

---

## ROZDZIAŁ 5

# Badanie noworodka po urodzeniu

Caroline Rutter

---

## Wprowadzenie

Całkowite badanie noworodka jest przeprowadzane podczas pierwszych godzin po urodzeniu. Osoba doświadczona wykona je szybko. Położna, która wie, jak wygląda przeciętny noworodek, łatwo dostrzeże każdą nieprawidłowość. Zapamiętanie ogólnych obserwacji dotyczących stanu i zachowania noworodka jest tak samo istotne, jak przeprowadzenie formalnego badania.

Jest ważne, aby zaangażować rodziców w badanie dziecka, wyjaśniając im każdą czynność i uspokajając ich. Jeśli podejrzewa się występowanie nieprawidłowości, trzeba udzielić prostego wyjaśnienia i zawiadomić pediatrę. Kiedy to konieczne, należy wysłać dziecko z jednostki prowadzonej przez położną, lub z domu, do ośrodka nadrzędnego w celu przeprowadzenia badania lekarskiego oraz rozmowy wyjaśniającej z rodzicami.

## Ocena noworodka dokonywana przez położną

Większość dzieci rodzi się zdrowa i należy je jak najprędzej podać matkom w celu nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry. Czasem jednak u nowo narodzonego stwierdza się nieprawidłowości wymagające natychmiastowej reakcji. W celu oceny stanu noworodka używa się skali Apgar (tabela 5.1). Chociaż skala Apgar jest powszechnie używana, to jednak nie akceptuje się jej bezkrytycznie, a niektórzy mówią nawet o rezygnacji z jej stosowania (Patel i Beeby, 2004). Skala Apgar bywa pomocna w podejmowaniu decyzji o konieczności resuscytacji, jednak nie można jej używać do określania przyczyn lub dalszego prognozowania epizodów niedotlenienia. Jeżeli stan dziecka budzi niepokój, należy pobrać i zbadać próbkę krwi pępowinowej, żylniej i tętniczej w celu określenia stopnia i czasu trwania niedotlenienia podczas porodu.

**Tabela 5.1.** Skala Apgar

Punktacja	0	1	2
Skóra	sina lub blada	tylko sine kończyny	różowa
Oddychanie	brak	nieregularne	donośny płacz
Czynność serca	brak	poniżej 100/min	powyżej 100/min
Napięcie mięśniowe	ciało dziecka wiotkie	przykurczone kończyny	dziecko ruchliwe
Odruchy	brak	grymas, kichnięcie	płacz

Ocena w skali Apgar zwykle jest przeprowadzana w 1. i 5. minucie. Niektórzy robią to także w 10. minucie. Punktacja w 1. minucie jest często niska, ale dzieci prędko dochodzą do siebie i ostateczna ocena jest prawidłowa.

Niska punktacja w 5. minucie może być wskazaniem do resuscytacji.

Interpretacja wyników w 5. minucie: 8–10 norma; 5–7 – łagodna asfiksja; 4 lub mniej – ciężka asfiksja.

## Kolor skóry

Dzieci rasy kaukaskiej w chwili narodzin powinny być różowe, często z niebieskawymi kończynami (sinica obwodowa) przez kilka godzin po urodzeniu. Dzieci o ciemniejszym odcieniu skóry będą raczej miały znacznie jaśniejszy odcień koloru skóry rodziców, ich kończyny będą bledsze.

Prawdopodobne nieprawidłowości są następujące:

- **Niebieskawe zabarwienie ust i tułowia (sinica centralna).** Objaw ten może wskazywać na schorzenie układu oddechowego lub serca. Dzieci o ciemniejszej skórze, z sinicą, będą szarawobiałe. Gdy dziecko rodzi się z sinicą, należy podać tlen, ocenić oddychanie i czynność serca, a gdy to konieczne, należy podjąć resuscytację (patrz rozdział 21). Będzie niezbędna pomoc pediatry (neonatologa – *przyp. red.*).
- **Dziecko rodzi się bardzo blade.** Należy wziąć pod uwagę wady serca, niedokrwistość i wstrząs, a gdy trzeba – podjąć resuscytację.
- **Przekrwienie twarzy noworodka.** Widoczna jest drobnoplamista wysypka pod postacią niebieskawoczerwonych przebarwień na twarzy dziecka. Objaw ten występuje w przypadku nagłego rozwiązania pępowiny okrzęconej wokół szyi dziecka lub w dystocji barkowej. Wargi dziecka i błona śluzowa powinny być różowe. Nie należy mylić przekrwienia twarzy z uogólnioną wysypką w przebiegu trombocytopenii lub wrodzonych chorób infekcyjnych, takich jak toksoplazmoza, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych czy zakażenie wirusem opryszczki (Baston i Durward, 2001).

