

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ПЕРВОМ ПАТРОНАЖЕ:

ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ПЕДИАТР

В статье приведен подробный алгоритм медицинского патронажа – патронаж новорожденного. Обозначено, в какое время с момента рождения и кем должен проводиться патронаж, какова его цель, что включает в себя осмотр ребенка после выписки из роддома, какие рекомендации необходимо дать молодым родителям.

Ключевые слова: патронаж новорожденного, осмотр, врожденный стридор, оценка дыхания и кровообращения, антропометрия.

I.I. RYUMINA, MD, V.V. ZUBKOV, MD

Scientific center for obstetrics, gynecology and perinatology named after V.I. Kulakov, MoH RF

ASSESSMENT OF THE NEWBORN STATUS DURING THE FIRST HOME NURSING VISIT: WHAT SHOULD THE PEDIATRICIAN KNOW?

The article details the pattern of a home nursing visit of a newborn. The authors advise when after birth the visit should take place and by whom, its purpose, the components of the newborn examination after discharge from maternity hospital, and recommendations for young parents.

Keywords: home nursing visit, examination, congenital stridor, respiratory and circulatory assessment, anthropometry.

Медицинский патронаж – комплекс мероприятий, осуществляемых врачом или медсестрой на дому у пациента, задачами которых являются лечение больного, профилактика у него различных заболеваний, а также консультирование.

Первичный патронаж новорожденного осуществляется согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. №366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (Приложение №1 «Правила организации деятельности кабинета врача-педиатра участкового» и Приложение №4 «Правила организации деятельности детской поликлиники (отделения)»).

Информация о содержании первого патронажа к новорожденному регистрируется в истории развития ребенка (ф. №112) под заголовком «Первый патронаж к новорожденному».

Участковая медсестра детской поликлиники посещает беременную женщину сразу же после постановки на учет в женской консультации, чтобы оценить условия, при которых протекает беременность, как семья готовится к рождению ребенка, основной задачей патронажа в этот момент является консультирование. В середине третьего триместра медсестра должна прийти еще раз, чтобы проверить, выполнены ли ее рекомендации, и консультирует будущую маму по вопросам ухода за новорожденным и грудного вскармливания. В 1–2-й день после выписки матери и ребенка первый педиатрический патронаж к новорожденному осуществляет участковый педиатр и патронажная сестра. О том, что на территории, обслуживаемой определенной детской поликлиникой, появился новорожденный пациент, лечебное учреждение информирует родильный дом. Старшая медицинская сестра детской поликлиники, получив сведения о выписке младенца из роддома, в тот же день заносит данные в журнал

регистрации новорожденных; заполняет историю развития новорожденного, вклеивает в нее вкладыши дородового патронажа, передает историю развития в регистратуру или непосредственно участковой медицинской сестре. Первичный патронаж осуществляется по адресу, где фактически живет ребенок, независимо от адреса регистрации. Система бесплатного патронажного наблюдения распространяется на всех новорожденных независимо от наличия у родителей постоянной регистрации и полиса обязательного медицинского страхования.

Цель первичного патронажа новорожденного:

- оценка состояния здоровья и развития ребенка,
- консультирование родителей по уходу за новорожденным,
- консультирование и практическая помощь в организации вскармливания новорожденного, содействие в грудном вскармливании,
- профилактика распространенных детских заболеваний (рахит, анемия и пр.),
- рекомендации в отношении профилактических осмотров ребенка до года педиатром и врачами-специалистами и профилактической вакцинации [1–3].

Первый патронаж к новорожденному должен быть выполнен не позже 1–2 дней после выписки из роддома; выписанных недоношенных детей с симптомами перинатальной и врожденной патологии медсестра и участковый доктор должны посетить уже в день выписки. Если этот день приходится на выходные или праздники, ребенка посещает дежурный врач-педиатр. Для посещения новорожденного врач и медсестра должны получить чистые одноразовые халаты или многоразовые халаты, которые остаются на дому у новорожденного, за их чистотой следит мать. Халат возвращается матерью при первом посещении детской поликлиники по достижении ребенком возраста 1 месяца.

СБОР АНАМНЕЗА

Анамнез включает сбор социальных, биологических и генеалогических сведений. Оценивается полнота семьи и психологический климат в ней, жилищно-бытовые условия и их санитарно-гигиенический уровень, а также состояние здоровья матери, особенности антенатального периода, генеалогический анамнез – состояние здоровья родителей и родственников (не менее 3 поколений), вредные привычки. Мать передает врачу часть обменной карты (информация о ребенке), полученную при выписке из родильного дома, в которой содержатся сведения о беременности и родах, состоянии ребенка при рождении (оценка по шкале Апгар), основные параметры физического развития (масса тела, длина тела, окружность головы и грудной клетки), сведения о проведении профилактических прививках или об их отсутствии и причины противопоказаний к проведению профилактических прививок, если они не проведены.

