

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Г. Ф. Елиневская, В. Л. Бутыгина, А. Н. Горячко

**ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ
ГРУПП РИСКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ
И ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2008

УДК 616–053.31–097–08–039.57 (075.8)
ББК 57.33 я 73
Е 50

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 26.03.2008 г., протокол № 7

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. каф. неонатологии и медицинской гене-
тики Белорусской медицинской академии последиplomного образования С. П. Горе-
тая; канд. мед. наук, доц. 2-й каф. детских болезней Белорусского государственного
медицинского университета А. А. Устинович

Елиневская, Г. Ф.

Е 50 Организация наблюдения за новорожденными детьми групп риска в родиль-
ном доме и детской поликлинике : учеб.-метод. пособие / Г. Ф. Елиневская,
В. Л. Бутыгина, А. Н. Горячко. – Минск : БГМУ, 2008. – 40 с.

ISBN 978–985–462–901–8.

В издании указаны современные критерии формирования групп риска и групп здоровья у но-
ворожденных детей, план их обследования и проведения лечебно-профилактических мероприя-
тий в родильном стационаре, а также разработаны основные принципы дифференцированного
наблюдения за новорожденными детьми II группы здоровья в детской поликлинике.

Предназначается для студентов педиатрического и лечебного факультетов.

УДК 616–053.31–097–08–039.57 (075.8)
ББК 57.33 я 73

ISBN 978–985–462–901–8

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2008

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Er-масса	Эритроцитная масса
HLA-система	Человеческий лейкоцитарный антиген (системы гистосовместимости)
Ht	Гематокрит
Ig A, M, G	Иммуноглобулины A, M, G
MCH	Среднее содержание гемоглобина в одном эритроците
MCHC	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците
MCV	Средний объем эритроцитов
Rh-система	Резус-система
SaO₂	Сатурация кислорода
TORCH	Токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, герпес
Tr	Тромбоциты
АД	Артериальное давление
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ВПР	Врождённые пороки развития
ВПС	Врождённые пороки сердца
ВЧРТ	Внутричерепная родовая травма
ГБН	Гемолитическая болезнь новорожденных
ГВЗ	Гнойно-воспалительные заболевания
ГПТ	Гипотиреоз
ГрБН	Геморрагическая болезнь новорожденных
ГЭР	Гастроэзофагеальный рефлюкс
ДВС-синдром	Диссеминированного внутрисосудистого свертывания синдром
ДМЖП	Дефект межжелудочковой перегородки
ДН	Дыхательная недостаточность
ЗВУР	Задержка внутриутробного развития
ИВЛ	Искусственная вентиляция легких
ИФА	Иммуноферментный анализ
КОС	Кислотно-основное состояние
КТ	Компьютерная томография
МРТ	Магнитно-резонансная томография

ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ОЗПК	Операция заменного переливания крови
ОРИ	Острая респираторная инфекция
ОЦК	Объем циркулирующей крови
ПТИ, ПВ	Протромбиновый индекс, протромбиновое время
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РДС	Респираторный дистресс-синдром
СВС	Синдром внезапной смерти
СДППД	Спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением на выдохе
СЗП	Свежезамороженная плазма
СРБ	С-реактивный белок
ТБД	Трахеобронхиальное дерево
ФГДС	Фиброгастродуоденоскопия
ФКУ	Фенилкетонурия
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЦНС	Центральная нервная система
ЧД	Частота дыхания
ЧСС	Частота сердечных сокращений
ЩФ	Щелочная фосфатаза
ЭКГ	Электрокардиография
ЭЭГ	Электроэнцефалография

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в Республике Беларусь отмечается снижение младенческой смертности, однако показатели заболеваемости новорожденных детей остаются высокими.

Суть неонатологии как науки о выхаживании новорожденных состоит в изыскании оптимальных методов диагностики и лечения болезней у детей в неонатальном периоде, а также создание оптимальных условий для их роста и развития с целью профилактики возникновения острых и хронических заболеваний, формирования состояния здоровья.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) сформулировано следующее определение здоровья: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». С педиатрических позиций, здоровье ребенка представляет собой состояние, детерминированное совокупностью факторов: генетических, внутриутробных, постнатальных и социальных в сочетании с показателями физического и нервно-психического развития, функционального состояния организма, его резистентности и заболеваемости.

Вопрос: здоров или болен ребенок — стоит перед каждым неонатологом уже в родильном зале, когда врачу предстоит определить, нуждается ли новорожденный в оказании экстренной медицинской помощи, какой объем обследований и лечебно-профилактических мероприятий необходим этому младенцу, может ли он быть приложен к груди матери...

Наиболее пристальное внимание практикующего врача должно быть направлено на группу так называемых условно-здоровых новорожденных, у которых еще нет явных признаков заболевания.

Н. Робертон в своей книге «Практическое руководство по неонатологии», цитируя профессора педиатрии в Кембридже Дж. А. Дэвиса, пишет: «Проститься с жизнью в первые сутки появления на свет проще, чем в любой другой момент до самой смерти».

Поэтому так важна своевременная диагностика, профилактика, а при необходимости и лечение тех или иных состояний у детей в периоде новорожденности. Помочь в этом может определение риска развития патологии у каждого родившегося ребенка.

Под риском обычно понимают вероятность какого-либо неблагоприятного события, а в медицине — вероятность заболевания.

Факторами риска называются особенности организма или внешние воздействия, приводящие к увеличению вероятности возникновения заболевания.

Обычно тесная однозначная связь между фактором риска и конкретным заболеванием отсутствует, а присутствие даже очень сильного фак-

тора риска еще не означает, что ребенок обязательно заболеет, однако информация об отсутствии фактора риска может быть использована для исключения диагноза.

Знание риска необходимо в диагностическом процессе для выявления более надежных прогностических показателей развития заболевания, таких как ранние клинические признаки.

Определение факторов риска используется также для формирования групп повышенного риска развития патологических состояний с целью повышения эффективности программ скрининга, а если фактор риска является к тому же причиной болезни, то его устранение можно использовать в качестве профилактической меры, независимо от того, известен или нет патогенез заболевания.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ГРУПП РИСКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Около 90 % случаев заболеваний новорожденных начинаются в антен- и/или интранатальном периоде, однако не вся и не всегда антенатальная патология может быть выявлена при рождении.

К основным причинам, способствующим формированию патологии во внутриутробном периоде относятся:

- наследственные факторы;
- соматические заболевания матери;
- эндокринопатии;
- акушерско-гинекологические осложнения;
- вредные внешние воздействия.

Перечисленные этиологические факторы могут действовать на плод непосредственно (радиация, летальные мутации, инфекционный агент) и/или на функцию плаценты, нарушая маточно-плацентарное кровообращение в различные сроки гестации. Так, длительная внутриутробная гипоксия ведет к расстройствам морфогенеза, появлению дизэмбриогенетических стигм, задержке внутриутробного роста и развития плода.

Наиболее четкие данные для регистрации фетоплацентарной недостаточности получают при оценке «биофизического профиля» плода и доплерометрии (оценка кровотока в артериях пуповины, аорте и средней мозговой артерии).

Многие факторы риска могут и должны быть определены уже во время беременности. Варианты патологии внутриутробного развития в зависимости от срока гестации представлены на рис. (Н. П. Шабалов, 2002):

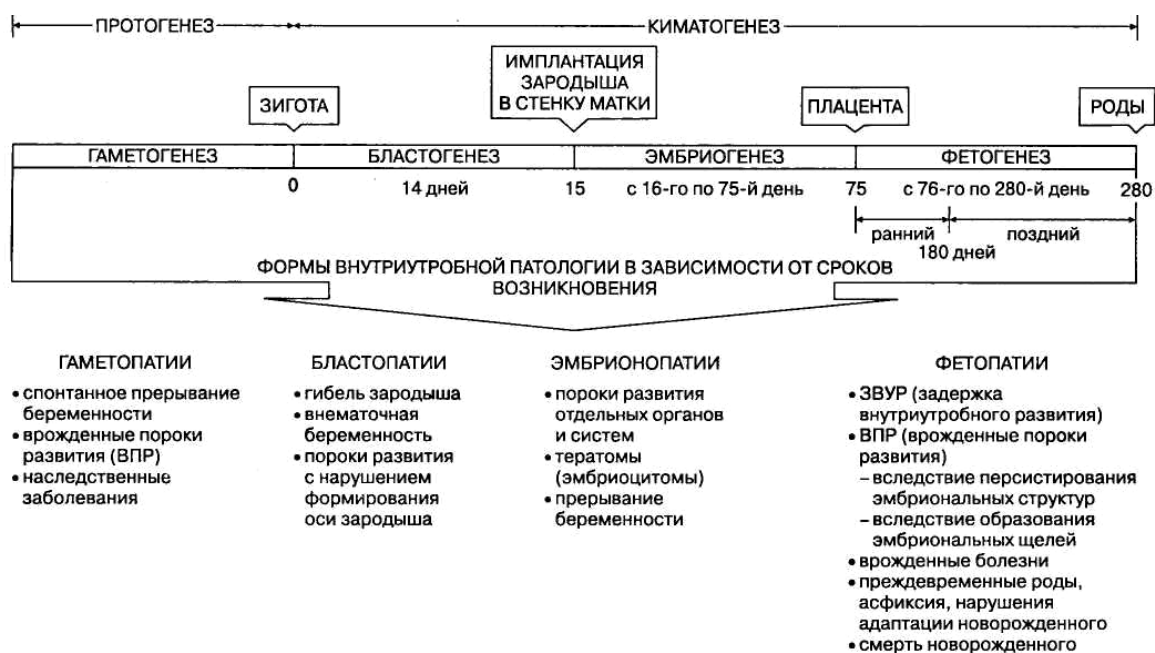


Рис. Внутриутробное развитие плода

Основные методы оценки состояния плода и пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний включают в себя:

1. Непрямые методы (обследование беременной):

- акушерско-гинекологические;
- медико-генетические (генеалогические, цитогенетические, молекулярно-биологические);
- бактериологические, серологические;
- биохимические (скринирующие тесты на α -фетопротеин, хорионический гонадотропин, эстриол и др.).

2. Прямые методы (обследование плода):

а) *неинвазивные*: УЗИ, МРТ и другие виды лучевой диагностики, кардиотокография, исследование биофизического профиля плода при стрессовом тесте, т. е. оценке динамики частоты сердечных сокращений на фоне индукции сокращений беременной матки окситоцином или в ответ на его спонтанные движения — нестрессовый тест;

б) *инвазивные*:

- хорионбиопсия (10–18-я недели беременности);
- амниоцентез (ранний — 12–14-я недели беременности, общепринятый — 18–20-я недели беременности);
- кордоцентез (с 20-й недели беременности);
- плацентобиопсия (вторая половина беременности);
- фетоскопия;
- биопсия тканей плода (печень, селезенка, кожа, мышцы и др.);
- новые технологии, позволяющие выделить ядерные эритроидные клетки плода из кровотока матери и по ДНК из них диагностировать хромосомные аномалии и моногенные болезни плода.