- **Czerwone zabarwienie skóry noworodka.** Krwisty, nadmiernie rumiany wygląd noworodka może wystąpić wskutek masywnego przemieszczenia się krwi łożyskowej, np. w zespole przetoczenia między bliźniakami (zespół podkradania).
- **Żółtaczka.** Żółtaczka pojawiająca się w ciągu 24 godzin od urodzenia jest zjawiskiem nieprawidłowym. Może być skutkiem konfliktu serologicznego w układzie Rh lub wrodzonych chorób infekcyjnych, takich jak: różyczka, toksoplazmoza, opryszczka, cytomegalia, kiła; mogą wystąpić także inne objawy, w tym niewydolność oddechowa, wysypka, hipo-/hipertermia, hipoglikemia, niedożywienie (Hull i Johnston, 1999).

## Oddychanie i płacz

Nie wszystkie noworodki oddychają lub płaczą natychmiast po urodzeniu, szczególnie gdy przychodzą na świat w cichym, spokojnym otoczeniu. O dzieciach urodzonych w wodzie wiadomo, że nie zawsze oddychają natychmiast, ale pozostają dobrze utlenowane do momentu, gdy niezaciśnięta jeszcze pępowina pulsuje ponad 100/min. Jednak stan urodzeniowy niektórych dzieci bywa niezadowolający. Kiedy dziecko znajdzie się w objęciach matki, w kontakcie skóra do skóry, uspokaja się i przestaje płakać, często otwiera oczy i wytrwale kieruje się do piersi.

Mogą mieć miejsce następujące problemy:

- Dziecko z utrzymującym się *tachypnoë* (ponad 60 oddechów/min u dziecka donoszonego), pokaślujące, z rozszerzonymi skrzydłami nosa, z zapadniętym mostkiem, ma objawy niewydolności oddechowej. Może być wiele przyczyn tego stanu, takich jak zakażenia, aspiracja smółki, choroby serca. Skonsultuj się z pediatrą.
- Bardzo zaśluzowany noworodek nieoddychający po próbie wdmuchnięcia powietrza wymaga delikatnego odessania. Nadmiar śluzu może świadczyć o zarośnięciu przełyku.
- Płacz zdrowego noworodka ma zmienne nasilenie, gdy jednak jego ton jest wysoki, „denerwujący”, może to być objawem bólu lub podrażnienia mózgu.

## Akcja serca

Akcję czynności serca noworodka łatwo ocenić, przykładając dwa palce do klatki piersiowej w okolicy serca lub przytrzymując kikut pępowiny. Tętno zdrowego noworodka wynosi 110–160 uderzeń/min.

Mogą występować następujące problemy:

- *Bradykardia* (akcja serca poniżej 100/min) może być wywołana niedotlenieniem. Jeżeli pozostałe parametry są prawidłowe, to akcja serca prędko się normalizuje; jednak gdy serce zwalnia poniżej 60/min, konieczny jest masaż serca (patrz rozdział 17).
- *Tachykardia* (akcja serca powyżej 160/min) może być fizjologiczną reakcją na epizod niedotlenienia i gdy inne parametry są prawidłowe, prędko się unormuje. Może być jednak objawem zakażenia lub choroby układu oddechowego czy serca. Jeżeli tachykardia się przedłuża, wezwij pediatrę.

## Napięcie mięśniowe

Zdrowy noworodek ma prawidłowe napięcie mięśniowe i normalne odruchy, takie jak otwieranie oczu, reakcja na bodźce zewnętrzne i dotyk. Noworodek o słabym napięciu, z obniżoną reakcją na bodźce prawdopodobnie przeżył poważne niedotlenienie lub występują u niego wady wrodzone, np. zespół Downa.

## Pomiary noworodka

### Masa ciała

Ważenie noworodka następuje po kontakcie skóra do skóry i po pierwszym karmieniu. Rodzice często chcą się temu przyglądać czy nawet zrobić zdjęcie. Najlepiej używać dokładnej wagi elektronicznej, którą należy wyzerować po położeniu na niej ciepłego ręcznika. Przelicznik jednostek masy (kg/lb) znajduje się w „Dodatku” na końcu rozdziału.

