

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлической педиатрии

Организация антенатальной охраны плода и профилактическая работа с новорожденными в поликлинике

Иваново 2020

УДК 616-08-039.57-053.37.

ББК 57.33

О64

Рецензенты:

заведующий кафедрой поликлинической педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор **Ю. А. Алексеева**;

профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, доктор медицинских наук **Е. Е. Краснова**

О64 Организация антенатальной охраны плода и профилактическая работа с новорожденными в поликлинике: учебное пособие / Л. А. Жданова, Г. Н. Нуждина, Л. К. Молькова, И. Е. Бобошко, А. В. Шишова, С. И. Мандров, Т. В. Русова, А.А. Наумова, М.Н. Салова. – Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020. – 102 с.

Настоящее издание раскрывает вопросы организации антенатальной охраны плода и профилактическую работу с новорожденными в условиях поликлиники. Пособие разработано в соответствии с новыми нормативными актами.

Адресовано студентам, может использоваться в практической деятельности участковых врачей-педиатров, медицинских сестер.

УДК 616-08-039.57-053.37.

ББК 57.33

Утверждено центральным координационно-методическим советом ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности ПЕДИАТРИЯ 31.05.02 по дисциплине «Поликлиническое дело в педиатрии».

© ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА	9
Дородовые патронажи.....	9
Прогноз риска перинатальной патологии на антенатальном этапе	12
Профилактические мероприятия на антенатальном этапе	20
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ	
С НОВОРОЖДЕННЫМИ	37
Организация наблюдения за новорожденными	37
Контроль за состоянием здоровья и профилактика его	
отклонений у детей из групп риска	66
Организация жизни ребенка в период новорожденности	72
<i>Режим</i>	<i>72</i>
<i>Санитарно-гигиенический уход</i>	<i>73</i>
<i>Вскармливание новорожденного</i>	<i>82</i>
<i>Гипогалактия: прогноз, диагностика, профилактика, лечение</i>	<i>84</i>
<i>Питание и режим кормящей матери</i>	<i>88</i>
<i>Кормление ребенка сцеженным грудным молоком</i>	<i>92</i>
<i>Физическое воспитание новорожденного</i>	<i>96</i>
<i>Стимуляция нервно-психического развития</i>	<i>98</i>
Ситуационные задачи	99
Рекомендуемая литература	101
Список сокращений	102

ВВЕДЕНИЕ

Одним из важных разделов профилактической работы врача-педиатра является антенатальная охрана плода. Качество этой работы во многом определяет долгосрочное программирование здоровья будущего ребенка. В настоящее время известны причины высокой распространенности сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний, связанные с образом жизни человека, однако убедительно доказана роль формирования предрасположенности к ним уже еще до его рождения ребенка. Это нашло отражение в Концепции программирования здоровья в первые 1000 дней – от момента зачатия до двухлетнего возраста. В документе отражено представление об особой значимости данного периода в жизни человека. Именно в это время на фоне максимальной скорости роста и наибольшей пластичности обменных процессов закладываются основы состояния здоровья человека. При этом подчеркивается основополагающая роль первых 270 дней, т. е. периода беременности, так называемое «критическое» окно.

В общепризнанном смысле понятие программирования существует с давних пор под названием импринтинга. В буквальном смысле термин переводится как «запечатлеть», «оставить след». Это феномен, при котором воздействие определенных факторов в критическом периоде развития ведет к стойким метаболическим изменениям, сохраняющимся в дальнейшем. Биологический механизм метаболического программирования лежит в сфере эпигенетики. Хорошо известно, что последовательность четырех нуклеотидов ДНК является генетическим кодом, передающимся без изменения на клеточном уровне через поколения. Однако помимо генетического кода имеется другой, так называемый эпигенетический код, который подразумевает факторы, которые воздействуют «поверх» или в дополнение к генетическим по принципу «ручка – карандаш». При этом реализация импринтинга генов осуществляется с помощью изменения процесса метилирования ДНК, на интенсивность которого влияет, прежде всего, *алиментарная обеспеченность плода*. Не случайно среди антенатальных истоков болезней взрослых особое место занимает недостаточное или избыточное питание беременной, дефицит отдельных нутриентов. Именно это программирует изменения метаболизма плода, перераспределяя нутриенты в пользу наиболее важных для развития органов, прежде всего мозга, и снижая их поступление к другим органам, что ограничивает развитие. Формируется так называемый «экономный фенотип»: организм внутриутробно прогнозирует неблагоприятную ситуацию после рождения и выстраивает стратегию подготовки к выживанию. Впоследствии это приводит к рождению детей с ЗВУР, нарушениям физического и психического развития, их полового созревания, расстройствам липидного обмена и формированию метаболического синдрома, а значит, увеличивает риск заболеваний в дальнейшей жизни, прежде всего ССЗ и ожирения.

Поэтому на протяжении многих десятилетий Минздравом России издавались нормативные документы, где подчеркивалась необходимость активного формирования здоровья ребенка, начиная с внутриутробного периода путем формирования у беременной мотивации к ведению здорового образа

жизни. При этом задача санитарно-гигиенического обучения беременных возлагалась на медицинский персонал не только женской консультации и поликлиники общей лечебной сети, но и детской поликлиники. Именно эти ЛПУ было предложено объединять в акушерско-терапевтическо-педиатрический комплекс (АТПК), а объединяющим звеном специалистов этих медицинских организаций была одновременная ответственность за здоровье и беременной, и ребенка. Задачи врача-педиатра в антенатальной охране плода – проведение дородовых патронажей. Причем охват беременных дородовыми патронажами был определен как один из показателей эффективности профилактической работы участкового педиатра.

Результаты наших исследований показали высокую частоту нарушений образа жизни беременных, выявляемых при дородовых патронажах. Так, нарушение питания отмечено почти у всех будущих матерей. К сожалению, выяснилось, что информированность врачей о наличии факторов риска у беременных выше, чем частота выдаваемых им рекомендаций.

Несмотря на высокую частоту нарушений в образе жизни беременных, по данным их опроса, информированность будущих мам о влиянии этих нарушений, в том числе и вопросов питания, на здоровье ребенка явно недостаточна. К сожалению, активность медперсонала детской поликлиники в выдаче рекомендаций беременным самая низкая по сравнению с другими ЛПУ в системе АТПК. По данным опроса беременных, рекомендации от педиатра при дородовых патронажах получали лишь четверть из них, причем половина пациенток считали информацию недостаточно полной и хотели бы получать ее в виде памяток. Большинство медицинских работников согласны, что рекомендации беременным должны быть полными и своевременными, но указывают на дефицит времени для этой работы. Кто же может помочь участковому педиатру в этой деятельности? Большой потенциал в этом направлении есть у медперсонала кабинета здорового ребенка (КЗР), в котором согласно последнему приказу Минздрава должны работать не только медсестра, но и врач-педиатр. Возникает вопрос: нужен ли врач кабинета здорового ребенка? Нужен! И основная концепция его работы – создание службы раннего стимулирования развития, в том числе и путем повышения эффективности антенатальной охраны плода. В значительной мере этому может способствовать создание на базе КЗР школ будущих родителей.

Врачу-педиатру важно понимание программирующего влияния образа жизни беременной, прежде всего алиментарного фактора, на формирование отдельных характеристик здоровья ребенка, а также своевременное информирование об этом будущих матерей, желательно еще на этапе планирования беременности.

Срок созревания человека разделен на несколько возрастных периодов.

В понятие **возрастной период** входит тот отрезок времени, в пределах которого процесс роста и развития, а также физиологические особенности организма тождественны, а реакции на раздражители более или менее однозначны. В то же время возрастной период – это время, необходимое для завершения определенного этапа морфофункционального развития организма и достижения готовности к той или иной деятельности.

В педиатрии принята следующая периодизация детского возраста.

I. Внутриутробный этап

1. Фаза эмбрионального развития – от зачатия до 2–3 месяцев:
 - а) зародышевый период – 1 неделя;
 - б) период имплантации – 40 часов;
 - в) эмбриональный период – 5–6 недель;
 - г) эмбриофетальный период – 2 недели.
2. Фаза плацентарного развития (фетальный период) – от 3 месяцев до рождения:
 - а) ранний фетальный период – до 28 недель;
 - б) поздний фетальный период – до рождения.

II. Внеутробный этап

1. Период новорожденности – от 0 до 3–4 недель:
 - а) ранний неонатальный период – от 0 до 7 дней;
 - б) поздний неонатальный период – от 8 до 28 дней.
2. Период грудного возраста – с 29 дней до 12 месяцев.
3. Преддошкольный период (старший ясельный) – от 12 месяцев до 3 лет.
4. Дошкольный возраст – от 3 до 7 лет.
5. Младший школьный возраст – от 7 до 11 лет.
6. Старший школьный возраст – от 12 до 17 лет (в этом периоде можно выделить средний школьный возраст – от 12 до 14 лет).

Развитие организма проходит через **критические периоды – периоды интенсивного избирательного роста и развития отдельных функциональных систем**. В эти периоды адаптивные возможности организма ограничены, а чувствительность его к экзогенным воздействиям повышена. Это ведет к более высокому риску развития пограничных и патологических состояний.

В критические периоды возможно, с одной стороны, наиболее эффективное формирование здоровья путем правильного подбора внешних стимулирующих воздействий. Их отсутствие в эти периоды может привести к существенной задержке развития. С другой стороны, очень вероятна утрата здоровья в связи с повышенной ранимостью быстро развивающихся структур. Поэтому стимулы должны быть адекватны адаптивным возможностям. Поэтому очень важна конкретная характеристика отдельных этапов развития, определение границ смены одного периода развития другим, т. е. возрастная периодизация. И. А. Аршавский предложил в качестве основного критерия для каждого этапа выделение ведущих функций, характеризующих способность взаимодействия организма с внешней средой. Ниже представлена краткая характеристика периодов внутриутробного развития и новорожденности.

I. Внутриутробный этап

1. Фаза эмбрионального развития – от зачатия до 2–3 мес.:

- а) зародышевый период – 1 неделя (период оплодотворения яйцеклетки до имплантации бластоцита в слизистую оболочку матки);
- б) период имплантации – 40 часов;
- в) эмбриональный период – 5–6 недель (закладка и органогенез почти всех внутренних органов);
- г) эмбрио-фетальный период – 2 недели (формирование плаценты, плацентарного кровотока, окончание формирования большинства органов).

2. Фаза плацентарного развития (фетальный период) – от 3 мес. до рождения:

- а) ранний фетальный период – до 28 недель (интенсивный рост и тканевая дифференцировка органов плода);
- б) поздний фетальный период – до рождения (депонирование многих компонентов питания, в т. ч. микроэлементов, трансплацентарная передача иммуноглобулинов матери, созревание сурфактанта).

На этапе внутриутробного развития **выделяют два критических периода: первый и последний триместры беременности.**

В первый триместр идет интенсивная дифференцировка тканей, формирование органов плода. При воздействии тератогенных факторов могут возникать генные и хромосомные мутации в тех структурах, которые в данный момент наиболее интенсивно развиваются. Это приводит к гибели зародыша из-за формирования грубых пороков развития.

В последний триместр беременности происходит интенсивный прирост массы, синтез сурфактанта и трансплацентарная передача иммуноглобулинов матери плоду. В этот период развитие плода в значительной мере зависит от состояния плаценты и маточно-плацентарного кровотока. Гестозы, плацентарная недостаточность, анемия беременных приводят к задержке внутриутробного развития, внутриутробному инфицированию, рождению детей с гипотрофией, иммунодефицитными состояниями, поражением дыхательной системы (синдром дыхательных расстройств), поражением центральной нервной системы (ЦНС).

II. Внеутробный этап

1. Период новорожденности – от 0 до 3–4 недель:

а) ранний неонатальный период – от 0 до 7 дней (адаптация к внеутробному существованию, начало легочного дыхания и функционирования малого круга кровообращения, увеличение периферического кровотока, особенно легких и сердца, начало энтерального питания и микробная колонизация кишечника, изменение энергообмена и терморегуляции, водно-солевого гомеостаза).

Как отражение приспособления к внеутробной жизни у новорожденных отмечаются «переходные», или физиологические, состояния:

- физиологическое падение массы тела (связано с отхождением мочи, мекония, высыханием пуповинного остатка, срыгиванием околоплодных вод и недостаточностью питания и др.);

- простая эритема и шелушение кожных покровов (реакция кожных сосудов с последующей десквамацией эпидермиса);

- физиологическая желтуха (проявление незрелости ферментов печени);

- гормональный (половой) криз (действие материнских половых гормонов (эстрогенов), переданных ребёнку трансплацентарно);

- мочекишный инфаркт (особенность обмена веществ в первые дни жизни);

- физиологическая диспепсия (переходный стул);

б) поздний неонатальный период – от 8 до 28 дней (полной адаптации к внеутробной жизни еще не наступило, отмечаются генерализованные реакции ЦНС, происходит прекращение деления нейронов, усиленное формирование межнейронных связей; преобладает влияние подкорковых структур; связь с внешним миром происходит посредством безусловных рефлексов; идет интенсивное развитие анализаторов, особенно зрительного, возникновение зрительного, эмоционального и тактильного контакта с матерью – первая улыбка, преобладает гуморальный иммунитет, слабая способность формирования активного иммунитета).

Весь период новорожденности выделяется как критический. Для него характерно: формирование питания ребенка и матери; проявление внутриутробного поражения ЦНС, врожденных пороков развития, наследственных болезней; склонность к генерализованным реакциям, нередко возникает пупочный сепсис; синдром дыхательных расстройств; проявление признаков внутриутробного инфицирования.

Особенно критическим является ранний неонатальный период, поскольку именно в эти сроки наиболее часто реализуются неблагоприятные факторы, действующие на ребенка внутриутробно и в процессе родов. Не случайно период с 28-й недели беременности до 7-го дня жизни, включающий поздний фетальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды, объединяют под общим названием – перинатальный период.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА

Эффективность первичной профилактики важнейших заболеваний у детей раннего возраста значительно возрастает при проведении мероприятий, начиная с антенатального периода.

Жизнь женщины до наступления беременности, ее планирование, сама беременность – факторы, формирующие здоровье будущего ребенка задолго до его рождения. Эффективное формирование здоровья ребенка невозможно без учета состояния здоровья его матери.

Поэтому организация медицинской помощи по рождению здорового ребенка должна осуществляться в условиях АТПК, представляющего объединение учреждений акушерской, общелечебной и педиатрической сети на основе функционального, административного и смешанного типов комплексирования.

Интеграция функций врачей АТПК в системе непрерывного слежения за здоровьем матери и ребенка осуществляется следующим образом. Акушер-гинеколог в течение 10-12 дней с момента первой явки беременной организует ее обследование и получение полной информации о здоровье семьи от терапевта, узких специалистов, совместно обслуживающих данную семью.

Дородовые патронажи

Сведения о постановке беременной на учет поступают из женской консультации в регистратуру детской поликлиники по телефону и заносятся в журнал учета беременных.

Для врача-педиатра работа по охране здоровья плода сводится к **проведению дородовых патронажей**, в процессе которых он решает следующие задачи:

- выявление факторов риска социально-биологического анамнеза и оценка их направленности на возможное формирование патологии будущего ребенка в раннем возрасте (прогноз групп риска);
- проведение антенатальной профилактики прогнозируемой патологии.

Первый дородовый патронаж проводится участковым педиатром и медицинской сестрой через 10–12 дней после получения сигнала из женской консультации о постановке беременной на учет.

К этому времени женщина имеет на руках обменную карту с результатами проведенных инструментальных и лабораторных обследований и заключениями всех специалистов о состоянии ее здоровья, балльной оценки риска перинатальной патологии будущего ребенка.

Цель первого дородового патронажа – прогнозирование возможной патологии у будущего ребенка и подбор индивидуальных мероприятий, необходимых для предотвращения реализации выявленного риска.

Задачи первого дородового патронажа:

- выявление факторов риска (сбор и оценка данных генеалогического, биологического и социального анамнезов);

- прогноз состояния здоровья и развития будущего ребенка (группы риска) и информирование беременной об этом;
- прогнозирование и профилактика гипогалактии;
- подбор рекомендаций по профилактике реализации выявленного риска (санитарно-гигиенические условия, режим дня и питание беременной);
- гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей (пропаганда здорового образа жизни, положительный психологический настрой на рождение ребенка, формирование мотивации на длительное грудное вскармливание, посещение занятий в «Школе будущих родителей»);
- определение срока второго дородового патронажа.

Медицинская сестра осуществляет патронаж беременной на дому и решает часть перечисленных выше задач. Этот патронаж социальный и его целью является выяснение условий быта и труда будущей матери, состояния здоровья, наличия вредных привычек у матери и отца. Она обращает внимание на самочувствие беременной, сон, аппетит, соблюдение режима труда и отдыха, дает рекомендации по режиму труда и отдыха, питанию, гигиене, рациональной одежде, обуви. Особое внимание уделяется беседе с беременной, ее мужем, близкими родственниками по созданию в семье спокойной, доброжелательной обстановки. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает беременную посетить кабинет здорового ребенка в детской поликлинике и занятия в «Школе матерей», где будущая мать познакомится с правилами ухода за ребенком.

Педиатр, получив сведения из сестринского патронажа, из обменной карты беременной, оценивает степень и направленность риска у будущего ребенка, разрабатывает комплекс мероприятий по профилактике реализации выявленного риска. Свое заключение педиатр вносит в обменную карту беременной. Рекомендации немедикаментозного характера педиатр дает к исполнению непосредственно беременной, а медикаментозные назначения проводятся в женской консультации акушером-гинекологом с учетом группы риска, установленной педиатром, его рекомендаций.

Второй дородовый патронаж осуществляется участковым педиатром и медсестрой на 30 неделе беременности в период начала декретного отпуска женщины.

Цель второго патронажа – контроль выполнения назначений врача женской консультации и педиатра, переоценка факторов риска и направленности риска, коррекция рекомендаций. Особое внимание уделяется посещению беременной «Школы матерей» и занятиям по психопрофилактической подготовке к родам.

Задачи второго патронажа:

- переоценка факторов риска и направленности риска (получение информации о течении беременности, перенесенных заболеваниях, применении медикаментов, изменении условий труда, быта, уточнение предполагаемого срока родов);

- контроль выполнения предшествующих назначений и их эффективности;
- проведение повторного прогноза гипогалактии и ее профилактика;
- коррекция рекомендаций соответственно выявленному риску;
- гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей, подготовка семьи к встрече новорожденного).

Возможен **третий дородовой патронаж** в сроке беременности 36 недель, который проводится педиатром к женщинам из группы высокого перинатального риска, определяемого акушером-гинекологом.

После каждого патронажа педиатр оформляет документы:

– бланк дородового патронажа, в котором указан риск возможной патологии у ребенка и даны рекомендации. Бланки хранятся в картотеке дородовых патронажей в кабинете здорового ребенка (КЗР);

– обменную карту беременной, куда вносит свои рекомендации по антенатальной профилактике риска возможной патологии у ребенка.

Прогноз риска перинатальной патологии на антенатальном этапе

Прогноз здоровья ребенка должен проводиться в период его внутриутробного развития и после рождения. На каждом из этапов необходим учет всех факторов риска, способствующих развитию нарушений в состоянии здоровья. Разработано множество прогностических алгоритмов в отношении той или иной патологии у детей.

В основу распределения детей по группам риска положена предполагаемая **направленность риска**, а не сами факторы, т.к. часто разные заболевания могут обуславливаться одними и теми же факторами риска.

Практикуется выделение следующих групп риска (табл. 1).

Методы выявления групп риска: качественные (табл. 2) и количественные (табл. 3, 4).

Наиболее точным является количественный метод прогноза с использованием прогностической значимости факторов риска. Это дает возможность устанавливать не только направленность риска, но и его степень.

Таблица 1

Группы риска детей раннего возраста

№ группы риска	Направленность риска
1	Дети с риском повышенной заболеваемости ОРВИ и нарушений в состоянии здоровья в период социальной адаптации.
2	Дети с риском патологии ЦНС.
3	Дети с риском возникновения рахита, анемии и дистрофии.
4	Дети с риском гнойно-септических заболеваний в период новорожденности
5	Дети с риском врождённых пороков развития органов и систем.
6	Дети с риском аллергических заболеваний.
7	Дети из неблагоприятных микросоциальных условий.
8	Риск нарушения репродуктивного здоровья.
	Риск развития синдрома внезапной смерти (СВС).
	Риск развития синдрома увеличенной вилочковой железы (СУВЖ).
	Риск развития тяжелого инфекционного токсикоза.
	Риск развития пороков челюстно-лицевой системы и кариеса (ЧЛС и К).

Таблица 2

Поисковая таблица для определения риска патологии у детей

Группы риска Факторы риска	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
Экстрагенитальная патология матери												
Анемия	+		+							+		+
Артериальная гипертензия		+	+									
Бронхиальная астма						+						
Дегенеративное заболевание нервной системы		+										
Заболевания почек		+										
Заболевания щитовидной железы		+	+	+				+	+	+	+	+
Крапивница						+						
Краснуха				+	+				+			+
Листериоз									+			+
Нейродермит						+						
Ожирение			+						+	+		
Отек Квинке						+						
Очаги инфекции								+	+	+	+	+
Пищевая и другие виды аллергии						+						
Пороки сердца		+	+		+			+	+		+	+
Сахарный диабет		+	+		+			+	+	+	+	+
Сифилис									+			+
Токсоплазмоз		+		+					+			+
Умственная отсталость		+										
Хронический гастрит				+								
Хронический колит				+								
Хронический пиелонефрит				+				+				
Хронический холецистит				+								
Хроническое заболевание бронхолегочной системы	+			+					+			
Цитомегалия				+					+			+
Наследственная отягощенность												
Кровнородственный брак					+							
Хромосомные болезни у одного из супругов					+							
Врожденные иммунодефицитные заболевания					+				+	+	+	+
Патология эндокринной системы									+	+	+	+
Психические заболевания									+			
Неврологические заболевания									+			
Онкология										+		

Группы риска Факторы риска		1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
Отягощенный акушерский анамнез													
Выкидыши			+			+	+						
Мертворождение			+			+							
Рождение детей с массой менее 2000г			+										
Многоплодная беременность			+										
Бесплодие			+										
Дети, родившиеся с врожденными пороками развития				+		+							
Воспалительные заболевания гениталий			+		+								
Анатомически узкий таз			+										
Социальный анамнез													
Возраст матери:	до 16 лет		+							+			
	более 30 лет			+		+							
Возраст отца более 40 лет						+							
Противоречивое воспитание ребенка		+											
Семьи с плохим психологическим климатом								+		+			
Жесткость родителей								+					
Злоупотребление алкоголем, курением		+	+			+		+		+			
Нудовлетворительные бытовые условия		+						+					
Неполная семья								+					
Голодание										+			
Течение данной беременности													
Токсикоз первой половины			+	+		+	+		+		+		
Токсикоз второй половины			+	+			+		+				+
Угроза невынашивания			+				+		+		+		
Множественная угроза до 10 недель						+							
Многоводие			+			+				+			
Патология плаценты			+										
Гипотрофия плода				+							+		+
Ионизирующее излучение до 12 недель						+							
Прием лекарств в первые 12 недель						+							

Группы риска Факторы риска									Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
	1	2	3	4	5	6	7	8				
Прием лекарственных препаратов во время беременности					+	+						+
Переливание крови, кровезаменителей						+						
4 и более беременности			+							+		
Период между предыдущими и настоящими родами 1 год и менее			+									
Инфекционные болезни матери в первую треть беременности	+	+			+					+		
Инфекционные болезни матери в конце беременности и родах	+			+								+
Частые острые инфекционные и обострения хронических заболеваний матери во время беременности	+			+		+		+				+
Профессиональные вредности		+			+	+						
Течение настоящих родов												
Затяжные или стремительные роды		+						+	+	+		
Слабость родовой деятельности		+										
Длительный безводный период				+								
Преждевременная отслойка плаценты		+										
Инструментальные вмешательства (щипцы, вакуумэкстрактор), кесарево сечение		+						+	+	+		
Обвитие пуповиной		+							+	+		
Ранняя отслойка плаценты									+			
Тазовое предлежание плода в сочетании с многоводием и задержкой внутриутробного развития					+							
Постнатальный период												
Иммунологическая несовместимость крови матери и ребенка		+							+			+
Недостаточность мозгового кровообращения II степени									+		+	
Асфиксия новорожденного	+	+						+	+	+	+	
Переношенность		+							+			

Группы риска Факторы риска	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
Недоношенность, незрелость	+									+		
Дети из двоен				+						+		+
Дети с массой при рождении более 4000 г	+	+	+					+	+			
Уровень стигматизации более 5 стигм		+			+							+
Дети, получавшие противосудорожные препараты			+									
Частое применение антибактериальной терапии у детей						+						
Стойкая желтуха		+										
Отклонения в акте сосания		+										
Мышечная гипотония		+										
Транзиторная лихорадка, рвота		+										
Повышенная сонливость или возбудимость		+									+	
Внутричерепная родовая травма	+							+	+	+	+	
ОРВИ в первые 3 месяца	+									+		
Эндокринопатии	+		+					+				
Раннее искусственное вскармливание	+		+									+
Несоответствие режима сна и кормления возрасту	+					+						
Дети с неустойчивым стулом			+									
Высокий темп физического развития			+									
Метаболические и иммунологические нарушения	+		+					+				
Рахит	+											
Анемия	+											
Гипотрофия	+								+	+		
Паратрофия	+								+	+	+	
Аллергический диатез	+									+	+	+
Лимфатико-гипопластический диатез	+		+	+		+			+	+		
Нервно-артритический диатез		+	+									+
Врожденные пороки развития	+							+				
Дети с заболеваниями ЦНС	+							+				
Наследственная патология	+											

Группы риска Факторы риска									Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЦНС и К
	1	2	3	4	5	6	7	8				
Дети часто болеющие	+		+					+				
Дети с хронической патологией	+							+				
Гнойничковые заболевания матери				+								
Мастит у матери				+								
Инфекционные заболевания у членов семьи				+								
Гиподинамия												+
Перегревание ребенка												+

Оценка результатов: необходимо найти группы риска по каждому из отягощающих факторов, имеющихся у ребенка. Считать риск развития патологии у ребенка действительным, **если номер группы риска повторился хотя бы один раз.**

Ниже представлены прогностические таблицы для выявления **степени риска** таких состояний, как частая респираторная заболеваемость, перинатальная патология ЦНС, рахит, анемия, гипотрофия, аллергия (табл. 3) синдром внезапной смерти младенцев (табл. 4).