Результаты пренатального обследования плода с учетом данных анамнеза (течение беременности, профессиональные вредности у матери и отца, заболевания матери во время беременности, их лечение и др.), данных осмотра и различных лабораторных исследований, включая скрининг на наследственные болезни (в нашей стране проводится обязательный скрининг-тест новорожденных на фенилкетонурию и гипотиреоз), должны использоваться неонатологом для уточнения факторов риска.

При рождении ребенка врач-неонатолог совместно с акушером-гинекологом оценивают состояние новорожденного по шкале Апгар. Здоровые дети по этой шкале получают оценку 8/9(10) баллов.

Для определения адаптационных возможностей новорожденного ребенка и выявления дополнительных факторов риска при первичном осмотре новорожденного врач-неонатолог должен оценить следующие параметры:

- гестационный возраст ребенка;
- уровень его физического развития;
- состояние морфофункциональной зрелости основных систем организма.

По гестационному возрасту новорожденных детей подразделяют на доношенных (срок гестации от 37 полных недель до менее чем 42 полных недель, или 259–293 дня); недоношенных (менее 37 полных недель гестации, или менее 259 дней) и переношенных (срок гестации \geq 42 недель, или 294 дня и более). В соответствии с МКБ-10, перинатальный период начинается с 22-й полной недели (154 дня) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения.

Уровень физического развития оценивается по перцентильным таблицам (см. прил. 1).

У младенцев как с низким, так и с высоким уровнем физического развития период ранней адаптации может протекать с затруднением.

Степень зрелости новорожденного оценивают по внешним морфологическим признакам, отражающим уровень развития кожи, ее придатков и наружных гениталий по шкале Петрусса (см. прил. 2) и функциональному состоянию основных систем адаптации — сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной.

Если у ребенка определенного гестационного возраста имеются нарушения функций указанных систем, а по морфологическим признакам сумма полученных баллов оказывается меньше, чем срок гестации, то он должен быть отнесен к категории детей, незрелых для срока гестации. Это состояние является фактором риска дезадаптации в раннем неонатальном периоде.

Один или несколько факторов риска могут вызывать преимущественное нарушение функции той или иной системы организма новорож-

денного ребенка. Только что родившийся младенец может иметь риск развития многих заболеваний, однако принято выделять несколько групп патологических состояний, наиболее вероятно проявляющихся в раннем неонатальном периоде (табл. 1). Своевременное их определение позволяет оптимизировать объем обследований, условия выхаживания, профилактические и лечебные мероприятия для конкретного новорожденного ребенка.

Таблица 1

План ведения новорожденных основных групп риска

Группа риска	Фактор риска	Клинико-лабораторное исследование и лечебно-профилактическое мероприятие
Риск внутриутробного (перинатального) инфицирования	<p><i>При рождении:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острые инфекции, перенесенные во время беременности, особенно в последние 10 суток до родов 2. Наличие хронических очагов инфекции, особенно урогенитальной области, с обострением во время беременности 3. Носительство патогенного стафилококка, стрептококка и другой патогенной флоры 4. ВИЧ-инфицирование 5. Сифилис в анамнезе 6. Туберкулез 7. Эндокринная патология (сахарный диабет, гипотиреоз) 8. Криминальные вмешательства, роды вне лечебного учреждения 9. Температура тела у матери в родах или через 1–2 ч после родов более 37,3 °С 10. Длительность безводного периода более 12 ч 11. Многоводие и/или патологически измененные околоплодные воды (гнойные, зловонные, окрашенные меконием) 12. Макроскопические признаки воспаления в плаценте и амниотических оболочках, в т. ч. дефекты последа 13. В ОАК матери — лейкоцитоз (более $15\text{--}20 \times 10^9$) в день родов 14. В ОАМ матери бактерио- и/или лейкоцитурия за 2 недели до родов и в день родов 15. Недоношенность 16. Незрелость 	<p><i>Родильный зал:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забор пуповинной крови для определения количества общего белка и его фракций, СРБ, билирубина, АЛТ, АСТ, ЩФ, Ig M, G, A 2. Бактериоскопия содержимого желудка или трахеобронхиального дерева 3. Бактериологическое исследование аспирата ТБД, желудка; пуповинной крови; мазков из наружного слухового прохода, ротоглотки, с конъюнктивы, околопупочной области для идентификации микроорганизмов и определения их чувствительности к антибиотикам 4. Осмотр плаценты, амниотических оболочек, пуповины. Направление плаценты на гистологическое и бактериологическое исследование 5. Раннее прикладывание к груди, кормление молозивом (в родильном зале) и решение вопроса о совместном пребывании при отсутствии противопоказаний со стороны ребенка и матери <p><i>Палата новорожденных:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ крови, Тг, при необходимости динамика в первые сутки и обязательно перед выпиской 2. Общий анализ мочи 3. Контроль биохимических показателей крови: креатинин, электролиты; мочевины, глюкоза, динамика острофазовых показателей (СРБ, фибриноген, церулоплазмин, серомукоид); общий белок, его фракции и др. 4. КОС (по показаниям) 5. Коагулограмма (по показаниям) 6. Определение Ig A, M, G в крови новорожденного и матери в динамике

Группа риска	Фактор риска	Клинико-лабораторное исследование и лечебно-профилактическое мероприятие
	17. Замедление роста и недостаточность питания плода 18. Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте ≤ 7 баллов 19. Инвазивные методы оказания неотложной помощи и диагностических исследований	7. По показаниям проводится специфическая иммунодиагностика (ИФА, ПЦР и др.) 8. УЗИ головного мозга, внутренних органов 9. Р-графия — по показаниям 10. Бактериологическое обследование предполагаемых очагов поражения (крови, спинномозговой жидкости, кожи, слизистой, мочи, фекалий и др.) 11. Ежедневная термометрия 2–8 раз в сут. 12. Ежедневный контроль массы тела 13. Осмотр офтальмолога 14. Нарушение состояния ребенка при рождении и в динамике, воспалительные изменения, выявленные при параклинических обследованиях, являются показанием к назначению антибактериальной терапии 15. Медикаментозная профилактика у ВИЧ-экспонированных детей (ретровир — 0,9–1,4 мг/кг/ч и др.); при сифилисе у матери — по согласованию с врачом-венерологом 16. При признаках инфекции и для проведения медикаментозной профилактики или лечения показан перевод в специализированное отделение II этапа
Риск развития гемолитической болезни новорожденных (ГБН)	<i>При рождении:</i> 1. Кровь матери резус-отрицательная, ребенка — резус-положительная 2. Кровь матери O(I) группы, ребенка — A(II) или B(III) 3. Отягощенный акушерский анамнез: гемотрансфузия, гемотерапия, трансплантация органов и тканей, выкидыши, аборты, повторные роды, ГБН у предыдущих детей 4. Наличие повышенного или скачущего титра антирезусных агглютинирующих антител (диагностически значимый титр — 1:32) или изогемагглютининов (диагностически значимый титр — 1:512) 5. Положительная непрямая реакция Кумбса у матери	<i>Родильный зал:</i> 1. Немедленно клеммировать пуповину и отделить ребенка от матери 2. Обеспечить свободное истечение крови матери из сосудов пуповины 3. Провести забор крови из пуповины для определения: – группы крови и резус-фактора новорожденного; – содержания билирубина по фракциям, белка (альбумина), глюкозы, ферментов (АЛТ, АСТ, ЩФ), мочевины; электролитов; – прямой пробы Кумбса; – коагулограммы 4. Первобеременным с резус-отрицательной кровью, родившим резус-положительных детей вводится антирезусная сыворотка внутримышечно, однократно (допустимый интервал для введения — 24–72 ч после родов)

Группа риска	Фактор риска	Клинико-лабораторное исследование и лечебно-профилактическое мероприятие
	6. При УЗИ плода — гепатоспленомегалия и/или отечность; при УЗИ плаценты — ее утолщение	<p><i>Палата новорожденных:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ крови, ретикулоциты, Тг, Нт 2. Исследование билирубина по фракциям, в динамике и с подсчетом его почасового прироста 3. При необходимости — проведение повторной реакции Кумбса или желатиновой пробы, непрямой реакции Кумбса у ребенка 4. Гемостазиограмма (по показаниям) 5. Контроль гликемии 6. Очистительная клизма в первые часы после рождения 7. Оптимальный температурный режим 8. Решение вопроса о возможности грудного вскармливания
Риск анте- и интранатального поражения ЦНС	<p><i>При рождении:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внутриматочная гипоксия плода, асфиксия новорожденного 2. Оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция и т. д.) 3. Патологические роды — стремительные, быстрые, затяжные (потужной период менее 15 мин или более 1 ч), безводный период более 12 ч 4. Аномальное положение плода (ягодичное, ножное, поперечное и др.) 5. Крупновесный плод (более 4000 г) 6. Многоплодная беременность 7. Преждевременные роды 8. Роды вне родовспомогательного учреждения 9. TORCH-инфекции у матери, диагностированные во время беременности 10. Пролонгированная или переносная беременность 	<p><i>Родильный зал:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кровь из пуповины для биохимического анализа (Na, K, Ca, Mg, глюкоза, белок, мочевины) 2. КОС, уровень лактата крови 3. Коагулограмма (по показаниям) 4. Мониторирование жизненно важных параметров (ЧСС, ЧД, АД, SaO₂) <p><i>Палата новорожденных:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ крови, Тг, Нт 2. Общий анализ мочи, диурез 3. При необходимости контроль — С, лактатемии, электролитемии, гликемии, коагулограммы 4. Обследование на TORCH (по показаниям) 5. УЗИ головного мозга 6. Осмотр офтальмологом 7. Антигеморрагическая терапия: викасол или фитометадион (конакион); ангиопротекторы (дицинон) — по показаниям 8. Оптимальный температурный режим 9. Охранительный режим
Риск развития гипогликемии	<p><i>При рождении:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарный или гестационный диабет, гипотиреоз у матери 2. Недоношенность 3. Незрелость 4. Замедление роста и недостаточ- 	<p><i>Родильный зал:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определение уровня гликемии. 2. При проведении инфузионной терапии используются 5–10%-ные растворы глюкозы, в зависимости от уровня гликемии (возможно использование растворов и с

	ность питания плода	более высокой концентрацией глюкозы)
--	---------------------	--------------------------------------