Dziecko o niskiej masie urodzeniowej waży mniej niż 2,5 kg, dziecko o bardzo niskiej masie urodzeniowej waży poniżej 1,5 kg. Aby uniknąć błędów pomiaru masy ciała dzieci różnych ras, można zastosować tabele uwzględniające różnice rasowe (Chung i in., 2003).

Dziecko duże, z makrosomią, ma w okresie noworodkowym ponad 90 centyli.

Zarówno u noworodków z niską masą urodzeniową, jak i u tych z makrosomią występuje ryzyko hipoglikemii, zatem należy wziąć pod uwagę wykonanie pomiaru stężenia glukozy we krwi (glikemii) (Newel i in., 1997).

Wcześniak to dziecko urodzone przed 37. tygodniem ciąży. Bywa, że wcześniak jest zbyt mały w stosunku do swojego wieku urodzeniowego: dzieci te znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka występowania powikłań, np. opóźnienie wzrostu bywa oznaką niewydolności łożyska.

## Wzrost

W świetle zaleceń „Joint Working Party on Child Health” (Hall i Elliman, 2002) Jokinen zwraca uwagę, że wyjściowy pomiar wzrostu/długości noworodka jest istotny dla określenia przyszłego wzrostu i dobrostanu dziecka. Fry (2002) podkreśla możliwość wczesnego rozpoznania zespołu Turnera, jeżeli wynik pomiaru urodzeniowego wzrostu dziecka potraktuje się jako wartość wyjściową w odniesieniu do odpowiednich modeli tempa wzrostu. Momenty dokonywania pomiarów oraz niezbędny sprzęt są wciąż dyskutowane. W pierwszych godzinach po urodzeniu dziecko często pozostaje w pozycji płodowej, zatem może to nie być najlepszy moment do przeprowadzenia pomiaru wzrostu. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2007) proponuje, aby zaczekać przynajmniej jedną godzinę od narodzin. Jokinen (2002) zwraca uwagę, że pomiar taśmą nie jest wiarygodny (Wilshin i in., 1999). W różnych badaniach wykazano, że położne mogą poprawić rezultaty pomiarów, stosując dokładniejsze przyrządy pozwalające zmierzyć długość dziecka w pozycji leżącej, np. zwijane materace (Jokinen, 2002). Norma dla dziecka urodzonego o czasie wynosi 48–55 cm (Seidel i in., 2006).

## Obwód głowy

Głowę dziecka należy mierzyć wzdłuż obwodu ciemieniowo-potylicznego. Norma wynosi 32–37 cm (Baston i Durward, 2001). W tej sprawie także jest wiele argumentów przemawiających za opóźnieniem przeprowadzania tego pomiaru do czasu, aż głowa po urodzeniu odzyska swój kształt. Pomiar wykonuje się specjalnie do tego celu przeznaczoną taśmą metryczną (Fry, 2002).

## Suplementacja witaminy K

Witamina K jest potrzebna do syntezy protrombiny niezbędnej do wytworzenia skrzepu. Choroba krwotoczna noworodków (HDN) jest rzadkim, potencjalnie śmiertelnym zaburzeniem związanym z niedoborem witaminy K. Ponieważ to zaburzenie może wystąpić po upływie pierwszego tygodnia życia, choroba krwotoczna noworodków znana jest także jako krwawienie związane z niedoborem witaminy K (VKDB) (Hey, 2003b). Choroba krwotoczna noworodków występuje najczęściej w pierwszym tygodniu życia. Do krwawienia zazwyczaj dochodzi z przewodu pokarmowego, skóry, nosa, z rany po obrzezaniu (Puckett i Offringa, 2000). Krwawienie występujące po upływie pierwszego tygodnia do ósmego miesiąca życia jest najczęściej związane z chorobą wątroby lub upośledzonym wchłanianiem i jest ono bardziej niebezpieczne (Hey, 2003b).