Первичный патронаж осуществляется по адресу, где фактически живет ребенок, независимо от адреса регистрации. Система бесплатного патронажного наблюдения распространяется на всех новорожденных независимо от наличия у родителей постоянной регистрации и полиса обязательного медицинского страхования

Необходимо выяснить, принимает ли мать какие-либо препараты, давала ли она самостоятельно какие-либо лекарственные препараты ребенку. Необходимо выяснить, чем кормится ребенок и, если ребенок на грудном вскармливании, как он берет грудь, активность сосания, кормление по требованию, длительность перерывов между кормлениями, наличие и характер срыгиваний. Врач должен спросить у матери, как часто мочится ребенок, выяснить частоту и характер стула. Необходимо активно спросить у матери, замечала ли она слизь и прожилки крови в стуле.

Важно отметить, есть ли в обменной карте сведения о проведении аудиологического скрининга методом вызванной отоакустической эмиссии.

ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО

В раннем неонатальном периоде у здоровых новорожденных нередко отмечаются признаки, так называемые пограничные состояния, которые необходимо дифференцировать с патологическими симптомами, но которые не требуют лечения. Внимательный осмотр при первичном патронаже и последующее наблюдение помогут вовремя определить необходимость дополнительных диагностических обследований и избежать ненужных и порой вредных вмешательств [4–6].

Осмотр ребенка начинается с наблюдения за положением головы, туловища, конечностей, спонтанных движений рук, ног, позы ребенка.

Здоровый ребенок имеет хороший *мышечный тонус*, поэтому руки и ноги умеренно согнуты и приподняты над горизонтальной поверхностью, на которой лежит ребенок (рис. 1). В вертикальном положении новорожденный способен в течение короткого времени удерживать голову, в положении на животе на короткий промежуток времени может приподнять голову и таз от поверхности. *Спонтанные движения*, как правило, стереотипны, симметричны, с участием всех четырех конечностей. Периодически движения могут становиться беспорядочными, принимать характер тремора и клонусов. Симметричные клонусы являются нормальным явлением, которое необходимо дифференцировать с судорогами. В отличие от судорог тремор и клонусы прекращаются при удерживании конечности ребенка в неподвижном состоянии. Тремор и клонус необходимо дифференцировать с *неонатальными судорогами*, которые, в отличие от тремора клонусов, не прекращаются при удерживании конечности ребенка рукой.

Поведение новорожденного может варьировать от глубокого сна до высокого уровня спонтанной двигательной активности, сопровождающейся криком. Циклические изменения сна и бодрствования являются нормальным явлением. Периоды бодрствования короче, переход от сна к бодрствованию часто сопровождается вздрагиваниями.

Физиологические рефлексы новорожденного. Рефлекс Моро возникает в ответ на резкий звук или на отклонение головы новорожденного кзади: ребенок широко раскидывает руки, разводит пальцы, а затем делает инстинктивное обхватывающее движение, сопровождаемое сжатием кистей и пальцев. У здорового ребенка рефлекс живой и симметричный. У новорожденных с синдромом Дауна вызывается только первая фаза рефлекса. Асимметрия рефлекса, при которой одна рука не вовлекается аналогично второй, отражает мышечную слабость с одной стороны, что встречается при акушерском парезе плечевого сплетения, переломе руки вследствие родовой

Рисунок 1. Поза «полуфлексии», нормальный мышечный тонус новорожденного, руки и ноги полусогнуты и приподняты



травмы. Хватательный рефлекс вызывается при надавливании пальцами на ладонь или стопу новорожденного. Обычно сила хватательного рефлекса такова, что новорожденного можно слегка приподнять от поверхности, вложив свои пальцы в кулачки ребенка. Движение головы ребенка при этом запаздывает. Во время проверки хватательного рефлекса не следует одновременно касаться тыльных поверхностей кисти, так это раздражение вызывает обратный рефлекс выпрямления пальцев. Поисковый и сосательный рефлексы оцениваются при раздражении кожи вокруг рта ребенка, которое вызывает движение головы в направлении раздражения. Если вложить кулачок ребенка или сосок в рот ребенку, возникает сосательный рефлекс значительной силы. Сосание и глотание – это скоординированный акт, требующий последовательного сокращения около 30 мышц. У недоношенных гестационного возраста менее 32 недель координация сосания и глотания нарушена. При помещении стопы ребенка на твердую поверхность он начинает выполнять медленные примитивные движения, напоминающие ходьбу (рефлекс ходьбы). Безусловные физиологические рефлексы новорожденного постепенно редуцируются в течение нескольких месяцев, что необходимо для правильного развития, так как, например, развитие моторных навыков кисти было бы невозможным при сохраняющемся хватательном рефлексе.