Продолжение табл. 1

Группа риска	Фактор риска	Клинико-лабораторное исследование и лечебно-профилактическое мероприятие
	5. Масса тела при рождении > 4000 г 6. Многоплодная беременность 7. Асфиксия новорожденного, особенно на фоне внутриматочной гипоксии <i>В раннем неонатальном периоде:</i> 1. ОЗПК 2. Переохлаждение ребенка 3. Недостаточное вскармливание 4. Синдром мальабсорбции и др. 5. Лактазная недостаточность 6. Транзиторный сахарный диабет	3. Дача молозива при отсутствии противопоказаний со стороны матери и ребенка <i>Палата новорожденных:</i> 1. Контроль гликемии на 1–2–3–4–6–12-м ч жизни, далее 1–2 раза в сутки до стабилизации состояния (кратность обследования определяется состоянием пациента) 2. Раннее прикладывание к груди, свободный режим кормления с увеличением частоты кормлений. При гипогалактии у матери и/или гипогликемии у ребенка решать вопрос об использовании заменителей грудного молока 3. Необходимость парентеральной коррекции гипогликемии определяется состоянием новорожденного и невозможностью его адекватного энтерального обеспечения (под контролем гликемии) 4. Создание оптимального температурного режима 5. Антигеморрагическая терапия: викасол или фитометадион (конакион)
Риск развития дыхательных расстройств	<i>При рождении:</i> 1. Недоношенность 2. Незрелость 3. Переношенность 4. Сахарный или гестационный диабет, гипотиреоз у матери 5. Перенесенная внутриматочная гипоксия или асфиксия в родах 6. Роды, осложненные отслойкой плаценты 7. Операция кесарева сечения и/или медикаментозная депрессия новорожденного 8. Родовая травма центральной и периферической нервной системы 9. ВПР дыхательной и сердечно-сосудистой системы в т. ч. атрезия хоан, диафрагмальная грыжа, аплазия купола диафрагмы и др. 10. Многоплодная беременность 11. Аспирация околоплодных вод, мекония	<i>Родильный зал:</i> 1. Профилактика РДС в антенатальном периоде: глюкокортикоиды; мукосолван; гормоны щитовидной железы (интраамниотически) и т. п. — по показаниям 2. Адекватные реанимационные мероприятия у детей, родившихся с аспирационным синдромом 3. Проведение пробы Клеменса или пенного теста с околоплодными водами у беременной или содержимым трахеобронхиального дерева у новорожденных 4. Определение соотношения лецитина/сфингомиелина в околоплодных водах и трахеофарингиальном аспирате (в норме > 2) 5. Создание оптимального термального режима ребенку с момента рождения 6. Эндотрахеальное введение сурфактанта до «первого вдоха» недоношенным с массой тела < 1500 г, другим детям — по показаниям

Группа риска	Фактор риска	Клинико-лабораторное исследование и лечебно-профилактическое мероприятие
	<p><i>В раннем неонатальном периоде:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анемический синдром 2. Полицитемический синдром 3. ВПС 4. ВПР легких 5. Атрезия пищевода 6. Трахеопищеводный свищ 7. Аспирация молока, слизи и др. 8. Спонтанный пневмоторакс 9. Тимомегалия 10. Врожденный стридор 11. Аллергический ринит (при распространенной токсической эритеме) 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Забор крови из пуповины для определения КОС, лактата, биохимических показателей (электролиты, мочевины, глюкоза, белок) 8. R-графия органов грудной клетки — по показаниям <p style="text-align: center;"><i>Палата новорожденных:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поместить ребенка в кювез с оптимальным температурным режимом 2. Оксигенотерапия — в зависимости от тяжести ДН (кислородная маска; палатка; СДППД: по Грегори, клапан Бенвенисте, назальные канюли, назофарингиальная ингаляция; ИВЛ) 3. Общий анализ крови, Ht 4. Динамика КОС, электролитемии, гликемии, лактатемии 5. Коагулограмма 6. R-графия органов грудной клетки — по показаниям 7. Контроль степени тяжести РДС в динамике (шкала Сильвермана, Даунс) 8. Мониторирование ЧД, ЧСС, ЭКГ, АД, SaO₂ и др.
Риск развития острого анемического синдрома	<p style="text-align: center;"><i>При рождении:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Фетальные геморрагии (спонтанные, при вскрытии плодного пузыря, фето-фетальная трансфузия и т. д.) 2. Плацентарные геморрагии (отслойка плаценты, повреждение плаценты, пуповины при акушерских пособиях и т. п.) <p><i>В раннем неонатальном периоде:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Послеродовые геморрагии (ВЧРТ, кефалогематомы, травмы паренхиматозных органов, геморагическая болезнь новорожденных, коагулопатии, ДВС-синдром и т. д.) 2. ГБН 3. Внутриутробная инфекция (ЦМВ, герпес, грипп и др.) 	<p style="text-align: center;"><i>Родильный зал:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определение группы и резус-принадлежность крови ребенка 2. Мониторирование ЧД, ЧСС, АД, SaO₂ и др. 3. Общий анализ крови, Ht, Tt 4. КОС 5. Проведение реанимационных мероприятий при гиповолемическом шоке: <ul style="list-style-type: none"> – немедленное возмещение ОЦК (растворы 5–10 % глюкозы, 0,9 % NaCl, альбумина, СЗП — 10 мл/кг в течение 10–15 мин); – коррекция анемии при массивной кровопотере Eг-массой; – коррекция системных нарушений (КОС, энергетического баланса, надпочечниковой недостаточности с введением глюкокортикоидов и т. д.); – антигеморрагическая терапия (викасол, фитометадион, дицинон) <p style="text-align: center;"><i>Палата новорожденных:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ крови, Ht, ретикулоциты, Tt в динамике (не менее 2 раз в первые

сутки)

Продолжение табл. 1

Группа риска	Фактор риска	Клинико-лабораторное исследование и лечебно-профилактическое мероприятие
		2. Мониторинг ЧСС, ЧД, АД, температуры тела 3. Динамическая оценка и коррекция КОС, показателей газов крови, SaO ₂ 4. Гемостазиограмма (по показаниям). 5. УЗИ головного мозга, внутренних органов, R-грамма, КТ и/или МРТ, особенно при подозрении на родовую травму 6. Контроль диуреза, массы тела
Риск развития геморрагического синдрома	<p><i>При рождении:</i></p> 1. Замедление роста и недостаточность питания плода 2. Недоношенность 3. Сахарный или гестационный диабет, гипотиреоз у матери 4. Антифосфолипидный синдром у матери 5. Иммунная тромбоцитопения у матери 6. Гестоз 7. Преждевременная отслойка плаценты 8. Гипоксия плода, асфиксия в родах 9. Прием матерью антикоагулянтов, противотуберкулезных, противозепилептических средств 10. Внутриутробная гибель одного из плодов при многоплодной беременности <p><i>В раннем неонатальном периоде:</i></p> 1. ОЗПК 2. Внутриутробная инфекция, особенно вирусной этиологии. 3. Врожденный гепатит. 4. Переохлаждение ребенка. 5. Дисбиоз кишечника вследствие антибиотикотерапии или раннего использования заменителей грудного молока. 6. Нарушение процессов всасывания в кишечнике (дефицит дисахаридаз, муковисцидоз и др.)	<p><i>Родильный зал:</i></p> 1. Адекватная неотложная помощь 2. Профилактика переохлаждения новорожденного 3. Определение группы и резус-принадлежности крови ребенка <p><i>Палата новорожденных:</i></p> 1. Общий анализ крови, Ht, Tr 2. КОС 3. Гемостазиограмма (обязательно ПТИ). 4. Биохимический анализ крови: определение билирубина по фракциям, белка, глюкозы, ферментов (АЛТ, АСТ, ЩФ), креатинина, мочевины; ЦРБ, электролитов 5. Общий анализ мочи, учет диуреза 6. УЗИ головного мозга, внутренних органов, R-грамма, КТ, МРТ — по показаниям 7. Введение викасола (K ₃) — 0,1–0,2 мл/кг или фитометадиона (K ₁) — 1 мг внутримышечно, однократно. При клинике ГрБН витамин K ₃ или K ₁ — внутримышечно или внутривенно вводится в течение 2–3 дней 8. Ангиопротекторы (дицинон, этамзилат, адроксон — по 10 мг/кг внутримышечно или внутривенно) 9. СЗП, криопреципитат 10. Местная гемостатическая терапия — по показаниям 11. Бактериологическое исследование фекалий на дисбактериоз, копрограмма 12. Для дифференцированной диагностики синдрома заглоченной крови — проведение пробы Апта (с 1%-ным раствором NaOH)

Группа риска	Фактор риска	Клинико-лабораторное исследование и лечебно-профилактическое мероприятие
Риск развития патологической гипербилирубинемии (неонатальной желтухи)	<p><i>При рождении:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Недоношенность 2. Незрелость 3. Сахарный или гестационный диабет, гипотиреоз у матери 4. Наследственные заболевания в семье, сопровождающиеся гипербилирубинемией (анемия Минковского–Шоффара, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, синдром Жильбера, Люцея–Дрискола и др.) 5. Сахарный или гестационный диабет, гипотиреоз у матери 6. Применение у матери во время беременности, родов гормональных препаратов, больших доз аскорбиновой кислоты, салицилатов, антибиотиков, фуросемида и др. 7. Внутриматочная гипоксия, асфиксия в родах 8. Синдром заглоченной крови (интранатально) <p><i>В раннем неонатальном периоде:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полицитемический синдром 2. Наличие у детей кровоизлияний, гематом, кефалогематом, обильной геморрагической сыпи 3. Пренатальное и постнатальное инфицирование с персистенцией возбудителя 4. Врожденный или транзиторный гипотиреоз 5. Эксикоз (потеря массы тела > 10 %) 6. Гипогликемия, гипопроteinемия 7. Использование больших доз викасола, витамина Е, фуросемида, антибиотиков, гормональных препаратов, парацетамола у новорожденных и/или их матерей во время грудного вскармливания 8. Холестаз 9. Нерациональное грудное вскармливание (дегидратация) 10. Наличие в грудном молоке ингибиторов конъюгации билирубина (гормоны беременности, неэстерифицированные жирные кислоты (НЭЖК) и др.) 	<p><i>Родильный зал:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести забор крови из пуповины для определения: <ul style="list-style-type: none"> – группы крови и резус-фактора новорожденного; – содержания билирубина по фракциям, белка (альбумина), глюкозы, ферментов (АЛТ, АСТ, ЩФ), мочевины, СРБ <p><i>Палата новорожденных:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ крови, ретикулоциты, Tr, Ht 2. Общий анализ мочи 3. Биохимический анализ крови: билирубин по фракциям и его почасовой прирост, содержание глюкозы, общего белка, альбумина, электролитов в динамике 4. При высоких цифрах непрямого билирубина и подозрении на изоиммунизацию по редким эритроцитарным факторам — прямая и непрямая проба Кумбса, желатиновая проба (Розенфильда) 5. Контроль ЧСС, ЧД, АД, SaO₂, диуреза (по показаниям) 6. Бактериологическое обследование предполагаемых очагов поражения (крови, слизистой ротоглотки, фекалий и др.) 7. Обследование на TORCH — по показаниям 8. При необходимости — СРБ в динамике 9. При желтухе от грудного молока — проба с Нильским синим, кормление пастеризованным грудным молоком или заменителями молока в течение 36–48 ч 10. Рациональное вскармливание, контроль массы тела

В последние десятилетия XX в. возникло принципиально новое направление в медицине — фетальная терапия, девиз которого: «Плод как пациент». Например, при диагностике у плода гемолитической болезни проводят заменное переливание крови; анемии — переливание эритроцитарной массы через сосуды пуповины методом кордоцентеза. Также возможна хирургическая коррекция некоторых пороков развития плода, плаценты, пуповины, плодных оболочек и др. Подобные факты необходимо учитывать при определении групп риска и объема обследований у этих новорожденных.

Если же намеченными мероприятиями патологический процесс предотвратить не удалось, и развилась клиника определенного заболевания, то ребенку должна быть оказана неотложная помощь, а необходимое обследование и лечение целесообразно проводить в специализированных отделениях II этапа.