## Częstość występowania i fakty

- HDN/VKDB dotyka:
  - 1 na 17 000 niemowląt, u których nie stosowano witaminy K profilaktycznie.
  - 1 na 25 000 do 1 na 70 000 noworodków, które otrzymały jednorazowo doustnie 1–2 mg witaminy K po urodzeniu.
  - 1 na 400 000 noworodków po jednorazowym domięśniowym podaniu witaminy K po urodzeniu (Puckett i Offringa, 2000).
- Częstość występowania choroby krwotocznej jest znamienne niższa u dzieci, które otrzymały witaminę K przy urodzeniu (Puckett i Offringa, 2000).
- W grupie największego ryzyka znajdują się wcześniaki, słabe noworodki lub takie, które przeszły ciężki poród.
- Department of Health (DoH) (2005) zaleca podawanie witaminy K wszystkim noworodkom. Obecnie otrzymuje ją 97% dzieci w Wielkiej Brytanii.
- Golding i in. (1992) zwrócili uwagę na możliwy związek pomiędzy domięśniowym podawaniem witaminy K a występowaniem białaczki u dzieci. Podczas gdy nie można jednoznacznie rozstrzygnąć wątpliwości bez przeprowadzenia randomizowanych, kontrolowanych prób klinicznych (co byłoby nieetyczne), to inne obserwacje nie wykazały takiego związku, zatem uznano, że obserwacje Golding i in. są prawdopodobnie przypadkowe (DoH, 1998; Fear i in., 2003).

## Kontrowersje związane z podawaniem witaminy K

Wciąż istnieją wątpliwości co do optymalnej dawki witaminy K dla noworodka. Wickham (2000) zwraca uwagę, że skoro wszystkie dzieci mają podobną zawartość witaminy K, może ona nie być „niska”, a normalna, fizjologiczna i odpowiednia. Wickham proponuje, aby przeprowadzić badanie dowodzące, że zawartość witaminy K w mleku matek jest mała, gdy okresy karmienia są krótkie i nie dość częste, czego skutkiem jest niedostateczna podaż bogatej w tłuszcz siary i mleka II fazy (bogatej w rozpuszczalną w tłuszczach witaminę K). W pierwszych dniach i tygodniach po urodzeniu źródłem witaminy K dla dziecka jest pokarm. Jest ona także dodawana do mleka w proszku. Zaobserwowano, że niemowlę karmione wyłącznie piersią jest nieco bardziej podatne na wystąpienie choroby krwotocznej w późniejszym okresie życia. Jednak należy zwrócić uwagę, że u ponad połowy dzieci z późniejszym początkiem tej choroby stwierdzano obecność innych warunków, takich jak

zespoły złego wchłaniania czy choroby wątroby, przyczyniających się do niedoboru witaminy K (Puckett i Offringa, 2000). Sugeruje to, że donoszone noworodki karmione piersią bywają narażone na ryzyko niedoboru tylko wtedy, gdy karmienie jest ograniczone i niedostateczne (Palmer, 1993; Hey, 2003b).

Prowadzi się dyskusję nad domięśniowym albo doustnym podawaniem witaminy K (Hey, 2003a). Domięśniowa droga podania, chociaż skuteczniejsza, wiąże się z „urazem” i rodzice dziecka z trudem się na nią godzą, ponadto występuje potencjalne ryzyko osiągnięcia bardzo wysokiego stężenia witaminy K w surowicy, wadą podawania doustnego jest natomiast większy koszt, konieczność współpracy rodziców i gorsze wchłanianie preparatu, co może mieć znaczenie u dzieci z nierozpoznaną cholestazą, mających otrzymać witaminę K, a choroba krwotoczna noworodków jest podstawowym wskazaniem do jej podania.

RCM (1999) i DoH (1998) w swoim podsumowaniu stoją na stanowisku, że noworodki powinny otrzymywać witaminę K profilaktycznie, lecz wybór drogi podania, domięśniowej lub doustnej, czy całkowita odmowa jej przyjęcia, zależą wyłącznie od rodziców dziecka. NICE (2006) zaleca, aby wszystkim rodzicom proponowano domięśniowe podanie witaminy K, a jeśli odmówią, należy im zaproponować preparat doustny.

## Pełne badanie noworodka

Każda położna ma własną metodę badania noworodka (od stóp do głowy i od przodu do tyłu to jedna z tych metod). Zadbaj, aby dziecko nie pozostało nagie zbyt długo, by nie doszło do wyziębienia. Badanie można przeprowadzić w łóżeczku dziecka lub na łóżku, obok matki, tak by mogła się ona przyglądać.

## Głowa

Noworodki mogą mieć głowę znacznie zdeformowaną porodem. Należy uspokoić rodziców, że kształt głowy prędko wróci do normy i że jej odlewowy kształt (wynikający z nakładania się na siebie kości czaszki) i obserwowane czasem przedgłowie (obrzęk okolicy ciemiaczka większego) są częstymi zjawiskami. Lokalny obrzęk głowy noworodka, krwiak podokostnowy (wylew krwi pod okostną kość czaszki) nie jest widoczny w momencie narodzin, ale może pojawić się w ciągu godzin lub dni. Należy poinformować rodziców, że zmiana ta ustąpi po kilku tygodniach oraz że może się przyczynić do wystąpienia łagodnej żółtaczki.