Синдром внезапной смерти (СВС) – это неожиданная ненасильственная смерть видимо здорового ребенка первого года жизни, при которой отсутствуют адекватные данные анамнеза и патоморфологического исследования для объяснения причины смерти. (Определение принято на II Международной конференции по проблеме младенческой смертности).

СВС младенцев занимает важное место в структуре постнеонатальной смертности в возрасте 2–4 месяцев в большинстве промышленно развитых стран мира.

В Международной классификации болезней X пересмотра данный синдром обозначен как «внезапная смерть грудного ребенка» под рубрикой R 95 в разделе «Неизвестные причины смерти».

Среди возможных механизмов развития синдрома наибольшего внимания заслуживают две основные гипотезы – респираторных нарушений, основанная на регистрации у детей, погибших в дальнейшем от СВС, дыхательных нарушений в виде апноэ, и кардиальная теория, в основе которой лежит развитие жизнеугрожающей аритмии. Исследованиями последних лет установлено, что СВС представляет собой одно из патологических состояний, при котором **функциональная и морфологическая незрелость являются ведущими предрасполагающими факторами.**

Таблица 3

Значимость факторов риска в возникновении основной патологии у детей грудного возраста (по коэффициенту ассоциации)

Факторы риска	Частые ОРЗ	Перинатальная патология ЦНС	Рахит, анемия, гипотрофия	Аллергия
Экстрагенитальная патология матери	0,78	0,70	0,43	0,70
Аллергия у родителей	0,27	0,47	0,38	0,56
Частые ОРЗ у матери (отца)	0,50	0,28	0,12	0,22
Гинекологическая патология матери	0,50	0,33	0,31	0,26
Проф. вредности у родителей	0,36	0,18	0,38	0,43
Отягощенный акушерский анамнез	0,42	0,38	0,30	0,61
Период между предыдущими родами аборт и настоящей беременностью – менее одного года	0,54	0,17	0,37	0,12
Высокий порядковый номер беременности	0,16	0,27	0,10	0,26
Токсикоз второй половины беременности	0,14	0,31	0,17	0,10
Угроза прерывания беременности во второй половине	0,38	0,38	0,43	0,43
Острые и обострение хронических заболеваний:				
– во время беременности	0,50	0,36	0,37	0,42
– в первую половину	0,18	0,33	0,37	0,12
– во вторую половину	0,50	0,16	0,37	0,42
Анемия во время беременности	0,10	0,12	0,15	0,11
Гипотрофия плода	0,38	0,26	0,38	0,26
Масса при рождении более 4000 г	0,10	0,12	0,11	0,10
Асфиксия в родах	0,90	0,82	0,38	0,18

Оценка результатов:

- при сумме баллов 0,3–0,5 прогнозируется слабая степень риска;
- при 0,5–0,7 – средняя степень риска;
- более 0,7 – высокая степень риска.

Для СВС первостепенное значение имеют такие факторы риска, как недоношенность и низкая масса тела при рождении, наличие признаков морфофункциональной незрелости. К факторам риска можно также отнести некоторые дефекты ухода за ребенком раннего возраста: положение на животе во время сна, тугое пеленание, перегрев, а также наличие в кроватке мягких игрушек, подушек и других посторонних предметов, которые могут препятствовать полноценному дыханию.

Существенно увеличивают риск СВС предшествующие эпизоды угрожающих жизни состояний на фоне полного здоровья, которые характеризуются развитием резкой бледности или цианоза, апноэ, брадикардии, мышечной гипотонии и гипорефлексии.

Таблица 4

**Диагностическая таблица для определения степени риска СВС
у детей первого года жизни**

Социальные факторы риска		Баллы
Образование матери	– Среднее	-2
	– неполное среднее или начальное	-5
Образование отца	– Среднее	-6
	– неполное среднее или начальное	-7
Метраж на одного человека в квартире (м ² на человека)	– Менее 3	-4
	– 3–7	-2
Неполная семья		-5
Курение матери	– Во время беременности	-10
	– после родов	-3
Алкоголизм	– Матери	-31
	– отца	-3
Порядковый номер родов	– Вторые	-1
	– третьи	-5
	– четвертые и более	-32
Интервал между данными и предшествующими родами менее 14 мес.		-12
Число предшествующих медицинских абортов	– 1–2	-1
	– 3 и более	-3
Число предшествующих беременностей три и более		-3
Возраст на момент первой беременности	– Менее 17	-3
	– 18–21	-1
Случаи предшествующей скоропостижной смерти детей		-20
Сроки постановки на учет в женской консультации	– Позже 16 недель	-2
	– не состояла	-30
Гипотония у матери во время беременности		-6
Многоплодная беременность		-6
Оценка по шкале Апгар (на 5-й минуте)	– 6–7 баллов	-3
	– 5 баллов и менее	-8
Вес ребенка при рождении (кг)	– 4 и более	-6
	– 2–2,5	-6
	– менее 2	-12
Наличие признаков морфофункциональной незрелости		-10

СВС чаще встречается в холодное время года (осень – зима). Отмечается определенный возрастной пик СВС – 2–4 месяца. СВС у мальчиков регистрируется в 1,5 раза чаще, чем у девочек. Вероятность СВС выше в ночное время, а пик смертности приходится на ранние утренние часы (с 4:00 до 6:00).

С учетом всех вышеперечисленных факторов к **группе высокого риска по развитию СВС** относятся:

- дети, перенесшие очевидные жизнеугрожающие состояния;
 - сибсы жертв СВС, у которых вероятность развития данного синдрома в 4–7 раз выше, чем в целом в популяции;
 - недоношенные дети с массой тела при рождении менее 2000 г.
- Наиболее значимые факторы риска и их прогностическая значимость представлена диагностическая таблица 4.

Оценка результатов:

– **при сумме более 70 баллов** ребенок должен быть отнесен к группе риска по развитию СВС и взят на диспансерное наблюдение участковым педиатром в течение первого года жизни;

– **при сумме более 100 баллов** ребенок должен быть отнесен к группе высокого риска по развитию СВС. В данном случае обязательным является диспансерное наблюдение участковым педиатром в течение первого года жизни и постановка на учет в специализированном кардиологическом центре.

Профилактические мероприятия на антенатальном этапе

Профилактические мероприятия по охране здоровья будущего ребенка начинаются с правильной организации антенатальной охраны здоровья плода. Часть рекомендаций носит общий характер для всех беременных. Другая группа мероприятий назначается индивидуально соответственно выявленному риску с целью уменьшения влияния неблагоприятных факторов на здоровье будущего ребенка.

Мероприятия, проводимые в женской консультации:

- ранняя явка к врачу акушеру-гинекологу женской консультации – в сроке до 12 недель беременности и систематическое наблюдение беременной;
- полноценное питание, режим, достаточный сон;
- охрана соматического здоровья беременной, профилактика неинфекционных и инфекционных заболеваний, внутриутробных инфекций плода и новорожденного (TORCH-инфекции);
- проведение ультразвукового и биохимического скринингов беременной
- рутинные и дополнительные диагностические обследования;
- консультация терапевта;
- по показаниям – консультация генетика;
- профилактика врожденных пороков развития – прием фолиевой кислоты в первые три месяца беременности.

Роль педиатрической службы в профилактике реализации выявленного риска:

- своевременная организация дородовых патронажей беременной участковым педиатром и медицинской сестрой;
- прогнозирование и профилактика гипогалактии;
- прогнозирование риска возможной патологии будущего ребенка;
- санитарно-просветительная работа с родителями о влиянии факторов риска социально-биологического анамнеза на состояние здоровья ребенка и профилактика простудных заболеваний;
- рекомендации по питанию, режиму дня, закаливанию, физическому воспитанию беременной.

Прогноз гипогалактии (табл. 5) проводится участковым педиатром при каждом патронаже к беременной и после выписки новорожденного в поликлинику. Прогноз в отношении лактации будет неблагоприятным при сумме прогностических коэффициентов (ПК) более +13,0.

Таблица 5

Прогнозирование гипогалактии

Факторы риска		ПК
При первичном патронаже		Первичная гипогалактия
Эндокринная патология		+13,0
Возраст первородящей старше 34 лет		+13,0
Нарушение репродуктивной функции в анамнезе		+13,0
		Вторичная гипогалактия
Токсикоз первой половины беременности		+11,6
Наличие хронической патологии у матери		+8,2
Наследственная предрасположенность (снижение лактации у матери)		+8,0
Состояние предыдущей лактации		+5,9
Неполная семья		+3,5
Факторы риска		ПК
При вторичном патронаже		
Тяжелые формы токсикоза второй половины беременности		+6,5
Угроза прерывания		+3,1
После родов		
Операция кесарева сечения		+7,4
Позднее прикладывание к груди:	позднее 6 часов	+5,4
	позднее 3 суток	+8,4
Неблагоприятный период новорожденности		+13,4
Болезни матери в период кормления грудью		+13,0
Нервное и физическое истощение (переутомление)		+11,3

Аntenатальная профилактика гипогалактии предполагает:

- обеспечение здоровья будущей матери, начиная с детства;
- прогнозирование риска развития гипогалактии;
- профилактику и лечение осложнений беременности и экстрагенитальной патологии;
- устранение, по возможности, социальных причин, влияющих на лактацию;
- полноценное питание, удовлетворительные условия учебы и быта, профилактика вредных привычек у девушек-подростков, занятия физкультурой;
- санитарно-просветительные мероприятия по пропаганде естественного вскармливания;
- дородовую подготовку молочных желез.

Профилактика гипогалактии в родильном доме:

- правильное ведение родов;
- раннее прикладывание к груди;
- совместное пребывание матери и ребенка в одной палате;
- правильная техника кормления грудью.

Дородовая подготовка к грудному вскармливанию

К кормлению ребенка женщина должна готовиться еще до беременности. С самого раннего детства необходимо вырабатывать в семье, в коллективе положительную ориентацию на грудное вскармливание, подчеркивать его преимущества в процессе воспитания. Такая работа должна проводиться в школе, в среднем и высшем учебном заведении, работниками радио и телевидения, редакциями различных газет и журналов.

С момента взятия на учет в женской консультации необходимо внушить женщине уверенность в возможности и успешности грудного вскармливания. Особое внимание следует обращать на правильную организацию режима, уклада жизни, питания, проведения мероприятий по профилактике заболеваний молочных желез.

Грудное молоко является уникальной, лучшей пищей для ребенка первых месяцев жизни. Поэтому важно внушать женщине, что малышке оно необходимо, а кормление грудью положительно отражается на ее здоровье и здоровье малыша.

Рождение ребенка всегда влияет на изменение формы груди, независимо от того, кормит она или нет. Кормление грудью не портит фигуру женщины, наоборот, оно должно помочь ей сбросить вес после родов.

Размер и форма груди не играет никакой роли в грудном вскармливании. Молоко в достаточном количестве вырабатывается как в маленькой, так и в большой груди, хотя имеют определенное значение генетические особенности лактации.

Дородовая подготовка молочных желез и сосков. К кормлению ребенка женщине необходимо вплотную готовиться во время беременности. Очень важна здесь психологическая настроенность на кормление грудного ребенка. Отсутствие ее может привести к гипогалактии.

В течение всей беременности молочные железы готовятся к своей

послеродовой функции – кормлению. Грудь увеличивается, тяжелеет, поэтому необходимо носить удобный бюстгальтер, который поддерживает, но никак не стесняет грудь.

От формы и реакции сосков во многом зависит успех будущего кормления, хотя количество молока мало зависит от формы, больше – от способности индивидуума к лактации. Большинство женщин способно секретировать достаточное количество молока для ребенка.

Режим и питание беременной

В начале беременности у женщин часто имеет место снижение аппетита, отвращение к пище, отмечаются тошнота, рвота. Не следует отчаиваться. Это явление временное. В этом случае рекомендуются более частые приемы пищи небольшими порциями. После еды следует немного полежать.

Эти знания очень важны, так как нерациональное питание приводит к дефициту в организме беременной и плода жиров, белков, витаминов, минеральных солей и др., следствием чего может стать неправильное формирование органов и тканей, малокровие (анемия), задержка внутриутробного развития, мозговой ткани и др. плода.

В первой половине беременности количественно питание не отличается от обычного питания небеременной женщины детородного возраста, однако поскольку в первые три месяца начинают формироваться органы плода, очень важно, чтобы оно было полноценным по содержанию белков, витаминов, минеральных веществ.

Повышенная потребность во всех пищевых веществах и энергии в новых физиологических нормах обозначена для беременных на сроках 5–9 месяцев и кормящих матерей.

Во время беременности следует питаться разнообразно, но не за двоих.

Будущей матери нужно почти вдвое больше витаминов и минеральных веществ.

Ниже приведены рекомендации в виде кратких и лаконичных памяток, которые желательно иметь в печатном виде и выдавать на руки беременным.

Советы по питанию беременным

Во время беременности не следует резко менять свои пищевые привычки, если у Вас до этого не было грубейших нарушений принципов рационального питания, пристрастия к алкоголю.

Рекомендации по питанию.

– В первой половине беременности нет необходимости ограничивать себя в питании, а во второй целесообразно уменьшить прием соли и жидкости до 3–4 стаканов в день, включая чай, молоко, суп, напитки. Это нужно для предупреждения развития отеков и повышения артериального давления.

– Во второй половине беременности необходимо исключить жареную пищу, рацион должен включать в основном блюда в тушеном и отварном виде.

– Очень важно обеспечение регулярного опорожнения кишечника, что обеспечивает освобождение организма от токсических продуктов. Для этого

следует шире использовать в питании продукты, стимулирующие двигательную активность кишечника (хлеб из муки грубого помола, пшеничную, гречневую, перловую крупы, овощи и фрукты, в том числе свеклу, морковь, капусту, сухофрукты, соки с мякотью).

- Пища должна содержать достаточное количество незаменимых пищевых продуктов: аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, а также минеральных солей, микроэлементов и витаминов.

- Во время беременности следует соблюдать режим труда, быта, отдыха. Можно продолжать работать и вести домашние дела, исключив тяжелые физические нагрузки. Во время прогулок опасайтесь случайных травм.

- Чтобы ребенок родился здоровым, необходимо отказаться от вредных привычек: курения, приема алкоголя и др.

- Основными источниками поступления в организм белков должны стать молоко и молочные продукты, мясо и рыба.

- Следует использовать мясо молодых животных, лучше в отварном виде.

- В последний триместр беременности желательно исключить бульоны, мясные и рыбные супы, потребление мяса ограничить до 3–4 раз в неделю, а в последний месяц – до 1 раза в неделю (с целью облегчения работы почек).

- В первой половине беременности рыбу и мясо следует потреблять в равных количествах, но в последнем триместре необходимо исключить сушеную, вяленую и копченую рыбу.

- Молоко и молочные продукты в случае хорошей переносимости можно употреблять на протяжении всей беременности, в среднем 0,5–0,8 л молока в день.

- Организм беременных лучше усваивает жиры, содержащиеся в молоке и молочных продуктах, а также растительном масле.

- Часть сливочного масла рекомендуется заменить сметаной и включить в суточный рацион 15–30 г растительного масла.

- Тучным женщинам в период беременности жиры также необходимы, поскольку с ними поступают жирорастворимые витамины и полиненасыщенные жирные кислоты.

- Нежелательно увеличение количества сахара.

- Из круп предпочтение отдают гречневой. Рафинированные крупы (рис, манная крупа), не содержащие защищенных углеводов, ограничивают.

Режим питания

- В первые месяцы беременности следует ориентироваться на четырехразовое питание, во второй половине – на пятиразовое, а в последние 2 месяца – на шестиразовое.

- Интервалы между приемами пищи не должны превышать 4–5 часов: первый завтрак – в 7:00–8:00, второй завтрак – в 12:00, обед – в 17:00 и ужин – в 21:00.

- Во второй половине беременности вводится дополнительный прием пищи между вторым завтраком и обедом или после обеда, но тогда обед переносится на 14:00.

- Мясные и рыбные блюда лучше употреблять во время завтрака или обеда, а на ужин рекомендуются молочные и молочно-растительные блюда.

- На ночь следует выпивать стакан теплого молока, кефира.
- Необходимо избегать обильного приема пищи.

Рекомендуемый среднесуточный набор продуктов питания для беременных женщин представлен в таблице 6, а примерное меню – в таблице 7.

Таблица 6

Среднесуточный набор продуктов питания для беременных женщин*

Продукты	Кол-во, г/мл	Продукты	Кол-во, г/мл
Мясо, птица	170	Рыба	70
Молоко, кефир и другие кисломолочные продукты 2,5% жирности	500	Творог 9% жирности	50
		Сметана 10% жирности	15
		Сыр	15
Масло сливочное	25	Масло растительное	15
Картофель	200	Яйцо	0,5 шт.
Овощи	500	Соки	150
Фрукты свежие	300	Фрукты сухие	20
Крупы, макаронные изделия	60	Кондитерские изделия	20
Сахар	60	Чай	1
Соль	5	Кофе	3
Хлеб пшеничный	120	Хлеб ржаной	100
Мука пшеничная	15		

Примечание. * разработан ГУ НИИ питания РАМН, утверждены Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства МЗ и СР РФ 16.05.2006 г. № 15-3/691-04

Таблица 7

Примерное меню женщины во второй половине беременности

Прием пищи	Наименование блюд
Завтрак (7:00)	Яйцо (омлет), кефир, свежие фрукты
Второй завтрак (9:30)	Салат из сырых овощей, паровая мясная котлета, молоко (чай с молоком), хлеб с маслом и сыром
Обед (12:00–13:00)	Суп овощной, вегетарианский со сметаной, отварное мясо (курица, рыба, субпродукты) с овощами, фруктовый сок
Полдник (15:30–16:00)	Творог, кефир, свежие фрукты (ягоды)
Первый ужин (18:00)	Молочная каша, свежие фрукты
Второй ужин (20:30)	Винегрет, кефир, печеное яблоко, отвар шиповника

Учитывая высокую потребность беременных женщин в витаминах и минеральных веществах и тот факт, что их содержание в натуральных продуктах не может полностью ее обеспечить, целесообразно использование **специализированных витаминно-минеральных комплексов или обогащенных микронутриентами молочных продуктов**.

Предпочтительно использовать **специализированные продукты**, содержащие не только комплекс витаминов и минеральных веществ, но белок высокого качества, растительные жиры с оптимальным соотношением линолевой и линоленовой жирных кислот. В состав отдельных продуктов введены такие важные эссенциальные компоненты, как докозагексаеновая кислота, таурин, холин, биотин, инозитол, пре- и пробиотики. Умеренный уровень содержания витаминов и минеральных веществ (20-50% рекомендуемой суточной потребности) позволяет их использовать на протяжении всего периода беременности и лактации. Особенно нуждаются в назначении данной группы продуктов беременные женщины с недостаточным и неадекватным питанием, страдающие хроническими заболеваниями, а также при многоплодной беременности

Не допускается одновременное использование специализированных продуктов для беременных и витаминно-минеральных комплексов.

Режим труда и отдыха (памятка)

Для правильного развития эмбриона и плода очень важно снабжение его кислородом, нормальный обмен веществ в организме матери. Поэтому на протяжении всей беременности женщина должна соблюдать правильный режим труда, быта, активного и пассивного отдыха, строго соблюдать личную гигиену. Следует больше отдыхать, не переутомляться, чаще бывать на свежем воздухе, избегать стрессовых ситуаций и тяжелой физической работы. Необходимы ежедневные прогулки на свежем воздухе 2–3 раза в день, особенно перед сном.

Недостаток кислорода плохо отражается на развитии плода, на состоянии его центральной нервной системы.

Беременным рекомендуется:

- спать не менее 8 часов в сутки;
- ежедневно принимать гигиенический душ;
- обмывать грудные железы и подмывать область промежности 2 раза в день теплой водой с мылом;
- носить удобную одежду, не стягивающую живот;
- с 6 месяца беременности носить бандаж, плотно прилегающий к телу для облегчения движений и удержания ребенка в правильном положении;
- поддерживать молочные железы следует бюстгалтером из хлопчатобумажной ткани.

Комплексные рекомендации для беременной представлены в таблице 8.