При выписке из родильного дома здорового ребенка, отнесенного к некоторым группам риска (внутриутробного инфицирования, поражения ЦНС и т. д.), нужно учитывать, что проявление этих патологий может произойти в более поздние сроки.

ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

При выписке новорожденного ребенка из родильного дома неонатолог должен провести комплексную оценку его состояния, определив группу здоровья.

Для этого тщательно анализируются и суммируются все отклонения в анте-, интранатальном и раннем постнатальном периодах, данные генеалогического, биологического и социального анамнеза.

Основными критериями, характеризующими состояние здоровья новорожденных, являются показатели физического и нервно-психического развития, его морфофункциональная зрелость, резистентность (адаптация) к воздействию внешнесредовых факторов, наличие врожденных пороков развития, а также исходы заболеваний, перенесенных в раннем неонатальном периоде.

Итог комплексной оценки здоровья новорожденного в родильном доме фиксируется в эпикризе и в обменной карте, предназначенной для педиатра поликлиники, где также указываются основные рекомендации по наблюдению за выписавшимся ребенком. При лечении новорожденного ребенка в специализированных отделениях группа здоровья рекомендации участковому педиатру отмечаются в выписном эпикризе.

В периоде новорожденности выделяют три основные группы здоровья:

К **I группе** здоровья относят здоровых новорожденных детей, родившихся у здоровых родителей при нормальном течении беременности и родов, имевших при рождении оценку по шкале Апгар 8–10 баллов, не болевших в роддоме или имевших:

- физиологические, транзиторные состояния (гормональный криз, физиологическая желтуха, физиологическая убыль массы тела до 6 %);
- не более 5 стигм дизэмбриогенеза (деформация ушных раковин, кожный пуп и др.), не влияющих на состояние здоровья и не требующих лечения.

Во **II группу** здоровья включают здоровых новорожденных детей с риском развития патологических состояний и заболеваний в позднем неонатальном периоде («угрожаемые дети»). По степени риска формирования патологии эту группу целесообразно подразделять на **IIА** (минимальный риск) и **IIБ** (высокий риск).

IIА группу здоровья составляют здоровые младенцы, родившиеся в удовлетворительном состоянии, не болевшие в роддоме, но имеющие отягощенный генеалогический, биологический, социальный, соматический, аллергологический, акушерско-гинекологический анамнез.

В раннем неонатальном периоде у этих детей имели место транзиторные состояния (физиологическая убыль массы тела более 6%, локализованная токсическая эритема и др.), не повлиявшие на состояние здоровья.

У некоторых новорожденных этой группы здоровья могут быть выявлены врожденные аномалии развития, не требующие лечения (микрогнатия, гипертелоризм, кожный пупок, сакральная ямка, различная величина и форма ушных раковин, и др.).

Во **IIБ группу** здоровья включают практически здоровых новорожденных с отягощенным анамнезом, которые перенесли внутриутробно, во время родов или в раннем неонатальном периоде какое-либо заболевание, завершившееся к выписке из родильного дома или специализированного отделения для новорожденных (асфиксию, церебральную ишемию, энцефалопатию без структурно-морфологических изменений головного мозга, ГБН, неонатальную желтуху, родовую травму, РДС, ОРИ, пиодермию и др.).

В эту группу также включают детей с различными функциональными отклонениями:

- недоношенных;
- доношенных, с признаками морфофункциональной незрелости;
- с задержкой внутриутробного роста плода легкой и средней степени тяжести;
- переносимых;
- от многоплодной беременности;
- с массой тела при рождении более 4000 г;
- с распространенной токсической эритемой;

– с врожденными аномалиями, не требующими срочной коррекции (пупочная грыжа, варикоцеле, крипторхизм, полидактилия и др.).

III группу здоровья составляют дети с хроническими, врожденными заболеваниями и/или пороками развития, находящимися в стадии компенсации к выписке (ВПС, БЛД, энцефалопатия со структурно-морфологическими изменениями головного мозга, задержка внутриутробного роста плода тяжелой степени, фенилкетонурия, гипотиреоз, синдром Дауна и др.).

Примеры формулирования заключения о состоянии здоровья:

1. Группа здоровья **IIА** (токсикоз I половины беременности, ОРИ у матери в 20 недель беременности). Риск развития патологии ЦНС, реализации внутриутробного инфицирования.

2. Группа здоровья **IIБ** (гестоз, ожирение II степени у матери, неонатальная желтуха). Риск развития энцефалопатии новорожденного, эндокринопатии, инфекционно-воспалительных заболеваний.

3. Синдром Дауна. ВПС (ДМЖП), НК₀. Группа здоровья **III**.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Наблюдение за новорожденными в детской поликлинике должно проводиться дифференцированно, в зависимости от группы здоровья. Группу здоровья на период новорожденности определяет участковый педиатр при первичном патронаже, основываясь на комплексной оценке здоровья ребенка с учетом данных анамнеза, уровня физического и нервно-психического развития, особенностей течения раннего неонатального периода (по сведениям, указанным в обменной карте или выписном эпикризе стационара, а также дополнительно полученных от матери), после осмотра новорожденного.

Новорожденные I группы здоровья наблюдаются участковым педиатром и осматриваются специалистами в сроки, установленные для профилактических осмотров здоровых детей. Врачебные назначения детям этой группы включают профилактические, воспитательные мероприятия и контроль рационального вскармливания.

Дети III группы здоровья должны находиться на диспансерном учете у участкового врача-педиатра и профильного специалиста с ведением карты диспансерного наблюдения, в соответствии с методическими рекомендациями по диспансеризации детей. Они должны получать необходимое лечение в зависимости от вида и степени выраженности патологии. Участковый врач-педиатр выполняет назначения специалистов и контролирует их выполнение родителями.

Примерный план наблюдения за детьми II-й группы здоровья и основные группы риска представлены в табл. 2.

План дифференцированного наблюдения за новорожденными II группы здоровья на первом месяце жизни

Группа риска	Наиболее значимый фактор риска	Частота осмотра педиатром	Консультация специалистов	Клинико-лабораторные исследования	Лечебно-оздоровительные мероприятия
Риск развития патологии ЦНС (энцефалопатии новорожденного)	<p>Отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез (группа риска анте- и интранатального поражения ЦНС, выставленная при рождении)</p> <p>Отягощенный социальный анамнез</p> <p>Асфиксия новорожденного</p> <p>Родовая травма ЦНС</p> <p>Внутриутробные инфекции (в т. ч. неуточненные)</p> <p>Недоношенность</p> <p>Незрелость</p> <p>Задержка внутриутробного роста и недостаточность питания плода</p> <p>Переношенность (≥ 42 недель)</p> <p>Дисметаболические нарушения в раннем неонатальном периоде (гипербилирубинемия, гипогликемия, дисэлектролитемия и др.)</p>	<p>IIА группа здоровья — 3 раза;</p> <p>IIБ — 4–5 раз</p>	<p>IIА — невролог, ортопед, офтальмолог — в 1 месяц; IIБ — заведующий отделением; невролог — в течение I месяца, ортопед, офтальмолог — в 1 месяц</p>	<p>Общий анализ крови, мочи в 1 месяц</p> <p>Биохимический анализ крови (белок, глюкоза, электролиты, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, др.) — по показаниям</p> <p>Контроль окружности головы, груди</p> <p>Оценка психомоторного развития каждые 10 дней и в 1 месяц (см. прил.)</p> <p>Контроль физического развития</p> <p>Нейросонография в 1 месяц</p>	<p>Охранительный режим</p> <p>Грудное вскармливание по требованию (свободный режим)</p> <p>При отсутствии грудного молока — адаптированные молочные смеси, с 7-миразовым режимом кормления</p> <p>Тщательное соблюдение гигиенических правил ухода за новорожденным.</p> <p>Длительные прогулки (не менее 2 ч в день)</p> <p>Гимнастический комплекс упражнений (прил. 9) с 3–4-хнедельного возраста</p> <p>Профилактика рахита неспецифическая и специфическая — витамином D₃ с 3 недель (противопоказан детям с краниостенозом и микроцефалией)</p> <p>При нарастании неврологической симптоматики — госпитализация в неврологическое отделение для новорожденных</p>
Риск реализации внутриутробного (перинатального) инфицирования и развития инфекционно-	<p>Отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез матери (группа риска внутриутробного инфицирования, выставленная при рождении)</p> <p>Отягощенный социальный анамнез</p> <p>Инфекционно-воспалительные заболевания, проявившиеся в неонатальном периоде (омфалит,</p>	<p>IIА группа здоровья — 3 раза;</p> <p>IIБ — 4–5 раз</p>	<p>Заведующий отделением в течение I месяца (IIБ группа); невролог, ортопед, офтальмолог — в 1 месяц; хирург, ЛОР-врач,</p>	<p>Общий анализ крови, мочи — в месяц (по показаниям — чаще)</p> <p>Бактериологический анализ флоры носоглотки после выписки из роддома или отделения новорожденных и в 1 месяц</p>	<p>Строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима. Избегать контактов с инфекционными больными</p> <p>Приоритет грудного вскармливания по требованию (свободный режим) не менее 3 месяцев</p> <p>При отсутствии грудного молока — адаптированные молочные смеси, с 7-миразовым режимом кормления,</p>

Группа риска	Наиболее значимый фактор риска	Частота осмотра педиатром	Консультация специалистов	Клинико-лабораторные исследования	Лечебно-оздоровительные мероприятия
воспалительных заболеваний в периоде новорожденности	пиодермия, ОРИ, пневмония, сепсис и др.), в стадии реконвалесценции Недоношенность Незрелость Задержка внутриутробного роста и недостаточность питания плода Использования препаратов крови для лечения Инвазивные диагностические исследования и реанимационные мероприятия (интубация трахеи, ИВЛ, катетеризация сосудов и т. п.) Дети, рожденные матерями с эндокринной патологией (сахарный диабет, гипотиреоз и др.) Отягощенный социальный анамнез		иммунолог — по показаниям	При дисфункции желудочно-кишечного тракта — копрологическое исследование, анализ кала на дисбактериоз Биохимический анализ крови (белок, глюкоза, электролиты, СРБ, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, др.) — по показаниям Контроль состояния кожи, пупочной ранки, время ее эпителизации, температурой тела, характером стула, нарастанием массы тела, нервно-психическим развитием Иммунологическое обследование — по показаниям	обогащенные бифидобактериями и пребиотиками (Беллакт-Бифидо, НАН кисломолочный, Семпер-Бифидо и др.) Контроль количества и качества съеденной пищи, своевременная коррекция питания Длительные прогулки (не менее 3 ч в день) Гимнастический комплекс упражнений (прил. 9) с 3–4-недельного возраста, обучение плаванию с 1 мес., закаливающие процедуры Профилактика рахита неспецифическая и специфическая — витамином D ₃ с 3-недельного возраста Эубиотики (бифидумбактерин, лактобактерин, линекс и т. п.) — по 2,5 дозы 2 раза в день в течение первых 2 недель после выписки и далее по показаниям При возникновении признаков инфекционного заболевания с проявлениями интоксикации (ГВЗ, ОРИ и др.) — обязательная госпитализация
Риск развития нарушений питания (гипо- и паратрофии), эндокринопатий	Отягощенный генеалогический анамнез по эндокринно-обменной патологии Эндокринные нарушения у матерей (сахарный или гестационный диабет, ожирение, патология щитовидной железы, яичников)	ПА группа здоровья — 3 раза; ШБ — 4–5 раз	Заведующий отделением, невролог, ортопед, офтальмолог — в 1 месяц; эндокринолог — по показаниям;	Общий анализ крови, мочи — в месяц Анализ крови, мочи на сахар — по показаниям Гормональное обследование — по показаниям	Создание оптимальных условий ухода и вскармливания Расчет и коррекция питания: при недостаточной прибавке массы тела — увеличение числа кормлений (более 7), при избыточном нарастании массы тела — уменьшение (до 6 раз в сутки).

