2% р-н левоміцетину);
- антропометрія;
- прикладання до грудей матері: перший візуальний і шкірний контакт в перші 2 години після народження;
- оптимальний варіант – сумісне утримання матері і дитини в післяпологовому відділенні;
- щоденний туалет новонародженого;
- термометрія, антропометрія;
- догляд за пупковим залишком
- сповивання новонародженого.

Вигодовування новонародженого:

- перше прикладання до грудей в перші 2 год після народження;
- технічні прийоми годування новонародженого;
- число годувань -8-10;
- інтервал між годуваннями – 2-2,5 год;
- розрахунок добового об'єму молока: 45-50ккал/кг маси тіла

Лактація – це процес утворення та виділення молока молочними залозами.

Фази лактації:

1. Маммогенез

- відбувається підготовка молочної залози до годування (перші 2-3 міс. вагітності).
- гіпертрофується паренхіма молочних залоз;
- епітеліальні клітини трансформуються в ацинуси;
- видовжуються молочні протоки та дихотомічно розгалужуються;
- зменшується кількість інтерстиціальної тканини;

- розвивається судинний апарат.

Регуляція:

Першочергова роль:

- естрогени (впливають розвиток молочних ходів);
- прогестерон (забезпечує збільшення та проліферацію ацинусів);

а також:

- гормони гіпофіза (пролактин, соматотропний, адренкортикотропний, тиреотропний гормони);
- гормони підшлункової залози (інсулін);
- гормони плаценти (хоріальний гонадотропін, хоріальний соматомаммотропний гормони).

2. Лактогенез

- відбувається секреція клітинами ацинуса, яка супроводжується руйнуванням епітеліальних клітин. Накопичується секрет та переходить до молочних ходів (з 4-го міс. вагітності)

Регуляція:

пролактином

вивільнення плацентарного соматомаммотропного гормону (після вигнання плаценти), зниження рівня естрогенів та прогестерону (що знімає інгібування гіпоталамуса та молочної залози) ⇒ різко підвищується активність пролактину ⇒ діє на секреторні клітини ацинуса.

3. Галактопоез – зв останні місяці вагітності.

- секреція молока епітеліальними клітинами ацинуса;
- випорожнення альвеол і перехід секрету до молочних ходів.

Регуляція:

З одного боку – пролактин та окситоцин, з іншого – акт смоктання.

- подразнення соска викликає рефлекторне інгібування гіпоталамуса і тим самим посилює виділення пролактину;
- окситоцин (стимулює скорочення міоепітеліальних клітин ацинусів і молочних ходів, сприяє виділенню молока).

4. Фаза автоматизму функціонування молочної залози (наступає після пологів).

Регуляція:

рефлекторний вплив акту смоктання:

випорожнення ацинусів ⇒ стимулюється секреція молока (продовжується без участі пролактину) і т. д.

Порушення лактації:

1. Агалактія – повна відсутність утворення секрету молочними залозами.
2. Гіпогалактія – зниження утворення секрету молочними залозами.

Види: рання (первинна)

пізня (вторинна)

Причини ранньої гіпогалактії:

- нейроендокринні розлади,
- хвороби матері,
- важкий перебіг пологів,
- пізнє прикладання дитини до грудей,
- недостатня активність немовляти при годуванні.

Причини пізньої гіпогалактії:

- неправильна техніка вигодовування малюка;
- хвороби матері,
- нераціональний спосіб життя матері,
- недостатнє харчування матері,
- перевтома, стресові ситуації.

Профілактика гіпогалактії направлена на усунення можливих причин.:

Ступені гіпогалактії:

I – дефіцит молока до 25%;

II – дефіцит молока до 50%;

III – дефіцит молока до 75%;

IV – дефіцит молока більший за 75%.

3. Галакторея – мимовільне виділення молока.

- виділяється з молочної залози тоді, коли годують дитину другою молочною залозою;
- виділяється з молочних залоз у перервах між годуваннями.

Лікування гіпогалактії

первинна: гормональна терапія

вторинна:

I-II ст.

- усунення причин;
- частіше прикладання дитини до грудей та повне випорожнення залози;
- годування дитини вночі;
- фітотерапія;
- масаж молочних залоз.

III-IV ст.

- гормональна терапія;
- УФ-опромінення молочних залоз та ін.

Правила виписування з пологового будинку:

- день виписки визначається індивідуально;
- обов'язковий огляд дитини травматологом та ортопедом;
- бесіда з родичами про догляд та вигодовування дитини;
- довідка про народження дитини (прізвище, стать, температура, зріст, обхват голови, обхват грудей, оцінка по шкалі Апгар, перебіг періоду адаптації, максимальна втрата маси, маса при народженні та виписці, термін відпадання алишка пуповини, стан пупкової ранки, дані про БЦЖ, вид вигодовування, лікарські заходи);
- повідомлення в дитячу поліклініку за місцем проживання про виписку дитини.