**Перечень того, что разрешено,
в чем следует соблюдать осторожность и
что запрещено беременной (Краснов М. В., Краснов В. М., 2004)**

	Разрешается	Осторожно	Запрещается
Питание	Постное мясо всех сортов, хорошо прожаренное и проваренное. Рыба, хорошо прожаренная и проваренная. Продукты из цельного зерна (балластные вещества, полезные для пищеварения и богатые витаминами и минералами). Фрукты всех видов (слива может вызвать вздутие кишечника).	Большое количество «скрытых» углеводов: кондитерские изделия, макароны, белый хлеб (при запорах лучше употреблять продукты из цельного зерна). Кислые фруктовые соки (вздутие кишечника, особенно в первые 6 месяцев) Много сахара и прочих сладостей (они крадут у вас витамины).	Строго вегетарианская пища (исключительно зелень и овощи и зерновые), диеты для похудения. Сырое мясо и бифштексы с кровью, пробовать сырой фарш (опасность токсоплазмоза).
Питание	Овощи всех видов (капуста и бобовые могут вызвать вздутие кишечника). Пища для сыроедения (продукты перед употреблением тщательно вымыть). Молоко и молочные продукты (с низким содержанием жира). 1–1,5 л жидкости в сутки (лучше всего содержащую мало углекислоты). Йодированная соль, обычные пряности. Сахар и его заменители. Растительное масло	Не желательно много жиров, в том числе «скрытых» в колбасе, мясе, кондитерских изделиях, жареных продуктах. Густые соусы, подливки (лишние калории, холестерин). Соль в больших количествах (связывает воду, лучше употреблять приправы). Привычка все время жевать	Чрезмерное увлечение напитками, содержащими хинин (тоник), горькими сортами лимонада и тониками (можно нанести вред глазам ребенка при приеме в больших количествах, хотя прием в небольших количествах время от времени не нанесет вреда). Еда за двоих
Напитки	2–3 чашки кофе, какао или чая в день	Черный чай для женщин, которые едят мало мяса и много овощей (тормозит усвоение железа)	Алкоголь (исключение составляют бокал вина, шампанского или безалкогольного пива (по особым случаям)). Злоупотребление кофе или чаем (большие дозы повредят будущему ребенку)

	Разрешается	Осторожно	Запрещается
Лекарства	Витамин Д по 2000 МЕ всем женщинам в течение всей беременности вне зависимости от срока гестации По предписанию врача витамины и минеральные вещества (например, фолиевая кислота, железо, фтор, йод). Без предписания врача витамин С около 60 мг в сутки (при угрозе простуды). Отпускаемые без рецепта болеутоляющие средства, состоящие из какого-либо одного активного вещества, одобренного вашим врачом. Валериана как успокоительное и снотворное. Отвар мелиссы (для успокоения, против изжоги и отрыжки). Льняное семя. Местное обезболивание при лечении зубов	Витамин А, если в нем нет явного недостатка (при передозировке имеется опасность развития новообразований). Антибиотики (только по предписанию врача, разрешаются некоторые виды пенициллина и цефалоспорины). Рентгеновское обследование (при крайней необходимости закрыть нижнюю часть тела защитным свинцовым устройством, рентген зубов проблемы не представляет)	Самолечение. Любые лекарства – только с разрешения врача. Особенно это относится к лекарствам от мигрени, снотворным, успокоительным, антидепрессантам, таблеткам от тошноты, рвоты, головокружения. Слабительные и мочегонные, поливитамины. Глюкокортикостероиды. Средства от прыщей (содержат большое количество витамина А). Грязевые аппликации
Путешествия	Противопоказаний нет, пока самочувствие хорошее. Между 4–6 месяцами недолгие (на 2–3 ч) поездки и лишь в зоны умеренного климата	Полеты в самолете начиная с 28 недели беременности (нехватка кислорода, повышенное УФО, долгое сидение). Поездки в горы высотой свыше 2 тыс. м	Полеты на самолете начиная с 37 недель беременности. Вождение машины, если подвержены приступам дурноты (опасность аварий). Вождение непосредственно перед родами (начинающиеся схватки). Подъем на скоростных лифтах и поездки по канатным дорогам в горы на высоту свыше 1500 м.

	Разрешается	Осторожно	Запрещается
Спорт	Все спокойные виды спорта, не требующие большого напряжения, например, гимнастика, плавание, легкая растяжка, пешие прогулки, лыжи (в том числе на длинные дистанции – для тренированных). Для тренированных женщин все другие любимые виды спорта (обсудить предварительно с врачом). Сауна по 7–10 мин в 1–3 захода. Ванна для всего тела, температура воды – не более +37°C, максимальная продолжительность – 10 мин. Солнечные ванны в полутени, максимальная продолжительность – 30 мин, в солярии – 10 мин	Йога, верховая езда, езда на велосипеде в горах (при отсутствии должных навыков). Лыжи и коньки (опасность выкидыша вследствие падения)	Все виды спорта, связанные с достижением результата (соревнования) или с большим напряжением. Повышение спортивного мастерства Подъем в горы выше 1500 м (нехватка кислорода, нагрузка, повышенное УФО) Парные и сауны более 10 мин и перегрев. Интенсивные солнечные ванны (опасность возникновения пигментных пятен, выкидыша – летальные blastopatii)
Секс	Не возбраняется вплоть до родов при нормальном течении беременности, избегать резких толчкообразных движений. Выбирать позы, при которых живот женщины менее всего подвергается давлению	Начиная с 32-й недели рекомендуется пользоваться презервативами, поскольку содержащиеся в сперме простагландины иногда могут вызывать преждевременные схватки. В последние недели беременности оргазм может вызвать схватки	При кровянистых выделениях или угрозе выкидыша. При сильных болезненных сокращениях матки при половом сношении или после оргазма

Профилактика риска перинатальной патологии на антенатальном этапе

При выявлении риска на антенатальном этапе назначаются профилактические мероприятия согласно направленности установленного риска (табл. 9).

Таблица 9

**Профилактические мероприятия, проводимые
на антенатальном этапе, в зависимости от направленности риска**

Направленность риска	Профилактические мероприятия
Риск возникновения рахита, анемии, дистрофии	Профилактика анемии: • поливитамины с микроэлементами курсами: «Компливит Триместрум», «Алфавит мамино здоровье», «Витрум пренатал плюс», «Витрум пренатал форте», «Центрум Матерна», «Прегнавит», «Элевит пронаталь», «Ледис формула для беременных и кормящих», «Мульти-табс перинатал» и др. • или специализированные продукты для питания беременных могут назначаться на протяжении всего периода беременности: • молочная смесь для беременных и кормящих Беллакт Мама+ сухая с пре- и пробиотиками; • молочный напиток NutriMa Фемилак для беременных и кормящих мам со вкусом манго и ванили сухой и жидкий с омега-3 жирными кислотами, пребиотиками; • молочная смесь NUPPI EMA для беременных и кормящих женщин со вкусом банана сухая с омега-3 жирными кислотами, пробиотиками и фолиевой кислотой; • пудинг Heinz банан-персик черника с пребиотиками для беременных и кормящих мам). • Решение о дотации железа необходимо основывать на данных лабораторной оценки показателей, характеризующих обеспеченность организма железом. Рекомендации о назначении всем без исключения женщинам профилактической дозы железа 60 мг/сут следует признать избыточными. • Профилактика рахита: всем женщинам назначается витамин Д по 2000 МЕ в течение всей беременности вне зависимости от срока гестации.
Риск гнойно-септических заболеваний в период новорожденности	Санация очагов инфекции у беременной
Риск врожденных пороков развития органов и систем	Генетик – при взятии женщины на учет по беременности. УЗИ плода.

Направленность риска	Профилактические мероприятия
Риск развития аллергических заболеваний	Гипоаллергенная диета. Гипоаллергенный быт. Выявление патологии ЖКТ
Неблагоприятные микросоциальные условия	Привлечение к работе с семьей общественных организаций
Риск нарушения репродуктивного здоровья	Половое воспитание будущих родителей, планирование беременности, медико-генетическое консультирование, преконцепционная профилактика. Правильный режим, рациональное и сбалансированное питание. Гигиеническое обучение и воспитание по вопросам здорового образа жизни. Диспансеризация, оздоровление и реабилитация подростков.
Риск развития СВС	УЗС плода. Лечение обострений заболеваний с учетом тератогенного влияния лекарственных средств. Профилактика преждевременных родов (санитарно-просветительская работа в семьях, планирующих рождение ребенка, пропаганда здорового образа жизни). Контроль за рождаемостью (предупреждение нежелательных, частых и ранних беременностей). Снижение физических нагрузок во время беременности. Прекращение курения
Риск развития СУВЖ	Лечение обострений заболеваний с учетом тератогенного влияния лекарственных средств
Риск развития тяжелого инфекционного токсикоза	УЗС плода. Лечение обострений заболеваний с учетом тератогенного влияния лекарственных средств

После выполнения каждого патронажа к беременной заполняется бланк дородового патронажа.

Схема первого дородового патронажа

Дата проведения « _____ » _____ 20__ г.

Срок беременности _____ недель.

Предполагаемый срок декретного отпуска, _____
предполагаемый срок родов _____.

Женская консультация № _____, акушерско-гинекологический участок
№ _____, взрослая поликлиника № _____, терапевтический участок _____

Фамилия, имя, отчество беременной _____ Возраст _____

Домашний адрес _____

Фамилия, Имя, Отчество мужа _____ Возраст _____

Брак зарегистрирован (да, нет), в разводе, брак первый, повторный __

Дети, возраст _____

Ближайшие родственники беременной (родители, их возраст, профессия, возможная помощь в воспитании ребенка) _____

Образовательный уровень членов семьи:

Образование женщины _____ Профессия _____

Место работы _____ проф. вредности _____

Образование мужа _____ Профессия _____

Место работы _____ проф. вредности _____

Психологический микроклимат семьи:

знают ли родственники о наличии беременности (да, нет); отношения с мужем _____

отношения с родителями _____

вредные привычки женщины _____ мужа _____

Бытовые условия, гигиена жилища _____

Материальная обеспеченность _____

Генеалогический анамнез

Состояние здоровья беременной _____ мужа _____

детей _____ ближайших родственников _____

Биологический анамнез:

Беременность по счету желанная (да, нет). Период между предыдущими родами и настоящей беременностью 1 год и менее (да, нет). Родилось живых детей _____, мертворожденных _____, недоношенных _____, выкидыши _____, мед. аборты _____. Аномалии развития детей, неврологические нарушения _____, масса доношенных менее 2500 и более 4000.

Бесплодие в браке _____ лет, гинекологическая патология: рубец на матке после операции, опухоли матки и яичников, истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, узкий таз, воспалительные заболевания.

Течение настоящей беременности: гестоз, угроза невынашивания, многоводие, патология плаценты, признаки гипоксии плода и т.д.

Перенесенные во время беременности заболевания:

острые (срок беременности, лечение) _____

обострение хронических (срок беременности, лечение) _____

травмы, операции (срок беременности) _____

внутриутробные инфекции (срок беременности, лечение) _____

Контакт с инфекционными больными (перечислить, с какими) _____

Результаты осмотра врачами-специалистами:

акушером-гинекологом _____

ЛОР _____

стоматологом _____

окулистом _____

терапевтом _____

Результаты лабораторных методов исследования _____

Результаты инструментальных методов исследования _____

Неблагоприятные условия труда исключены (да, нет), указать.

Питание: кратность приема пищи в сутки, в том числе горячей _____
использование в питании молока, творога, масла, мяса, овощей, фруктов
– ежедневно (да, нет)

Аллергические реакции на продукты питания _____

Выдерживается ли режим сна, отдыха, прогулок (да, нет), другие факторы
риска _____

Заключение: Беременность № ____ срок ____ недель, желанная (да, нет).

Риск перинатальной патологии _____ баллов (высокий, средний, низкий).

Прогноз гипогалактии _____ баллов: неблагоприятный (да, нет).

Группы риска ребенка _____

Рекомендации:

по режиму дня;

по диете (рекомендации с учетом выявленных нарушений); рекомендации
с учетом выявленных факторов риска;

Второй дородовый патронаж _____ дата, _____ место проведения

Подпись врача _____ Подпись медсестры _____

Пример первого дородового патронажа

Дата проведения «**17 сентября 2007 г.**»

Срок беременности **14 недель**. Предполагаемый срок декретного отпуска

15.01.08 г. Предполагаемый срок родов **26.03.08 г.**

Женская консультация № 1, акушерско-гинекологический участок № ____,

взрослая поликлиника № 5, терапевтический участок 3

ФИО беременной **Семенова Вера Николаевна**. Возраст **26 лет**

Домашний адрес: **г. Иваново, ул. Запрудная, д. 10, кв. 18.**

ФИО мужа **Семенов Павел Борисович**. Возраст **27 лет**

Брак зарегистрирован (да, нет), в разводе, брак первый, повторный ____

Дети, возраст **мальчик, 3 года**

Ближайшие родственники беременной (родители, их возраст, профессия,
возможная помощь в воспитании ребенка) **бабушка по линии матери, 56 лет,**
пенсионерка, возможна помощь в уходе за ребенком

Образовательный уровень членов семьи:

Образование женщины **высшее**. Профессия **учитель начальных классов**

Место работы **школа № 34.**

Проф. вредности **эмоциональные нагрузки.**

Образование мужа **высшее**. Профессия **инженер.**

Место работы **завод станкостроения**, проф. вредности **производствен-**
ный шум.

Психологический микроклимат семьи:

– знают ли родственники о наличии беременности (**да**, нет);

– отношения с мужем **дружные**;

– отношения с родителями **взаимопонимание**;

Вредные привычки женщины **отсутствуют**, мужа **курит 1 пачку сигарет в день.**

Бытовые условия, гигиена жилища **2-комнатная коммунальная квар-**
тира, 28 м², со всеми удобствами, в квартире чисто.

Материальная обеспеченность **достаточная**.

Генеалогический анамнез: состояние здоровья:

- беременной: **миопия средней степени, гипертоническая болезнь**,
- мужа: **остеохондроз позвоночника, хронический гастрит**,
- детей: **старший сын часто болеет ОРЗ**,
- ближайших родственников: **у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь**.

Биологический анамнез: беременность по счету 3 желанная (**да**, нет). Период между предыдущими родами и настоящей беременностью 1 год и менее (**да**, **нет**). Родилось живых детей 1, мертворожденных –, недоношенных –, выкидыши –, мед. Аборты - 1. Аномалии развития детей –, неврологические нарушения **гипертензивный синдром**, масса доношенных менее 2500, и более 4000.

Бесплодие в браке – **нет**, гинекологическая патология: рубец на матке после операции, опухоли матки и яичников, истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, узкий таз, воспалительные заболевания (указать).

Течение настоящей беременности: **гестоз**, угроза невынашивания, многоводие, патология плаценты, признаки гипоксии плода и т.д. Перенесенные во время беременности заболевания:

- острые (срок беременности, лечение) –,
- обострение хронических (срок беременности, лечение) –,
- травмы, операции (срок беременности) –,
- внутриутробные инфекции (срок беременности, лечение) –,
- Контакт с инфекционными больными (перечислить, с какими) –.
- Результаты осмотра врачами-специалистами:
- акушером-гинекологом: беременность 14 недель,
- ЛОР: **здорова**,
- стоматологом: **полость рта санирована**,
- окулистом: **миопия средней степени**,
- терапевтом: **гипертоническая болезнь**.

Результаты лабораторных методов исследования **общий анализ крови от**

7.09.07: Эр. – 5,4 Т/л Нб – 143г/л, ЦП – 0,89, Лейк. – 68,6 Г/л, Эоз. – 3, Нейтр. п/я – 2, с/я – 68, Лимф. – 20, Мон. – 7, СОЭ – 17 мм/ч.

Общий анализ мочи: у. в. – 1024, прозрачная, желтая, сахар и белок отсутствуют, эпит. кл. – 4–6 в поле зрения, лейкоц. – 5–7 в поле зрения, эритроц. – 0, оксалаты ++

Инструментальных методов исследования _____.

Неблагоприятные условия труда исключены (**да**, нет), указать.

Питание: кратность приема пищи в сутки, в том числе горячей – 2 раза в день, использование в питании молока, творога масла, мяса, овощей, фруктов – ежедневно (**да**, нет).

Аллергические реакции на продукты питания **нет**.

Выдерживается ли режим сна, отдыха, прогулок (**да**, **нет**), другие факторы риска **недостаточный ночной сон, не гуляет, мало отдыхает**.

Заключение: Беременность № 3, срок 14 недель, желанная (**да**, нет). Риск перинатальной патологии **11 баллов (высокий, средний, низкий)**. Прогноз гипогалактии **18,8 баллов: неблагоприятный**.

Группы риска ребенка 1, 2, 3, 4, 6.

Рекомендовано:

1) нормализовать режим дня: ночной сон не менее 8 часов, дополнительный дневной сон, прогулки не менее 2 часов;

2) питание:

- прием пищи 4–5 раз в день, исключить облигатные аллергены;
- прием специализированных продуктов питания для беременных.

3) реабилитация старшего ребенка в группе часто болеющих (даны рекомендации);

4) профилактика рахита и анемии

• Поливитамин — «Элевит пронаталь» внутрь по 1 табл. в сутки.

• Аквадетрим по 2000 МЕ (4 капли) в сутки ежедневно в течение всей беременности

5) проведена беседа о выявленных факторах риска, в т. ч. гипогалактии, и их влиянии на здоровье будущего ребенка;

6) посещение «Школы матери»;

7) второй дородовой патронаж в 30 недель дата декабрь 2007 г. место проведения КЗР в поликлинике.

Подпись врача _____ Подпись медсестры _____

Схема второго дородового патронажа

Ф. И. О. женщины _____

Дата патронажа _____ Срок беременности _____

Факторы риска перинатальной патологии, выявившиеся в течение беременности _____

Степень риска антенатальной патологии (в баллах). _____

Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре _____

Изменение условий труда. Изменение условий быта. _____

Выдерживался ли правильный режим сна. Режим питания беременной. _____

Мероприятия по оздоровлению: получала диетпитание, находилась в профилактории, санатории, в терапевтическом стационаре, ОПБ и др., профилактика рахита, анемии. _____

Санация очагов инфекции. Производится ли подготовка сосков. _____

Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений. Подготовка к принятию новорожденного. _____

Заключение:

Риск перинатальной патологии _____ баллов (высокий, средний, низкий).

Прогноз гипогалактии _____ баллов: неблагоприятный (да, нет).

Группы риска ребенка _____.

Рекомендации.

Подпись врача _____

Подпись медсестры _____

Пример второго дородового патронажа

Ф. И. О. женщины **Семенова Вера Николаевна**

Дата патронажа 17.12.07 г. Срок беременности **29 недель**.

Факторы риска перинатальной патологии, выявившиеся в течение беременности **ОРЗ в легкой форме в 19 недель, получала фитотерапию, угроза прерывания в 17 недель, лечилась в стационаре, перенесла анемию легкую (Hb – 100 г/л)**

Степень риска перинатальной патологии (в баллах) **15 баллов**.

Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре: **выполнены частично**

Изменение условий труда. **Нет**.

Изменение условий быта. **Нет**.

Выдерживался ли правильный режим сна. **Режим дня не соблюдает**.

Режим питания беременной. **Соблюдает**.

Мероприятия по оздоровлению: получала диетпитание, находилась в профилактории, санатории, в терапевтическом стационаре, ОПБ и др., профилактика рахита, анемии.

Санация очагов инфекции. **Проведена**.

Производится ли подготовка сосков. **Да**.

Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений. **Удовлетворительное**.

Подготовка к принятию новорожденного. Создается уголок новорожденного.

Заключение: Риск перинатальной патологии 15 баллов (высокий).

Прогноз гипогалактии 21,9 баллов: неблагоприятный (да, нет). Группы риска ребенка 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Рекомендации:

1) нормализовать режим дня: ночной сон не менее 8 часов, дополнительный дневной сон, прогулки не менее 2 часов;

2) продолжить соблюдение рекомендаций по организации питания;

3) поливитамины – «Элевит пронаталь»

4) Аквадетрим 2000 МЕ (4 капли) в день ежедневно;

5) проведена беседа о вновь выявленных факторах риска, в т. ч. гипогалактии, и их влиянии на здоровье будущего ребенка;

6) даны рекомендации по подготовке приданого новорожденного, подготовке грудных желез.

Качество выполнения дородовых патронажей в условиях детской поликлиники контролируются заведующим педиатрическим отделением и при необходимости проводится согласование с акушерской службой женской консультации и терапевтической службой взрослой поликлиники по месту наблюдения беременной.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С НОВОРОЖДЕННЫМИ

Организация наблюдения за новорожденными

Сигнал о выписке из роддома новорожденного поступает в регистратуру детской поликлиники по телефону. Регистратор записывает сведения (ф. и. о. ребенка, дату рождения, дату выписки, длину и массу при рождении, сделанные прививки, состояние при выписке) в журнал о новорожденных. Педиатр обязан посетить новорожденного в день выписки из родильного дома или на следующий день.

Новорожденный в течение первого месяца жизни наблюдается на дому. Педиатр посещает ребенка ежедневно до 10-го дня жизни, затем на 14-й и 21-й день. Медицинская сестра посещает ребенка ежедневно до 14 дня, затем на 21-й, 28-й день жизни и приглашает мать с ребенком в возрасте 1 мес. на прием к участковому педиатру в поликлинику.

Первичный патронаж к новорожденному врач педиатр выполняет совместно с участковой медицинской сестрой. Медицинская сестра получает от врача ряд конкретных указаний по особенностям наблюдения за данным ребенком. Контролируется наличие скринингов на наследственные заболевания (врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром (АГС), муковисцидоз, галактоземию) и тугоухость.

Для более полной и правильной оценки состояния здоровья новорожденного участковый врач анализирует выписку из родильного дома. В ней должны быть указаны следующие данные: течение беременности, характер родов, оценка по шкале Апгар, состояние и поведение ребенка в первые дни жизни, сроки отпадения остатка пуповины; максимальная потеря массы тела, с какого дня началось восстановление этой потери; отмечались ли проявления гормонального криза, токсической эритемы, физиологической желтухи (степень, продолжительность), локализованной гнойной инфекции; на какие сутки приложен к груди, как сосал; сведения о вакцинации против туберкулеза и гепатита В; диагноз, группа здоровья и группы риска, проведенные обследования и лечебно-профилактические мероприятия.

Основной задачей врача-педиатра при первичном патронаже является оценка состояния здоровья новорожденного, лактационных возможностей матери и условий среды, где будет находиться ребенок.

Врач должен собрать генеалогический анамнез с обязательным составлением генеалогического дерева, акушерско-гинекологический, биологический (анте-, интра-, постнатальный) и социальный анамнез (табл.8).

Генеалогический анамнез собирается методом составления родословной семьи ребенка (пробанда) не менее трех поколений, включая ребенка. Собирается анамнез педиатром независимо от возраста ребенка. Родословная должна содержать информацию о родственных отношениях в семье, числе кровных родственников в каждом поколении, их возрасте, состоянии здоровья и причинах смерти.

В родословной выявляют наличие наследственных заболеваний (болезнь Дауна, фенилкетонурия, муковисцидоз, целиакия, лактозная недостаточность и др.).

Затем определяют индекс отягощенности (ИО) генеалогического анамнеза. Для этого необходимо сосчитать общее число длительно текущих, хронических и врожденных пороков развития у всех родственников, о которых есть сведения (А), и общее число родственников (Б), исключая пробанда.

$$\text{ИО} = \text{А} : \text{Б}$$

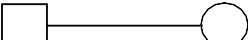
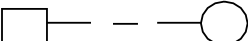
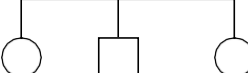
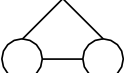
Наследственный анамнез считается:

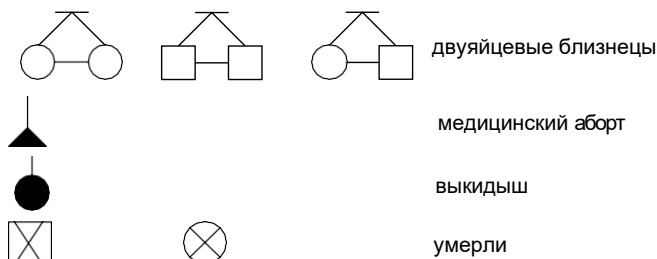
- **благополучным** – при ИО от 0,1 до 0,3;
- **условно благополучным** – при ИО от 0,4 до 0,7;
- **неблагополучным** – при ИО более 0,7.

Устанавливают направленность отягощенности:

- **однаправленность** отягощенности, если в поколениях родословной выявляются хронические заболевания одних и тех же органов и систем;
- **мультифакториальная** отягощенность, если в поколениях родословной выявляются хронические заболевания разных органов и систем.

Символы родословной, применяемые при составлении генеалогического дерева

	лицо мужского пола
	лицо женского пола
 	умерли в раннем детстве
 	пробанд (лицо, на которое составлена родословная)
	супруги
	внебрачная связь
	родственный брак
	сибсы (дети)
 	однородные близнецы



Биологический анамнез ребенка включает сведения об особенностях течения раннего онтогенеза, антенатального, интранатального, раннего неонатального;

- экстрагенитальные заболевания матери, прием лекарств;
- профессиональные вредности у родителей;
- отрицательная резус-принадлежность матери с нарастанием титра антител;
- хирургические вмешательства;
- вирусные заболевания во время беременности;
- неправильное положение плода, многоплодие, многоводие, перенесенная беременность.