Осмотр черепа. Во время родов череп новорожденного подвергается воздействию давления при прохождении через родовые пути. Это приводит к нахождению костей друг на друга. Физиологическое нахождение костей легко отличить от патологического синостоза, приложив небольшое давление в области шва и почувствовав подвижность костей. Диастаз между костями сагиттального шва в норме составляет около 5 мм. Большой диастаз может свидетельствовать о повышенном внутричерепном давлении или о нарушенном остеогенезе у ребенка с задержкой внутриутробного развития. Для подтверждения диагноза необходимо ультразвуковое обследование. У новорожденных с задержкой внутриутробного развития обычно отмечается нарушенное формирование костей черепа, проявляющееся их размягчением, особенно выраженным в затылочной области. Эти дефекты оссификации быстро самопроизвольно излечиваются и не имеют клинического значения. Размер *большого родничка* варьирует в норме от одного до нескольких сантиметров. Когда новорожденный спокоен в положении на спине, большой родничок мягкий, немного запавший. В вертикальном положении втяжение родничка выражено несколько больше. Малые размеры большого родничка сами по себе не являются патологией, однако указывают на необходимость динамического наблюдения за увеличением окружности головы с возрастом. Малые размеры большого родничка не являются показанием к ограничению кальция и витамина Д в питании ребенка. *Размеры малого родничка* обычно составляют 1–2 мм. Между большим и малым родничками может пальпироваться *третий родничок*, происходящий из теменных костей, наличие которого также является вариантом нормы.

Родовая опухоль – тестовато-мягкая припухлость, образующаяся на предлежащей части в результате отека ее кожи и рыхлой клетчатки. Родовая опухоль образуется на той части головки, которая расположена ниже пояса прилегания, и на нее действует меньшее давление, чем на остальную часть головки. В связи с этим на мягких покровах этого участка головки сосуды усиленно наполняются кровью, возникает венозная гиперемия и серозное пропотевание в клетчатку, окружающую сосуды. При затылочном предлежании родовая опухоль образуется в области малого родничка, преимущественно на одной из теменных костей.

Кефалогематома – кровоизлияние под надкостницу. Причиной кефалогематомы является травматично проведенные роды. При кефалогематоме кровоизлияние происходит под надкостницу теменной или затылочной кости, его размер ограничен размерами кости (рис. 2).

Рисунок 2. Кефалогематома



Кровотечение может продолжаться в течение двух дней после рождения. Большинство кефалогематом возникает после вакуум-экстракции, однако их появление возможно и при отсутствии инструментального пособия в родах. Кефалогематома медленно рассасывается в течение 6 недель, после чего приподнятый выступающий край кости может сохраняться несколько лет. В настоящее время не проводится пункция и аспирация гематом, так как это увеличивает риск инфекционных осложнений. Наличие кефалогематомы не влияет на психомоторное развитие, не описаны также и какие-либо неврологические последствия этого состояния.

Скафоцефалия/долихоцефалия – преждевременное закрытие сагиттального шва, в результате чего череп приобретает вытянутую форму лодки. При пальпации сагиттальный шов симметрично приподнят, неподвижен и неоднороден. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием, рекомендуется хирургическое лечение. Исход в отношении неврологического и психомоторного развития благоприятный.

Рисунок 3. Токсическая эритема**Рисунок 4. Милии****Рисунок 5. Физиологическое нагрубание грудных желез (половой криз)**

Оксицефалия/acroцефалия – преждевременное закрытие всех черепных швов. Часто имеются сопутствующие нарушения формирования скелета. Для коррекции требуются сложные хирургические вмешательства.

При *микроцефалии* окружность головы ребенка уменьшена более чем на 3 стандартных отклонения от средней. Причиной является недоразвитие головного мозга, при этом все черепные швы закрываются преждевременно, но это не является истинной причиной микроцефалии, а возникает вторично. Хирургическое лечение неэффективно.

Осмотр кожи. Кожа здорового новорожденного – розовая, чистая и бархатистая – отличается хорошим тургором и эластичностью. Изменение *цвета* кожных покровов (цианоз, желтуха, землисто-серый оттенок и бледность, «мраморный» рисунок) требуют специального обследования. Особое внимание необходимо обратить на акроцианоз (синюшный оттенок кистей и стоп) и периоральный цианоз (синюшный оттенок кожи вокруг рта), которые могут быть признаками скрытой сердечной и легочной недостаточности или начальными проявлениями инфекционного процесса.

Физиологическая желтуха появляется на 3–5-й день жизни у 60–80% здоровых доношенных новорожденных, при этом состояние ребенка остается удовлетворительным, печень и селезенка не увеличены, максимальная концентрация общего билирубина в сыворотке крови не более 255 мкмоль/л, концентрация прямой фракции билирубина – не выше 34 мкмоль/л. Распространение желтушной окраски кожи начинается с лица и в зависимости от концентрации билирубина распространяется сверху вниз, до бедер и голеней, постепенное угасание желтухи происходит к 8–10 суткам жизни. Примерно в половине случаев при физиологическом течении желтухи к 3–4 суткам возникает кратковременная непрямая гипербилирубинемия, которая не имеет негативных последствий и не требует никаких медицинских вмешательств. Понятие «физиологическая желтуха» применимо только по отношению к доношенным и «поздним» недоношенным, родившимся на 35–36-й неделе гестации, детям.

