

Патронаж матери и ребёнка: вчера, сегодня, завтра

**Заместитель главного врача
ГБУЗ "ВОДКБ",
к.м.н., М.В.Аксёнова**

2022



«Первичный патронаж –
критическая потребность
новорожденного»

ВОЗ (1998)





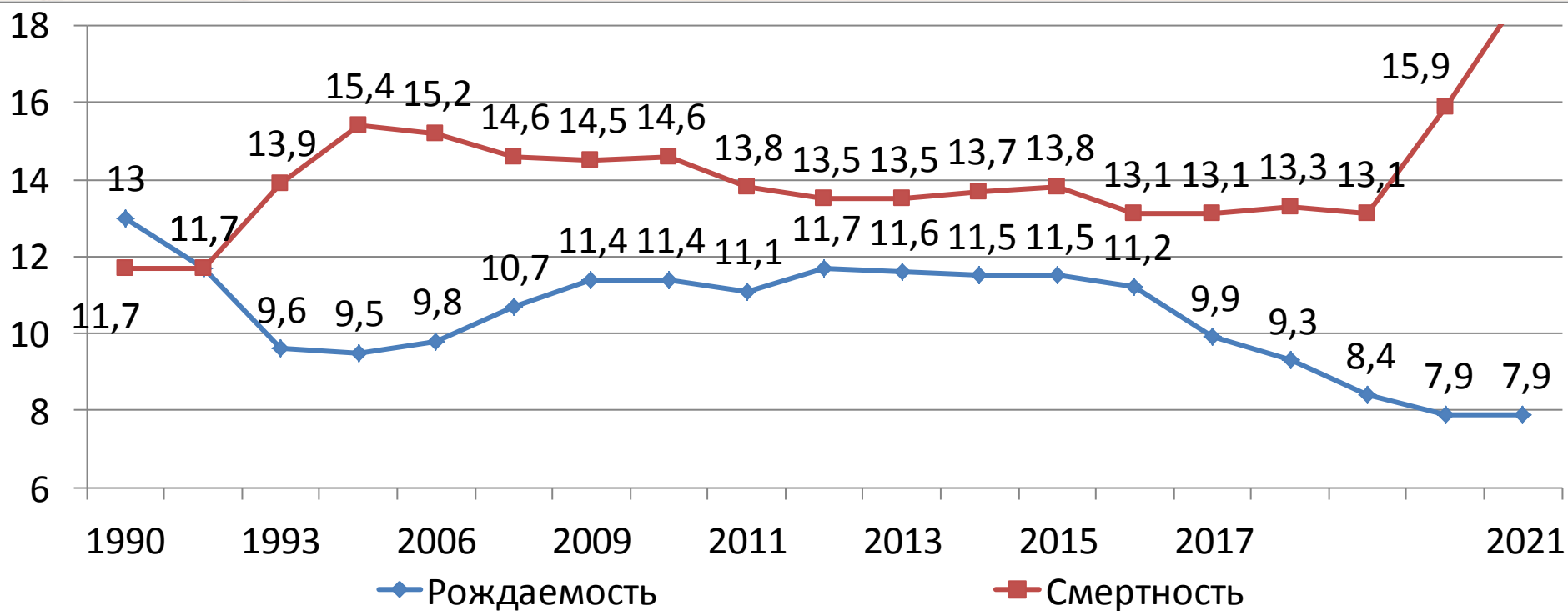
Главной задачей **Планов** по снижению материнской и детской смертности является создание и внедрение мероприятий, которые гарантировали бы семьям, матерям и младенцам наиболее благоприятный исход репродуктивного процесса





Динамика рождаемости и смертности в Волгоградской области (в промилле)

В 2021 г. коэффициент смертности **18,9** (РФ 16,8; ЮФО 17,8);
рождаемости – без динамики **до 7,9** (РФ 9,6; ЮФО 9,4);
прирост отрицательный – 11,0 (РФ - 7,2; ЮФО -8,4)