## Twarz

Wygląd i symetria twarzy mogą stanowić wskazówkę do rozpoznania różnych zespołów chorobowych, np. Edwardsa, Downa, Turnera. Baston i Durward (2001) radzą, aby przed jakimkolwiek komentowaniem niezwykłego wyglądu twarzy dziecka najpierw przyjrzeć się rodzicom, ponieważ obserwowana cecha może być cechą wrodzoną, dziedziczną w rodzinie.

## Oczy

Oczy powinny być czyste i wolne od wydzielin czy oznak zapalenia, a jeśli się takie stwierdza, trzeba je zbadać, aby wykluczyć zakażenie gonokokowe, które może doprowadzić do ślepoty. Inne zakażenia, takie jak chlamydiowe czy gronkowcowe zapalenie spojówek, zazwyczaj zdarzają się kilka dni po urodzeniu. Ponadto należy wykluczyć zaćmę (zmętnienie rogówki), a przezroczyste tęczęwki będą oznaką albinizmu. Wybroczyny podspojówkowe (czerwone, półksiężycowate zmiany na spojówkach) nie są rzadkim zjawiskiem i zwykle ustępują po kilku tygodniach.

## Uszy

Uszy, podobnie jak inne obszary ciała, mogą mieć wyrośla skórne. Są one zazwyczaj niewielkie i pediatra podwiązuje je materiałem szewnym, aby same odpadły. Ten rodzaj zmian, podobnie jak dołeczki, zazwyczaj jest bez znaczenia, jednak czasem może wskazywać na chorobę nerek, więc należy je opisać i zgłosić lekarzowi. Uszy nisko położone mogą być oznaką zespołu Pataua czy Downa.

## Jama ustna

Zbadaj jamę ustną w celu wykluczenia takich problemów, jak np. zęby wrodzone wymagające usunięcia, płaski czy sercowaty język z powodu krótkiego wędzidełka. Krótkie wędzidełko to problem występujący u nielicznych noworodków i rozwiąże go drobny zabieg.

Aby wykluczyć rozszczep podniebienia, wprowadź czysty palec, w rękawiczce, opuszką ku górze do jamy ustnej dziecka i przesun go po sklepieniu jamy ustnej. Obejrzyj też podniebienie, używając światła. Pozwoli to wykluczyć rozszczep podśluzówkowy, niełatwy do wymacania (rycina 5.1). Niewykryty rozszczep podniebienia może utrudniać karmienie, a później mowę. Każde dziecko, u którego obserwuje się wypływanie mleka nosem podczas karmienia, może mieć rozszczep podniebienia (Martin i Bannister, 2003).



Rozszczep wargi może bardzo zdenerwować rodziców. Bywa, że jest prawie niewidoczny albo rozległy, jedno- lub obustronny. W tym wypadku stosuje się leczenie chirurgiczne.



Ryc. 5.1. Badanie palpacyjne w celu wykrycia rozszczepu podniebienia.

## Klatka piersiowa i brzuch

Przesuń palcami wzdłuż obojczyków w poszukiwaniu nieprawidłowości, aby wykluczyć złamania. Powiększenie sutków zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt nie jest rzadkie. Piersi mogą nawet wydzielać niewielką ilość mleka. Sutki powinny być dwa.

Sprawdź, czy pępowina jest dobrze zaciśnięta. Uwypuklenie u podstawy pępka może świadczyć o przepuklinie pępkowej. Pępowina powinna zawierać jedną żyłę i dwie tętnice. Obecność tylko jednej tętnicy może wskazywać na nieprawidłowości nerek.

Cofnięty mostek, zwłaszcza gdy współistnieją inne objawy niewydolności oddechowej, takie jak rozszerzenie skrzydeł nosa, chrząkanie czy *tachypnoë*, należy zgłosić lekarzowi.

Brzuch przy palpacji powinien być miękki. Należy zgłosić obecność przepuklin.