Группа риска	Наиболее значимый фактор риска	Частота осмотра педиатром	Консультация специалистов	Клинико-лабораторные исследования	Лечебно-оздоровительные мероприятия
(сахарный диабет, гипотиреоз, тимомегалия и др.)	<p>Задержка внутриутробного роста (маловесный или маленький к сроку гестации)</p> <p>Недостаточность питания плода</p> <p>Недоношенность</p> <p>Незрелость</p> <p>Переношенность (≥ 42 недель).</p> <p>Большая масса тела при рождении (> 4000 г)</p> <p>Перенесенные инфекционно-воспалительные заболевания в неонатальном периоде (пневмония, сепсис, внутриутробная инфекция и др.)</p> <p>Дисбиоз кишечника</p> <p>Несбалансированный рацион питания у матери в период беременности и лактации</p> <p>Нерациональное вскармливание новорожденного (недостаточное или избыточное, раннее ведение докорма)</p> <p>Употребление алкоголя, наркотиков и табакокурение во время беременности в послеродовом периоде</p> <p>Отягощенный социальный анамнез</p>		генетик, иммунолог — до 3 месяцев	<p>Биохимический анализ крови (белок, глюкоза, холестерин, липопротеины и др.)</p> <p>Контроль состояния нервной системы; трофики (тургор, эластичность кожи, толщина подкожно-жировой клетчатки); аппетитом, прибавкой массы тела, характером стула</p> <p>По показаниям — исследование иммунного статуса</p>	<p>Приоритет грудного вскармливания</p> <p>При отсутствии грудного молока — адаптированные молочные смеси, при сниженной массе тела — специальные смеси для недоношенных детей (pre NAN, FRISO-pre, FRISO-AC, Alfare и др.)</p> <p>Еженедельный, (по показаниям — ежедневный) контроль массы тела, при необходимости — контрольное взвешивание, расчет питания</p> <p>Гимнастический комплекс упражнений (прил. 9) с 3–4-хнедельного возраста, обучение плаванию (с 3 нед. при паратрофии); закаливающие процедуры — с осторожностью</p> <p>Профилактика рахита неспецифическая и специфическая — витамином D₃ с 3 недель</p> <p>При гипотрофии — эубиотики (бифидумбактерин, лактобактерин, линекс и т. п.) — до 1 месяца; ферменты (7–10 дней), карнитина хлорид, оротат калия, корилип — до 1 месяца</p> <p>При реализации риска — госпитализация в стационар</p>
Риск развития врожденных аномалий и	<p>Наследственная патология в родословной</p> <p>Возраст матери больше 35 лет</p> <p>Близкородственный брак</p>	ПА группа здоровья — 3 раза;	Невролог, ортопед, офтальмолог — в 1 месяц.	Общий анализ крови, мочи — в 1 месяц Биохимический анализ крови (белок,	Создание оптимальных условий ухода и вскармливания, при необходимости — специальные смеси

Группа риска	Наиболее значимый фактор риска	Частота осмотра педиатром	Консультация специалистов	Клинико-лабораторные исследования	Лечебно-оздоровительные мероприятия
<p>22</p> <p>пороков (ВПС, пилоростеноз, мегаколон и др.), наследственно обусловленных заболеваний (ФКУ, галактоземия, муковисцидоз, синдром Дауна и др.)</p>	<p>Перенесенные матерью в I триместре беременности вирусные (грипп, краснуха, герпес, цитомегалия) и паразитарные (токсоплазмоз, микоплазмоз, уреоплазмоз) инфекции</p> <p>Сахарный диабет у матери</p> <p>Антифосфолипидный синдром</p> <p>Применение лекарственных препаратов в период беременности (цитостатики, антиконвульсанты, гормоны, некоторые антибиотики, сульфаниламиды и др.)</p> <p>Злоупотребление алкоголем у родителей</p> <p>Наркомания у родителей</p> <p>Воздействие мутагенных и тератогенных факторов внешней среды (особенно до 12 недели беременности)</p> <p>Стигмы дизэмбриогенеза (> 5)</p>	<p>ПБ — 4–5 раз</p>	<p>По показаниям — заведующий отделением, кардиолог, стоматолог, иммунолог, генетик (не позднее 3 месяца жизни)</p>	<p>глюкоза, галактоза, электролиты, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ фенилаланин и др.)</p> <p>Копрограмма при синдроме диспепсии</p> <p>Специальные параклинические методы обследования — по показаниям (ЭКГ, УЗИ, ЭЭГ, R-логические, КТ, МРТ и др. иммунологические, генетические)</p> <p>Контроль физического и нервно-психического развития</p>	<p>При наследственных метаболических нарушениях — ранняя коррекция питания</p> <p>Специфические методы лечения в соответствии с выявленной патологией</p> <p>При необходимости госпитализация в специализированное отделение</p>
<p>Риск развития анемии</p>	<p>Наследственные анемии в родословной</p> <p>Многплодная беременность</p> <p>Тяжелая анемия беременных и кормящих матерей</p> <p>Гемолитическая болезнь новорожденных</p> <p>Дети, получавшие фототерапию после гемокоррекции</p>	<p>ПА группа здоровья — 3 раза; ПБ — 4–5 раз</p>	<p>Заведующий отделением — на 1 месяце жизни детей ПБ группы здоровья, невролог, ортопед, офтальмолог — в 1 месяц;</p>	<p>Общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов, определением MCV, RDW, MCH, MCHC, тромбоцитов, гематокрита — в 1 месяц, при ГБН и анемии в раннем неонатальном периоде</p>	<p>Режим с максимальным пребыванием на воздухе</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>При отсутствии грудного молока — адаптированные молочные смеси, обогащенные железом, коррекция питания</p> <p>Назначение препаратов железа — в зависимости от состояния феррокинетики.</p> <p>С 1 месяца возможен профилактический</p>

Продолжение табл. 2

Группа риска	Наиболее значимый фактор риска	Частота осмотра педиатром	Консультация специалистов	Клинико-лабораторные исследования	Лечебно-оздоровительные мероприятия
	<p>Острый анемический синдром плода, новорожденного</p> <p>Геморрагическая болезнь новорожденных</p> <p>Кровоизлияния: внутримозговые, в паренхиматозные органы, кефалогематомы и т. п.</p> <p>ДВС</p> <p>Внутриутробные инфекции (ЦМВ, герпес, токсоплазмоз и др.)</p> <p>Недоношенность</p> <p>Незрелость</p> <p>Задержка внутриутробного роста и недостаточность питания плода</p> <p>Влияние ионизирующей радиации</p> <p>Злоупотребление алкоголем, наркотиками и табакокурением у родителей</p> <p>Отягощенный социальный анамнез</p>		гематолог — по показаниям	<p>в 2 недели</p> <p>Общий анализ мочи — в 1 месяц</p> <p>Биохимический анализ крови (белок, электролиты, ферритин сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки крови, насыщение трансферрина сыворотки и др.) — по показаниям</p> <p>Осмотическая резистентность эритроцитов</p>	<p>прием (Гемофер, Мальтофер — 10 мг/сут при естественном вскармливании и 5–7 мг/сут — при искусственном)</p> <p>При тенденции к снижению Нв — увеличение дозы железа до лечебной (3–5 мг/кг)</p> <p>При клинических проявлениях железодефицитной анемии дополнительно — витамины А, В₁, В₆, Е, С</p> <p>При ранней нормохромной анемии — коррекция сопутствующих патологических состояний</p> <p>При макроцитарной анемии у недоношенных детей — фолиевая кислота (1–3 мг в сутки), мальтофер ФОЛ</p> <p>По показаниям — назначение эритропоэтина в условиях стационара</p> <p>Гимнастический комплекс упражнений (прил. 9) с 3–4-хнедельного возраста</p> <p>Профилактика рахита неспецифическая и специфическая — витамином D₃ с 3 недель жизни</p>
Риск возникновения аллергических реакций	<p>Аллергические заболевания у родителей и родственников</p> <p>Распространенная токсическая эритема новорожденных</p> <p>Токсикозы беременных, зуд беременных</p> <p>Изосенсибилизация при несовмес-</p>	<p>ПА группа здоровья — 3 раза;</p> <p>ПБ — 4–5 раз</p>	<p>Невролог — в 1 месяц; ортопед, офтальмолог — в 1–1,5 месяца;</p> <p>ЛОР-врач — по показаниям; аллерголог — при</p>	<p>Общий анализ крови, мочи — в 1 месяц</p> <p>Аллергологическое обследование — по показаниям</p> <p>Контроль состояния кожи и слизистых</p>	<p>Ограничение пищевых аллергенов в рационе питания лактирующей матери</p> <p>Ведение «пищевого дневника» матери при естественном вскармливании и «дневника питания» ребенка — при искусственном или смешанном</p> <p>При клинических проявлениях аллер-</p>

	тимости крови матери и плода по		возникновении	оболочек (проявления	гии к коровьему молоку — перевод на
--	---------------------------------	--	---------------	----------------------	-------------------------------------

Продолжение табл. 2

Группа риска	Наиболее значимый фактор риска	Частота осмотра педиатром	Консультация специалистов	Клинико-лабораторные исследования	Лечебно-оздоровительные мероприятия
	<p>групповым антигенам и Rh-системе, комплексу гистосовместимости (HLA-системе)</p> <p>Избыточное количество молочных продуктов и облигатных пищевых аллергенов (яйца, рыба, цитрусовые и т. д.) в рационе беременной и кормящей матери</p> <p>Ранний докорм новорожденных смесями на основе коровьего молока</p> <p>Дисбактериоз кишечника</p>		аллергических реакций	аллергической сыпи, ринита, конъюнктивита и др.), физического и нервно-психического развития	<p>гипоаллергенные смеси (НАН-ГА, Нипп-ГА, Alfare, Беллакт-соя и др.)</p> <p>Избегать полипрагмазии</p> <p>По возможности — ограничение медикаментозной терапии (антибиотики, поливитаминные препараты и др.)</p> <p>Соблюдение гигиенического режима с ограничением контакта с бытовыми аллергенами</p> <p>При реализации риска — неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия (фенкарол и др.) и местное лечение кожных проявлений (элидел)</p> <p>Профилактические прививки — по индивидуальному календарю (желательно использование бесклеточных вакцин)</p> <p>Профилактика рахита неспецифическая, специфическая — витамином D₃ с осторожностью!</p> <p>Максимально длительные прогулки (до 4 ч)</p>
Группа социально-го риска	<p>Неполная семья</p> <p>Многодетные семьи</p> <p>Малообеспеченные семьи</p> <p>Несовершеннолетние матери и матери-инвалиды</p> <p>Семьи с неудовлетворительными жилищно-бытовыми условиями</p> <p>Неблагоприятный психологиче-</p>	5 раз, при необходимости — внеплановые посещения семьи	Заведующий отделением 2 раза в течение месяца; невролог, ортопед, офтальмолог — в 1 месяц	<p>Общий анализ крови, мочи — в 1 месяц</p> <p>Биохимический анализ крови по показаниям</p> <p>Контроль физического и нервно-психического развития</p>	<p>Оказание совместно с общественными организациями, правовыми органами, исполкомом местных Советов, органами социального обеспечения, женсоветами и др. социально-правовой помощи семье, а при необходимости — помещение ребенка в социальные учреждения</p> <p>Обучение и контроль соблюдения са-</p>