Физиологическая эритема отмечается практически у всех новорожденных первой недели жизни. У недоношенных может сохраняться до 2–3 недель. Физиологическое шелушение кожи возникает на 3–5-й день

жизни у детей с особенно яркой эритемой при ее угасании. Весьма обильное шелушение отмечается у переносных детей. Лечение не требуется.

Токсическая эритема встречается у 20–30% новорожденных и возникает на 2–5-й день жизни. На коже появляются ярко-розовые, слегка плотноватые пятна с серовато-желтыми папулами или пузырьками в центре, располагаются чаще группами на разгибательных поверхностях конечностей, на ягодицах, груди, реже на лице и животе. Высыпания иногда обильные, иногда единичные; никогда не поражаются ладони, стопы, слизистые оболочки. Сыпь не требует лечения и бесследно исчезает в течение нескольких дней. Токсическая эритема не является патологическим признаком и не имеет отношения к аллергическим реакциям, не зависит от питания матери, гормонального статуса и температуры тела ребенка (рис. 3).

Милии отмечаются примерно у 80% новорожденных в области лица в виде точечных папул белого цвета и представляют собой мелкие кисты, заполненные секретом сальных желез, которые бесследно исчезают через 1,5–2 недели и лечения не требуют (рис. 4).

Внимательный осмотр лица в спокойном состоянии ребенка и при крике дает возможность уже при первом осмотре заподозрить наличие некоторых весьма серьезных заболеваний

Примерно у 10% новорожденных независимо от пола отмечается более или менее выраженное *физиологическое нагрубание грудных желез*, которое является результатом влияния материнских гормонов. В некоторых случаях отмечается отделяемое из соска (рис. 5). Состояние регрессирует в течение нескольких месяцев и не требует лечения при отсутствии присоединения инфекции. Для профилактики инфицирования не рекомендуется закрывать соски, использовать компрессы и мази, выдавливать отделяемое из соска.

Макулярная гемангиома («щипок ауста»). Примерно каждый третий новорожденный имеет симметричные плоские пятна – гемангиомы – в области верхних век, на лбу, на переносице, на задней поверхности шеи, которые

Рисунок 6. Макулярная гемангиома («щипок аиста»)**Рисунок 7. Монголоидное пятно****Рисунок 8. Парез лицевого нерва**

постепенно исчезают в течение нескольких первых лет жизни (рис. 6).

Монголоидные пятна характерны для народностей Африки и Азии. Это серовато-голубые неправильной формы пятна, локализованных обычно в области спины и ягодиц (рис. 7). Иногда подобное пятно может быть довольно большим, асимметричным, локализованным на руке или ноге новорожденного. Гистологически пятно содержит меланоциты, которые придают ему голубоватый колорит. Монголоидные пятна необходимо дифференцировать с гематомами. При пальпации поверхность пятна не отличается от окружающей кожи. Обычно пятна исчезают через 3–5 лет после рождения и практически всегда – к пубертатному периоду.

«Феномен арлекина» представляет собой эритему одной половины туловища, возникающую в положении на боку преимущественно у недоношенных детей. Эритема имеет четкую, ровную границу по средней линии туловища. Предположительный механизм возникновения – дисбаланс автономной регуляции сосудистого тонуса. Клинического значения данное явление не имеет и легко исчезает при изменении положения тела ребенка.

У доношенных детей при воздействии холода, а также при высоких цифрах гемоглобина может отмечаться «марморный» рисунок кожи, который представляет собой сосудистую венозную сеть и считается нормальным явлением.

На губах новорожденного, а также в области кистей рук и предплечий могут наблюдаться отдельные пузыри с тонкими стенками размером около 0,5 см, исчезающие в первые дни после рождения, которые представляют собой физиологическую мозоль вследствие сосания.

Внутриэпидермальные пузыри – элементы диаметром около 1,5 см, заполненные жидкостью, располагаются обычно в области мошонки, однако могут встречаться и на других участках тела. Их целостность быстро нарушается, формируются поверхностные эрозии. Содержимое пузыря стерильно и не имеет отношения к инфекции. Считается, что это результат десквамации кожи на поздних сроках беременности.

Кожное углубление в области крестца – небольшое углубление (ямка), располагающееся по средней линии над анальным отверстием. Это явление считается абсолютно

нормальным. При обнаружении в сакральной области невуса или липомы требуется углубленное обследование.

При гнойничках на коже, гнойном отделяемом из пупочной ранки или гиперемии вокруг пупка необходимо направить ребенка в стационар для обследования и лечения. Потница и опрелости указывают на дефекты ухода.

Внимательный осмотр лица в спокойном состоянии ребенка и при крике дает возможность уже при первом осмотре заподозрить наличие некоторых весьма серьезных заболеваний.