## Narządy płciowe

Należy zanotować ich rozmiar, położenie i pigmentację skóry. Dzieci rodziców o ciemniejszej skórze będą miały ciemniejszą mosznę czy wargi sromowe. W przypadku płci nieokreślonej nie próbuj zgadywać, bowiem nieprawidłowe określenie płci dziecka na wstępie spowoduje niepotrzebne cierpienie. Płeć nieokreślona stanowi złożone zagadnienie i jest trudnym problemem dla rodziców. Zdarza się, że pediatra może określić płeć dziecka na podstawie dokładnego badania palpacyjnego. W przypadkach bardziej skomplikowanych wykonuje się badania genetyczne i hormonalne, możliwe jest również wykonanie badania scyntygraficznego w poszukiwaniu jajników, zazwyczaj na zlecenie specjalisty. Może to potrwać kilka tygodni. Przesiewowo bada się krew w celu wykluczenia wrodzonego przerostu nadnerczy, kolejnej przyczyny trudności w ustaleniu płci dziecka. Badanie to powtarza się po kilku tygodniach, ponieważ pierwsze rezultaty mogą być niediagnostyczne. Wrodzony przerost nadnerczy jest poważną nieprawidłowością, mogącą zagrażać życiu dziecka. Leczenie trwa do końca życia.

### Noworodki płci męskiej

Rozmiary prącia bardzo się różnią. Ocena otworu cewki moczowej pozwoli wykryć spodziewtwo; ujście cewki moczowej znajduje się w tym przypadku na brzusznej powierzchni prącia. Wada ta występuje w 8,5 na 10 000 urodzeń [„Birth Defects Foundation” (BDF), 2007]. W przypadku stwierdzenia spodziewstwa należy monitorować wypływanie moczu, ponieważ kapanie moczu zamiast strumienia może wskazywać na obecność blokady w obrębie cewki moczowej i konieczność leczenia operacyjnego w celu uniknięcia uszkodzenia nerek. Chłopców ze spodziewstwem nie należy poddawać obrzezaniu, ponieważ fragmenty skóry napletka mogą być wykorzystane podczas chirurgicznej korekcji wady.

Sprawdź delikatnie worek mosznowy, aby stwierdzić, czy zawiera jądra. W przypadku braku jąder w mosznie do ich zstąpienia dochodzi sześć tygodni później. Udokumentowanie obecności jąder ma znaczenie w sytuacji, kiedy przemieszczą się one poza mosznę w późniejszym okresie, co prowadzi do nieprawidłowego rozpoznania niezstąpienia jąder.

Niektóre noworodki płci męskiej rodzą się z dużą, obrzękniętą moszną, czyli z wodniakiem jąder. Jest to częste zjawisko u noworodków, ustępujące samoistnie w ciągu kilku miesięcy.

### Noworodki płci żeńskiej

Wargi sromowe i łechtaczka wydają się duże u wcześniaków, a u dzieci donoszonych – małe. Szczególnie duże wargi sromowe i łechtaczka mogą świadczyć o nieokreślonej płci; czasami w obrębie „warg sromowych” daje się wyczuć jądra.

U ujścia pochwy czasem przez kilka dni widać śluzową, podbarwioną krwią wydzielinę. Należy uspokoić rodziców, że zjawisko to jest normalne.

## Odbyt

Sprawdź obecność i położenie odbytu. Nieprawidłowe położenie odbytu może współistnieć z wadami rozwojowymi odbytnicy (Baston i Durward, 2001). Odnotuj w dokumentacji obecność smółki.

## Plecy i kręgosłup

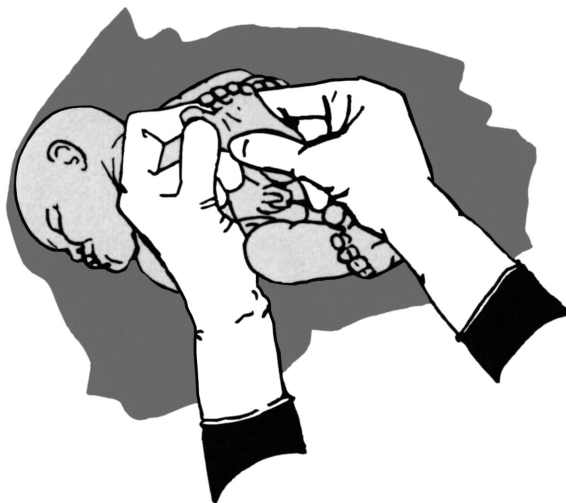
Przesuń palcem wzdłuż kręgosłupa, starając się wyczuć uwypuklenia lub wgłębienia. Rozszczep kręgosłupa (*spina bifida*) może wystąpić na każdym odcinku, od szyi do kości ogonowej. Objawy neurologiczne (jeśli w ogóle obecne) pojawiają się w przypadku poniżej stwierdzonej zmiany:

- Utajony rozszczep kręgosłupa (*spina bifida occulta*): widoczny jako dołek. Jest zwykle bezobjawowy i bez znaczenia.
- Przepuklina oponowa: rdzeń kręgowy otoczony torebką; często bywa przyczyną kalectwa.
- Rozszczep kręgosłupa z przepukliną oponowo-rdzeniową: nerwy rdzenia kręgowego są odsłonięte. Jest to najpoważniejsza wada.