	ский климат в семье, аморальный,				нитарно-гигиенического режима, основ
--	----------------------------------	--	--	--	--------------------------------------

Продолжение табл. 2

Группа риска	Наиболее значимый фактор риска	Частота осмотра педиатром	Консультация специалистов	Клинико-лабораторные исследования	Лечебно-оздоровительные мероприятия
	<p>антиобщественный образ жизни</p> <p>Алкоголизм, наркомания родителей</p> <p>Уклонение родителей от обязанностей по содержанию и воспитанию детей, не выполняющих назначения врача, не соблюдающих гигиенических правил</p> <p>Грубое и жестокое обращение родителей со своими детьми</p>				<p>рационального вскармливания новорожденного и диеты матери, кормящей грудью</p> <p>Обеспечение весами для контроля массы тела ребенка</p> <p>Расчет и своевременная коррекция питания (не менее 1 раза в 10 дней)</p> <p>Обязательная госпитализация заболевшего ребенка</p> <p>Гимнастический комплекс упражнений (прил. 9) с 3–4-хнедельного возраста (при участии медицинского персонала)</p> <p>Профилактика анемии, рахита (неспецифическая и специфическая) — витамином D₃ с 3 недель жизни</p>
Риск развития синдрома внезапной смерти (СВС)	<p>Новорожденные из группы социального риска</p> <p>Интервал между беременностями менее 14 месяцев</p> <p>Антифосфолипидный синдром у матери</p> <p>Курение во время беременности и после родов</p> <p>Аллергия к коровьему молоку</p> <p>Масса при рождении > 4000 г</p> <p>Тимомегалия III–IV степени (ТТИ > 0,4) с синдромом сдавления</p> <p>Кардиопатия с изменениями на ЭКГ (синдром укорочения</p>	5 раз	Заведующий отделением, невролог — в течение I месяца; ортопед, офтальмолог — в 1 месяц; кардиолог, аллерголог, гастроэнтеролог, иммунолог, эндокринолог, генетик	<p>Общий анализ крови, мочи — в 1 месяц</p> <p>Биохимический анализ крови, иммунограмма, исследование гормонального статуса — по показаниям</p> <p>ЭКГ — в 1 месяц</p> <p>УЗИ внутренних органов</p> <p>R-грамма органов грудной клетки — по показаниям, при тимомегалии —</p>	<p>Охранительный режим</p> <p>Грудное вскармливание по требованию (свободный режим)</p> <p>При отсутствии грудного молока — адаптированные молочные смеси, с 7-миразовым режимом кормления и строгим соблюдением правил их приготовления (избегать высокой концентрации)</p> <p>При клинических проявлениях аллергии к коровьему молоку — перевод на гипоаллергенные смеси (НАН-ГА, Hipp-ГА, Alfare, Беллакт-соя и др.)</p> <p>При выявлении ГЭР и тимомегалии —</p>

	интервала PQ < 0,08 с, удлинения			в динамике	кормление и сон в возвышенном
--	----------------------------------	--	--	------------	-------------------------------

Окончание табл. 2

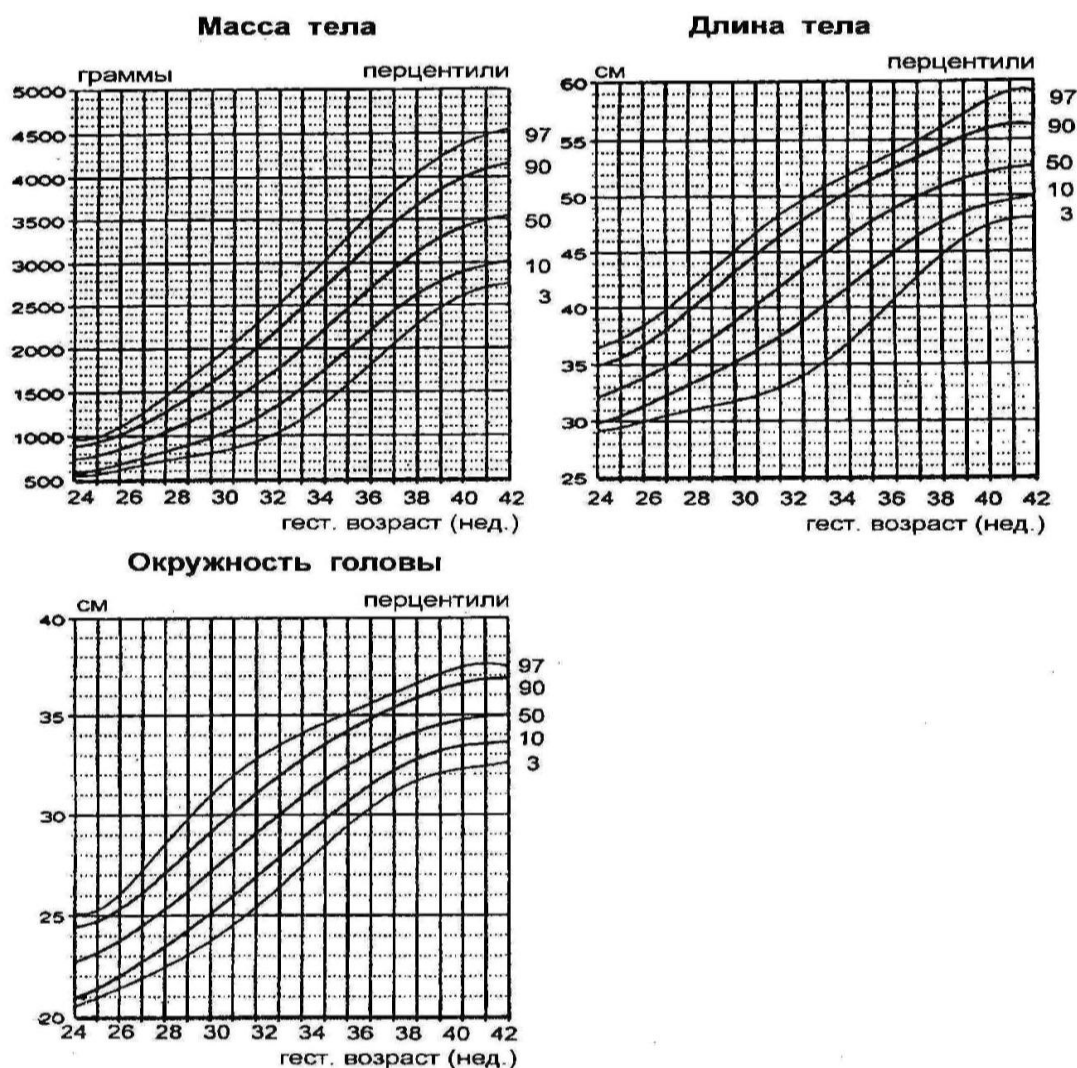
Группа риска	Наиболее значимый фактор риска	Частота осмотра педиатром	Консультация специалистов	Клинико-лабораторные исследования	Лечебно-оздоровительные мероприятия
	интервала QT > 0,38, эпизоды брадикардии) Недоношенность менее 32 недель Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) Синдром внезапной смерти детей в семье или у родственников Эпизоды очевидных жизнеугрожающих ситуаций: апноэ, остро возникшие бледность или цианоз кожных покровов, гипотония, перхивания, рвотные движения			ФГДС — при клинике ГЭР Контроль физического и нервно-психического развития, общего состояния. Выявление у детей вялости, приступов апноэ, стридорозного дыхания, ранних проявлений атопического дерматита, судорог, ринита, кашля, снижения аппетита, срыгиваний, жидкого стула	положении При врожденном синдроме укорочения интервала PQ–ЭКГ в режиме Холтеровского мониторирования Профилактика рахита неспецифическая и специфическая — витамином D ₃ с 3 недель жизни под контролем содержания Ca ⁺⁺ в крови и моче Гимнастический комплекс упражнений (прил.) с 4-хнедельного возраста Закаливающие процедуры — с осторожностью! Профилактические прививки — по индивидуальному календарю Назначение тимических гормонов и глюкокортикоидов — по показаниям (выраженный «синдром сдавления», проявления острой тимико-надпочечниковой недостаточности) Информирование родителей о возможности внезапного ухудшения состояния ребенка и обучение их методам оказания неотложной помощи в этой ситуации При повторных эпизодах брадикардии, признаках острой тимико-надпочечниковой недостаточности и выраженных проявлениях ГЭР — обязательная госпитализация в стационар

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова, А. А. Физиология роста и развития детей и подростков : практ. рук. / А. А. Баранова, Л. А. Щеплягина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 432 с.
2. Беляева, Л. М. Профилактические и лечебно-профилактические мероприятия для детей и подростков I и II групп здоровья. Современная тактика ведения часто и длительно болеющих детей : учеб.-метод. пособие / Л. М. Беляева. Минск, 2006. 60 с.
3. Гомелла, Т. Л. Неонатология / Т. Л. Гомелла, М. Д. Каннигам. М. : Медицина, 1995. 640 с.
4. Гусель, В. А. Справочник педиатра по клинической фармакологии / В. А. Гусель, И. В. Маркова. Л. : Медицина, 1989. 320 с.
5. Елиневская, Г. Ф. Организация наблюдения за новорожденными детьми групп риска : метод. реком. / Г. Ф. Елиневская, С. И. Денисевич, К. А. Ласюк. Минск, 1990. 23 с.
6. Елиневская, Г. Ф. Заболевания у новорожденных детей. Клинические варианты и дифференциальная диагностика / Г. Ф. Елиневская, Б. Л. Елиневский. Минск : Беларусь, 2004. 203 с.
7. Елиневская, Г. Ф. Токсическая эритема новорожденных : метод. реком. / Г. Ф. Елиневская, О. Г. Родцевич, Б. Л. Елиневский. Минск, 2001. 15 с.
8. Елиневская, Г. Ф. Профилактика развития макросомии плода у беременных групп риска, тактика ведения родов при крупном плоде и реабилитация большевесных новорожденных : инстр. по применению / Г. Ф. Елиневская, А. К. Ткаченко. Минск, 2002. 12 с.
9. Матвейков, Г. П. Справочник семейного врача. Педиатрия / Г. П. Матвейков, С. И. Ген. Минск : Беларусь, 1998. 703 с.
10. Мачулина, Л. П. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка : учеб.-метод. пособие / Л. П. Мачулина, Н. В. Галькевич. Минск, 2005. 118 с.
11. Суковатых, Т. Н. Питание при пищевой аллергии : инстр. по применению / Т. Н. Суковатых, Л. И. Матуш. Минск, 2001. 22 с.
12. Неонатология : учеб. пособие / Е. П. Сушко [и др.]. Минск : Высшая школа, 1998. 416 с.
13. Ткаченко, А. К. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения внутриутробных инфекций у новорожденных : учеб.-метод. пособие / А. К. Ткаченко. Минск : БГМУ, 2005. 43 с.
14. Ткаченко, А. К. Избранные вопросы неонатологии : учеб.-метод. пособие / А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. Минск : БГМУ, 2006. 47 с.
15. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер ; пер. с англ. М. : Медиа Сфера, 1998. 352 с.
16. Ферсмольд, Х. Основные положения неонатологии / Х. Ферсмольд ; пер. на рус. Г. Л. Качан, С. Э. Качан. 7-е изд. Клиника педиатрии свободного университета г. Берлина, клиника им. Б. Франклина, 1997. 184 с.
17. Шабалов, Н. П. Современная терапия в неонатологии : справ. / Н. П. Шабалов. М. : МЕДпресс, 2000. 262 с.
18. Шабалов, Н. П. Основы перинатологии / Н. П. Шабалов, Ю. В. Цвелев. М. : МЕДпресс-информ, 2002. 576 с.
19. Шанько, Г. Г. Инструкция по клинической диагностике энцефалопатии новорожденных и родовой черепно-мозговой травме / Г. Г. Шанько, Г. А. Шишко, Е. А. Улезко. Минск, 2004. 14 с.
20. Инструкция по интенсивной терапии гипоксических состояний у новорожденных / Г. А. Шишко [и др.]. Минск, 2002. 41 с.