Вследствие вынужденного внутриутробного положения плода с плотно прижатой к одному плечу головкой может возникать *асимметрия черепа и лица*, заметная при рождении, она является вариантом нормы. В течение нескольких недель она исчезает.

Врожденный парез лицевого нерва становится заметным в момент плача ребенка и является, как правило, следствием наложения акушерских щипцов (рис. 8). Парализованная сторона лица неподвижна, в то время как на интактной стороне угол рта отклоняется вниз. В случаях, когда парез возник без травматического компонента, он является врожденным дефектом развития лицевого нерва и имеет постоянный характер.

Сочетание дисморфии лица с задержкой внутриутробного развития и аномалиями развития. Новорожденных, имеющих дисморфию лица, низкую массу тела при рождении и пороки развития, необходимо обследовать на наличие генетической патологии, включая определение кариотипа.

Осмотр пуповинного остатка/пупочной ямки [7]. Пуповина, соединяющая ребенка и плаценту внутриутробно, состоит из кровеносных сосудов и соединительной ткани, покрытых мембраной, которая и омывается амниотической жидкостью. После рождения пуповина пересекается и ребенок физически отделяется от матери. В течение первой-второй недели жизни пуповинный остаток высыхает (мумифицируется), поверхность в месте прикрепления пуповины эпителизируется и сухой остаток пуповины отпадает (рис. 9). При естественном отпадении пуповины дно пупочной ранки покрыто эпителием.

Умеренная гиперемия пупочного кольца при отсутствии отека, гиперемии кожи вокруг пупочного кольца

является отражением естественного процесса отпадения пуповинного остатка, а не признаком омфалита. К очевидным признакам воспалительного процесса пупочной ранки относятся отек пупочного кольца и окружающей кожи, гиперемия пупочного кольца и периумбиликальной области, неприятный запах (при инфицировании бактериями, относящимся к анаэробам).

При первичном патронаже и в дальнейшем при ежедневном осмотре не рекомендуется использовать повязки и дополнительное подвязывание пуповины для ускорения ее отпадения и обработку пуповинного остатка какими-либо антисептиками (растворы анилиновых красителей, спирт, раствор калия перманганата и т. п.). Пуповинный остаток должен быть сухим и чистым, необходимо предохранять его от загрязнения, а также от травмирования при пеленании или использовании одноразовых подгузников. В случае загрязнения (мочой, калом) пуповинный остаток и кожу вокруг пупочного кольца нужно промыть водой с жидким мылом и осушить чистой ватой или марлей. Неотпавший пуповинный остаток не является противопоказанием для ежедневного купания ребенка.

Рисунок 9. Мумификация пуповинного остатка



В настоящее время не рекомендуется насильственное удаление (отсечение) пуповинного остатка, так как подобная процедура опасна и может осложниться кровотечением, ранением стенки кишки при недиагностированной грыже пупочного канатика, инфицированием. Эффективность этой процедуры не доказана, а потенциальная опасность очевидна.

Осмотр глаз. Если пытаться осмотреть глаза ребенка при ярком свете или открывать глаза пальцами, ребенок сомкнет веки. Если же при осмотре осторожно наклонять голову ребенка вверх и вниз при умеренном освещении, новорожденный рефлек-

торно открывает глаза, после чего их можно осмотреть. Доношенный ребенок способен фиксировать взгляд на короткий период времени, глазные яблоки могут двигаться несодружественно, особенно во время сна ребенка, что является нормой. Быстрые беспорядочные движения глазных яблок и нистагм тем не менее требуют консультации невролога. Офтальмоскопию проводит окулист, когда ребенку исполнится один месяц при первом посещении детской поликлиники.

Серповидной формы субконъюнктивальные кровоизлияния вокруг радужной оболочки, как правило, являются *травматическими кровоизлияниями* и часто наблюдаются после спонтанных родов и регрессируют спонтанно в течение нескольких недель.

Врожденная катаракта – редкая аномалия, которая может встречаться изолированно или в составе врожденного синдрома. Симптоматика включает нистагмоидные движения глазных яблок, ослабление красного рефлекса при офтальмоскопии, наличие белого пятна. Для предотвращения слепоты необходимо хирургическое вмешательство.

При осмотре нужно обратить внимание на размеры глазных яблок и целостность радужной оболочки. Недоразвитие глаза (микрофтальмия) обычно сочетается с колобомой (расщепление радужки и сетчатки), что нередко является частью синдромальной патологии и функционально приводит к нарушению зрения и слепоте.

Наличие прозрачного или слезного отделяемого при осмотре глазной щели и в уголках глаза может свидетельствовать о непроходимости слезно-носового канала, отводящего слезу от внутреннего угла глаза в носовую ход (дакриостеноз). Это обусловлено наличием эмбриональной мембраны, не успевающей рассосаться к моменту рождения ребенка и закрывающей выход из слезно-носового канала в полость носа.