Интранатальный период:

- нефропатия в родах, преэклампсия, эклампсия;
- несвоевременное излияние околоплодных вод;
- быстрые роды, слабость или стимуляция родовой деятельности;
- предлежание, преждевременная отслойка плаценты;
- преждевременные роды;
- патология пуповины (выпадение, обвитие);
- пособия в родах, оперативное родоразрешение, акушерские щипцы.

Ранний неонатальный период:

- оценка по Апгар;
- когда закричал, характер крика;
- родовая травма;
- асфиксия;
- недоношенность, пренатальная гипотрофия;
- гемолитическая болезнь;
- заболевания в роддоме, прием лекарств;
- время прикладывания к груди, характер вскармливания;
- время отпадения пуповины;
- день выписки из роддома.

Поздний неонатальный период:

- ранний перевод на искусственное вскармливание;
- состояние пупочной ранки;

–заболевания, перенесенные в первый месяц жизни.

Варианты заключения:

- биологический анамнез благополучный (нет факторов риска ни в одном из периодов раннего онтогенеза);
- биологический анамнез **с факторами риска** (есть факторы риска в одном из периодов раннего онтогенеза);
- биологический анамнез неблагополучный (есть факторы риска более, чем в одном периоде онтогенеза).

Экспресс-оценка социального анамнеза проводится по параметрам, представленным в таблице 10.

Таблица 10

Параметры социального анамнеза и их краткая характеристика

№ п/п	Параметры	Оценка	
		благоприятный	неблагоприятный
1	Состав, полнота семьи	Не менее двух взрослых разного пола	Один взрослый
2	Образование членов семьи	Среднее специальное и высшее (неполное высшее)	Нет среднего специального образования
3	Психологический микроклимат семьи: отношения между взрослыми членами семьи	Редкие ссоры, разногласия, разрешаемые в отсутствие ребенка	Один из пунктов этого параметра имеет отрицательную оценку
	отношение к ребенку	Единые требования к ребенку, отношения дружеские, полные любви	
	наличие или отсутствие вредных привычек	Нет алкоголизма, курения, наркомании, токсикомании	
4	Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи	Общепринятые государственные нормативы	Ниже нормативов
5	Санитарно-гигиенические условия содержания помещения, предметов ухода и одежды ребенка	Удовлетворительные	Неудовлетворительные

Оценка результатов: каждый благоприятный фактор социального анамнеза оценивается в 1 балл. Любой неблагоприятный параметр оценивается в 0 баллов. Возможны следующие варианты заключений:

- социальный анамнез **благополучный** – при оценке в 5 баллов;
- социальный анамнез **с факторами риска** – при оценке в 4 балла;
- социальный анамнез **неблагополучный** – при оценке в 3 балла.

Если оценка социального анамнеза составляет 3 и менее баллов, ребенок относится к группе риска. В 80% случаев отмечается совпадение неблагополучного социального и биологического анамнеза, и тогда оценка формулируется следующим образом – **неблагоприятный социально-биологический анамнез**.

Объективное обследование новорожденного

Оценка неврологического статуса – важная особенность первого осмотра новорожденного участковым врачом. Педиатр должен оценить общую двигательную активность, мышечный тонус и рефлексы новорожденного. Осмотр ребенка нужно проводить быстро (10–15 мин), т. к. новорожденные склонны к достаточно быстрому переохлаждению. При обследовании ребенка необходимо придерживаться следующих правил:

- исследование должно проводиться в комнате при температуре +24-27°C; освещенность должна быть достаточной, но падающий на ребенка свет не должен его раздражать; поверхность, на которой обследуется ребенок, должна быть мягкой, но не прогибающейся;
- исследование новорожденного надо проводить минимум через 30–40 мин, максимум – через 1,5–1 ч после кормления; он должен быть спокоен, глаза открыты, спонтанные движения выражены нерезко;
- необходимо выяснить, когда ребенок кормился, какая у него температура тела, был ли стул, не получала ли мать или он лекарств, возбуждающих или угнетающих нервную систему;
- все обследование должно проводиться в такой последовательности, которая является наименее травмирующей для ребенка: вначале осматривают ребенка в положении на спине, затем в вертикальном положении, в последнюю очередь – на животе.

Для новорожденного в бодрствующем состоянии характерна симметричная сгибательная мышечная гипертония – руки согнуты, приведены к туловищу, кисти сжаты в кулачки, ноги согнуты и слегка отведены в бедра, при этом голова может быть слегка запрокинута назад. В приводящих мышцах бедер тонус повышен, поэтому при попытке отвести разогнутые ноги в стороны ощущается сопротивление этому. Движения конечностей здорового новорожденного практически постоянны. Повышение тонуса мышц-сгибателей конечностей физиологично до 1,5–2 месяцев.

Далее четко описывается форма головы: долихоцефалическая (вытянутая в переднезаднем направлении), брахицефалическая (вытянута в поперечном направлении), башенная (вытянута вертикально). Это варианты нормы. В ряде случаев имеет место деформация головы, связанная с наличием кефалогематомы или родовой опухоли. Затем измеряется окружность головы, которая составляет 32–37 см в соотношении с ростом, массой тела, окружностью грудной клетки. Окружность головы при рождении не должна превышать окружность грудной клетки более чем на 2 см. Если имеется нахождение костей черепа друг на друга, то окружность головы может быть меньше.

После этого обследуется большой родничок и швы. Большой родничок не должен превышать 2,5-3 см. Коронарный шов к моменту рождения должен быть закрыт, сагиттальный шов может быть раскрыт, но не более чем на 0,3-0,5 см.

Симптомы возможной внутричерепной гипертензии:

- раскрытие сагиттального шва более чем на 0,5 см;
- взбухание или напряжение большого родничка;
- тенденция к башенному черепу с высоким лбом («лоб Сократа»);
- долихоцефалический череп с резко выступающим («нависающим») затылочным бугром с тенденцией головки к излишнему запрокидыванию назад, которое превышает физиологическое умеренное запрокидывание в связи с преобладанием тонуса в разгибателях шеи;

- тремор кистей с тенденцией к их раскрытию;
- симптом «заходящего солнца», симптом Грефе;

Необходимо помнить, что небольшие размеры большого родничка при нормальной окружности головы, правильном темпе ее роста, нормальном психическом развитии сложно считать вариантом нормы.

Очень тщательно проверяется состояние черепно-мозговой иннервации и физиологических рефлексов новорожденных. Знание педиатром общей практики основных критериев оценки неврологического статуса новорожденного необходимо для того, чтобы дифференцировать симптомы физиологической незрелости ЦНС от перинатальных и постнатальных ее заболеваний. Кроме того, эти знания необходимы для обеспечения новорожденному своевременной консультативной помощи неврологом, окулистом.

К моменту рождения все анализаторы ребенка способны воспринимать раздражения и формировать ответные реакции на них. Ребенок реагирует на болевые и тактильные раздражители: прикосновение к ресницам вызывает мигательную реакцию, появляются рефлексы чихания, икоты, испуга в виде общего вздрагивания. На световые раздражения реагирует зрачковыми реакциями, миганием, зажмуриванием. Горькое, кислое, соленое вызывает гримасу недовольства, поэтому предпочитает пить сладкую воду. Но у новорожденного ни один из органов чувств не развит так сильно, как осязание.

Новорожденные не плачут, а могут только сильно кричать. Крик – это первый и наиболее важный эмоциональный сигнал, имеющий негативную окраску и сообщающий о голоде, телесном дискомфорте или боли. У здорового новорожденного крик громкий, чистый, с коротким вдохом и удлинённым выдохом. Крику приписывают важное значение для развития речи.

Исследование безусловных рефлексов новорожденных проводят в теплой, хорошо освещенной комнате, на ровной полужесткой поверхности. Ребенок должен быть в состоянии бодрствования, сытым и сухим. Находится в положении на спине, в состоянии вертикального подвешивания, на животе. Оно не должно причинять боли, иначе рефлексы могут подавляться реакциями на дискомфорт.

Исследовать все безусловные рефлексы практически очень трудно, т. к. это истощает ребенка. Кроме того, не все рефлексы имеют одинаковую значимость для диагноза.

С точки зрения удобства надо исследовать рефлексы не по анатомическому признаку – принципу замыкания дуг (спинальные, нижнестебельные, верхнестебельные), а по тем позициям ребенка, в которых эти рефлексы исследуются.

Рефлексы в позиции ребенка на спине:

- оральная группа: поисковый, сосательный, ладонно-ротовой (Бабинкина), хоботковый;
- рефлекс «объятия» (Моро);
- хватательный (Робинсона);
- рефлекс Бабинского.

Рефлексы в вертикальной позиции:

- опоры;
- автоматической походки.

Рефлексы в позиции на животе:

- защитный;
- ползания (Бауэра);
- спинного хребта (Галанта);
- Переза.

Поисковый рефлекс. Штриховое раздражение кожи в области угла рта без прикосновения к губам сопровождается опусканием нижней губы, отклонением языка и поворотом головы в сторону раздражителя. Рефлекс особенно хорошо выражен перед кормлением.

Сосательный рефлекс. Вкладывание в полость рта ребенка соски приводит к активным сосательным движениям. Сохраняется до года жизни.

Ладонно-ротовой рефлекс Бабинкина. Надавливание большим пальцем на ладони ребенка близ тенора вызывает открывание рта и сгибание головы.

Вышеперечисленные рефлексы физиологичны до 2–3 месяцев жизни.

Хоботковый рефлекс. Удар пальцем по губам ребенка вызывает сокращение круговой мышцы рта и вытягивание губ хоботком.

Рефлекс Моро. Вызывается различными приемами: ребенка, находящегося на руках у врача, резко опускают сантиметров на 20, а затем поднимают до исходного уровня; можно быстрым движением разогнуть нижние конечности или произвести удар по поверхности, на которой лежит ребенок, на расстоянии 15–20 см от его головы. В ответ на эти действия сначала происходит отведение рук в стороны и разгибание пальцев, а затем возвращение их в исходное положение. Движение рук носит характер обхватывания. Рефлекс угасает в 4 месяца.

Хватательный рефлекс состоит в захвате и прочном удерживании пальцев врача, вложенных в ладони ребенка. Иногда удается приподнять ребенка над опорой (рефлекс Робинсона). Надавливая на подошву у основания II–III пальцев, можно вызвать подошвенное сгибание пальцев стопы.

Рефлекс Бабинского. Штриховое раздражение подошвы по наружному краю стопы в направлении от пятки к пальцам обуславливает тыльное разгибание большого пальца и подошвенное сгибание остальных пальцев, которые иногда веерообразно расходятся. Сохраняется до 18–20 месяцев.

Рефлекс опоры. Врач берет ребенка за подмышечные впадины со стороны спины, поддерживая указательными пальцами голову. Приподнятый в таком положении ребенок сгибает ноги в тазобедренных и коленных суставах. Опущенный на опору, упирается на нее полной стопой, «стоит» на полусогнутых ногах, выпрямив туловище.

Рефлекс автоматической походки. В положении рефлекса опоры ребенок слегка наклоняют вперед, при этом он совершает шаговые движения по поверхности, не сопровождая их движениями рук. Определяются до 1,5 месяцев жизни.

Защитный рефлекс. При выкладывании на живот ребенок поворачивает голову сторону.

Рефлекс ползания Бауэра. Ребенка выкладывают на живот так, чтобы голова и туловище были расположены по средней линии. В таком положении он на несколько мгновений поднимает голову и совершает ползающие движения (спонтанное ползание). Если подставить под его подошвы ладонь, то эти движения оживятся, в «ползание» включаются руки, и ребенок начинает активно отталкиваться ногами от препятствия. Вызывается до 4 месяцев жизни.

Рефлекс Галанта. У ребенка, лежащего на животе, врач поочередно проводит указательным пальцем по паравerteбральным линиям в направлении от шеи к ягодицам. Раздражение кожи вызывает выгибание туловища дугой, открытой в сторону раздражителя. Иногда при этом разгибается и отводится нога на стороне вызывания рефлекса.

Рефлекс Переса. В положении ребенка на животе проводят большим пальцем по остистым отросткам позвоночника в направлении от копчика к шее, что вызывает выгибание туловища, сгибание верхних и нижних конечностей, приподнимание головы, таза, иногда мочеиспускание, дефекацию и крик. Этот рефлекс вызывает боль, поэтому его нужно исследовать последним.

Данные рефлексы физиологичны до 3–4-месячного возраста.

Степень выраженности безусловных рефлексов новорожденного может варьировать, что определяется типом нервной деятельности ребенка и его физиологическим состоянием, поэтому, если рефлекс не вызывается или вызывается с трудом, его следует повторить несколько раз с некоторыми интервалами. Если рефлекс вызвать не удастся, несмотря на повторные попытки, это свидетельствует о его угнетении. При чрезмерной живости рефлекса, вызываемого даже очень слабым раздражением, говорят о его патологическом усилении (особенно это касается поискового, сосательного, хоботкового, ладонно-ротового и рефлекса Моро).

Оценивая результаты исследований безусловных рефлексов новорожденных, учитывают:

- наличие или отсутствие рефлекса и силу ответа (0 – отсутствие, + слабый ответ, ++ хороший ответ, +++ резко усиленный рефлекс);
- его симметричность;
- соответствие возрасту ребенка (если рефлекс вызывается у ребенка в возрасте, в котором уже должен отсутствовать, то он считается патологическим).

Наиболее зрелыми к моменту рождения являются хватательный, Бабинского, Робинзона, Бабинкина, Галанта, Переза, Бауэра.

Врожденные рефлексы являются клиническими критериями нормального физиологического созревания различных уровней ЦНС. Любое их нарушение (запаздывание в созревании, отсутствие, слабость выражения) указывает на фундаментальный факт – отклонение созревания данного индивидуума от видовой нормы.

При оценке НПР новорожденного можно ориентироваться на следующие показатели:

В 10 дней:

Аз – удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение).

В 18–20 дней:

Аз – удерживает в поле зрения неподвижный предмет.

Ас – успокаивается при сильном звуке.

В 1 месяц:

Аз – сосредоточивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное прослеживание движущегося предмета.

Ас – прислушивается к звуку, голосу взрослого.

До – лежа на животе, пытается поднимать голову и ее удерживать.

Э – первая улыбка на разговор взрослого.

Ра – издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним.

Оценка физического развития новорожденного

В настоящее время применяются международные антропометрические стандарты для оценки физического развития новорождённых в зависимости от гестационного возраста и пола «INTERGROWTH-21», 2014 г. В них представлены центильные кривые (3; 10; 50; 90; 97-й центили) и кривые стандартных отклонений антропометрических показателей (масса тела, длина тела, окружность головы, отношение массы тела к длине тела) в соответствии с гестационным возрастом и полом для новорожденных от 33 до 42 недели гестации (рис. 1-8).

Антропометрические показатели как у доношенного, так и у недоношенного новорожденного при рождении считаются соответствующими гестационному возрасту, если они находятся в интервале между 10-м и 90-м перцентилем для определенного срока гестации.

Варианты заключений по физическому развитию новорожденного представлены в таблице 11.

Варианты заключений по физическому развитию новорожденного

Положение показателей массы и длины тела относительно центильных кривых	Заключение о развитии новорожденного
Масса и длина тела ниже 10-го перцентиля для гестационного возраста	Малый для гестационного возраста
Масса тела ниже, а длина тела выше 10-го перцентиля для гестационного возраста	Маловесный для гестационного возраста
Значение отношения масса/длина тела менее 10-го перцентиля для гестационного возраста при наличии клинических признаков недостаточности питания (сухость, шелушение кожи и неполноценность подкожной клетчатки)	Недостаточность питания
Масса тела выше 90-го перцентиля для гестационного возраста	Крупный (большой) для гестационного возраста

Международные стандарты для новорожденных «INTERGROWTH-21» важны для клинической практики, для прогнозирования и ранней диагностики патологии новорожденных сразу после рождения, своевременного назначения нутритивной поддержки и динамического наблюдения.

Далее врач должен обследовать другие органы и системы новорожденного: телосложение, питание, состояние кожных покровов и видимых слизистых, состояние пупочной ранки; плотность костей черепа, форму грудной клетки, разведение в тазобедренных суставах; провести перкуссию, пальпацию, аускультацию сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем; оценить форму живота, размеры печени, селезенки; состояние ануса, половых органов; стул, мочеиспускание; стигмы дисэмбриогенеза (табл. 12).

Предложена следующая градация уровня стигматизации в зависимости от количества выявленных стигм:

- До 7 стигм – низкий уровень стигматизации;
- 8-10 стигм – умеренная стигматизация;
- 11-15 стигм – выраженная стигматизация;
- 16 и более стигм – высокий уровень стигматизации (статус дизрафикус).

Стигмы дисэмбриогенеза (малые аномалии развития)

<u>ОСОБЕННОСТИ ФОРМЫ ЧЕРЕПА</u> – асимметричный череп; – башенный череп; – брахицефалия (увеличение поперечного диаметра черепа); – выступающий затылок; – долихоцефалия (увеличение продольного диаметра черепа); – плагицефалия (уплощенный свод черепа); – «ягодицеобразный череп». <u>ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ГЛАЗ</u> – антимонголоидный разрез глаз; – высокое нёбо; – гетерохромия; – гипотелоризм; – другие особенности строения глаз; – искривление носовой перегородки; – колобома радужки; – короткая уздечка; – микрогнатия; – микрофтальмия; – монголоидный разрез глаз; – переносица выступающая; – переносица запавшая; – переносица широкая; – прогнатизм; – птоз; – «рыбий»/«карпий» рот; – ретрогнатия; – сросшиеся брови; – узкая глазная щель; – эпикант. глаз и лица. <u>ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ОРГАНОВ СЛУХА</u> – гипоплазия отдельных структур раковины уха; – «звериное» ухо; – измененный противозавиток; – низко расположенные уши; – примитивная форма раковин; – приросшая мочка.	<u>ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ШЕИ</u> – очень длинная шея. <u>ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЗУБОВ</u> – диастема, – дисплазия, – дистрофичные зубы, – короткая шея; – крыловидные складки. <u>ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ПОЗВОНОЧНИКА</u> – асимметричная грудная клетка; – гипертелоризм сосков; – короткое или длинное туловище; – низкое расположение пупка; – отсутствие мечевидного отростка; – раздвоенный мечевидный отросток; – расхождение прямых мышц живота; – широкое пупочное кольцо. <u>ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ</u> – арахнодактилия; – брахидактилия; – выступающая пятка; – двузубец на стопе; – девиации мизинца; – искривление пальцев; – клинодактилия; – короткий большой палец на ногах; – короткий большой палец на руках; – плоскопяточные стопы; – полидактилия; – поперечная «складка на ладони»; – птеродактилия; – сандалевидная щель; – синдактилия; – трезубец на стопе; – укорочение мизинца; – четвертый палец короче второго. <u>ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ</u> – крипторхизм; – незаращение крайней плоти; – увеличенный клитор и др.
--	---

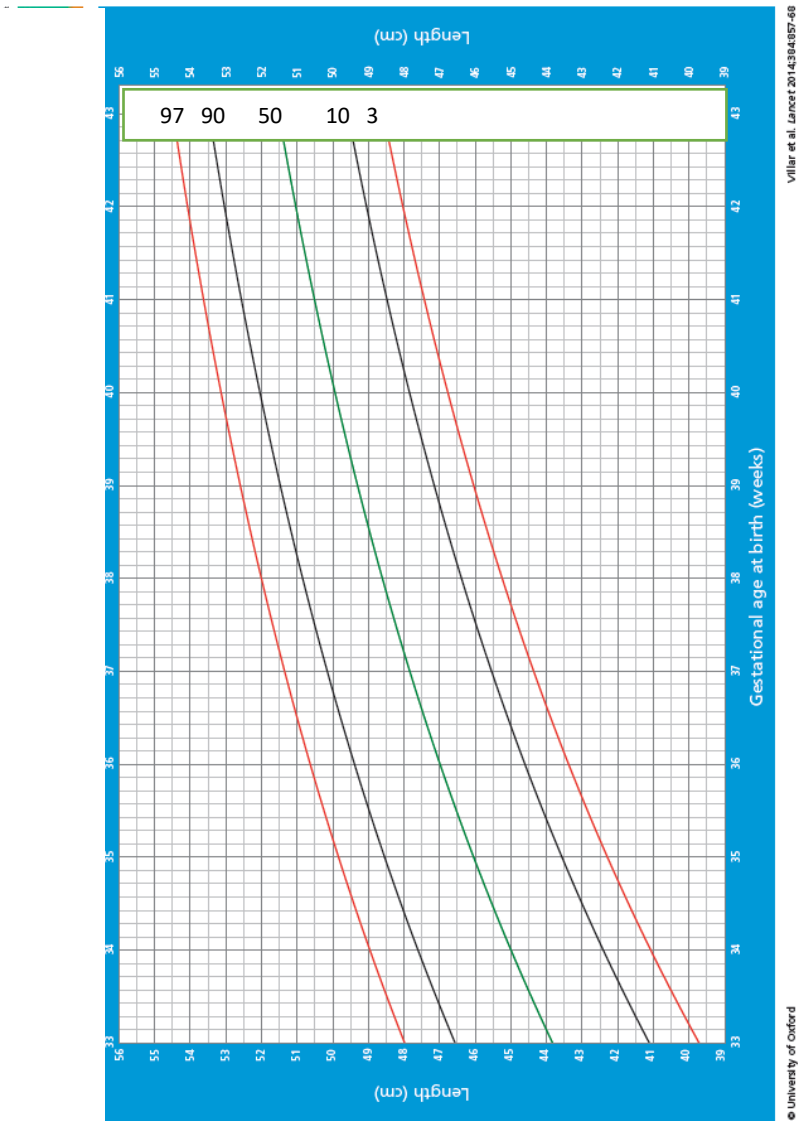


Рис. 1. Длина тела новорожденных мальчиков при рождении в соответствии со сроком гестации.