Нормативные документы

- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 №366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи» (приложение №№1,4)
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 № 92н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»





Нормативные документы

**Приказ Министерства
здравоохранения Российской
Федерации от 07.03.2018 № 92н**



...проведение первичного патронажа новорожденных (медицинский работник проводит первичный патронаж не менее двух раз, первое посещение осуществляет не позднее третьего дня после выписки из акушерского стационара (отделения))



Междисциплинарное взаимодействие

До рождения ребенка



Дородовый патронаж

После рождения ребенка



**Патронаж
новорожденного**

**Дети высокой группы
риска**



**Педиатрическая
служба**



Кабинет катамнеза



Дородовый патронаж.

Форма клинической ответственности участкового педиатра

Федеральный протокол, который бы описывал единый правила наблюдения здоровых детей на территории обслуживания МО пока не принят, однако его проект разработан и обсужден ГВС регионов.



Основные принципы дородового патронажа определены приказом МЗ СР РФ от 16.04.2012 №366н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи». Данная функция (патронаж беременных) возложена на участкового врача-педиатра.



Дородовый патронаж. Форма клинической ответственности участкового педиатра

Дородовый патронаж беременных женщин проводится дважды средним медицинским персоналом на дому:

1. Сразу после получения информации о постановке беременной женщины на учет
2. На 32-й неделе беременности.

**Участковый врач и медицинская
сестра должны стать для родителей
авторитетным источником
достоверных знаний о
формировании здоровья плода!**



Дородовый патронаж.

Задачи педиатрической службы

ЦЕЛЬ - взаимодействие со специалистами женской консультации:

- Своевременная (15-17 лет) передача информации о девочках, имеющих хроническую соматическую патологию
- Своевременная прегравидарная подготовка
- Беседы с беременными о профилактике ВПР и осознанному отношению к рождению ребенка с тяжелыми ВПР
- Профилактический прием витаминов и микроэлементов для формирования органов и систем у плода

УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ:

- при поздней постановке или нежелании беременной стоять на учёте в женской консультации
- Формальное проведение патронажей средним медицинским персоналом



Дородовый патронаж.

Форма клинической ответственности участкового педиатра

На практике дородовый патронаж сводится к фиксированию условий проживания семьи и наличии предметов ухода за новорожденным.

ПРИНЦИП разумной достаточности патронажа беременной:

- ✓ Обсуждение медицинской сестрой или вместе с врачом?
- ✓ Риски возникновения болезней плода при наличии вредных пристрастий (курение и т.п.)
- ✓ Генеалогический анамнез
- ✓ Влияние хронических болезней будущих родителей на развитие плода
- ✓ Особенности питания беременной, как риск нарушений в развития плода
- ✓ Важность проведения пренатального скрининга (частное или государственная МО)
- ✓ Особенности плода в разные триместры беременности
- ✓ Важность грудного вскармливания после рождения у ребенка



Второй дородовый патронаж

- Прогноз рождения малыша
- Подготовка места и одежды
- Средства и особенности ухода
- Средства поддержки грудного вскармливания
- Профилактика гипогалактии
- Особенности питания мамы в период грудного вскармливания





Актуальные вопросы по итогам патронажей новорожденного и беременной



- ☐ Сопровождение социально-неблагополучных беременных.
- ☐ Обеспечение маркировки карт беременных с отметкой о социальном неблагополучии.
- ☐ Медико-социальное сопровождение семей в СОП с момента выписки детей раннего возраста (с утвержденным графиком посещений).
- ☐ Контроль исполнения планов диспансерного наблюдения за детьми.