При присоединении инфекционно-воспалительного процесса в слезно-носовом канале и слезном мешочке может развиваться дакриоцистит, что является показанием для госпитализации ребенка.

Не стоит рекомендовать проведение массажа слезного канала, а необходимо направить на консультацию к врачу-окулисту.

При конъюнктивите (вирусном или бактериальном) – воспалении слизистой оболочки глаза (конъюнктивы) – отмечается отечность век, покраснение глаз, слизистые, гнойные выделения (*рис. 10*). При выраженном воспалении велика вероятность вовлечения в патологический процесс, помимо конъюнктивы, других тканей глаза и возникновения серьезных осложнений, и в этом случае необходима консультация офтальмолога и, возможно, госпитализация. Для успешной терапии важно начать лечение своевременно

Рисунок 10. Конъюнктивит



и быстро создать в пораженных тканях высокую концентрацию антимикробного препарата.

Осмотр носа и полости рта. Новорожденный ребенок дышит практически исключительно через нос с закрытым ртом. Затруднение носового дыхания приводит к развитию дыхательных нарушений с втяжением межреберных промежутков. Затруднение носового дыхания легко диагностируется путем выслушивания стетоскопом, поднесенным к ноздрям ребенка. Затяжной второй период родов или активная санация содержимого полости носа нередко являются причиной повреждения слизистой, отека и выраженной обструкции верхних дыхательных путей, что является причиной затруднения прикладывания к груди и сосания.

Твердое небо новорожденного обычно высокое и имеет по средней линии скопление эпителиальных клеток в виде «*небных жемчужин*» (*жемчужины Эпштейна*), что является нормой. Нижняя челюсть относительно небольших размеров, зубной ряд ее располагается на несколько миллиметров кзади по сравнению с зубным рядом верхней челюсти. В случае, если это расстояние превышает 1 см, диагностируется *микрогнатия*. Некоторые дети имеют короткую уздечку языка, достигающую его кончика. При плаче кончик языка выглядит раздвоенным, что вызывает беспокойство родителей. Обычно подрезания короткой уздечки в неонатальном периоде не требуется, состояние регрессирует самостоятельно в течение первых лет жизни ребенка. Решение о хирургическом подрезании уздечки принимается в возрасте 2 лет в зависимости от влияния данного варианта строения на развитие речи ребенка.

Киста слюнной железы (мукоцеле). На дне полости рта новорожденного может обнаруживаться тонкостенная киста размером 1–2 см. Она является следствием закупорки протока слюнной железы. При больших размерах киста приподнимает язык и может нарушать процесс дыхания новорожденного. В этом случае проводятся повторные пункции содержимого до тех пор, пока киста не исчезнет. Кисты небольших размеров исчезают самостоятельно.

Врожденный стридор – появление во время плача ребенка высокотонального музыкального звука, продолжающегося и во время вдоха, иногда напоминающий «петушиный», в спокойном состоянии звук отсутствует. Причина состоит в том, что во время крика ребенок не может расслабить голосовые связки, которые во время вдоха также остаются закрытыми. Это состояние считается неопасным и исчезает вскоре после рождения. Если посторонний звук присутствует также во время спокойного дыхания, это означает частичную обструкцию верхних дыхательных путей. Выслушивание стетоскопом области гортани помогает локализовать источник звука. Наиболее частая причина – мягкость хрящей гортани и трахеи (ларинготрахеомалация). Трахеальные кольца в этом случае уплощены. Во время вдоха внутригрудное давление внутри просвета трахеи отрицательно по отношению к атмосферному, что приводит к коллапсу дыхательных путей. Иногда звук настораживает своей высокой интенсивностью, однако состояние неопасно и купируется

самопроизвольно в течение 18–24 месяцев. В том случае, если указанная картина сопровождается цианозом, снижением насыщения гемоглобина кислородом и одышкой, показана срочная госпитализация ребенка.

Другие редкие причины, вызывающие врожденный стридор, – перегородки (перепонки) гортани, кисты, гемангиомы, папилломы, ларинготрахеозоофагеальные расщелины требуют проведения ларингоскопии, рентгенографии в стационарных условиях. Сдавление трахеи извне сосудистыми аномалиями (удвоение дуги аорты, добавочная правая подключичная вена, петля легочной артерии) также является причиной стридора: они могут также сдавливать пищевод. Независимо от наличия стридора у ребенка будут отмечаться дыхательные нарушения во время кормления, иногда – эпизоды апноэ.

Осмотр верхних и нижних конечностей. У здоровых новорожденных конечности могут быть пронированы или супинированы в связи с фиксированным положением плода в матке. В отличие от врожденных аномалий в этом случае конечности легко приводятся в нормальное положение. Следует рекомендовать родителям аккуратно фиксировать конечности в правильном положении.