Групи ризику серед вагітних і новонароджених

A. Фактори ризику під час вагітності: - вірусні, бактеріальні інфекції;

- гіпертензія;
- міастенія;
- захворювання нирок;
- наркоманія, алкоголізм, куріння.

B. Фактори ризику до запліднення: - дефіцитні анемії;

- спадкові хвороби;
- хвороби серця та нирок;;
- ожиріння;
- вік матері до 16 то після 40 років;
- багаторазові пологи;
- обтяжений акушерський анамнез.

B. Групи «високого ризику» серед новонароджених:

- народжені від матері з пізніми гестозами;
- народжені від матерів з екстрагенітальною патологією;
- після операції «кесарського розтину»;
- перенесена вагітність;
- синдром «алкогольного плода»;
- від матерів, що курять;

- діти з порушеннями адаптації (СДР, в/утробна гіпоксія, набряковий синдром тощо);
- недоношені діти і діти з затримкою в/утробного розвитку;
- діти із спадковими, вродженими і ендокринними порушеннями.

II. Етапи лікувально-профілактичної допомоги.

A. Пологові будинки:

- спеціалізовані у великих містах (для жінок з серцево-судинною, ендокринною патологією, резус-конфліктом);
- відділи новонароджених (фізіологічні, патологічні, недоношених, обсервації).

Б. II етап виходжування недоношених (при обласних та міських дитячих лікарнях).

В. Відділи патології новонароджених (при обласних та міських дитячих лікарнях).

Неонатальні судоми (НС) можуть бути першим, а іноді єдиним клінічним проявом ураження центральної нервової системи (ЦНС) у новонароджених. Кожен випадок НС породжує чималу кількість гіпотетичних та практичних критичних зауважень щодо віддаленого прогнозу.

Найбільш поширені причини неонатальних судом (НС)

Гіпоксія – ішемія

Інфекційні процеси в ЦНС

Менінгіт

Енцефаліт

Внутрішньоутробна інфекція

Метаболічні розлади

Гіпоглікемія

Гіпокальціємія

Гіпомагнезіємія

Аміноацидурия

Органічна ацидурия

Порушення в орнітиновому циклі

Дефіцит біотинідази

Дефіцит піридоксину

Внутрішньочерепний крововилив

Інтравентрикулярний

Інтрацеребральний

Субдуральний

Субарахноїдальний

Інфаркт

Хромосомні аномалії

Вроджені вади мозку

Нейродегенеративні розлади

Вроджені дефекти метаболізму

Доброякісні неонатальні конвульсії

Доброякісні сімейні неонатальні конвульсії

Медикаментозна інтоксикація

Класифікація НС

НС класифікують за наступними критеріями :

- відповідно до клінічної маніфестації;
- за відповідністю між клінічним описом та електричною судомною активністю на ЕЕГ;
- за патофізіологією судом;
- за типом епілептичного синдрому.

Патофізіологічна класифікація НС передбачає поділ судом на епілептичні та неепілептичні.

Класифікація за часовою залежністю між клінічними проявами судом та змінами на ЕЕГ виглядає наступним чином :

- електроклінічні судоми – клінічні прояви у часі накладаються чи співпадають з електроенце- фалографічними;
- клінічні судоми, що характеризуються клінічними проявами за відсутності змін на ЕЕГ;
- електроенцефалографічні судоми, що характеризуються лише змінами на ЕЕГ.

Клінічна класифікація НС

Фокальні клонічні

Фокальні тонічні

Генералізовані тонічні

Міоклонічні

Інфантильні спазми

Моторні автоматизми (ледь помітні судоми):

- очні знаки
- орально-букально-лінгвальні рухи
- прогресивні рухи
- комплексні мимовільні рухи

Синдромальна класифікація

Зважаючи на класифікацію НС Міжнародної протиепілептичної ліги (ILAE), використання синдромальної класифікації НС є дещо обмеженим. Практично всі НС вважають симптоматичними, тобто наслідком дії певного етіологічного фактора, проте ILAE визначено чотири специфічні синдроми, що зустрічаються в неонатальному періоді:

- доброякісні неонатальні конвульсії;
- доброякісні сімейні неонатальні конвульсії;
- рання міоклонічна енцефалопатія;
- рання інфантильна епілептична енцефалопатія (синдром Отахара) .