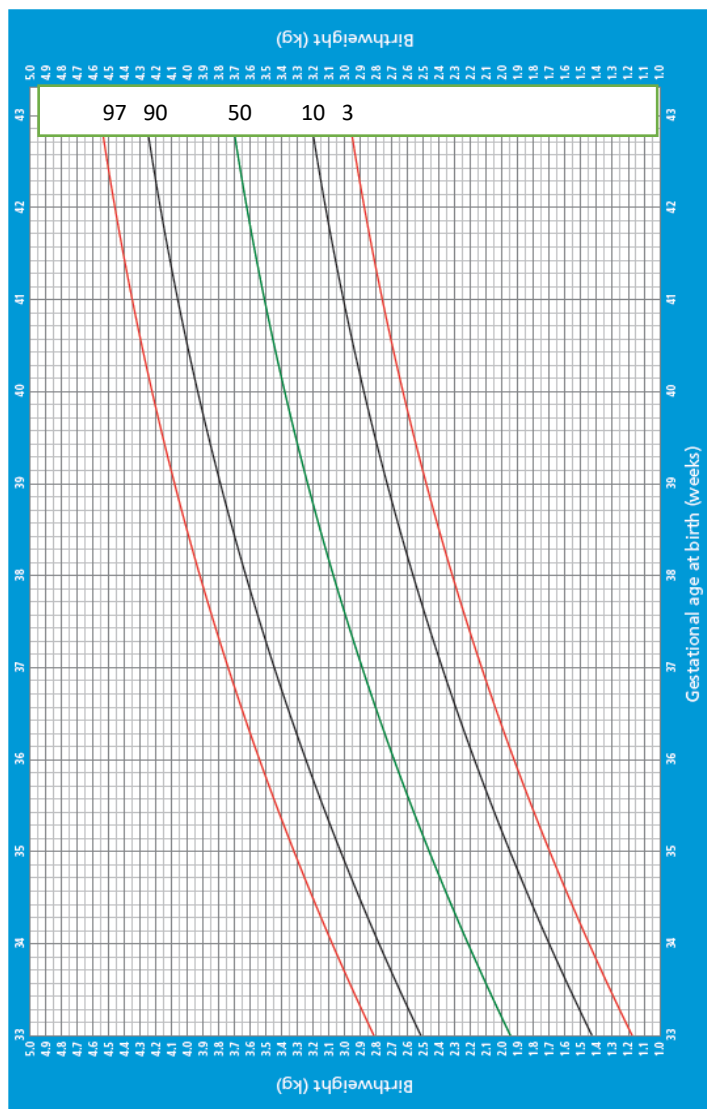


Рис. 2. Масса новорожденных мальчиков при рождении в соответствии со сроком гестации

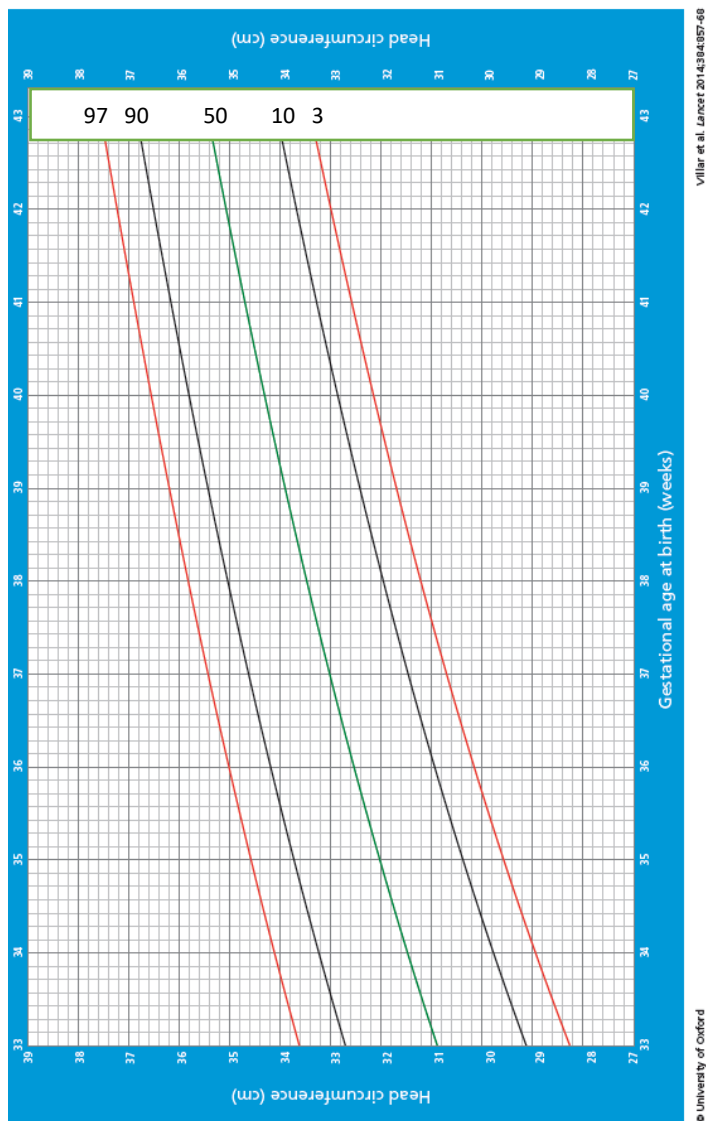


Рис. 3. Окружность головы новорожденных мальчиков при рождении в соответствии со сроком гестации.

в

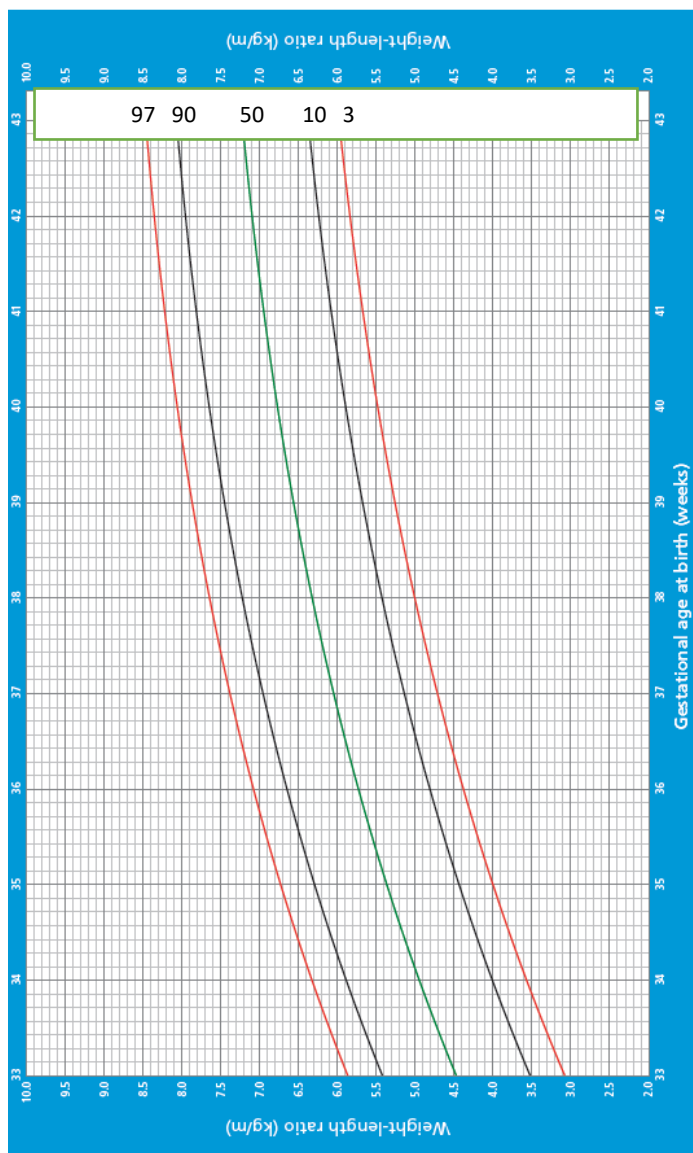


Рис. 4. Отношение масса тела/длина тела (кг/м) новорожденных мальчиков при рождении в соответствии со сроком гестации.

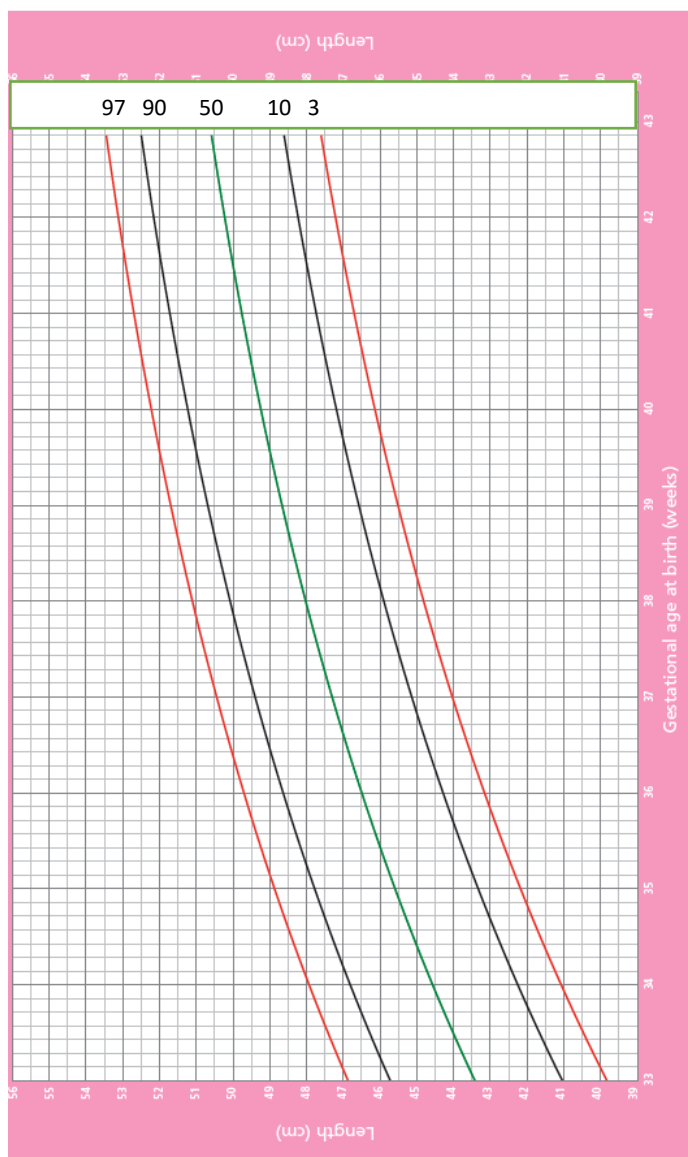
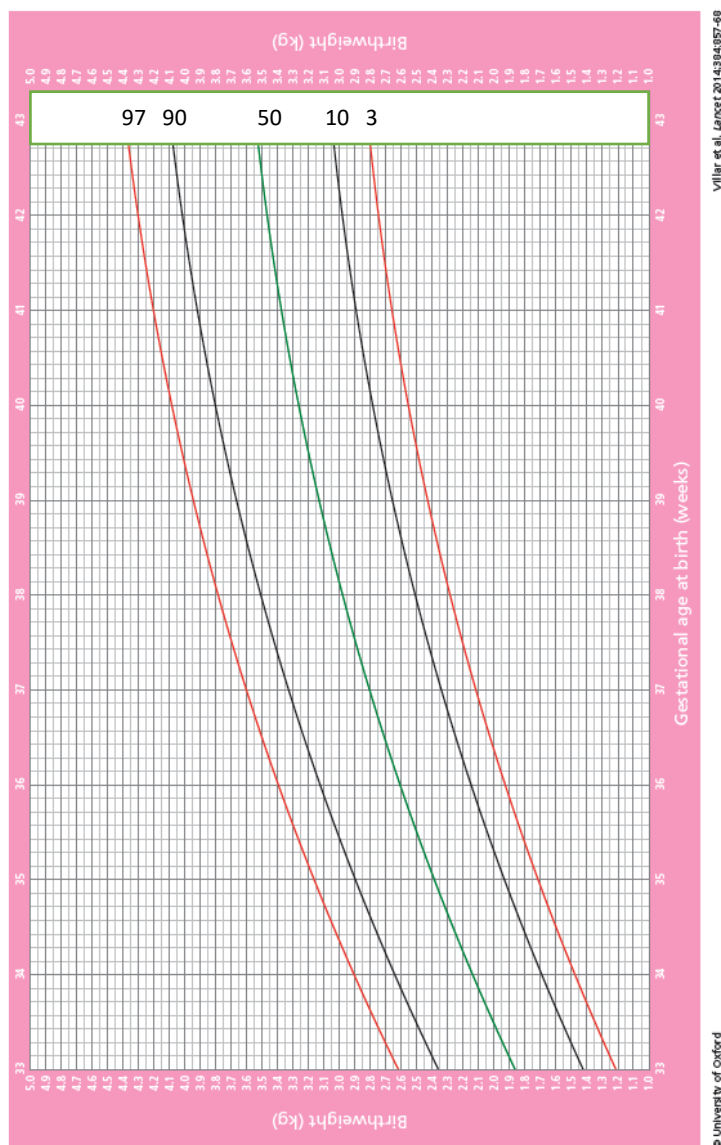


Рис. 5. Длина тела новорожденных девочек при рождении в соответствии со сроком гестации.



Villar et al. Lancet 2014;384:957-68

© University of Oxford

Рис. 6. Масса тела новорожденных девочек при рождении в соответствии со сроком гестации.

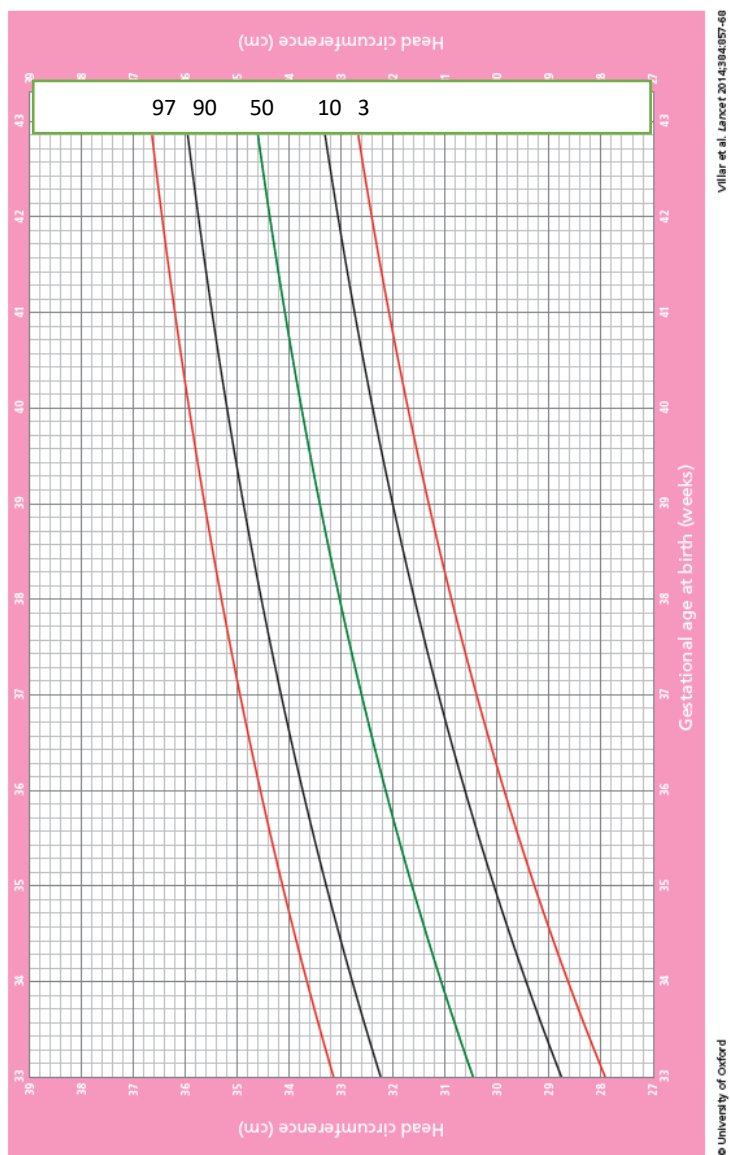


Рис. 7. Окружность головы новорожденных девочек при рождении в соответствии со сроком гестации.

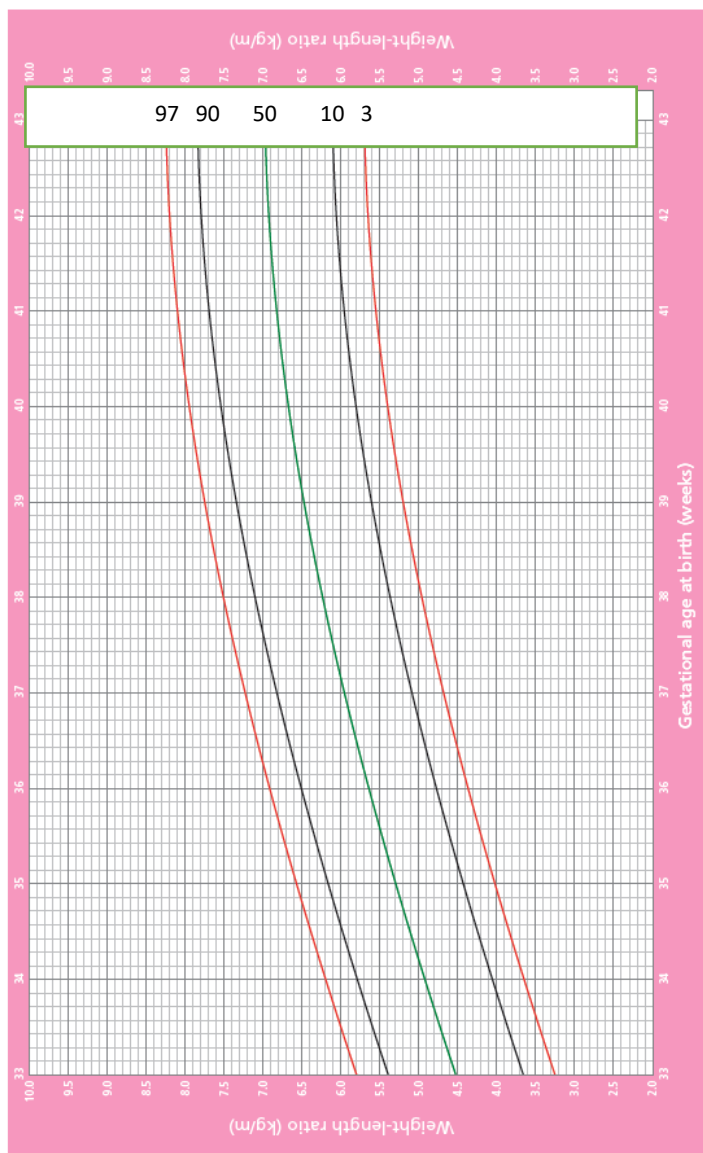


Рис. 8. Отношение масса/длина тела (кг/м) новорожденных девочек при рождении в соответствии со сроком гестации.

Здоровый новорожденный выписывается на участок на 5-7-й день жизни, поэтому необходимо обратить внимание на **переходные состояния**, которые еще могут сохраниться у ребенка после выписки из родильного дома. Эти состояния возникают после перехода из внутри- во внеутробные условия жизни), отражают процесс приспособления (адаптации) к родам, новым условиям жизни. Синонимы переходных состояний: **транзиторные** (временные); **пограничные** – такие состояния, которые могут принимать патологические черты, т.е. могут явиться патогенетической основой патологических процессов при определенных условиях, прежде всего в зависимости от гестационного возраста при рождении, особенностей течения внутриутробного периода и родового акта, условий внешней среды после рождения, ухода, вскармливания, наличия у ребенка заболеваний.

Физиологическое падение массы – транзиторная потеря первоначальной массы тела (у 100% новорождённых):

- снижение массы в пределах 3–10% от массы тела при рождении;
- максимум падения – к 3–5-му дню жизни;
- восстановление происходит к 7–14-му дню жизни;
- причины: голодание (дефицит молока и воды) в первые дни жизни, потеря воды с мочой, испражнениями, потом, при дыхании, при высыхании пупочного остатка, срыгивании околоплодных вод и др.

Потеря массы более 10% свидетельствует о заболевании ребенка или нарушениях ухода, а именно: крупная масса тела (более 4000–4500 г), недоношенность, затяжные роды, родовая травма, болезнь ребёнка и др., позднее прикладывание к груди, гипогалактия у матери, высокая температура и недостаточная влажность воздуха в помещении.

Для профилактики больших потерь и для более успешного восстановления массы тела в домашних условиях необходимы:

- кормление ребёнка по потребности, в том числе в ночные часы;
- своевременное выявление гипогалактии и рациональная тактика по устранению её причины и лечению (см. раздел «Питание»);
- оптимальный температурный режим в помещении, где находится ребёнок (+20–22°C); рациональная одежда (избегать перегревания).

Простая эритема – реактивная краснота кожных покровов, возникающая после удаления первородной смазки и первой ванны:

- максимальная яркость на вторые сутки, затем уменьшается и исчезает к концу первой недели жизни;
- до 2–3 недель держится у недоношенных, новорождённых, родившихся от матерей с сахарным диабетом, что требует особого внимания.

Лечения не требует

Физиологическое шелушение кожных покровов встречается у детей с особенно яркой простой эритемой при её угасании, у перенесенных детей:

- возникает на 3-5-й день жизни; носит крупнопластинчатый характер;
- преимущественно локализуется на животе и груди.

Лечения не требует, шелушение проходит самостоятельно при проведении ежедневных гигиенических ванн.

Токсическая эритема – красноватые, слегка плотноватые пятна, в центре которых могут быть серовато-желтоватые папулы или пузырьки:

- встречаются у 5–10% новорождённых;
- элементы сыпи единичные или обильные, покрывающие все тело, расположены чаще группами, в основном на разгибательных поверхностях конечностей, вокруг суставов, на ягодицах, груди, на животе и лице;
- не бывает на ладонях, стопах, слизистых оболочках (отличие от врожденного сифилиса);
- появляются на 2–3-й день жизни;
- в течение 1–3 дней могут быть подсыпания;
- общее состояние не нарушено, температура тела нормальная (при обильных высыпаниях возможно беспокойство и учащение стула);
- элементы сыпи держатся несколько дней и бесследно исчезают.

Лечение обычно не требуется, но при очень обильной сыпи целесообразно назначить дополнительное питье (30–60 мл 5 % раствора глюкозы), ди-медрол или фенкарол (0,002 г 3 раза в день внутрь) на 3–4 дня.

Физиологическая желтуха характеризуется желтушным окрашиванием кожи, слизистой оболочки полости рта, несколько меньше – склер. Связана с высокой скоростью образования билирубина за счет физиологической полицитемии, малым сроком жизни эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин, катоболической направленностью обмена веществ, снижением функциональной способности печени к выведению билирубина, повышением повторного поступления свободного билирубина из кишечника в кровь.

- встречается:
- у 60–70% новорождённых, причем примерно у половины доношенных и у большинства недоношенных детей (транзиторная гипербилирубинемия – у 100%);
- появляется на 2–3-й день жизни, максимально выражена на 4–5-й день;
- моча и кал нормальной окраски;
- общее состояние удовлетворительное;
- исчезает к 7–14-му дню жизни.

Признаки, позволяющие заподозрить патологическую желтуху, имеются при рождении или появляются в первые сутки либо на второй неделе жизни; сочетаются с признаками гемолиза – анемия, высокий ретикулоцитоз, бледность, гепатоспленомегалия; длительное течение более одной недели у доношенных и более двух недель у недоношенных; повторное нарастание интенсивности желтухи после периода её уменьшения или исчезновения; изменение цвета мочи и кала; изменение общего состояния (вялость, частые срыгивания и др.), увеличение паренхиматозных органов. Необходима госпитализация.

Гормональный (половой, генитальный) криз (половое созревание в миниатюре) – это собирательное понятие, объединяющее несколько признаков, встречается у 2/3 новорождённых, чаще у девочек, редко у недоношенных;

развивается вследствие реакции организма новорожденного ребенка на освобождение от материнских гормонов.

Нагрубание молочных желез (физиологическая мастопатия):

- появляется на 3–4-й день жизни;
- максимальное увеличение – на 7–10-й день жизни, иногда на 5–6-й или на 10-й день;
- увеличение желёз всегда симметричное, диаметром до 1,5–2 см;
- железы подвижны, а кожа над ними не изменена (важные отличия от воспалительного процесса);
- самостоятельно или при пальпации из сосков может выделяться жидкость, вначале сероватого, а потом и бело-молочного цвета;
- нормальные размеры достигаются к концу периода новорождённости;

Лечения не требует, но при выраженном нагрубании и бело-молочном отделяемом из желез используется теплая стерильная повязка для предохранения от раздражения одеждой, иногда делают компресс с камфорным маслом.

Физиологический (десквамативный) вульвовагинит:

- встречаются у 60–70% девочек;
- характеризуется обильными слизистыми выделениями серовато-беловатого цвета из половой щели;
- появляется в первые 3 дня жизни;
- держится 1–3 дня и постепенно исчезает.

Лечения не требует, проводятся обычные гигиенические процедуры (подмывание).

Физиологическое кровотечение из влагалища – метроррагия:

- встречаются у 5–10% девочек;
- возникает на 5–8-й день жизни;
- длительность до 1–3 дней;
- объем кровопотери до 1 мл.

Лечения не требует.

Отёк наружных половых органов (мошонки у мальчиков, больших половых губ у девочек):

- отмечают у 5–10% новорождённых;
- держатся до 2 нед. (иногда дольше).

Лечения не требует, проходят самостоятельно.

Гиперпигментация кожи вокруг сосков и мошонки у мальчиков:

- отмечают у 5–10% новорождённых;
- держатся до 2 нед. (иногда дольше).