При первом осмотре необходимо проводить пальпацию ключиц. *Перелом ключиц* часто встречается у новорожденных с массой тела более 4000 г, а также при родах, осложненных дистоцией плечиков. У большинства детей с переломом ключицы отмечается крепитация или определяется уже костная мозоль. При тяжелых случаях спонтанные движения в руке ограничены, наблюдается псевдопаралич, могут отмечаться также болезненность и гематома. Фиксирующая повязка у новорожденных в настоящее время не рекомендуется, вполне достаточно того, что они сами щадят руку на стороне перелома. При уходе за ребенком не следует потягивать его за руку со стороны поражения. По мере заживления перелома нарастание костной мозоли создает видимость увеличения размеров местного инфильтрата, что может вызвать тревогу у родителей. Регресс местных изменений происходит в течение нескольких месяцев.

Для выявления целой группы патологических изменений необходимо внимательно наблюдать за спонтанными движениями ручек ребенка. Отсутствие активных движений в конечностях также является признаком *повреждения плечевого сплетения*, которое возникает после осложненных самопроизвольных родов в ягодичном предлежании с затрудненным рождением ручек или дистоцией плечиков.

При первичном осмотре новорожденного необходимо проверять наличие симптомов *врожденного вывиха бедра*: ограничение разведения бедер в положении на спине, симптом Маркса – Ортолани (симптом «щелчка»), асимметрия паховых, подколенных и ягодичных складок, относительное укорочение пораженной конечности. У девочек заболевание встречается в 9 раз чаще, чем у мальчиков. Факторами риска возникновения врожденного вывиха бедра являются наличие врожденного вывиха бедра у сибсов или близких родственников; ягодичное предлежание плода; наличие других ортопедических и

неврологических расстройств. Диагноз подтверждается при ультразвуковом исследовании, которое рекомендуется для проведения рутинного обследования всех новорожденных как метод скрининга.

При *врожденной косолапости* стопа повернута на 90° внутрь и не может быть согнута в противоположном направлении. В некоторых случаях стопа «мягкая», свободно приводится в правильное положение, такая косолапость достаточно легко корригируется. В остальных случаях требуется наложение корригирующих шин и повязок. Наличие добавочных пальцев на кисти или стопе (полидактилия) является наиболее часто встречающимся пороком развития кисти. Имеется множество вариантов этой аномалии (рис. 11). Хирургическое удаление маленького добавочного пальца на тонкой кожной ножке производится сразу после рождения. В более сложных случаях ампутация производится после первого года жизни.

Рисунок 11. Полидактилия



Оценка дыхания и кровообращения [8, 9]. У здорового новорожденного грудная клетка активно участвует в акте дыхания, симметрична, частота дыхания не превышает 60 в 1 минуту. Обращают внимание на симметричность экскурсий грудной клетки частоту и характер дыхания, наличия втяжений яремных ямок, межреберий, подреберий. Осмотр позволяет выявить признаки сниженной растяжимости легких и, соответственно, повышенной работы дыхания – раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки, экспираторное «хрюканье», тахипноэ. При аускультации у здорового новорожденного дыхание должно проводиться во все отделы равномерно, умеренная жесткость дыхания у новорожденного определяется как пуэрильное дыхание. Иногда перкуторные данные у новорожденного более достоверны, чем данные аускультации, так как из-за тонкой грудной клетки дыхание хорошо проводится с одной половины грудной клетки на другую, что мешает зафиксировать ослабленное дыхание.

Частота сердечных сокращений у новорожденного обычно составляет 120–140 ударов в минуту. У здоровых новорожденных в течение короткого времени может быть выслушан систолический шум, связанный с турбулентным током крови, проходящей через закрывающийся артериальный проток.

Осмотр органов брюшной полости. При пальпации живота определяются размеры печени, почек, селезенки. Нижний край печени может выступать из-под края реберной дуги на 1–1,5 см, селезенка у здорового новорожденного при пальпации не определяется. Нижние полюса почек пальпируются бимануально, но определяются не всегда.

Осмотр половых органов. Длина пениса у новорожденного мальчика 2–3 см. Если длина пениса менее 1 см, такое состояние называется гипоплазией пениса, однако результаты осмотра могут быть ошибочны, так как у некоторых крупных мальчиков подкожно жировой слой на лобке может скрывать пенис. Крайняя плоть у новорожденных детей мужского пола узкая, головка не выводится. Это нормальное состояние, и родители должны знать, что не следует пытаться открыть головку, так как это может приводить к микротрещинам и фиброзу. Одним из самых распространенных пороков развития половых органов у мальчиков является гипоспадия. Крайняя плоть не закрывает полностью головку, свисая с дорсальной части. При любой форме гипоспадии важно убедиться в том, что мочеиспускание не затруднено. Фимоз – патологическое сужение крайней плоти, обычно легко диагностировать при мочеиспускании, отмечается тонкая струя и вздувание крайней плоти. В норме у новорожденного отмечается умеренно выраженное гидроцеле мошонки, которое разрешается в течение нескольких дней. У здорового доношенного новорожденного мальчика оба яичка находятся в мошонке. Пальпация яичек производится аккуратно от основания мошонки вниз. Если пальпацию начинать от дна мошонки, кремастерный рефлекс поднимет яичко в брюшную полость, что может явиться причиной ошибочной постановки диагноза «неопущение яичка».