ПЕРЦЕНТИЛЬНЫЕ КРИВЫЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

(E. Kattner, B. V. Metz, D. Keen, 1992)



В соответствии с перцентильными кривыми внутриутробного развития определяется:

Гестационный возраст и масса тела при рождении:

Маловесный для срока гестации: < 10 перцентилей.

Крупновесный для срока гестации: > 90 перцентилей.

При массе тела при рождении более 4500 г — чрезмерно крупная масса.

Гестационный возраст и длина тела при рождении:

Маленький по росту для срока гестации: < 10 перцентилей.

Большой по росту для срока гестации: > 90 перцентилей.

Гестационный возраст, масса и длина тела при рождении:

Маленький для срока гестации: < 10 перцентилей.

Крупный для срока гестации: > 90 перцентилей.

Гестационный возраст и окружность головы при рождении:

Маленькая окружность головы к сроку гестации: < 10 перцентилей.

Большая окружность головы к сроку гестации: > 90 перцентилей.

ТАБЛИЦА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ ПЕТРУССА

Признаки	0	1	2
Кожа	Красная, отечная, тонкая	Красная, пастозная	Розовая
Ушная раковина	Бесформенная, мягкая	Наличие завитка и отсутствие противозавитка	Твердая, оформленная
Исчерченность стоп	1–2 черты в дистальном отделе	1/2 дистального отдела	Почти полностью
Грудная железа	Розовая точка	Ореола соска < 5 мм	Ореола соска > 5 мм
Наружные половые органы	Яички в паховых каналах Малые половые губы преобладают над большими, зиянии половой щели, гипертрофированный клитор	Яички на вход в мошонку Равновеликие большие и малые половые губы	Яички в мошонке Большие половые губы прикрывают малые

Каждый из указанных признаков оценивается от 0 до 2 баллов. Полученная сумма баллов прибавляется к 30. Итоговый результат соответствует степени морфологической зрелости новорожденного ребенка.

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

Параметры	Крайний вариант благополучия
Характеристика полноты семьи	Есть ли отец и ближайшие родственники матери
Образовательный уровень семьи	Среднее специальное образование (техникум, ПТУ)
Психологический климат семьи	а) отношение к ребенку ровное, ласковое, дружелюбное, ребенок желанный; б) отношения между родителями дружелюбные; в) нет вредных привычек
Жилищно-бытовые условия	Наличие у семьи отдельной квартиры с площадью не менее 6 м ² на человека
Материальная обеспеченность семьи	60 % от минимального потребительского бюджета семьи из 4 человек
Уровень санитарно-гигиенических условий ухода за ребенком и квартирой	Минимально-оптимальный
Прочие	

Оценка социального анамнеза: благополучный или неблагополучный.

БИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Факторы	Перечень неблагоприятных факторов
Особенности антенатального периода	Токсикозы беременности, угроза выкидыша, внутриутробная гипоксия плода, экстрагенитальные заболевания матери, профессиональные вредности у родителей, хирургические вмешательства во время беременности, вирусные заболевания матери во время беременности
Особенности интра- и постнатального периодов	Длительные или стремительные роды, кесарево сечение, использование в родах щипцов или вакуум-экстрактора, асфиксия, родовая травма, гемолитическая болезнь новорожденных, острые инфекционные или неинфекционные заболевания и др.
Воздействия, ухудшающие здоровье в последующем	Повторные острые заболевания любой этиологии, ранний перевод на искусственное вскармливание и др.






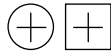
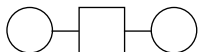
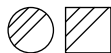


Оценка биологического анамнеза: благополучный или неблагополучный.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Возраст	Зрительные реакции	Слуховые реакции	Эмоции и социальное поведение
10 дней	Удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение)	Вздрагивает и моргает при резком звуке	Реагирует неудовольствием на сильные звуковые и световые раздражители
18–20 дней	Удерживает в поле зрения неподвижный предмет (лицо взрослого)	Плачущий или кричащий ребенок успокаивается при сильном звуке	
1 месяц	Плавное прослеживание движущегося предмета	Длительное слуховое сосредоточение (прислушивается к голосу взрослого, к звуку игрушки)	Первая улыбка в ответ на разговор взрослого

ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

При составлении родословной приняты следующие условные обозначения:

Мужчина —		Медицинский аборт —	
Женщина —		Больные —	
Брак —		Умершие —	
Дважды женат —		Обладатели рудиментарных признаков болезни —	
Близнецы —			
Выкидыш —			

При оценке генеалогического анамнеза следует определить:

1. Есть ли наследственные болезни:

$$\text{ИО} = \frac{\text{Общее число заболеваний на всех известных родственниках}}{\text{Общее число родственников пробанда}}$$

Индекс $> 0,7$ свидетельствует об отягощенности.

2. Индекс отягощенности по нозологической группе:

$$\text{ИО}_{\text{нозологии}} = \frac{\text{Общее число заболеваний данной нозологии на всех известных родственниках}}{\text{Общее число родственников пробанда}}$$

Индекс $> 0,4$ свидетельствует об отягощенности по данной нозологии.

Оценка генеалогического анамнеза: отягощен или не отягощен.

ЗАКАЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (1–3 месяца)

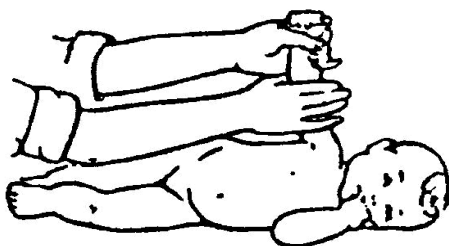
1. Температура в помещении 22 °С.
2. Обязательный сон на воздухе при температуре от –15 °С до +30 °С.
3. Во время пеленания, массажа, перед купанием — воздушная ванна (малыша, начиная с возраста 2–3 месяца, раздевают на 5–6 мин при температуре 22 °С, а потом температуру воздуха постепенно снижают до 20 °С).
4. Температура воды для умывания 28 °С.
5. Общая ванна при температуре 36–37 °С, продолжительностью 5–6 мин.
6. После ванны (2–3 раза в неделю) надо облить ребенка водой с температурой на 2–4 °С ниже, чем вода в ванне, начиная с температуры 32–34 °С и снижая ее каждые 3 дня на 1–2 ° до достижения 20 °С. После обливания ребенка следует растереть полотенцем.

ОСНОВНЫЕ ДИЗЭМБРИОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СТИГМЫ (по Л. Т. Журба)

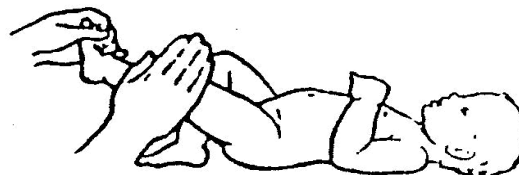
Локализация	Характер аномалии
Череп	Форма черепа микроцефалическая, гидроцефалическая, брахицефалическая, долихоцефалическая, асимметричная; низкий лоб, резко выраженные надбровные дуги, нависающая затылочная кость, уплощенный затылок, гипоплазия сосцевидных отростков
Лицо	Прямая линия скощенного лба и носа. Монголоидный или антимонголоидный разрез глаз. Гипо- и гипертелоризм. Седловидный нос, уплощенная спинка носа, искривленный нос. Асимметрия лица. Макрогнатия, микрогнатия, прогения, микрогения, раздвоенный подбородок, клиновидный подбородок
Глаза	Эпикант, индианская складка века, низкое стояние век, асимметрия глазных щелей, отсутствие слезного мясца (третье веко), дистихиаз (двойной рост ресниц), колобома, гетерохромия радужной оболочки, неправильная форма зрачков
Уши	Большие оттопыренные, малые деформированные, разновеликие, расположены на различном уровне, расположенные низко; аномалия развития завитка и противозавитка, приращение мочки ушей, добавочные козелки
Рот	Микростомия, макростомия, «рыбий рот», высокое узкое нёбо, высокое уплощенное нёбо, аркообразное нёбо, короткая уздечка языка, складчатый язык, раздвоенный язык
Шея	Короткая, длинная, кривошея, с крыловидными складками, избыточными складками
Туловище	Длинное, короткое, грудь вдавленная, куриная, бочкообразная, асимметричная, большое расстояние между сосками, добавочные соски, агенезия мечевидного отростка, диастаз прямых мышц живота, низкое стояние пупка, грыжи
Кисти	Брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, поперечная борозда ладони, сгибательная контрактура пальцев, короткий изогнутый V палец, искривление всех пальцев
Стопы	Брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, сандалевидная щель, двузубец, трезубец, плоская стопа, нахождение пальцев друг на друга
Половые органы	Крипторхизм, фимоз, недоразвитие полового члена, недоразвитие половых губ, увеличение клитора
Кожа	Депигментированные и гиперпигментированные пятна, большие родимые пятна с оволосением, избыточное локальное оволосение, гемангиомы, участки аплазии кожи волосистой части головы

Диагностическое значение имеет обнаружение у больного 5 и более стигм дизэмбриогенеза.