Первичный патронаж новорождённого – комплекс плановых мероприятий, осуществляемых на дому врачом-педиатром и медицинской сестрой для:

- ☐ Своевременной диагностики патологических состояний и предотвращения их развития (дородовый патронаж);
- ☐ динамического наблюдения за состоянием ребенка в возрасте 0-28 дней;
- ☐ определения плана дальнейшего наблюдения, лечебных и профилактических мероприятий;
- ☐ проведения санитарно-просветительской работы, направленной на поддержание грудного вскармливания и соблюдение родителями рекомендаций по уходу (патронаж новорожденного)



Сроки врачебного патронажа

- ❖ для здоровых детей, в случае ранней выписки из род.дома (3-4сут. жизни) первый патронаж проводят до 6-7сут.жизни, второй: 11-13 сут.
- ❖ в случае поздней выписки здорового новорожденного (5сут. жизни и более), второй патронаж проводят через 5-7 дней от первичного визита врача.





Оборудование для проведения врачебного патронажа:

❖ Фонендоскоп

❖ Медицинская укладка

- маска медицинская одноразовая (1 шт.);
- бахилы (1 шт.);
- сантиметровая лента (1 шт.);
- тонометр с неонатальной манжетой (1 шт.);
- дезинфицирующие салфетки для обработки фонендоскопа и термометра (4 шт.);
- термометр электронный (1 шт.);
- кожный антисептик (2 шт.);
- билирубинометр транскутанный (1 шт. – при наличии);
- портативный пульсоксиметр (1 шт.).





Эффективные технологии патронажа:

- Клинический осмотр, контрольное взвешивание по показаниям;
- Оценка эффективности вскармливания;
- Кардиологический скрининг на ВПС – пульсоксиметрия;
- Оценка цвета кожных покровов по шкале Крамер + билирубинометрия





Что нужно сделать врачу на первом патронаже?

- проведение общего осмотра;
- определение показаний для проведения билирубинометрии;
- сбор анамнеза;
- исключение возможных заболеваний;
- оценка течения периода адаптации и социальных условий проживания
- оценка результатов аудиологического и неонатального скринингов (при наличии);
- установление группы здоровья, выявление факторов риска заболеваний;
- определение плана дальнейшего наблюдения, рекомендации по уходу
- мотивирование матери к продолжению грудного вскармливания;
- составление графика вакцинации;



Что нужно сделать врачу на первом патронаже: общий осмотр

- проведение общего осмотра ребенка **ТОЛЬКО** при хорошем освещении (предпочтительно при дневном свете) и полностью раздетого
- пациенту должна быть обеспечена тепловая защита
- оценка цвета кожных покровов после легкого надавливания пальцем до уровня подкожно-жировой клетчатки



Что нужно сделать врачу на первом патронаже: оценка иктеричности кожи

Степень желтухи	Окрашенные участки кожи	Уровень билирубина мкмоль/л
I	Лицо, шея	>80
II	Лицо, шея, спина, грудь, живот до пупка	150
III	Вся кожа до локтевых и коленных сгибов	200
IV	Всё тело, кроме кожи на ладонях и подошвах	>250
V	Всё тело	>350

- ✓ В случае выявления III ст. у недоношенных и IV у доношенных – **ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ СРОЧНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА КРОВИ!**
- ✓ У родившихся раньше срока и детей с ЗВУР – **обязательный лабораторный контроль уровня билирубина крови!**



Прогностическая таблица риска неблагоприятного исхода от внешних причин ребёнка первого года жизни

№п/п	Факторы риска	Оценка фактора	
		да	нет
1	Родители/мать не работают		
2	Малообеспеченная семья		
3	Семья в СОП		
4	Мать/отец – одиночка		
5	Вредные привычки у матери/отца		
6	Искусственное вскармливание в первые 6 месяцев жизни		
7	Прибавка в весе > 1 кг в месяц		
8	Семья - мигранты		
9	Многодетная семья		