## Kończyny

Kończyny powinny być symetryczne, palce rąk i stóp mogą być połączone błoną lub nachodzić na siebie, zniekształcone, zrosnięte, może brakować palców lub będą obecne palce dodatkowe (rycina 5.2). Pojedyncza bruzda dłoniowa może wskazywać na zespół Downa. Mogą to być cechy dziedziczne lub objawy różnych zespołów chorobowych. Zrosnięcie, zniekształcenie lub brak palców może być spowodowany obecnością wewnątrzmacicznych zrostów płodowo-owodniowych.

Wrodzone deformacje stóp przedstawiają się jako stopy skrzycone do wewnątrz z palcami skierowanymi w dół lub do zewnątrz z piętą skierowaną w dół. Jeśli możliwe jest prawidłowe ułożenie stopy mówi się o „deformacji czynnościowej stopy”. Jest to stopa końsko-szpotawa, która prostuje się samoistnie. Natomiast gdy kości stopy rozwinęły się nieprawidłowo, mówi się o „deformacji strukturalnej”. Ta wada będzie wymagać rehabilitacji, założenia szyny, a czasem leczenia operacyjnego. Większość dzieci rozwija się prawidłowo, mogą chodzić, biegać i uprawiać sporty (STEPS, 2006).



**Ryc. 5.2.** Należy policzyć palce rąk i stóp i sprawdzić, czy wszystkie są prawidłowe.

## Skóra

Na skórze czasem znajdują się znamiona, niektóre wyraźniejsze od innych. Rodzice mogą być zaniepokojeni rozległymi znamionami w widocznych miejscach, np. na twarzy dziecka, i będą chcieli wiedzieć, czy są one uleczalne, czy trwałe. Inne zmiany, jak przebarwienia („plamy mongolskie”), wysypka, zadrapania i urazy wskutek porodu, należy omówić i udokumentować. Więcej informacji na temat znamion i odbarwień skóry znajduje się w ramce 5.1.

### Ramka 5.1. Znamiona i odbarwienia skóry

#### Przebarwienia („plamy mongolskie”)

- Sinawe przebarwienie skóry, najczęściej w okolicy krzyżowej, czasem na plecach, barkach i kończynach.
- Jest to zmiana łagodna, zazwyczaj zanika w ciągu roku.
- Zmiana ta częściej występuje u dzieci ciemnoskórych, czasem jednak i u pozostałych.
- Istotne jest udokumentowanie takiej zmiany; rodzice bywają oskarżani o posiniaczenie dziecka w późniejszym okresie.

#### Znamię proste („uszczypnięcie bociana”)

- Jest to różowofioletowe znamię, zwykle na twarzy, karku lub szyi.
- Występuje u co trzeciego dziecka: może być łagodne i zniknąć w ciągu roku.

#### Naczyniak włośniczkowy/„plama czerwonego wina”

- Ciemne, sinofioletowe trwałe znamię stwierdzone przy urodzeniu, rośnie wraz z dzieckiem.
- Można tę zmianę usunąć laserem.

**Znamię barwnikowe**

- Jest to trwale znamię rozciągające się na rozległej powierzchni, czasami owłosione.
- Jeśli obszar zajętej skóry nie jest zbyt rozległy, można znamię wyciąć i w to miejsce przeszczepić skórę.

**„Znamię truskawkowe”**

- Jest to różowofioletowy uniesiony obszar skóry, wypełniony naczyniami krwionośnymi. Nie zawsze jest widoczne w chwili narodzin, często rozwija się w pierwszych dniach życia.
- Przeważnie znika do 8. roku życia, wobec tego nie podejmuje się żadnego postępowania. Można je usunąć chirurgicznie lub laserem.