Гематома мошонки может возникать у мальчиков, которые родились в тазовом предлежании, особенно если применялся вакуум-экстрактор. Обычно гематома разрешается самостоятельно в течение нескольких дней.

У здоровых доношенных девочек большие половые губы закрывают малые и клитор. У недоношенных девочек большие половые губы не закрывают малые и клитор, но это абсолютно нормальное состояние и не свидетельствует о нарушении со стороны гормонального статуса. Лоскут девственной плевы может отмечаться между малыми половыми губами, в дальнейшем регрессирует самостоятельно. В первые дни после рождения у девочек может наблюдаться небольшое вагинальное кровотечение, что является проявлением полового криза и не требует лечения.

Почти у всех новорожденных девочек в раннем неонатальном периоде отмечается повышенная вагинальная секреция в виде выделения серо-белого отделяемого из влагалища. Интенсивность выделений достигает максимума к шестому дню, затем самостоятельно прекращается.

Гематома половых органов у девочек возникает при родах в ягодичном предлежании. Большие и малые половые губы могут быть увеличены из-за гематомы. В этом случае не рекомендуется проведение пункции и аспирации гематомы, так как это может привести к инфицированию и значительной кровопотере.

Недифференцированный пол – состояние, при котором осмотр наружных половых органов не позволяет определить пол ребенка. Диагноз ставится на основании хромосомного исследования, определения гормонального профиля, ультразвукового исследования и в редких случаях – лапароскопии.

Антропометрия. Оценка массы тела, роста, окружности головы и груди проводится с использованием таблиц, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения [10, 11]. Физиологическая убыль массы тела наблюдается у всех новорожденных, максимальная убыль массы приходится на 3–4-й день жизни и обычно не превышает 10% от первоначальной массы. Первоначальная масса тела восстанавливается к 6–10-му дню; все здоровые новорожденные к 14-му дню должны восстановить свою первоначальную массу. Длина тела новорожденного измеряется один раз в месяц при посещении педиатра в поликлинике.

Консультирование матери (родителей) новорожденного является не менее важным аспектом врачебной деятельности, чем лекарственная терапия или какие-либо диагностические процедуры. В ходе врачебного консультирования родители ребенка получают исчерпывающую

информацию о состоянии здоровья ребенка, об уходе за ребенком, о профилактике различных патологических состояний и о тех опасных признаках, при появлении которых необходимо обратиться к врачу. Для педиатра консультирование необходимо для того, чтобы убедиться, что родители не только поняли, но и приняли предложенный план действий и будут ему следовать.



ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология – Национальное руководство. Под ред. акад. Н.Н. Володиной М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. 848 с.
2. Шабалов Н.П. Неонатология: Уч. пособие в 2-х томах. 6-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2016, 1504 с.
3. Shakib J, Buchi K, Smith E, Korgenski K, Young PC. Timing of initial well-child visit and readmissions of newborns. *Pediatrics*, 2015 Mar, 135(3): 469-74.
4. Сухих Г.Т., Байбарина Е.Н., Рюмина И.И. Базовая помощь новорожденному – международный опыт (под ред. Н.Н. Володиной). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 308 с.
5. Избранные клинические рекомендации по неонатологии. Под редакцией Е.Н. Байбариной, Д.Н. Дегтярева. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. 240 с.
6. McKee-Garrett TM. Overview of the routine management of the healthy newborn infant. UpToDate.
7. Зубков В.В., Рюмина И.И. Уход за пуповинным остатком, профилактика и лечение омфалита. *Неонатология*, 2014, 1: 176-180.
8. Гомелла Т.Л. и др. Неонатология: в 2-х томах. Пер. с англ. М.: Медицина, 2015. 708 с., 864 с.
9. Fox L. Newborn assessment. Arizona State University Project. College of Nursing and health.
10. World Health Organization, United Nations Children's Fund. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. A Joint Statement. *Acta Paediatrica*, 2006, 95: 5-101.
11. www.who.int/making_pregnancy_safer.

УФА 2017



4-7 АПРЕЛЯ

НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

• Выставка • II Медицинский Форум

+7(347)246 42 44, 246-42-72

✉ med@bvkexpo.ru

📍 **ВДНХ ЭКСПО**
г.Уфа, ул.Менделеева,158

🌐 www.bvkexpo.ru



ПРАВИТЕЛЬСТВО
РЕСПУБЛИКИ
БАШКОРТОСТАН



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РБ



БАШКИРСКАЯ
ВЫСТАВОЧНАЯ
КОМПАНИЯ



ГБОУ ВПО БГМУ
МИНЗДРАВА РОССИИ

#медицинскийфорумуфа
#медвыставкауфа