**Прогностическая таблица
риска неблагоприятного исхода
от внешних причин
ребёнка первого года жизни**

№п/п	Факторы риска	Оценка фактора	
		да	нет
10	Недостаточная санитарная культура родителей		
11	Некачественный уход за ребёнком		
12	Несвоевременное обращение за медпомощью		
13	Неявки на осмотр в декретированные сроки		
14	Отказ от лечения/выхаживания		
15	Ребенок от многоплодной беременности		
16	Недоношенный ребенок		
17	Ребёнок-инвалид		
18	Мать/отец < 18 лет		
	Сумма ответов «да»		



Таблица оценки и принятия решений

	группа	сумма	Тактические решения
1	Группа благоприятного прогноза	0 или 1 по пунктам 1,2,9,15	Наблюдение согласно приказу МЗ РФ №514н
2	Группа внимания	больше 2	1.Сообщить райпедиатру или зам.главного врача по детству 2. Выезд/осмотр педиатра 3. Индивид.план наблюдения
3	Группа высокого риска	больше 3	1.Сообщить райпедиатру или зам.главного врача по детству 2. Срочный выезд/осмотр педиатра 3. Индивидуальный план наблюдения 4. Межведомственные посещения семьи 5.Раннее социальное сопровождение

Таблица определения степени тяжести заболевания ребёнка

1	Окраска кожи		10	Частота дыхания	
1.1	Нормальная	1	10.1	Менее 24	+5
1.2	Гиперемированная	0	10.2	24-44	0
1.3	Желтушная	+2	10.3	44-50	+2
1.4	Бледная (мраморная)	+3	10.4	Больше 50	+4
1.5	другая	+7	11	Частота сердечных сокращений	
2	цианоз		11.1	Менее 100	+5
2.1	Нет	-2	11.2	100-160	0
2.2	Периоральный	+3	11.3	Более 160	+4
2.3	Акроцианоз	+4	12	Рвота за последние 8 часов	
2.4	распространённый	+7	12.1	нет	0
3	сознание		12.2	1 раз	+2
3.1	Нормальное	-3	12.3	2 и более раз	+3
3.2	Вялый	+3	13	Стул за последние 8 часов	
3.3	возбужденный	+3	13.1	нет	0
3.4	Без сознания	+7	13.2	1-2 раза	+1
4	Судороги, мышечный тонус		13.3	3-4 раза	+3
4.1	Тонус нормальный, судорог нет	-3	13.4	Более 4 раз	+4
4.2	Повышенный тонус	+3	14	Мочился за последние 8 часов	
4.3	Мышечная гипотония, судорог нет	+7	14.1	3 и более раз	0
4.4	Есть судороги	+7	14.2	1-2 раза	+2
5	Затруднение при дыхании		14.3	Не мочился	+5
5.1	Нет	0	15	Менингеальные симптомы	
5.2	Затруднён выдох	+3	15.1	отрицательные	0
5.3	Затруднён вдох	+4	15.2	сомнительные	+3
5.4	Затруднён выдох и вдох	+3	15.3	положительные	+4

Показатель риска неблагоприятного исхода заболевания – сумма баллов или диагностический коэффициент (ДК). При благоприятном прогнозе заболевания ДК определяется знаком минус. При неблагоприятном исходе - знаком плюс.

Таблица определения степени тяжести заболевания ребёнка (продолжение)