6. План та організаційна структура заняття

№	Основні етапи заняття їх функції за зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, індуктивності)	Розподіл часу (хв.)
1	Підготовчий етап	I		Питання	11,5
2	Організаційні заходи	II	- Усне опитування	Задачі	77,4
3	Постановка навчальних цілей та мотивація Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: - періоди внутрішнього розвитку, перинатального та неонатального періоду, знати групи ризику порушення внутрішнього розвитку плода; - знати ознаки недоношеності, незрілості;	III	Розв'язування ситуаційних задач - Контроль практичних навичок	Новонароджені діти	26,6

<p>- оцінку стану новонароджених за шкалою Апгар та морфофункціональною зрілістю;</p> <p>- причини і прояви транзиторних станів;</p> <p>- диференційну діагностику цих станів: а) транзиторна втрата маси тіла;</p> <p>б) транзиторна гіпербілірубінемія;</p> <p>в) транзиторні зміни шкіри;</p> <p>г) порушення теплового балансу;</p> <p>д) гормональний криз;</p> <p>е) транзиторний дизбактеріоз;</p> <p>є) транзиторні зміни функції нирок.</p> <p>- правила догляду і вигодовування новонародженого в пологовому будинку:</p> <p>а) первинний туалет;</p> <p>б) профілактика гонобленореї;</p> <p>в) обробка і догляд за пупком;</p> <p>г) вигодовування немовлят.</p> <p>- правила оформлення медичної документації (історія розвитку, виписки);</p> <p>- групи ризику серед вагітних і новонароджених; організація етапної медичної допомоги дітям 1-го місяця життя в умовах міста (пологовий будинок, його профілізація, II етап виходжування для недоношених дітей та хворих новонароджених)</p>				
---	--	--	--	--

4	<p>Основний етап</p> <p>Формування професійних вмінь та навичок</p> <ul style="list-style-type: none"> - диференційно-діагностичного пошуку -тактики ведення пацієнта 	III	Практичний тренінг	<ul style="list-style-type: none"> - професійні алгоритми -клінічне обстеження тематичного пацієнта з призначенням обстеження та лікування -підготовка до тестового екзамену ліцензійного інтегрованого іспиту для лікарів (фармацевтів/пр овізорів)- інтернів галузі знань «Здоров'я» Крок 3 	272,2
5 6 7	<p>Заключний етап</p> <p>Контроль та корекція рівня професійних навичок та умінь Підведення підсумків заняття (теоретично, практичного, організаційного)</p> <p>Домашнє завдання</p> <p>Основна:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. Видання, 2019. – Т1 -378 с., Т2 – 426 с. 2. Nelson textbook 20th Edition by Robert M. 	III	<ul style="list-style-type: none"> - Індивіду альний контроль навичок та їх результатів 	<ul style="list-style-type: none"> -новонароджені діти - задачі Крок3 - журнал обліку відвідувань та успішності лікарів (провізорів)-інтернів 	74,3

<p>Kliegman, MD, Richard E. Behrman, MD, Hal B. Jenson, MD and Bonita F. Stanton, MD. 2018. Видавництво: SAUNDERS</p> <p>4. Robert Kliegman Joseph St. Geme. Nelson Textbook of Pediatrics, 2- Volume Set. 21st Edition. 2019. Elsevier. 4264 p.</p> <p>5. Клінічна педіатрія /за редакцією В.М.Дудник, 2021. Нова книга. 648 с.</p> <p>6. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник /Ю. В. Марушко, Р. Р. Шеф, Ф. С. Глумчер та ін., 2020. Медицина. 440с.</p> <p>Додаткова:</p> <p>1Maria A, Shukla A, Wadhwa R, Kaur B, Sarkar B, Kaur M. Achieving Early Mother-baby Skin-to-skin Contact in Caesarean Section: A Quality Improvement Initiative. Indian Pediatr. 2018 Sep 15;55(9):765-767. PMID: 30345981.</p> <p>2 Schüssler SC, Schmidt M, Deiters L, Candova A, Fahlbusch FB, Trollmann R. Long-term outcomes of very- low-birth-weight and low- birth-weight preterm newborns with neonatal seizures: A single-center perspective. Eur J Paediatr Neurol. 2022 Jan;36:137- 142. doi: 10.1016/j.ejpn.2021.12.013. Epub 2021 Dec 22. PMID: 34973622.</p> <p>Інформаційний ресурс</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. https://mozdoc.kiev.ua/index.php?nav=8 2. https://www.doh.gov.ua/catalog/pediatrics 				
--	--	--	--	--

	<p>3. guidelines.moz.gov.ua</p> <p>4. WONCA Global Standarts for Family Doctors Postgraduate Education https://wfme.org</p> <p>5. http://clinical.evidence.bmj.com</p> <p>6. http://inmeds.com.ua/ – веб-ресурс «Єдиний медичний простір</p> <p>7. http://medstandard.net/browse/2277 Протокол медичного догляду за новонародже ною дитиною з малою масою тіла при народженні</p> <p>8. https://neonatology.org.ua/news/docs Асоціація неонатологів України, нормативні документи</p> <p>9. https://neuronews.com.ua/ua/archive/2011/5-3/article-529/katamnez-ditey-shcho-perenesli-sudomi-v-neonatalnomu-periodi#gsc.tab=0</p>				
--	--	--	--	--	--

7. Матеріали методичного забезпечення заняття.