Лечения не требует, проходят самостоятельно.

Умеренное гидроцеле – скопление прозрачной, желтоватой жидкости между листками tunica vaginalis propria; проходит без всякого лечения на второй неделе или в середине – конце периода новорождённости.

Угри новорождённых (милиа) развиваются вследствие закупорки выводных протоков сальных желез при их обильной секреции:

- встречаются у 40% новорождённых;

- беловато-желтоватые узелки размером 1-2 мм, возвышающиеся над уровнем кожи;
- расположены чаще на крыльях носа, переносице, в области лба и подбородка;
- держатся до 1–2 недель.

Лечения не требуют, при признаках легкого воспаления вокруг узелков проводится обработка воспаленных мест 0,5%-ным раствором калия перманганата 2–3 раза в день.

Мочекислый инфаркт – отложение мочевой кислоты в виде кристалликов в просвете собирательных трубочек почек вследствие катаболической направленности обмена веществ и распада большого количества клеток (в основном, лейкоцитов), из нуклеиновых кислот ядер которых образуется много пуриновых и пиримидиновых оснований:

- встречается у 25–30% доношенных новорождённых, у 10–15% недоношенных;
- моча жёлто-кирпичного цвета, мутноватая, оставляет на пелёнке соответствующего цвета пятна; в связи с отложением кристалликов бурого цвета у наружного отверстия мочеиспускательного канала возможно развитие раздражения тканей и воспалительного процесса;
- держится приблизительно до середины второй недели жизни. Лечение: показан обильный питьевой режим, при затянувшемся течении — госпитализация.

Физиологическая диспепсия (переходный катар кишечника) встречается у 100% новорождённых вследствие изменения характера питания и первичного бактериального заселения кишечника:

- развивается с середины первой недели жизни;
- стул учащается, становится неомогенным (комочки, слизь, жидкая часть); неоднородным по окраске (участки тёмно-зелёного цвета чередуются с зеленоватыми, желтоватыми и даже беловатыми); каловые массы водянистые и оставляют на пелёнке заметное пятно воды; возможна пенистость, часто сопровождается метеоризмом;
- через 2–4 дня стул становится кашицеобразным, жёлтого или цвета растёртой горчицы, с кисловатым запахом;
- при введении молочных смесей стул становится пастообразным, крошковидным, беловато-жёлтым, с гнилостным запахом.

При патологической диспепсии (вследствие неадекватности питания, инфицирования условно-патогенной и патогенной флорой) имеет место изменение общего состояния (повышенная температура тела, вялое сосание, частые срыгивания, рвота, обезвоживание); очень частый стул с наличием патологических примесей (гной, кровь, большое количество слизи).

Необходима госпитализация.

В большинстве случаев переходные состояния у новорожденных проходят к концу раннего неонатального периода на 6–7-е сутки жизни. Однако при усилении воздействия неблагоприятных факторов или при развитии соматической патологии у ребенка, особенно на фоне неблагоприятного течения беременности и

родов, недоношенности, гипотрофии, возможен срыв компенсаторных механизмов. При сохранении признаков переходных состояний у новорожденных семидневного возраста следует расценивать их как патологию и принимать меры для дополнительного обследования ребенка. На основании полученных данных врач-педиатр дает **итоговую комплексную оценку состояния здоровья новорожденного**, в которой отражается:

- направленность риска;
- физическое развитие;
- нервно-психическое развитие;
- резистентность;
- функциональное состояние органов и систем;
- диагноз;
- группа здоровья.

Группы здоровья новорожденных детей

I группа здоровья – новорожденные, родившиеся от практически здоровых матерей, не имевших осложнений во время беременности и родов, с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов, массой тела от 3 до 4,5 кг, массо-ростовым коэффициентом 60–80, нормально протекающим периодом адаптации, с потерей массы тела не более 6–8%, находящиеся на естественном вскармливании, выписанные из роддома на 5–6 сутки. Обычно таких детей на участке 5–8%.

II группа здоровья – новорожденные из групп риска по развитию заболеваний. Такие дети на участке составляют около 60–70%.

III и IV группы здоровья – новорожденные с глубокой незрелостью, хронической патологией в стадии компенсации и субкомпенсации (количество детей в этих группах около 20%):

- недоношенные с II и III степенью недоношенности;
- с пренатальной гипотрофией II и III степени;
- с задержкой внутриутробного развития;
- переношенные с III степенью переносимости;
- с эмбриофетопатией неинфекционного генеза;
- с асфиксией тяжелой степени;
- с тяжелой родовой травмой;
- с гемолитической болезнью в тяжелой форме;
- с внутриутробными инфекциями;
- с врожденными пороками развития;
- с врожденной патологией обмена веществ;
- с хромосомными болезнями и др.

Дети из III и IV групп здоровья поступают из роддома под наблюдение участкового педиатра, специалистов узкого профиля и заведующего отделением. В месячном возрасте ребенок осматривается участковым педиатром, заведующим отделением и соответствующим специалистом узкого профиля.

Оценив критерии здоровья, участковый педиатр совместно с заведующим отделением может пересмотреть группу здоровья новорожденного, установленную при первичном патронаже.

У группа здоровья – дети с хронической патологией в стадии декомпенсации (10%). Обычно эти дети из роддома поступают в стационар, где им проводится соответствующая терапия.

Выделение групп риска новорожденных и групп здоровья позволяет участковому педиатру наметить пути профилактики развития манифестных состояний или хронических заболеваний.

С учетом уровня здоровья новорожденного и его индивидуальных особенностей, назначаются **профилактические и оздоровительные мероприятия** по следующим разделам:

- режим дня;
- санитарно-гигиенические условия;
- вскармливание и питание;
- физическое воспитание и закаливание;
- воспитательные воздействия;
- иммунопрофилактика;
- профилактика реализации риска патологии;
- профилактика пограничных состояний и их прогрессирования;
- коррекция отклонений в развитии.

При повторных патронажах на 14-й и 21-й день врач-педиатр обращает внимание на адаптацию малыша к новым для него условиям жизни, оценивает эффективность ранее назначенных профилактических мероприятий. Особое внимание обращает на выполнение матерью всех рекомендаций врача и медицинской сестры, на организацию режима дня и воспитания ребенка. При малейшем подозрении на отклонение в состоянии здоровья новорожденного участковый врач должен в максимально короткие сроки установить его причины и назначить соответствующее лечение, привлекая в случае необходимости заведующего отделением, врачей-специалистов или лабораторно-диагностическую службу.

Врач-педиатр должен напомнить матери о необходимости посещения к терапевту и акушера-гинеколога для контроля за состоянием её здоровья и проведения послеродовой реабилитации.

При наличии неблагоприятных социально-бытовых факторов рекомендуется направить женщину на консультацию к юристу, установить контакт с администрацией и общественными организациями по месту ее работы и органами социальной защиты.

При патронажах врач советует родителям популярную литературу по уходу за ребенком, его вскармливанию и воспитанию. Родителей информируют о графике работы детской поликлиники. Проводится беседа о возможном развитии некоторых состояний у новорожденного, которые требуют немедленной помощи медицинских работников (беспокойство, нарушение аппетита, сна, дыхания, повышение температуры тела, появление кожных высыпаний, срыгивания, рвота и

др.). Матери надо объяснить, куда ей следует обратиться в случае заболевания ребенка.

Главной целью профилактической работы медсестры с детьми является практическое обучение родителей основным методам ухода, вскармливания, закаливания и воспитания детей первых трех лет жизни, повышение санитарной культуры родителей.

Участковая медицинская сестра при посещении новорожденного на 28-й день жизни знакомит мать с расписанием работы участкового врача и приглашает ее с ребенком в поликлинику в дни приема здоровых детей. Рекомендует пройти осмотры у специалистов, при необходимости оставляет направления на общие анализы крови и мочи. Проводит беседу о предстоящих прививках.

Среди новорожденных, отнесенных к группе риска целесообразно выделить **его степени**.

К группе высокого риска можно отнести:

- новорожденных, перенесших внутриутробно или сразу после рождения какое-либо заболевание, патологическое состояние;
- детей с внутриутробным инфицированием, после асфиксии,
- родовой травмы, гемолитической болезни;
- недоношенных и переношенных, незрелых новорожденных;
- детей от многоплодной беременности.

К группе риска можно отнести детей, не имеющих после рождения явной клинической картины заболевания, но с неблагоприятными факторами в биологическом (пренатальном и интранатальном периодах) и генеалогическом анамнезах:

- профессиональные вредности и алкоголизм родителей;
- экстрагенитальные заболевания матери;
- нарушения режима и питания матери во время беременности;
- возраст матери моложе 18 и старше 30 лет к моменту родов;
- патология беременности: токсикозы, угрозы прерывания, кровотечения, инфекции;
- затяжные, стремительные роды, длительный безводный период, оперативные вмешательства, патология плаценты и пуповины, неправильное положение плода, крупный плод;
- наличие в родословной родственников с аллергической патологией, метаболическими нефропатиями, эндокринными заболеваниями, поражениями костной системы, нервными и психическими болезнями, онкологической патологией, иммунодефицитными состояниями.

Заведующий педиатрическим отделением должен быть информирован участковым врачом о поступлении на участок всех детей из групп риска. Детей с высокой степенью риска заведующий отделением консультирует в течение первого месяца жизни.

В зависимости от направленности и степени риска участковый врач составляет **индивидуальный план диспансерного наблюдения** ребенка на первом году жизни, который включает: частоту осмотров педиатром, узкими

специалистами, сроки лабораторно-диагностических исследований, лечебно-оздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия, показания и противопоказания к профилактическим прививкам, мероприятия по оказанию социально-правовой помощи семье.

Заведующий педиатрическим отделением знакомится с данными на новорожденного, оформленными в виде заключения, которое содержит: комплексную оценку здоровья, факторы риска, направленность риска, индивидуальный план диспансерного наблюдения ребенка на первом году жизни, и подписывает его.

Схема оформления первичного врачебного патронажа к новорожденному

Дата « ____ » _____ 20 г.

Ребенок: мальчик (девочка) в возрасте _____ дней, осмотрен на _____ день после выписки из родильного дома № _____ (отделения патологии новорожденных, 2-го этапа выхаживания недоношенных детей).

Доношен, недоношен (подчеркнуть)

Генеалогический анамнез:

Социальный анамнез:

Биологический анамнез: родился от _____ беременности, _____ родов.

Сведения о предыдущих беременностях и родах _____

Течение настоящей беременности _____

Течение родов _____

Длительность родов _____ безводный период, потуги _____

Состояние ребенка после рождения _____

Оценка по Апгар _____ баллов, Довнесу _____ баллов, Петрусу _____ недель гестации.

Врожденные уродства, пороки, выявленные при рождении _____. Родился в асфиксии да (нет), меры оживления.

Масса тела при рождении _____ г, длина _____ см, окр. головы _____ см, окр. груди _____ см, окр. плеч _____ см, окр. бедер _____ см.

Минимальная масса тела на _____ день жизни, _____, физиологическая убыль массы тела _____%. Масса тела при выписке _____ г.

Восстановил (не восстановил) массу тела при рождении на _____ день жизни.

Пуповинный остаток отпал на _____ день жизни, пупочная ранка зарубцевалась (да, нет).

Приложен к груди через _____ часов после рождения, на 2–3-й день жизни, сосал активно (не активно), не сосал, кормился через зонд до _____ дня. К выписке высасывал из груди (за последние сутки _____ мл, за одно кормление _____ мл, лактация). Лактация достаточна, не достаточна.

Докорм с _____ дня жизни, смесью _____

Особенности течения периода новорожденности в родильном доме: физиологическая желтуха (конъюгационная желтуха), признаки асфиксии, родовой травмы, перинатальная патология ЦНС, ГБН, внутриутробная инфекция и т.д.

Проведено обследование на фенилкетонурию _____, гипотиреоз _____

АГС _____, муковисцидоз _____, галактоземию _____,
 Оттоакустическая эмиссия _____ дата _____
 Лабораторные методы исследования _____
 Инструментальные методы исследования _____
 Клинический диагноз при выписке _____
 Группа здоровья _____ группы риска _____
 Вакцинирован против гепатита В: дата _____ доза _____ серия _____
 против туберкулеза: дата _____ доза _____ серия _____
 Проведено лечение _____
 Рекомендации при выписке _____
 Состояние здоровья матери после родов _____
 После выписки из родильного дома за ребенком ухаживает мать (отец),
 помощь родственников _____
 После выписки из родильного дома за ребенком ухаживает мать (отец),
 помощь родственников _____
 Поведенческие реакции ребенка: сон, бодрствование, активность соса-
 ния, срыгивания, рвота после кормления. Прогулки, купание после выписки
 из родильного дома проводились (не проводились).
 Организация вскармливания: вскармливание грудное (смешанное, ис-
 кусственное), получает смесь _____
 режим кормления: свободный, по требованию или по часам, ночные
 кормления _____
 питьевой режим _____
 Телосложение (пропорции тела) _____
 Питание _____
 Сигмы дизэмбриогенеза _____
 Habitus новорожденного _____
Кожные покровы _____ пупочная ранка _____
 пальпация пупочных сосудов _____
 подкожно-жировая клетчатка _____
 Отеки _____
 Лимфатические узлы _____
Видимые слизистые _____ Зев _____
 Возраст _____ дней Жалобы матери _____
 Т°С тела _____ Общее состояние _____
 ЧД _____ в мин Тяжесть состояния обусловлена _____
 ЧСС _____ уд. в мин (укажите основной синдром, синдромы)
 Б.родничок _____ см Поведение: сон, бодрствование, крик

Антропометрия:

длина _____ см

масса _____ г

окр. головы _____ см

окр. гр. клетки _____ см

вес-ростовой

коэффициент _____ %

Психометрия:

АЗ _____ АС _____

Риск развития гипогалактии
_____ баллов

Риск развития ЖДА _____

Риск СВС _____ баллов

Выражение лица, мимика _____

Положение (поза) _____

Двигательная активность (спонтанная
и в ответ на раздражение) _____

Мышечный тонус

Сухожильные рефлексы _____

Безусловные рефлексы _____

Поведенческие реакции в время осмотра
положение, движение глазных яблок

Слуховое внимание _____

Зрительная ориентация _____

Защитные рефлексы _____

Раздражительность _____

Костная система голова: конфигурация, швы, роднички, кефалогематома,
родовая опухоль, подвижность, плотность, дефекты костей черепа _____
осмотр лица _____ глаз _____шея: осмотр и пальпация _____ грудная клетка: форма _____
положение ребер _____ ключиц

признаки травмы (костная мозоль) _____

конечности, суставы _____ в том числе движения в тазобедренных
суставах (ограничение подвижности, симптом «щелчка»)**Органы дыхания:** тип, ритм, глубина дыхания, перкуссия и аускультация
грудной клетки _____**Сердечно-сосудистая система:** аускультация сердца: звучность тонов,
ритмичность сердечных сокращений, чистота, раздвоение, расщепление

тонов

Пальпация живота, печени, селезенки

Мочеиспускание _____ Характер стула _____**Наружные половые органы** _____**Заключение**

- Направленность риска
- Физическое развитие
- Нервно-психическое развитие
- Резистентность
- Функциональное состояние
- Диагноз

Группа здоровья

Рекомендации по уходу за ребенком

- Режим дня
- Санитарно-гигиенические условия
- Вскармливание
- Физическое воспитание и закаливание
- Стимуляция НПР
- Иммунопрофилактика
- Профилактика реализации риска патологии
- Профилактика пограничных состояний и их прогрессирования
- Коррекция отклонений в развитии

Рекомендации по охране здоровья матери

- По режиму дня и питанию
- По профилактике гипогалактии, анемии, рахита
- По санитарно-гигиеническому режиму

Дата следующего посещения _____

Подпись врача _____

Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей из групп риска

При выявлении у ребенка какой-либо группы риска (как правило, при хорошо собранном анамнезе выявляется риск развития не одного, а нескольких патологических состояний) участковый врач составляет **индивидуальный план наблюдения**, определяя частоту осмотров ребенка педиатром, специалистами, дополнительных исследований, особенности вакцинопрофилактики, длительность наблюдения в группе риска и назначает мероприятия по профилактике его реализации.

Профилактические мероприятия:

1. Коррекция управляемых факторов риска.
2. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
3. Продолжительное грудное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей.
4. Массаж и гимнастика, закаливание.
5. Своевременное проведение профилактических прививок.
6. Подготовка детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение, контроль за течением адаптации и организация жизни детей в период адаптации.

Направленность профилактических мероприятий у детей из групп риска

Риск повышенной заболеваемости острыми респираторными инфекциями (дети наблюдаются до 3-летнего возраста)

- Своевременное выявление и санация очагов инфекции.
- Соблюдение противоэпидемического режима.
- При искусственном вскармливании использование смесей, положительно влияющих на становление иммунитета, например, **NAN® SUPREME** — это молочная смесь, предназначенная для кормления здоровых детей с рождения до года в случаях, когда грудное вскармливание невозможно. Содержит **НМ-О®** комплекс, состоящий из двух олигосахаридов — 2'-фукозил-лактозы (2'FL) и лакто-N-неотетраозы (LNnT), структурно идентичных тем, что содержатся в грудном молоке. Олигосахариды нужны организму ребенка для формирования многоуровневой защиты от инфекций: они способствуют вытеснению «плохих» бактерий из состава микробиоты, трансформации мембран эпителиоцитов кишечника для предотвращения бактериальной инвазии, повышению барьерной функции оро- и нозофарингеальной зоны, повышению барьерной функции эпителия мочевыделительной системы, формированию правильного иммунного ответа.

–Повышение резистентности: массаж, гимнастика, закаливание, рациональное питание, своевременная вакцинация.

Препараты иммуностропного действия для детей в период раннего детства рекомендуется применять с большой осторожностью. Их назначение детям, особенно в раннем возрасте, может нанести гораздо больший вред, чем пользу, поскольку вмешательство в незрелую иммунную систему ребенка может запустить механизмы формирования заболеваний иммунокомплексной природы или аутоиммунной патологии.

Очень важным профилактическим мероприятием является вакцинация против гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекций (табл.13). Этот метод борьбы с заболеваниями – самый изученный.

Таблица 13

Вакцины, используемые в рамках календаря профилактических прививок

Направление профилактики	Название вакцины	Организация-изготовитель, фирма, страна	Доза, способ введения	Примечание
Грипп	Гриппол – гриппозная тривалентная полимерсубъединичная жидкая с полиоксидонием	ФГУП НПО «Микроген», Россия	С 6 мес. до 3 лет 0,25 мл.; с 3 лет по 0,5 мл. п/к в верхнюю треть наружной поверхности плеча однократно	

Направление профилактики	Название вакцины	Организация-изготовитель. фирма, страна	Доза, способ введения	Примечание
Грипп	Гриппол плюс (субъединичная)	ФК «Петровакс», Россия	С 3 лет 0,5 мл в/м или глубоко п/к	Без консерванта
	Агриппал S1 – субъединичная гриппозная вакцина	«Новартис Вакцинс» и «Диагностикс» Италия	6 мес.-3 года – 0,25 мл. в/м, с 3-х лет – 0,5 мл в/м	Вакцины Агриппал S1 и Бегривак применяются с 6 месяцев. Детям, не привитым ранее, вакцинация двукратная с интервалом 4 недели, в последующие сезоны – однократная
	Бегривак – инактивированная сплит-вакцина для профилактики гриппа	Новартис Вакцинс» и «Диагностикс», Германия	6 мес.-3 года – 0,25 мл. в/м, с 3-х лет – 0,5 мл в/м	
	Инфлексал V (субъединичная)	«Берна Биотех», Швейцария	6 мес.-3 года – 0,25 мл. в/м, с 3-х лет – 0,5 мл в/м	
	Инфлювак – трехвалентная инактивированная субъединичная для профилактики гриппа	«Солвей Фарма» Нидерланды	6 мес.-3 года – 0,25 мл. в/м, с 3-х лет – 0,5 мл в/м	
	Ваксигрипп – инактивированная сплит вакцина для профилактики гриппа	«Санофи Пастер», Франция	6 мес.-3 года – 0,25 мл. в/м или глубоко п/к, с 3-х лет – 0,5 мл в/м или глубоко п/к	Детям до 9 лет, не привитым ранее, вакцинация двукратная с интервалом в 1 мес.; в последующие сезоны – однократная. После 9 лет – вакцинация однократная
	Флюарикс - инактивированная сплит-вакцина для профилактики гриппа	Смит Кляйн Бичем Байолоджикалз, Бельгия	с 1 года до 6 лет - по 0,25мл; старше 6 лет - 0,5мл п/к, в/м	С 1 года до 6 лет двукратная с интервалом 4-6 нед., старше 6 лет – однократно

Направление профилактики	Название вакцины	Организация-изготовитель. фирма, страна	Доза, способ введения	Примечание
Пневмококковая инфекция	Пневмо 23 – полисахаридная вакцина для профилактики пневмококковой инфекции	Авентис Пастер, Франция	с 2 лет 0,5 мл в/м или п/к	Применяется с целью защиты детей групп риска с заболеваниями, предрасполагающими к пневмококковой инфекции.
	Превенар -13 (валентная конъюгированная вакцина)	«Вайет», США	Вакцинация в 3 и 4,5 месяца жизни, ревакцинация – в 15 месяцев – 0,5 мл в/м в передненаружную поверхность бедра	Можно применять с 2 месяцев жизни
	Пневмовакс 23	Мерк Шарпи ДООм Б.В.», Нидерланды	С 2-х лет – по 0,5 мл в/м или п/к в дельтовидную мышцу или боковую поверхность средней части бедра	
Гемофильная типа в инфекция (хиб инфекция)	Акт-ХИБ (вакцина гемофильная типа В)	«Санофи Пастер», Франция	0,5 мл п/к или в/м	Вакцина имеет низкую реактогенность.
	Вакцина гемофильная типа В конъюгированная	Россия, Ростовна Дону	0,5 мл. в/м.	<u>Вакцинация</u> совместно с АКДС и ИПВ: с 3 мес.
	Хиберикс	«Глаксо Смит Кляйн», Англия	0,5 мл. в/м.	жизни - трехкратно с интервалом 1-2 мес.; с 6 мес.-двукратно, с 1 года до 5 лет – однократно. <u>Ревакцинация</u> через 12 мес.

	Пентаксим (АКДС + ИПВ + ХИБ) дифтерийно столбнячно бесклеточная коклюшно-полиомиелитная и ХИБ вакцина)	«Санофи Пастер», Франция	0,5 мл в/м для детей раннего возраста в верхненаружную поверхность средней части бедра	Можно применять с 3 месяцев жизни
--	--	--------------------------	--	-----------------------------------

Риск развития патологии центральной нервной системы (дети наблюдаются до 1 года жизни)

- При заболеваниях адекватное оказание неотложной помощи при гипертермии, гипоксии.
- Охранительный режим.
- Обучение родителей приемам позитивной педагогики.
- Музыкальная терапия.
- Сухая иммерсия.
- Тактильная стимуляция с 3 недель, массаж и гимнастика, плавание.

Риск возникновения рахита, анемии и дистрофии (дети наблюдаются до 1 года жизни)

- Контроль уровня гемоглобина.
- Ежедневный контроль динамики массы тела на первом месяце жизни (важно наличие весов дома) и своевременная коррекция выявленных нарушений (например, введение докорма)
- Неспецифическая и специфическая профилактика рахита витамином D?
 - доношенные новорожденные дети независимо от типа питания должны получать витамин D в дозе 500 ЕД/сут через несколько дней после рождения;
 - недоношенные дети:
 - с массой тела 1800 г или гестационным возрастом более 31 нед. должны получать 500 ЕД/сут витамина D с учетом толерантности к энтеральному питанию;
 - с массой тела 1800 г и менее или гестационным возрастом 31 нед и менее должны получать 500 ЕД витамина D при условии усвоения ими 100-150 мл/кг в сутки энтерального питания;

Риск гнойно-септических заболеваний в период новорожденности (дети наблюдаются до 4-6 месяцев жизни)

- Соблюдение санитарно-гигиенического режима:
 - контроль за состоянием возможных входных ворот инфекции (пуповинный остаток, кожа, глаза, уши, кишечник);
 - матерям и лицам, принимающим участие в уходе за новорожденным, рекомендуется чаще менять личную одежду и тщательно мыть руки, уход за ребенком лучше осуществлять в хлопчатобумажной одежде, которая легко стирается.
- Проведение термометрии 1 раз в день.
- Срочная госпитализация при изменении состояния и любых кожных высыпаниях воспалительного характера.