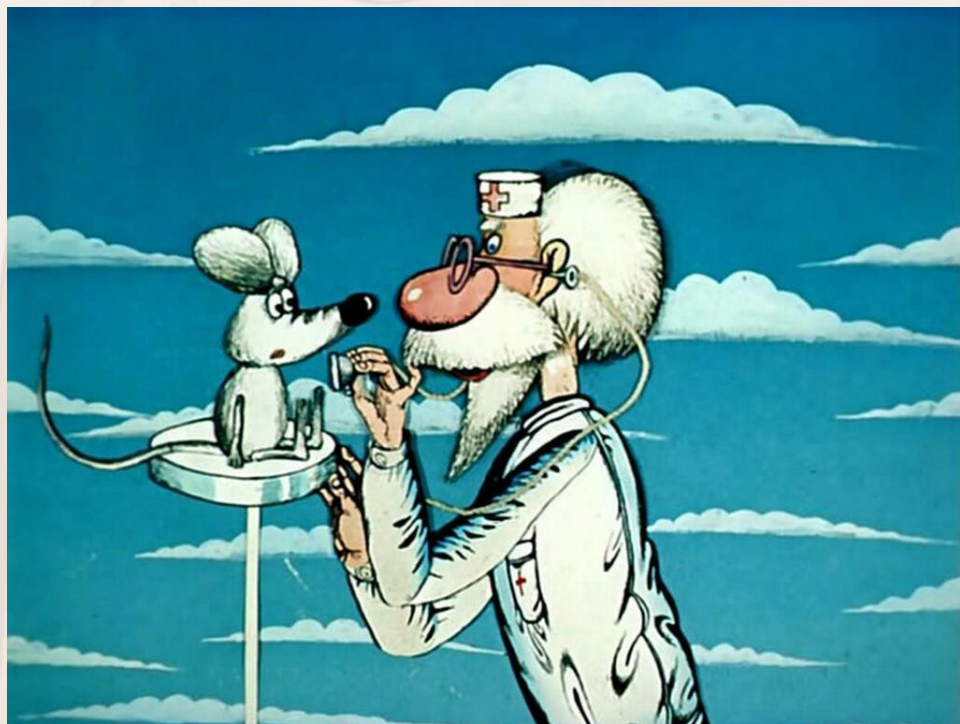
6	Характер дыхания		16	Кожная сыпь	
6.1	Нормальное	0	16.1	нет	0
6.2	Частое поверхностное	+3	16.2	мелкоточечная	+2
6.3	другое	+7	16.3	Пятнисто-папулёзная	+2
7	Пульс на лучевой артерии		16.4	геморрагическая	+5
7.1	Есть	-2	17	Артериальное давление	
7.2	нет	+5	17.1	Соответствует возрасту	0
8	Большой родничок		17.2	Выше норматива	+2
8.1	закрыт	0	17.3	Низкое < 60/40	+4
8.2	Нормальный	-1	18	пульсоксиметрия	
8.3	Западает	+2	18.1	97-100%	0
8.4	выбухает	+4	18.2	93-96%	+1
9	Температура тела		18.3	Ниже 90%	+3
9.1	Менее 36,6	+4	18.4	Ниже 80%	+5
9.2	36,6-38,5	0	18.5	Ниже 70%	+7
9.3	38,5-39,5	+2		Сумма баллов	
9.4	Выше 39,5	+3			

Чем выше значение положительных баллов, тем выше риск летального исхода. Если у ребёнка несколько симптомов заболевания, то оказание неотложной помощи начинается с наиболее тяжёлого по соответствующему алгоритму.



Что нужно сделать врачу на первом патронаже?

в случае предшествующего стационарного лечения:



- выполнение назначений после выписки
- оценка динамики симптомов и проводимой терапии;
- определение даты и места следующего осмотра.



Особенности измерения сатурации кислорода в периферической крови

- первичное измерение портативным пульсоксиметром с неонатальным датчиком на ОБЕИХ верхних и нижних конечностях



- при повторном контроле (на 3-4 сут.ж.) измерение на правых руке и ноге
- ребёнок свободно дышит воздухом и не плачет
- длительность оценки – 2 мин.