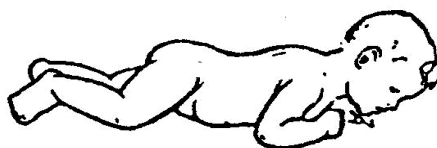
ГИМНАСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (с 3 недель до 3 месяцев)



1. Поглаживающий массаж рук
(4–6 раз)



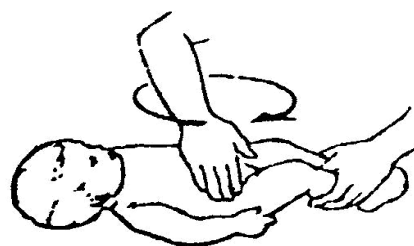
2. Поглаживающий массаж ног
(4–6 раз)



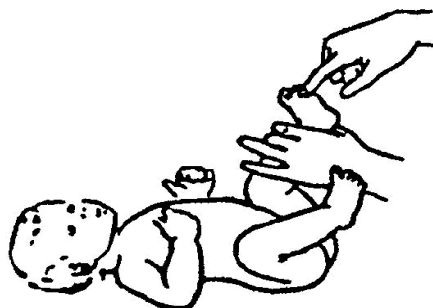
3. Выкладывание на живот



4. Массаж спины (4–6 раз)



5. Массаж живота (6–8 раз)



6. Массаж стоп и рефлексорные
упражнения для стоп (3–4 раза)

8. Выкладывание на живот
(см. упр. 3)

Общая продолжительность —
5–6 мин

7. Рефлекторное разгибание спины
в положении на боку (1–2 раза в обе
стороны) — рефлекс Галанта



9. Рефлекторное ползание

Проводить спустя 30–40 мин после еды
или за 20–30 мин до приема пищи

СХЕМА ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

1. Фамилия, имя, отчество матери:

- возраст;
- место работы;
- вредные привычки;
- группа крови и резус-фактор матери и ребенка.

Фамилия, имя, отчество отца:

- возраст;
- место работы;
- вредные привычки.

2. Особенности биологического, аллергологического и социального анамнеза семьи (полная или неполная семья; желанный или нежеланный ребенок и т. д.).

3. Родословная (схема) 3–4-х поколений, включая пробанда. *Заключение* по родословной (прил. 6).

Поколения в родословной обозначаются римскими цифрами от более старшего поколения к младшему, т. е. сверху вниз. Всем индивидуумам в пределах каждого поколения дается свой порядковый номер, обозначенный арабскими цифрами. В легенде указываются больные родственники.

4. Акушерско-гинекологический анамнез:

- какая по счету беременность и роды, срок гестации;
- исходы предыдущих беременностей;
- осложнения настоящей беременности (гестоз, угроза прерывания, анемия беременной, гестационный диабет, перенесенные острые заболевания, обострение хронических заболеваний, гестационный пиелонефрит и т. д.).

5. Особенности течения родов:

- общая продолжительность родов I периода, II периода;
- безводный период, изменение цвета и запаха околоплодных вод;
- интранатальные осложнения (гестоз, преэклампсия, эклампсия, первичная или вторичная слабость родовой деятельности, обвитие пуповины и др.);
- акушерские пособия и операции при родоразрешении.

6. Состояние ребенка при рождении:

- дата и время родов;
- оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й мин после рождения (расшифровать);

- антропометрические показатели (масса и длина тела, окружность головы и грудной клетки). **Оценка** по перцентильным таблицам (прил. 1) и **заключение** об уровне физического развития;
- оценка степени зрелости новорожденного по шкале Петрусса (прил. 2), **заключение**;
- первичный осмотр врача-неонатолога (состояние ребенка при рождении и его соматический статус);
- **заключение**: фамилия и пол ребенка, порядковый номер беременности и родов у матери, особенности течения беременности и родов;
- диагноз («ранний период адаптации» или заболевание, установленное при рождении);
- группы риска;
- план обследования новорожденного ребенка исходя из диагноза и/или групп риска.

7. Status praesens:

Дата. День жизни.

Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое). Поза ребенка (флексорная; асимметричная; поза «лягушки», «фехтовальщика», «легавой собаки»; опистотонус и др.). Спонтанная двигательная активность (удовлетворительная, снижена, повышена). Крик (громкий, слабый, болезненный, монотонный, стонущий, не кричит). Стигмы дизэмбриогенеза (гипо- или гипертелоризм, форма ушных раковин и др.).

Нервная система. Поведение ребенка (спокойное, беспокойное, адекватная или неадекватная реакция на раздражители, гиперестезия). Мышечный тонус (нормальный, повышен, снижен, дистоничный, асимметричный); тремор (конечностей, подбородка, мелко- и крупно-размахистый); судороги (клонические, тонические, клонико-тонические, судорожные эквиваленты). Физиологические рефлексы периода новорожденности: сосательный, поисковый, защитный, Моро, Бабкина, Робинсона, опоры, автоматической походки, Бауэра, Галанта, Переса (вызываются, не вызываются, вызываются после длительного латентного периода, с быстрым истощением). Установочные позотонические рефлексы — ЛТР, тонический шейный рефлекс симметричный и асимметричный.

Положение кистей (пальцы сжаты в кулак, паретичны, «когтистая лапа», «обезьянья кисть» и др.).

Наличие очаговых симптомов поражения черепно-мозговых нервов, менингеальных симптомов.

Кожа (розовая, бледно-розовая, бледная, эритематозная, акроцианоз, периоральный цианоз, цианотичная, сероватая, мраморность, субиктеричная, иктеричная — степень распространенности, сухая, шелушащаяся). Высыпания, петехии, телеангиоэктазии, пигментные пятна, отеки,

определенности, дермографизм (красный, белый, скорость появления, исчезновения).

Слизистая оболочка полости рта (розовая, бледно-розовая, субиктеричная; чистая, сухая, влажная). При наличии энантем, эрозий, молочницы и др. — указать локализацию.

Развитие подкожно-жировой клетчатки: достаточное — при толщине подкожного жирового слоя 0,5–1,5 см, снижено (менее 0,5 см), избыточное (более 2 см).

Тургор и эластичность мягких тканей (удовлетворительный, снижен, повышен).

Состояние шейных, затылочных, подмышечных, паховых лимфоузлов (пальпируются или нет, размеры, подвижность, плотность, болезненность и др.).

Мышечная система. Состояние мышц (упругие, дряблые, атрофированы, гипертрофированы; одинаково развиты на симметричных участках тела, асимметричны, наличие кривошеи; тонус, сила — повышены, снижены, нормальны).

Костная система. Форма головы (брахицефалическая, долихоцефалическая, неправильная); размеры швов, родничков, краниостеноз; наличие родовой опухоли, кефалогематомы и др. Скелетные деформации, в т. ч. конечностей, активные и пассивные движения в суставах, болезненность. Нарушения установки стоп (варусная, вальгусная, косолапость). Тазобедренные суставы (движения свободны, ограничены, патологически подвижны, положительный симптом щелчка, или Маркса).

Органы дыхания. Форма грудной клетки (симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, широкая, короткая, с развернутой нижней апертурой в «форме трапеции», с горизонтальным положением ребер). Характер носового дыхания (свободное, затрудненное, с раздуванием крыльев носа). Характер дыхания (ритмичное, аритмичное, синхронное, поверхностное, стонущее). Частота дыхания (ЧД). Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (РДС). Аускультативная картина в легких: дыхание — пуэрильное, ослабленное, жесткое, не проводится; хрипы — не выслушиваются, мелко-, средне-, крупнопузырчатые, проводные, крепитация. Характер перкуторного звука.

Сердечно-сосудистая система. Аускультативная картина: частота сердечных сокращений (ЧСС), тоны — ясные, чистые, ритмичные, аритмичные, наличие экстрасистол; наличие шумов, их интенсивность, локализация, проводимость. Границы относительной сердечной тупости (соответствуют или не соответствуют возрастным нормам).

Органы пищеварения. Осмотр полости рта (твердое, мягкое небо, язык, уздечка языка). Форма живота. Пальпация — болезненна, безболезненна, возможна глубокая пальпация; живот — мягкий, напряжен, вздут,

наличие перистальтики. Размеры печени, селезенки при пальпации и перкуссии. Состояние пуповинного остатка (сочный, вялый, подсыхающий, сухой); пупочной ранки (сухая, чистая, наличие отделяемого, его характер); пальпация пупочной вены. Наличие и характер стула (меконий, переходный, желтый, ахоличный, кашицеобразный, жидкий, с патологическими примесями и т. д.).

Мочеполовая система. По какому типу развиты наружные половые органы (мужской, женский, интерсексуальный). Наличие аномалий, пороков развития (гипо-, эписпадия и др.), наличие яичек в мошонке (моноорхизм, крипторхизм и др.).

При половом кризе. Увеличение грудных желез — размер (диаметр при умеренном кризе — 1–1,5 см, при выраженном — более 1,5 см). У девочек — характер выделений из наружных половых органов (десквамативный вульвит).

8. Вскармливание (метод, характер). Расчет ориентировочного питания на день курации (по формуле Зайцевой: суточное количество молока в миллилитрах составляет 2 % массы тела при рождении × n, где n — сутки жизни).

При интенсивной терапии новорожденного расчет питания целесообразно проводить энергетическим методом (суточная калорийность пищи для доношенного ребенка должна составлять в первые сутки жизни 30–35 ккал/кг массы тела, а в последующие дни увеличивается ежедневно на 5 ккал в сутки).

9. Лабораторные исследования и их трактовка (после каждого анализа).

10. Диагноз и его обоснование (при наличии заболевания).

11. Лечение (если проводилось).

12. Дневники в дни курации новорожденных (1–3 дня) с интерпретацией изменения массы и температуры тела, вида и характера вскармливания, динамики функций жизненно важных органов, транзиторных состояний, физиологических отправления, состояния пупочной ранки. При выявлении у ребенка признаков заболевания или транзиторных состояний на момент осмотра — обоснование и постановка диагноза, план обследования и лечения в дневниковой записи.

13. Эпикриз:

1. Фамилия и пол ребенка.
2. От какой по счету беременности и родов, осложнения течения беременности и родов.
3. Состояние ребенка при рождении, оценка по шкале Апгар, динамика состояния в отделении новорожденных.
4. Масса тела при рождении и выписке, физиологическая убыль массы (в %), время ее восстановления.

5. Когда ребенок приложен к груди? Получал ли молоко в родильном зале? Использовались ли заменители грудного молока, по какой причине, как долго?

6. Наличие пограничных состояний.

7. Время опадения пуповинного остатка, состояние пупочной ранки к моменту выписки.

8. Время проведения обследования на ФКУ, ГПТ; вакцинация против гепатита В, БЦЖ.

9. Состояние ребенка на момент выписки.

10. Группа здоровья (см. табл. 2, обоснование). Группы риска у новорожденных II группы здоровья.

Рекомендации участковому педиатру согласно группе здоровья новорожденного и группам риска (индивидуальный план наблюдения для II группы здоровья).

Рекомендации матери по уходу за новорожденным (уход за пупочной ранкой, гигиенические ванны, прогулки на свежем воздухе, рекомендуемая температура в помещении, режим кормления, профилактика гипогалактии, санитарно-гигиенический режим).

Учебное издание

Елиневская Галина Федоровна
Бутыгина Виктория Леонидовна
Горячко Александр Николаевич

**ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ
ГРУПП РИСКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ
И ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Сукало
Редактор Н. А. Лебедко
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 27.03.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 1,94. Тираж 250 экз. Заказ 647.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004.

ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

Ул. Ленинградская, 6. 220030, Минск.