Теоретичні питання до заняття

- 1 АФО недоношених та доношених новонароджених дітей
- 2 Рубіжні стани у новонароджених дітей
3. Диференційна діагностика жовтяниці у недоношеної новонародженої дитини
- 4 Особливості виходжування передчасно народжених дітей
5. Особливості катамнестичного спостереження за передчасно народженими дітьми
- 6 Особливості догляду та вигодовування передчасно народжених дітей
7. Порушення лактації: причини, клінічні прояви, тактика

Практичні питання до заняття

1. Провести об'єктивне обстеження дитини.
2. Провести антропометрію новонародженого.
3. Провести туалет шкіри, очей, носа, вух.
4. Перев'язування пуповини, обробка ранки.
5. Дотримання особистої гігієни.
6. Виявити транзиторні стани при огляді дитини.
7. Поставити діагноз. Провести дифдіагностику.
8. Визначити особливості догляду за дитиною з урахуванням виявлених транзиторних станів.
9. Неонатальні судоми, причини, класифікація, тактика

Задачі

- 1 Живий доношений хлопчик народився з масою тіла 4000 г з оцінкою за шкалою Апгар 2--3 бали. Навколоплідні води меконіальні. Під час відсмоктування вод виявлена меконіальна аспірація. ЧСС новонародженого 90 уд. за 1 хв. З чого потрібно розпочинати реанімаційні заходи?
- 2 Після народження доношеного новонародженого його було поміщено під джерело променистого тепла, обсушено та проведено тактильну стимуляцію, але ЧСС залишається нижче ніж 100/хв. Які повинні бути подальші дії?
- 3 Народилася доношена дитина в асфіксії середнього ступеня тяжкості з слабким неритмічним диханням, незначною флексією кінцівок, серцевим скороченням менше ніж 100/хв, ціанозом кінцівок, гримасою обличчя на тактильну стимуляцію. Відсмоктування секрету з носа і рота резиною грушею ефекту не дало. Які наступні реанімаційні заходи треба виконати?

Література:

Основна:

1. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. / Карен Дж. Маркденте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. Видання, 2019. – Т1 -378 с., Т2 – 426 с.
2. Nelson textbook 20th Edition by Robert M. Kliegman, MD, Richard E. Behrman, MD, Hal B. Jenson, MD and Bonita F. Stanton, MD. 2018. Видавництво: SAUNDERS
4. Robert Kliegman Joseph St. Geme. Nelson Textbook of Pediatrics, 2-Volume Set. 21st Edition. 2019. Elsevier. 4264 p.

5. Клінічна педіатрія /за редакцією В.М.Дудник, 2021. Нова книга. 648 с.
6. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник /Ю. В. Марушко, Р. Р. Шеф, Ф. С. Глумчер та ін., 2020. Медицина. 440с.

Додаткова:

- 1 Maria A, Shukla A, Wadhwa R, Kaur B, Sarkar B, Kaur M. Achieving Early Mother-baby Skin-to-skin Contact in Caesarean Section: A Quality Improvement Initiative. Indian Pediatr. 2018 Sep 15;55(9):765-767. PMID: 30345981.
- 2 Schüssler SC, Schmidt M, Deiters L, Candova A, Fahlbusch FB, Trollmann R. Long-term outcomes of very-low-birth-weight and low-birth-weight preterm newborns with neonatal seizures: A single-center perspective. Eur J Paediatr Neurol. 2022 Jan;36:137-142. doi: 10.1016/j.ejpn.2021.12.013. Epub 2021 Dec 22. PMID: 34973622.

Інформаційний ресурс

1. <https://mozdocs.kiev.ua/index.php?nav=8>
2. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/pediatriciya
3. guidelines.moz.gov.ua
4. WONCA Global Standards for Family Doctors Postgraduate Education
<https://wfme.org>
5. <http://clinicalevidence.bmj.com>
6. <http://inmeds.com.ua/> – веб-ресурс «Єдиний медичний простір
7. <http://medstandart.net/browse/2277> Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні
8. <https://neonatology.org.ua/news/docs> Асоціація неонатологів України, нормативні документи
9. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2011/5-3/article-529/katamnez-ditey-shcho-perenesli-sudomi-v-neonatalnomu-periodi#gsc.tab=0>