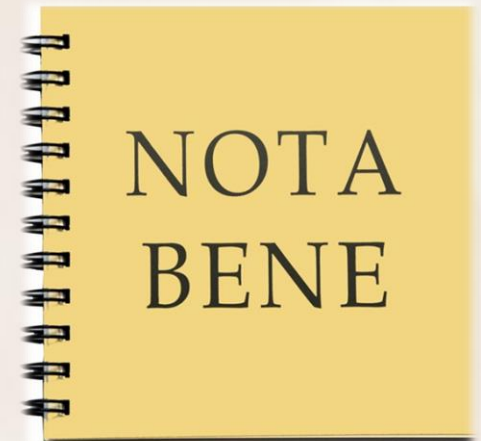


Особенности измерения сатурации кислорода в периферической крови

Измерение сатурации на стопах правой и левой ноги характеризует постдуктальное кровообращение, на правой руке – преддуктальное.

При отклонении показателей от нормы ($SpO_2 \geq 95\%$ на правой руке и/или ноге или градиент между рукой и ногой $\leq 3\%$), а также в зависимости от результатов двухзонного определения систолического АД и оценки уровня периферической пульсации –

КОНСУЛЬТАЦИЯ КАРДИОЛОГА и Эхо-КГ
(верификация ВПС)





Что нужно сделать врачу на втором патронаже?

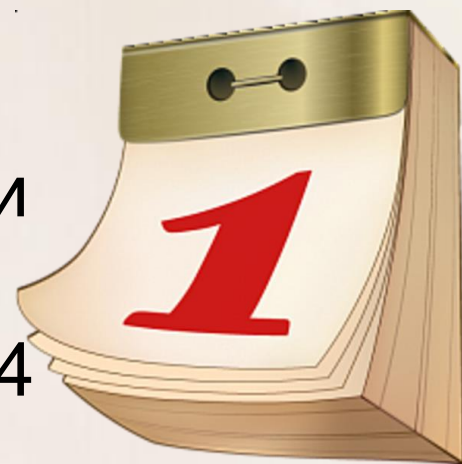
- исключение острых заболеваний;
- выявление факторов риска нарушений здоровья;
 - определение плана дальнейшего наблюдения, требуемые лечебные и профилактические мероприятия;
 - проведение мотивирующей беседы о важности здорового образа жизни
- контроль результатов неонатального скрининга





Сроки сестринского патронажа

- ❖ первый патронаж проводят на 3-4 сут.жизни (1й день после выписки из стационара)
- ❖ второй патронаж - на 8-10 сут.жизни
- ❖ третий – 17-18 сут.жизни
- ❖ четвертый (дополнительный) – на 24 – 28 сут.жизни – по мед.показаниям или в случае вызова от родителей по телефону





Медицинская укладка для проведения сестринского патронажа:

- маска медицинская одноразовая (1 шт.);
- бахилы (1 шт.);
- кожный антисептик (1 шт.);
- палочки ватные (1 шт.);
- стерильные салфетки (1 шт.);
- термометр электронный (1 шт.);
- информационный материал (1 шт);
- дезинфицирующие салфетки для обработки термометра (2 шт.);





Что нужно сделать медицинской сестре на первом патронаже?

- оформление информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства;
- сбор анамнеза, оценка условий проживания, в т.ч. соблюдение родителями правил гигиены;
- проведение инструктажа по технике грудного вскармливания и по уходу за ребенком;
- осмотр ребенка, рекомендации родителям по уходу за пупочным кольцом и остатком, оценка эпителизации ранки;
- внесение сведений о новорожденном в историю развития
- информирование родителей о порядке наблюдения за ребенком и порядке выбора медицинской организации
- выдает информационные материалы по формированию безопасной среды для детей



Оценка физического развития



- ❖ Контроль потери массы тела после рождения – залог дальнейшего благополучия
- ❖ При ранней выписке ребенка потери массы тела для здоровых новорожденных не превышают:
 - 7-8% через 2 сут. после рождения,
 - 9-10% через 3 сут. и более.



Что нужно сделать медицинской сестре на последующих патронажах?

- оценка объема лактации и техники кормления
- осмотр ребенка
- занесение информации о динамике веса по представленным матерью данным
- оценка эпителизации пупочной ранки
- рекомендации по уходу
- проверка выполнения врачебных рекомендаций
- разъяснение алгоритма получения страхового медицинского полиса и СНИЛС на новорожденного



Что нужно сделать медицинской сестре на последующих патронажах?