## Przekazywanie przykrych informacji rodzicom

Rodzice zazwyczaj uważają, że rozmaite badania i testy wykryją każdy możliwy problem płodu i gdy rodzi się dziecko z wadami, jest to dla nich wielki szok. Opanowuje ich smutek, zostaje wylanych wiele łez. Manifestowane uczucia często bywają sprzeczne: miłość i opiekuńczość pomieszana ze wstrętem i poczuciem winy. Ludzie często zadają pytanie, „dlaczego my?”, nie mogąc pojąć, dlaczego ich dziecko jest fizycznie niedoskonałe, podczas gdy świat jest pełen pięknych, zdrowych dzieci. Rodziców trzeba uspokoić i powiedzieć im, że to nie ich wina.

Dla położnej przyjęcie porodu dziecka z wadami również bywa szokujące. Może poczuć się bezradna i zagubiona, próbując odnaleźć właściwe słowa lub sposoby, aby cokolwiek naprawić. Rodzice będą wzorować się na położnej; gdy usłyszą szczerze słowa otuchy, bez zbędnej egzaltacji, odrzucenie dziecka będzie mniej prawdopodobne. Kelnar i Harvey (1987) proponują, aby rozmawiać z obojgiem rodziców, jednocześnie przytulając ich dziecko i prosto objaśniając, na czym polega problem. W pewnych sytuacjach położna musi zareagować na problem natychmiast, w innych będzie miała czas, aby zwrócić się do pediatry i to lekarz będzie najwłaściwszą osobą informującą rodziców.

Robb (1999) uważa, że nie ma idealnej metody przekazywania złych nowin. Jednak wrażliwość i zastosowanie się do kilku wskazówek złagodzą cierpienie.

- Nie komplikuj problemu.
- Zadbaj o prywatność.
- Pamiętaj, aby powiedzieć o dziecku coś pozytywnego, np. „macie wspałałe dziecko..., ma piękne oczy..., jest takie silne”.
- Powtarzaj proste, zrozumiałe wyjaśnienia tak często, jak to będzie konieczne.
- Personalizuj informację przekazywaną rodzicom. Używaj imienia dziecka, jeśli już je ma.

- Jeśli nie potrafisz odpowiedzieć na pytania rodziców, wezwij lekarza, aby uniknąć udzielenia nieprawdziwych informacji.
- Nie zapomnij o innych obecnych, wydaniu skierowań, o ustaleniu wizyt kontrolnych.
- Ulotki, informacje o grupach wsparcia i numery kontaktowe są ważne, ale nie zastąpią poświęcenia czasu i rozmowy.

Robb (1999) proponuje, aby położne ćwiczyły wspólnie, jak przekazać złą wiadomość. Jest to sytuacja, w jakiej większość położnych czuje się niepewnie, bo nie uczestniczy w niej często. Rodzice zazwyczaj są w szoku i słabo pamiętają, co do nich mówiono. Pamiętają jednak, kto do nich mówił i czy wiadomość przekazano delikatnie i ze zrozumieniem, czy nie (Robb, 1999).

## Podsumowanie

**Oceń:** kolor skóry, napięcie mięśniowe, odruch chwytny, oddychanie i czynność serca.

**Zmierz:** masę ciała, długość i obwód głowy.

**Twarz i głowa:** zwróć uwagę na symetrię, deformacje odlewowe głowy, krwiaki i urazy spowodowane porodem.

**Oczy:** sprawdź, czy jest obecna wydzielina lub zamglenia.

**Uszy:** zwróć uwagę na wyrośla skórne, kształt uszu i położenie.

**Jama ustna:** zbadaj podniebienie i język, sprawdź, czy nie ma wrodzonych zębów.

**Klatka piersiowa:** sprawdź kształt, ruchomość, położenie sutków, ewentualne złamania.

**Brzuch:** oceń kształt, sprawdź, czy nie ma przepuklin. Sprawdź naczynia pępowiny i zacisk.

**Narządy płciowe:** zbadaj: u chłopców sprawdź, czy nie ma spodziectwa, wodniaka jąder, czy jądra znajdują się w mosznie. Udokumentuj, jeśli dziecko odda smółkę lub mocz.

**Grzbiet:** sprawdź, czy nie ma rozszczepu kręgosłupa.

**Kończyny:** zwróć uwagę na symetrię, policz palce u rąk i nóg, sprawdź, czy nie ma pojedynczego fałdu dłoniowego. Zanotuj obecność błon, wad rozwojowych.

**Skóra:** zbadaj skórę w poszukiwaniu znamion, wysypki, plamy mongolskiej, zadrapań i urazów wynikłych z porodu.

**Zgłoś wątpliwości** pediatrze.

**Dokumentację** prowadź starannie.

**Złe nowiny** przekazuj delikatnie.