Риск врождённых пороков развития органов и систем (дети наблюдаются до 1 года жизни)

- Своевременная ультразвуковая диагностика состояния внутренних органов и осмотры специалистами.

- Тщательный анализ генеалогического анамнеза.

- Выявление стигм дизэмбриогенеза.

Риск развития аллергических заболеваний (дети наблюдаются до 3-летнего возраста)

- Прогнозирование и профилактика гипогалактии.

- При искусственном вскармливании использование адаптированных смесей («НАН гипоаллергенный»).

- Гипоаллергенная диета и быт для матери и ребенка.

- Своевременная санация очагов инфекции.

Дети из неблагоприятных микросоциальных условий (дети наблюдаются до 18-летнего возраста)

- Своевременное выявление признаков психической депривации, минимальной мозговой дисфункции, невротизации, ретардации психомоторного развития.

- Внеплановые выходы в семью участкового врача, старшего педиатра.

- Наблюдение специалистами отделения медико-социальной помощи.

- Госпитализация ребенка в стационар при любых заболеваниях.

- Внеочередное раннее устройство в ясли.

- Патронаж семьи совместно с органами соцзащиты.

Риск нарушения репродуктивного здоровья (дети наблюдаются до 18-летнего возраста)

- Своевременное выявление и лечение заболеваний эндокринной и половой сферы.

Риск развития синдрома внезапной смерти (СВС) (дети наблюдаются до одного года жизни)

- Госпитализация ребенка при всех острых заболеваниях.

- При невозможности госпитализации – ежедневный осмотр на дому до выздоровления.

- Пристальное внимание к ребенку в период острых респираторных инфекций, во время которых частота наступления СВС повышается.

- Непрерывный мониторинг дыхательного и/или сердечного ритма в период, критический по развитию СВС младенцев, то есть первые 4–6 месяцев жизни. Контроль функции дыхания особенно показан недоношенным, незрелым детям, а также уже имеющим в анамнезе приступы остановки дыхания (апноэ). Крайне актуальной является проблема респираторного мониторинга для семей, ранее потерявших ребенка. В этих случаях, согласно разработанным стандартам, мониторингирование дыхательной деятельности должно производиться до возраста смерти первого ребенка плюс два месяца.

Риск развития синдрома увеличения вилочковой железы (дети наблюдаются до 3-летнего возраста)

- По назначению иммунолога – исследование клеточного и гуморального иммунитета.

- По показаниям – АКТГ, ТТГ, КС, СТГ.
- Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции или УЗИ вилочковой железы – по показаниям.
- Анализ состояния периферических лимфатических узлов, миндалин, аденоидных разрастаний, размеров сосудистого пучка, вилочковой железы при пальпации в яремной ямке при запрокинутой голове или плаче, размеров щитовидной железы, печени, селезенки.
- Своевременное выявление признаков сдавления органов средостения увеличенной вилочковой железой (стридорозное дыхание, коклюшеподобный кашель, пероральный цианоз, набухание шейных вен, расширение сосудистой сети на грудной клетке, осиплость голоса, особенно в горизонтальном положении; упорные срыгивания, рвота при отсутствии других причин). Возможны признаки надпочечниковой недостаточности: темный оттенок кожи кистей, стоп, области суставов и складок, пигментированные и депигментированные пятна, мышечная гипотония, гипертензия, тяготение к соленой пище. Отмечаются аллергические реакции, в том числе на прививки.
- Гипоаллергенная диета матери и ребенка.
- Своевременная санация очагов инфекции.
- При возникновении острых заболеваний – госпитализация в стационар или ежедневное наблюдению на дому с учетом возможного появления синдрома сдавления органов средостения, острой надпочечниковой недостаточности, аллергических состояний, длительного субфебрилитета.

Риск развития тяжелого инфекционного токсикоза (дети наблюдаются до 1 года жизни)

- Своевременная госпитализация ребенка в стационар при острых заболеваниях.

Риск формирования пороков развития тканей зубов, кариеса и аномалий прикуса (дети наблюдаются до 3-летнего возраста)

- Питание, исключающее одностороннее мучное и молочное вскармливание, подслащенное питье, ограничение приема сладостей.
- Устранение вредных привычек (сосание пальца, пустышки, губ, языка).

Организация жизни ребенка в период новорожденности

Режим

В соответствии с анатомо-физиологическими потребностями ребенка до 9-ти месяцев жизни режимные моменты включают сон, кормление, бодрствование. Произвольное увеличение периода бодрствования может вызвать у ребенка отрицательные эмоции, капризность, повышенную возбудимость. До 3-х месяцев жизни ребенку назначают режим № 1 (табл. 25).

Санитарно-гигиенический уход

Матери необходимо объяснить, что несоблюдение правил санитарно-гигиенического ухода может отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка, физическом и умственном развитии. В истории развития врач ребенка фиксирует выявленные недостатки в уходе, дает соответствующие назначения для их исправления.

Уголок новорожденного. Для новорожденного необходимо выделить комнату или отдельный уголок в комнате. Ещё до рождения ребёнка должен быть произведён ремонт (при необходимости) или генеральная уборка (перед выпиской из роддома).

Это должно быть самое светлое, удобное и безопасное помещение без лишних вещей и предметов, в том числе цветов, а главное – ковровых изделий, открытых книг, картин (перечисленные предметы – коллекторы аллергенной домашней пыли).

Температура воздуха в помещении должна быть в пределах $+20-22^{\circ}\text{C}$. Ежедневно следует проводить влажную уборку (в летнее время, когда скапливается особенно много уличной пыли, уборка проводится 2 раза – утром и вечером). Частота проветривания зависит от погодных условий, но не менее 4 раз по 15–20 мин; даже в холодное время года форточку открывают на 10–15 мин несколько раз в день, при этом температура воздуха должна понизиться не менее чем на 2°C ; летом окно (форточку, фрамугу) держат открытыми целый день, предусматривая затягивание их марлей или сеткой (защита от насекомых). Вначале во время проветривания ребёнка следует выносить в другое помещение (или пойти на прогулку), а затем его приучают находиться в комнате и при открытой форточке (при условии отсутствия сквозняка).

В этой комнате нельзя стирать, сушить бельё, пользоваться предметами бытовой химии и парфюмерными средствами (типа дезодорантов) и, конечно же, курить (даже на балконе; пассивное курение опасно, особенно для детского организма в связи с большим риском респираторных и аллергических заболеваний).

В уголке ребенка ставится кровать, столик для белья, выделяется полка или маленький столик для предметов ухода.

Кровать:

- должна быть с такими боковыми стенками, которые свободно пропускали бы воздух (сетчатые, решётчатые);
- должна быть изготовлена из материала, который можно мыть и ежедневно протирать;
- на дно кровати кладут жёсткий матрас, покрывают его клеёнкой, а затем простынкой;
- в подушке новорождённый не нуждается, он должен лежать на ровной поверхности, под голову кладут пелёнку, сложенную в несколько раз, при необходимости (например, при частых срыгиваниях) можно приподнять головной отдел кровати на 2–3 см;

- использовать постельные принадлежности из пуха и пера нельзя, так как они способствуют искривлению позвоночника (из-за мягкости), повышают риск перегревания и аллергических реакций;

- не следует пользоваться коляской как кроваткой: она мало проницаема для воздуха, во время прогулки пачкается, а длительный сон в ней способствует перегреванию, искривлению позвоночника и раздражению вестибулярного аппарата, что негативно сказывается на ребёнке;

- укладывают новорождённого только на бок и ни в коем случае на спину лицом вверх (опасность аспирации при срыгиваниях); укладывать на живот ребёнка можно только во втором полугодии жизни (из-за риска расстройства дыхания во сне в первом полугодии);

- рядом с кроваткой необходимо расположить стол для пеленания, тумбочку для предметов ухода;

- положение на животе во время сна со 2-го полугодия считают физиологичным и полезным – свободная поза, нет опасности аспирации, профилактика деформаций костной системы, укрепление затылочных и спинных мышц.

С целью профилактики деформации костей черепа желательно обеспечить подход к кроватке с двух сторон. Не следует занавешивать кровать, так как это нарушает вентиляцию и, кроме того, лишает ребенка столь необходимого ему света и окружающего пространства. Кроватку надо поставить подальше от отопительной системы, так как слишком сухой, теплый воздух вызывает сухость слизистых носа и полости рта, а иногда – перегревание. Прямые солнечные лучи из окна, поток воздуха из открытой фрамуги не должны быть направлены прямо на кроватку.

Стол застилается мягким байковым одеялом, а сверху покрывается клеенкой и используется для пеленания ребенка, проведения массажа и гимнастики.

Необходимо ежедневно протирать влажной тряпкой окна, двери, мебель, пол. Комнату надо хорошо проветривать несколько раз в день. Окно рекомендуется занавешивать только в верхней трети легкой занавеской. Летом окна должны быть открыты весь день и, по возможности, всю ночь. Окна следует затягивать марлей или сеткой для защиты от насекомых. В холодное время года для проветривания открывают форточку или фрамугу сначала во время отсутствия ребенка, а затем и в его присутствии. В комнате, где живет ребенок, нельзя курить, в также стирать и сушить белье.

Предметы, необходимые для ухода за ребенком:

- термометр для измерения температуры тела;
- термометр для измерения температуры воды;
- термометр для измерения температуры воздуха;
- газоотводная трубка;
- баллончик для клизмы;
- баночка стерильная с крышкой для гигроскопической ваты;
- баночка с пипетками (отдельно для глаз и носа);
- ножницы обычные;
- ножницы с закругленными браншами для подстригания ногтей;

- раствор марганцовокислого калия (порошок марганцовокислого калия должен храниться в отдельном шкафчике);
- средства для обработки кожи.

Комплект белья и одежды для новорожденного представлен в таблице 14.

Таблица 14

Комплект белья для детей первых месяцев жизни

Вид одежды	Количество на один день
Распашонка из хлопчатобумажной ткани	6–8
Распашонка из фланели	5–6
Пеленка тонкая из хлопчатобумажной ткани размером 100 х 100 см	20–24*
Пеленка теплая из фланели размером 100х100 см	8–15
Подгузник из марли размером 50х50 см	20–24*
Памперсы	10–20
Чепчик на голову	2–3
Пододеяльник	2–3
Одеяло байковое	2
Одеяло шерстяное	1
Одеяло ватное, или комбинезон, или конверт	1
Клеенка детская размером 100 × 100 см	1
Клеенка детская размером 30 × 30 см	1

* Количество пеленок и подгузников может быть уменьшено в связи с использованием при уходе за ребенком памперсов.

Уход за кожей и слизистыми оболочками. Медицинская сестра обучает мать проведению утреннего туалета.

Для очищения кожи век и периорбитальных областей используют стерильные ватные тампоны или диски, смоченные в теплой стерильной воде и отжатые. Протирают каждый глаз отдельным диском в направлении от наружного угла глаза к внутреннему. Далее промокают кожу сухими тампонами, используя такие же приёмы.

Ежедневно ребенку умывают лицо и руки теплой водой, водопроводную воду можно не кипятить.

Туалет носа проводят с помощью стерильных ватных дисков, скрученных в тонкие жгутики и смоченных детским косметическим маслом. Для каждого носового хода используют отдельный ватный жгутик, вводя его вращательными движениями в носовой ход на глубину 5-8 мм. Масло способствует размягчению скопившихся корочек и мягкому их отторжению. Такие манипуляции повторяют несколько раз до полной санации носового хода. Для гигиенического ухода за полостью носа у детей грудного возраста и старше применяют

физиологический раствор натрия хлорида, который максимально соответствует естественному назальному секрету и хорошо увлажняет слизистую и размягчает сухие корочки.

Туалет наружного слухового прохода новорожденного проводят не чаще 1-2 раз в неделю с помощью ватного жгутика или ватной палочки с ограничителем. Необходимо удалять только видимую серу, скопившуюся в ушной раковине, проводя вращательные движения ватным жгутиком в одном направлении.

Обработка здоровой слизистой полости рта не проводится.

Кожные складки обрабатывают ежедневно в строгой последовательности: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, ягодичные складки; паховые и ягодичные складки в силу максимальной загрязненности всегда нужно обрабатывать в последнюю очередь.

При уходе за кожей складок используют ватные диски или мягкую ткань, смоченные в теплой воде. При наличии повреждений кожи необходимо использовать теплую стерильную воду. Протирая области складок, избегают давления и трения. Просушивают промокательными движениями области складок сухим ватным диском или мягкой хлопчатобумажной тканью, после чего наносят детское смягчающее средство (эмомент). Следует использовать только проверенные средства. Возможно регулярное использование специальных влажных детских салфеток для очищения кожи промежности и перианальной области новорожденных.

Многие салфетки содержат консерванты (например, methylisothiazolinone), у некоторых особо чувствительных детей возможно раздражение кожи. Таких младенцев рекомендуют подмывать ватными шариками, смоченными теплой кипяченой водой. У подавляющего большинства детей влажные детские салфетки могут быть использованы при каждой смене подгузников.

Эмоменты (смягчающие средства) могут быть использованы для профилактики раздражения кожи при ежедневном уходе, особенно при риске развития атопического дерматита, эти средства могут применяться не менее 2-х раз в неделю (после купания). Их следует наносить тонким слоем, чтобы избежать накопления (эффекта окклюзии) в складках кожи.

Выбор эмоментов должен быть адаптирован к региональным особенностям климата и к временам года: так, в зимнее время следует использовать эмоменты, наиболее богатые смягчающими веществами.

Участки кожи с элементами неонатального акне не следует смазывать, чтобы не провоцировать окклюзию фолликулов.

В качестве эмоментов могут применяться специальные детские масла (во время и после купания, при массаже), но контролируемых сравнительных исследований эффективности добавления масла в воду при купании или на кожу пока не было.

Не следует применять при уходе за кожей ребенка пищевые растительные масла – это может привести к нежелательным последствиям.

Специальные детские фармацевтические масла, включая минеральные, химически инертны, стабильны, достаточно безопасны, оказывают

увлажняющий и смягчающий эффект. Эти масла могут использоваться тонким слоем в области кожных складок или добавляются в ванну при купании.

Для ежедневного ухода кожей малыша целесообразно использовать крем «Бепантен», который благотворно влияет на сухую, склонную к раздражениям кожу и оказывает профилактическое действие на здоровую кожу. Если используют детскую присыпку, то необходимо предусмотреть прикрытие половой щели у девочек (во избежание раздражения слизистой вульвы). Естественные складки обрабатывают 2-3 раза в день (например, утром и после гигиенической ванны).

После дефекации ребёнка обязательно подмывают под проточной водой (+37-36°C), можно с использованием марлевых салфеток. Положение ребёнка – на предплечье и кисти, лицом вверх; движения руки – спереди назад, в последнюю очередь омывают сам анус (особенно у девочек с целью профилактики попадания инфекции в половые органы и мочевыделительную систему). Просушивание осуществляют промокательными движениями.

Нецелесообразно подмывать ребенка после каждого мочеиспускания. Достаточно это делать после каждого 3-4-го мочеиспускания, хотя данная рекомендация весьма индивидуальна.

Ногти на руках и ногах надо стричь 1 раз в 5 дней, не очень коротко. Ножницы предварительно протирают спиртом, их концы должны быть закругленными.

Необходимо оберегать новорождённого от инфекции (для него представляет опасность даже условно-патогенная флора): не целовать ребёнка в лицо и руки, ограничить общение со взрослыми, для прогулок выбирать малолюдные места, следить за чистотой сосок, игрушек, то есть предметов, попадающих ребёнку в рот (соски моют и кипятят после каждого кормления, пустышку – каждый раз после того, как она выпала изо рта и др.).

Уход за пуповинным остатком

Пуповинный остаток является потенциальным местом проникновения инфекционных агентов. При правильном уходе культя пуповины мумифицируется и отпадает, а пупочная ранка заживает в течение первых двух недель жизни. Пуповинный остаток должен высохнуть естественным путем. Это предполагает поддержание чистоты и сухости в области культи без регулярного нанесения средств местного применения. При уходе за пуповинным остатком необходимо соблюдать следующие правила:

- а) соблюдайте методы асептики;
- б) мойте руки перед уходом за культей пуповины;
- в) пуповинный остаток должен оставаться на открытом воздухе или должен быть неплотно прикрыт чистой тканью; во избежание загрязнения мочой или калом, необходимо отвернуть подгузник от культи пуповины;
- г) при загрязнении культи, необходимо очистить эту зону водой, а затем тщательно осушить этот участок чистой марлевой тканью для устранения избытка влаги;
- д) за пуповинный остаток не следует «тянуть», он должен отделиться естественным путем.

«Сухой» способ ведения позволяет избежать потенциального нарушения целостности кожных покровов в результате их раздражения химическим веществом.

Местные антисептики для пупочной ранки (1% спиртовой раствор хлорофиллипта, 3% раствор перекиси водорода) могут быть использованы там, где риск инфицирования достаточно высок. Не рекомендуется регулярно использовать следующие антибактериальные средства: изопропиловый спирт продлевает время отделения пуповинного остатка и не уменьшает бактериальную колонизацию или частоту инфицирования; анилиновые красители (бриллиантовый зеленый, кристаллический фиолетовый и профлавин-гемисульфат). Краситель может вызвать некроз кожных покровов при случайном попадании на кожу вокруг пуповинного остатка. При обработке пуповины красителями зарегистрировано самое длительное время отслоения пуповинного остатка по сравнению с «сухим» уходом и обработкой пуповины спиртом.

Гигиенические ванны. Купать ребенка необходимо с первого дня после выписки из роддома. Рекомендации о том, что начинать купать новорожденных следует лишь после заживления пупочной ранки, недостаточно обоснованы, поскольку их кожа, слизистые подвергаются бактериальному обсеменению во время или вскоре после родов, с кожи возбудители инфекции быстро попадают в пупочную ранку. Ранние и регулярные купания позволяют избежать массивного бактериального обсеменения кожи, слизистых оболочек и соответственно пупочной ранки.

Предметы, необходимые для купания ребенка: ванночка, кувшин (ковш), детское мыло, детский шампунь, стерильные ватные шарики или тампоны, мягкая салфетка из махровой ткани (вместо мочалки), большое банное полотенце, чистые пеленки или одежда, детская присыпка.

Санитарно-гигиенические условия для купания: температура воды для купания от 36,5°C до 37,5°C для недоношенных – 37,5°C (контролировать с помощью термометра); температура в помещении – 24°C; закрытая дверь в помещении, в котором проводится купание; для обсушивания новорожденного использовать предварительно подогретые пеленки.

Для купания нужно использовать теплую водопроводную воду (применение водопроводной воды можно считать безопасным, если ее качество соответствует гигиеническим стандартам).

Существует несколько методик купания.

Купание с погружением в ванночке. Чтобы обеспечить равномерное согревание ребенка и снизить потерю тепла, необходимо осторожно поместить младенца в ванночку, не погружая при этом голову и шею. В воду ребенка опускают осторожно, положив его голову и спину на левую руку, а правой поддерживают ягодицы и ноги. В воде правую руку освобождают, кисть левой руки перемещают в левую подмышечную впадину ребенка, а его спину и голову поддерживают левым предплечьем. Правой свободной рукой ребенка моют. Сначала умывают лицо теплой водой, используя чистую мягкую ткань, затем остальные части тела от головы до ног. После этого осторожно обливают ребенка приготовленной теплой чистой водой.

Купание в пеленке. Младенца заворачивают в пеленку или мягкое полотенце, придав ему слегка согнутое положение, аккуратно погружают в ванночку с теплой водой и затем постепенно разворачивают и моют каждую часть тела. Купание в пеленке усиливает ощущение безопасности, так как при погружении младенцев в ванночку может повышаться их двигательная активность. Такое купание позволяет удерживать младенца в стабильном положении на протяжении всей процедуры и снижает риск случайных движений. Оно также позволяет уменьшить родительский стресс, поскольку при купании новорожденный ведет себя более спокойно.

Решения относительно частоты и времени купания должны основываться на индивидуальных особенностях новорожденного с учетом мнения членов семьи, климатических условий и местных традиций. Частота купания здоровых младенцев – не менее 2-3 раз в неделю. Вечерняя ванна улучшает сон, доставляет ребенку удовольствие, обеспечивает мягкую тактильную стимуляцию и эмоциональную связь ребенок-родители.

Ребенка можно купать до отпадения пуповинного остатка, это не причиняет вреда здоровому ребенку.

Для детей первого месяца жизни рекомендована продолжительность ванны – 5-10 мин., для старших детей допустимо более продолжительное купание.

Необходимо проводить разъяснительную работу среди родителей и членов семьи о важности соблюдения правил безопасности при купании. Ни в коем случае нельзя оставлять младенца в ванночке одного, даже если используется сидячая ванна. Необходимо перемешивать воду в ванночке для достижения оптимальной температуры. Обязательно проверить температуру воды термометром.

В домашних условиях безопасность от инфекций гарантируется содержанием детской ванны и плавающих игрушек в чистоте.

Рекомендации по выбору очищающих средств.

Не рекомендуется использовать мыла. Мыла имеют щелочную реакцию, сушат кожу, удаляют ее естественную защиту, способствуют развитию раздражения, эритемы, зуда.

В жидкое мыло или косметические средства с высоким содержанием воды обычно добавляют консерванты, которые предотвращают чрезмерное размножение микроорганизмов в них. Однако эти вещества могут вызывать нежелательные реакции в виде аллергического или irritативного контактного дерматита. По возможности нужно избегать использования антибактериального мыла в первую очередь из-за его потенциального отрицательного воздействия на нормальную колонизацию кожи новорожденного.

Жидкие очищающие средства, не содержащие мыла, имеют в своем составе эмоленты (смягчающие средства) и защитные факторы, поэтому они не раздражают кожу, меньше нарушают кожный барьер, pH кожи, но при этом легче смываются, чем традиционное мыло. Необходимо использовать моющие средства с составом наиболее близким к физиологическим свойствам кожи в этот период (с нейтральным или немного кислым значением pH – 5,5). Детские жидкие моющие средства не нарушают процессов естественного созревания

кожи. Необходимо читать инструкции на этикетках и отдавать предпочтение клинически проверенным средствам.

Средства для купания и шампуни обычно используется один-два раза в неделю. Шампуни должны соответствовать тем же требованиям безопасности, что и средства для купания младенцев и не раздражать глаза. Не надо допускать попадания моющего средства на слизистую глаз, так как рефлекс мигания, важный для защиты глаз от повреждений, недостаточно развит у детей до 4 месяцев.

Кожу младенца после купания промокают, используя мягкую ткань. Поскольку кожа новорожденных чувствительна и ранима, ее не следует растирать. Если после купания обнаруживается сухость, шелушение или повреждение кожи, на эту область перед одеванием можно нанести смягчающее средство (доказано, что смягчающие средства защищают целостность кожного барьера). Сразу после обсушивания нужно надеть на ребенка подгузник, шапочку и завернуть в теплые пеленки.

Все новые вещи необходимо выстирать и прогладить. В дальнейшем белье стирают по мере необходимости. Белье детей первого года жизни стирают или детским мылом или специальными порошками для стирки детского белья.

На новорожденного надевают две распашонки – тонкую и теплую. Обе с длинными рукавами, зашитыми наглухо или имеющими клапан. Распашонки подгибают наружу так, чтобы их нижний край находился чуть выше пупка. Затем ребенка пеленают.