если ребенок уже прикреплен к поликлинике:

- приглашение на амбулаторный прием в возрасте 1 мес.
- ознакомление с порядком записи к врачу педиатру, специалистам и на исследования;
- информирование о проводимых ребенку в течение 1го года жизни осмотрах врачей, лабораторных, инструментальных исследований и др. медицинских мероприятиях
- предоставление памятки с указанием контактов участковых врача и медсестры и медицинской организации (телефон, в том числе «горячей линии»)



ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ:

- ✓ Продолжайте грудное вскармливание.
- ✓ Кормите ребенка по требованию.
Прикладывайте к груди не реже чем каждые 3ч.

- ✓ Не используйте другой еды и питья для новорожденного, кроме грудного молока.
- ✓ Располагайте ребенка у груди по принципу «живот к животу», контролируйте, чтобы при сосании он захватывал всю ареолу полностью. Это необходимо, чтобы не было аэрофагии и болей.
- ✓ Регулируйте при необходимости объем грудного молока увеличением или уменьшением выпитой Вами жидкости. Используйте в своём рационе натуральные продукты, богатые белком. С осторожностью употребляйте пищу, способную вызвать аллергические реакции и повышенное газообразование. В регулярном сцеживании молока после установлении лактации нет необходимости.



ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ:

- ✓ Купайте ребенка ежедневно, 1-2 раза в неделю – с детским мылом нейтральной кислотности. Умывайте утром и подмывайте по мере необходимости (при каждом стуле – с мылом) под краном проточной водой с температурой 36,6-37°C. Купать можно и нужно – даже при неотпавшем пуповинном остатке и после прививки БЦЖ.
- ✓ Ребенок не нуждается дополнительно в обработке глаз, носовых ходов, ушных раковин, пуповинных остатка.
- ✓ При загрязнении пуповинного остатка (например, мочой или фекалиями) обмойте его мылом под проточной водой, обсушите чистой тканью и не закрывайте это место подгузником.
- ✓ Нельзя обрабатывать «зеленкой» и «перекисью» пупочную ранку и пуповинный остаток. Наберитесь терпения, скоба постепенно отпадет сама.
- ✓ Доношенного ребенка одевайте в распашонку с открытыми руками, свободно пеленая ноги. Перегревание и переохлаждение крайне нежелательно для новорожденного.



Особенности пеленания

- Важно предупредить родителей о недопустимости тугого пеленания ребенка, т.к. ограничивается подвижность диафрагмы, снижается вентиляция легких, нарушается циркуляция крови. Маленькая воздушная прослойка между телом и тканью не позволяет удерживать тепло, а ограничение движений конечностями нарушает развитие нервно-мышечной координации, психоэмоциональной активности и затрудняет профилактику дисплазии тазобедренного сустава.
- Тугое пеленание с головой затрудняет естественное вскармливание, т.к. при этом ребенку сложно найти удобное положение и открывать рот достаточно, чтобы правильно взять сосок. Такие дети больше спят и меньше просят грудь, что в ранние сроки лактации мешает её успешному установлению.



Резервы снижения МС вне МО

- Своевременная постановка беременной женщины на учёт, внимательное отношение к её образу жизни (социальный статус, вредные привычки, информированность и т.д.)
- Патронаж новорождённых – передача данных, эффективность проведения
- Информирование педиатров и социальных работников о факторах риска СВСМ и возможности снижения этих рисков
- Углублённое наблюдение детей из группы риска (недоношенность, критические состояния в неонатальном периоде, социальные риски)
- Соблюдение календаря прививок
- Информирование и обучение родителей, контроль за семьями социального риска
- Анализ причин МС и принятие конкретных организационных решений

Благодарим за внимание!