Пеленание. В настоящее время используют метод «свободного пеленания» (оставляют небольшое пространство в пелёнках для свободного движения ребёнка). Исключается использование булавок для закрепления пеленок.

В первые 2-3 дня при пеленании покрывают голову и руки ребенка, также поступают и на ночь после купания малыша. В дневное время голову и руки ребенка оставляют свободными.

На пеленальном столе расстилают фланелевую пеленку, сверху тонкую хлопчатобумажную, а на нее кладут подгузник, сложенный треугольником. Ребенка укладывают так, чтобы верхний край прямоугольных пеленок располагался на уровне подмышечных впадин, а широкая часть подгузника – под спиной. Нижний конец подгузника проводят между ног ребенка на живот, боковые заворачивают поочередно вокруг туловища. Затем оборачивают вокруг туловища сначала один, затем другой край прямоугольной тонкой пеленки, нижний край загибают вверх, и концы подворачивают кзади. Таким же образом оборачивают и фланелевую пеленку. Вместо подгузника (из марли, пелёнки, ветоши) надевают памперсы, но постоянное их ношение, особенно в период новорожденности, не рекомендуют. Запеленатого ребенка помещают в хлопчатобумажный конверт на байковое одеяло, сложенное в несколько слоев. Если нет конверта, ребенка (в зависимости от времени года) завертывают в байковое одеяло или покрывают льняным покрывалом.

В жаркую погоду ребенка оставляют без покрывала. Шапочку (чепчик) надевают при температуре воздуха в комнате ниже 20°C.

Менять пеленки нужно перед кормлением, а также после каждого мочеиспускания и дефекации. Использованные пеленки нужно обязательно стирать.

Нельзя подсушивать мокрые пеленки, так как оставшиеся на них соли раздражают кожу ребенка.

Следует соблюдать следующие **правила хранения чистого и грязного белья, стирки, проглаживания**:

- детское бельё хранят и стирают отдельно от белья других членов семьи (это правило хранения касается как грязного, так и чистого белья);
- пелёнку, которую ребёнок обмочил в первый раз, достаточно прополоскать в тёплой воде и просушить;
- если пелёнка обмочена во второй раз, её необходимо простирать с мылом (лучше детским);
- пелёнки, запачканные фекальными массами, замачивают в тазу и сразу же стирают;
- в первые месяцы (особенно первый) лучше использовать мыло и затем только стиральный порошок, предназначенный для детского белья;
- полоскание должно быть тщательным (неоднократным);
- высушенное бельё достаточно проглаживать, с одной стороны, чтобы не нарушить пористость ткани, а значит, и её воздухопроницаемость;
- новое одеяло (шерстяное, ватное) проглаживают через влажную тряпку; недопустимо подсушивать мокрые пелёнки, не простирывая их (это чревато раздражением кожи кристаллами мочевой кислоты, возникновением опрелостей, инфицированием, пиодермией).

Прогулки. Гулять с ребенком желательно ежедневно в любое время года. В летнее время начинают гулять сразу после выписки из роддома, а зимой – с 3-4-й недели жизни при температуре воздуха не ниже -10°C .

Первый раз выходят на прогулку на 15–20 минут с постепенным увеличением времени пребывания на воздухе. Длительность прогулок в дальнейшем зависит от погоды: в осенне-зимнее время она не должна превышать 2 ч. Гулять с ребенком нужно не менее 2–3 раз в день. Летом ребенок должен находиться на свежем воздухе в тени по возможности целый день.

Одевают ребенка для прогулки в зависимости от погоды. В зимнее время поверх домашней одежды надевают теплую рубашку, завертывают в байковое одеяло, затем – в ватное. Лицо ребенка во время прогулки закрывать не следует.

Прогулки и сон на воздухе с недоношенным ребенком разрешаются при достижении им массы тела 2500.

При I степени недоношенности можно гулять в любое время года при температуре воздуха не ниже -5°C : с 1-го по 14-й день после выписки из родильного дома, начиная с 10–15 минут, доводя до 1–1,5 ч 1–2 раза в день. При II–IV степени недоношенности: в зимнее время при температуре воздуха не ниже -5°C прогулки разрешают примерно с 2 месяцев жизни, начиная с 10–15 минут, доводя до 1–1,5 ч 1–2 раза в день. Летом прогулки организуют примерно со 2–3-й недели жизни, начиная с 10–15 минут, доводя до 1–1,5 ч 1–2 раза в день. Весной и осенью прогулки рекомендуют примерно с 1,5 месяца жизни, начиная с 10–15 минут, доводя до 1–1,5 ч 1–2 раза в день.

Одевают ребенка для прогулки в зависимости от погоды. В зимнее время поверх домашней одежды надевают теплую рубашку, завертывают в байковое одеяло, затем – в ватное. Лицо ребенка во время прогулки закрывать не следует.

Вскармливание новорожденного

Организация рационального вскармливания новорожденных – одна из важнейших задач врача-педиатра. В настоящее время рекомендуется свободный режим вскармливания грудных детей, когда ребенок сам регулирует интервалы между кормлениями, просыпаясь к моменту приема

пищи, вполне допустим в условиях достаточно высокой культуры семьи и, конечно, при безупречном состоянии здоровья ребенка.

Прикладывание к груди должно осуществляться с первого дня по требованию ребенка, по любому знаку голода или дискомфорта. Знаками голода могут быть активные сосательные движения губ или вращательные движения головы с различными звуковыми явлениями.

Частота прикладывания к груди не реже, чем через 1,5-2 часа днем и через 3-4 часа ночью. Число кормлений может широко варьировать в зависимости от состояния лактации и качества молока у матери, активности и самочувствия ребенка. Наибольшую сложность при такой системе вскармливания представляет правильная трактовка матерью крика ребенка (необходимо научиться различать крик голодного ребенка).

В дальнейшем мать и ребенок выбирают комфортное для них «расписание», при котором дневные кормления осуществляются, как правило, через 2,5-3,5 часа, а ночной интервал увеличивается.

Для поддержания лактации особенно значимы ночные кормления, так как ночью уровень пролактина более высокий. Нельзя ограничивать длительность прикладывания даже тогда, когда ребенок практически ничего не высасывает, а дремлет у груди. Потребность в контакте и сосании может носить самостоятельный характер, относительно независимый от пищевого поведения.

Техника и правила вскармливания новорожденного:

– мытьё груди до и после кормления является фактором, способствующим возникновению трещин, т.к. смывается защитная смазка, выделяемая железами Монтгомери. В связи с этим вполне достаточным считается прием гигиенического душа 1-2 раз в день.

– принять удобное для кормления положение; кормящая женщина должна хорошо видеть лицо ребенка, так же, как и он должен иметь возможность использовать кормление для изучения лица матери, особенностей ее мимики, глаз;

– сцедить несколько капель молока, с которыми удаляются бактерии, легко попадающие в периферические отделы выводных протоков;

– необходимо, чтобы при сосании ребенок захватывал в рот не только сосок, но и околососковый кружок, чтобы носовое дыхание было свободным, для чего грудь несколько оттягивается назад вторым и третьим пальцем поддерживающей ее руки;

– по окончании кормления грудь необходимо тщательно обсушить тонкой полотняной тряпочкой, прикрыть сосок стерильной салфеткой, оберегая его от трения и раздражения бельем и одеждой;

– при нормальной лактации можно не сцеживать молоко.

Если Вы хотите помочь матери в прикладывании ребенка к груди, Вы должны посмотреть, как она кормит ребенка.

Признаки, определяющие правильное положение ребенка при кормлении:

– ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней;

– лицо ребенка находится близко от груди;

– рот широко открыт;

– нижняя губа вывернута наружу;

– над верхней губой виден большой участок ареолы, чем под нижней;

– заметно, как ребенок делает медленные сосательные движения;

– ребенок расслаблен и доволен, в конце кормления наступает состояние удовлетворения;

– мать не испытывает боли в области сосков;

– слышно, как ребенок глотает молоко.

Неправильное положение ребенка при кормлении грудью может стать причиной:

– воспаления и трещин сосков;

– неудовлетворительного поступления молока и медленного роста ребенка;

– неудовлетворенности ребенка, постоянно требующего есть;

– нагрубание груди.

Для успешного становления грудного вскармливания необходимо устранить факторы, снижающие продолжительность, эффективность и частоту сосания груди. К этим факторам относятся:

– кормление по расписанию;

– ограничение времени кормления;

– неправильное положение матери и ребенка при сосании;

– использование сосок, пустышек, имитирующих грудь;

– применение воды, чая для снятия голодного возбуждения.

Уход за молочными железами в период кормления грудью можно осуществлять с помощью мази «Бепантен». При «сухости» сосков и наличии болезненных трещин мазь наносят на соски после каждого кормления.

Переход от «свободного» (неопределенного) режима вскармливания к относительно регулярному занимает от 10–15 суток до одного месяца. От ночных кормлений ребенок отказывается сам.

Если мать не может приспособиться к «свободному» вскармливанию, необходимо перейти на кормление по часам.

Часы кормлений:

– при семи кормлениях: 6:00, 9:00, 12:00, 15:00, 18:00, 21:00, 24:00, ночной перерыв 6 часов;

– при шести кормлениях: 6:00, 9:30, 13:00, 16:30, 20:00, 23:30, ночной перерыв 6,5 часов.

При кормлении сцеженным молоком из бутылочки через соску необходимо дозировать количество пищи, так как ребенок не прекратит сосания, несмотря на то что большой объем высосанного молока будет вызывать перерастяжение желудка.

1. В первые 7–10 дней жизни суточное количество молока составляет

$n \times 70$ (при массе тела на момент рождения ниже 3200 г)

или

$n \times 80$ (при массе тела свыше 3200 г), где n – число дней жизни.

2. Разовый объем молока (при семикратном кормлении) равняется $n \times 10$, где n – число дней жизни.

3. В возрасте после 10 дней объем молока на сутки определяется из расчета $1/5$ массы тела или 120–125 ккал/кг.

4. По формуле Зайцевой (в периоде новорожденности): суточный объем молока = $2\%M \times n$, где M – масса тела при рождении, n – число дней жизни.

Гипогалактия: прогноз, диагностика, профилактика, лечение

Одной из главных причин гипогалактии является отсутствие своевременной профессиональной помощи кормящей женщине.

Истинная (или первичная) агалактия встречается крайне редко, не более чем у 3-5% женщин. В остальных случаях снижение выработки молока вызвано различными причинами: проблемами, возникающими при кормлении грудью, необоснованное введение докорма, эмоциональным стрессом, тяжелыми хроническими заболеваниями, отсутствием у женщины психологического настроя на кормление, необходимостью выхода на работу, и т.д.

Чаще всего подозрение на дефицит молока у женщины связан с неумением объективно оценить достаточность лактации, основным критерием которой является прибавка массы тела ребенка. Кроме того, признаком гипогалактии часто считают исчезновение у матери ощущения достаточного напыления молочной железы, что является физиологичным, поскольку со временем она становится менее чувствительной к растяжению. Также неравномерная выработка молока и скачкообразный рост ребенка могут приводить к временному несоответствию «спроса и предложения». При соблюдении принципов свободного вскармливания эта ситуация обычно разрешается за несколько дней.

При первом патронаже педиатр должен провести прогноз риска гипогалактии, осмотреть молочные железы матери для оценки состояния лактации, дать рекомендации по ее стимуляции, профилактике гипогалактии. В случае подтверждения гипогалактии, назначить ее лечение.

Признаки хорошей лактации:

- хорошо развитая и правильно сформированная молочная железа;
- хорошо выраженная венозная сеть;
- полосы растяжения на груди;
- большое количество отчетливо пальпируемых гипертрофированных долек железы;

- брызжащие струйки молока при надавливании на грудную железу;
- некоторый остаток молока в груди после 15–20-минутного энергичного сосания;

- температура тела под молочной железой выше на 0,1–0,5°С.

Признаки гипогалактии и недокорма:

- беспокойство и крик ребенка во время кормления или сразу после него;
- необходимость в частых прикладываниях к груди;
- длительное кормление, при котором ребенок совершает много сосательных движений, при отсутствии глотательных;
- ощущение матерью быстрого полного опорожнения грудных желез при активном сосании ребенка, при сцеживании после кормлений молоко не выделяется;
- беспокойный сон, частый плач, «голодный» крик; жадное захватывание груди или бутылочки с водой;
- скудный редкий стул.

Однако наиболее достоверными признаками недостаточного питания **являются низкая прибавка массы тела** и редкие мочеиспускания (менее 6 раз за сутки) с выделением небольшого количества концентрированной мочи.

Оценка прибавок в массе тела

Прибавка в массе тела ребенка за первый месяц жизни рассчитывается от его массы тела при рождении.

На первом месяце жизни важен еженедельный контроль динамики массы тела и проведение своевременной коррекции выявленных нарушений.

Восстановление массы тела после рождения происходит в среднем на 8 сутки жизни ребенка и не должно затягиваться более 10-14 дней.

Согласно данным ВОЗ (2006 г.), средняя величина прибавки в массе тела за первый месяц жизни у мальчиков составляет 1023 г, у девочек - 879 г. Значения не менее 694 г для мальчиков и 611 г для девочек лежат в пределах одного сигмального отклонения и также являются вариантом нормы. Более низкие прибавки в массе, менее 600 г должны вызывать опасения.

Показания к докорму при еженедельном контроле динамики массы тела.

1. По окончании раннего неонатального периода подход к коррекции питания зависит от степени первоначальной убыли массы и времени ее восстановления. Отсутствие прибавки в массе у детей, потерявших 8-10% от массы тела и/или продолжающееся ее снижение, требует назначения докорма. При этом обязательны рекомендации по стимуляции лактации.

2. При позднем восстановлении массы тела (к 10-14 дню) ключевой является 3 неделя, за которую ребенок должен прибавить не менее 200 г, что свидетельствует о формировании достаточной лактации. Более низкая прибавка массы тела является показанием к введению докорма.

3. Независимо от времени восстановления первоначальной массы тела, прибавки менее 150 г в неделю на протяжении 2-4 недель жизни, и отсутствие динамики к их увеличению требуют назначения докорма.

Показания к докорму в возрасте 1 мес., если масса тела изменена впервые в возрасте 1 мес.):

1. Если прибавка массы тела за первый месяц жизни не превысила 400 г - назначается докорм.

2. Дети, имеющие прибавки массы тела за первый месяц в интервале 400-600 г, требуют индивидуального подхода:

—при удовлетворительном состоянии ребенка, отсутствии симптомов обезвоживания и беспокойства, необходимо дать матери советы по стимуляции лактации и, не назначая докорма, оценить динамику массы за следующую пятую неделю жизни. Если она составила не менее 180-200 г, докорм не назначается, но наблюдение за ребенком продолжается;

—если ребенок беспокоен и присутствуют другие тревожные симптомы, следует рекомендовать проведение ежедневных взвешиваний 1 раз в сутки в течение 2-3-х дней с целью определения необходимости введения докорма. При этом за норму следует считать прибавку 20-30 гр в сутки.

Взвешивания здорового ребенка целесообразно проводить 1 раз в неделю (без одежды и подгузника в одно и то же время). Ориентировочная нормальная недельная прибавка массы тела в первые 3 месяца жизни составляет 180-200 г/нед., в возрасте 3-6 мес. 120-130 г/нед. Вопрос о назначении докорма следует рассмотреть, если прибавки в массе тела меньше указанных ориентиров.

«Контрольные» взвешивания, проводимые до и после кормления, широко используемые родителями и врачами, позволяют оценить лишь количество полученного ребенком грудного молока и не являются объективным признаком достаточности лактации.

Докорм необходим при заболеваниях, сопровождающихся недостаточной скоростью роста, вялостью, сонливостью, обильными срыгиваниями, рвотой, частым разжиженным стулом и др.

У детей с легкой недостаточностью питания, достигших возраста 4-х месяцев, целесообразно введение не докорма, а крупяного прикорма.

В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде так называемых **лактационных кризов**, под которыми понимают временное уменьшение количества молока, возникающее без видимой причины. Отсутствие информации о них и незнание методов коррекции — наиболее частые факторы прекращения грудного вскармливания.

В основе лактационных кризов лежат особенности гормональной регуляции лактации. Они обычно возникают на 3–6-й неделях, 3, 4, 7, 8-м месяцах лактации. Продолжительность лактационных кризов в среднем составляет 3–4 дня, и они не представляют опасности для здоровья ребенка. В таких случаях оказывается достаточным более частое прикладывание ребенка к груди в сочетании с кормлением из обеих грудей. Необходим покой и отдых матери; разнообразное, полноценное, с высокими вкусовыми качествами питание; теплые напитки особенно с использованием лактогонных трав или препаратов за 15–20 мин до кормления, а также специальных продуктов лактогонного действия.

Если мать заранее не подготовлена к такой ситуации, то при первых

признаках снижения лактации она пытается докормить ребенка смесями. Поэтому одной из важных задач участкового врача и медсестры детской поликлиники является разъяснение безопасности кратковременных лактационных кризов.

Нередко даже при достаточном количестве молока мать прекращает кормить ребенка грудью вследствие отказа младенца от груди. А проявляется это следующим образом:

- ребенок берет грудь, но не сосет, не глотает или сосет очень мало;
- он кричит и сопротивляется при попытке матери дать ему грудь;
- минуту сосет, затем отрывается от груди, давясь от плача;
- берет одну грудь, но отказывается от другой.

Причины могут быть разными:

- нарушение организации и техники вскармливания (неправильное положение ребенка у груди);
- избыток молока у матери, при котором оно течет слишком быстро;
- кормление ребенка по часам, а не по требованию;
- неправильный захват соска, сопряженный с интенсивной аэрофагией;
- заболевания ребенка (перинатальное поражение нервной системы, ОРЗ, грипп и другие инфекции, молочница, стоматит);
- прорезывание зубов, отрицательные эмоции у ребенка.

Профилактика гипогалактии в условиях детской поликлиники:

- правильный режим жизни и питания кормящей женщины;
- достаточный сон матери не только в ночное время, но и днем;
- обязательная прогулка днем;
- полноценное питание матери;
- достаточно частое и регулярное кормление ребенка грудью;
- профилактика семейных конфликтов, стрессовых ситуаций в семье;
- профилактика, своевременное выявление и рациональное лечение трещин сосков и мастита (нередко они являются причиной вторичной гипогалактии);
- обучение приемам гигиенического ухода за ребенком;
- нерегламентированное «по требованию» кормление ребенка грудью в первые 1,5–2 месяца жизни;
- пропаганда естественного вскармливания, советы по сохранению лактации.

Для становления и сохранения лактации необходимо:

- раннее прикладывание ребенка к груди;
- своебодное вскармливание с первого дня жизни;
- совместное пребывание матери и новорожденного в родильном доме в палате «мать и дитя»;
- исключение допаивания (кроме обусловленных медицинскими показаниями случаев);
- отказ от использования сосок, бутылочек и пустышек;
- профилактика трещин, нагрубания молочных желез (лактостаз);
- спокойная и доброжелательная обстановка в семье;
- помощь со стороны близких по уходу за ребенком;

–рациональный режим дня, обеспечивающий достаточный сон и отдых кормящей женщины, ее сбалансированное питание, включающее дополнительный прием жидкости не менее 1 литра (чая, соков и других напитков).

Алгоритм возможных мероприятий по устранению гипогалактии:

1) провести контрольное взвешивание не менее 4–5 раз в день в течение 2–3 суток для уточнения степени гипогалактии, затем продолжить контроль высосанного молока 2–3 раза в день, а по возможности и чаще, то есть вести дневник кормления ребенка;

2) кормить ребенка по требованию, то есть частота кормления грудью определяется потребностями ребенка, при необходимости прикладывать ребенка к обеим молочным железам;

3) сцеживать остатки молока после каждого кормления, рекомендуется использовать молокоотсосы. Сцеженное молоко можно использовать для докорма ребенка;

4) наладить полноценное и регулярное питание кормящей матери, объем жидкости увеличить на 50–60%;

5) организовать режим достаточного отдыха и сна.

6) кормящим женщинам следует употреблять средства, стимулирующие лактацию: специализированные продукты питания для беременных и кормящих, в состав которых помимо ВМК входят лактогонные травы; чаи с экстрактами лактогонных трав;

7) медикаментозные и физиотерапевтические методы стимуляции лактации назначает врач акушер-гинеколог женской консультации.

Через 7–15 дней от начала мероприятий по стимуляции лактации с учетом степени гипогалактии и дефицита массы ребенка решается вопрос об ее успешности или необходимости введения докорма. При III и IV степени гипогалактии (дефицит молока более 50% от суточной потребности) докорм вводится сразу.

Питание и режим кормящей матери

Питание женщины, кормящей своего ребёнка грудью, должно быть полноценным по количеству и качеству пищевых веществ, минеральных солей и витаминов.

Режим питания кормящей женщины рекомендуется согласовать с режимом питания ребёнка. Целесообразно принимать пищу 5-6 раз в день (3 основных приема пищи и 2-3 перекуса) за 30-40 минут до кормления, это способствует лучшей секреции молока.

Режим дня: ночной сон – не менее 8 часов, дневной сон – 1–2 часа, обязательны прогулки на свежем воздухе, спокойная обстановка. Физическая нагрузка должна быть умеренной.

Особое внимание следует уделять питанию женщины в первую неделю после родов. Щадящий рацион матери будет способствовать адаптации пищеварительной системы к внеутробному существованию. В раннем неонатальном периоде повышена проницаемость слизистой желудочно-кишечного тракта ребенка и риск сенсibilизации особенно велик. Кормящей женщине не следует употреблять избыточное количество молочных продуктов, поскольку они могут

приводить к функциональным расстройствам ЖКТ и аллергическим реакциям у ребенка. А вот на становление лактации они не влияют.

Следует избегать употребления таких высокоаллергизирующих продуктов, как цитрусовые, клубника, шоколад, натуральный кофе, крепкие мясные бульоны, консервированные продукты, колбасы, яйца в большом количестве. Необходимо исключить острые приправы, избыток пряностей, чеснок, лук, придающих неприятный вкус и запах молоку

Не рекомендуется использовать соки, морсы (особенно из кислых ягод), орехи, крепкие чай и кофе (ограничение кофеина до 200 мг в сутки, чашка кофе может содержать 60-150 мг кофеина, а чая – 30-60 мг.), концентрированные бульоны, бобовые, сухофрукты и другие продукты, способствующие повышенному газообразованию.

Исключить: алкогольные напитки, пиво.

Для возбуждения аппетита можно включать в рацион в небольшом количестве сельдь, квашеную капусту, салаты из свежих овощей, винегреты, заправленные растительным маслом.

Предпочтительна щадящая тепловая обработка при приготовлении блюд.

Рацион кормящей женщины расширяется постепенно, с учетом переносимости ребенком тех или иных продуктов.

При лактации большое значение имеет достаточное потребление кормящей женщиной жидкости – «по потребности».

Ассортимент продуктов, рекомендуемых для ежедневного использования и их ориентировочное количество, представлены в таблице 15.

Рекомендации по составлению рационов, позволяющие реализовать принцип персонализации, представлены в таблице 16. За основу взяты суточные наборы продуктов для беременных и кормящих женщин № 15-3/691-04, утвержденные Минздравсоцразвития РФ 15.05.2006. За условные объемные порции приняты объем порционной тарелки, соответствующие 250 мл, стакана 200 мл. Зная количество порций, рекомендуемых для ежедневного потребления по группе продуктов, женщина самостоятельно может выбрать продукты и блюда из данной группы продуктов.

Таблица 15

Ассортимент основных пищевых продуктов для беременных и кормящих женщин (Никитюк Д.Б., Батулин А.К., Конь И.Я., 2016)

Группы продуктов	Ассортимент
Мясо и мясoproductы	– все виды мяса нежирных сортов (говядина, свинина, баранина, кролик и др.)
	– мясо птицы – цыплята, курица, индейка и др.
	– субпродукты не чаще 1 раза в неделю

Молоко и молочные продукты	– молоко 2,5% - 3,2% жирности пастеризованное, стерилизованное – сметана 10–15% жирности – йогурты молочные – кефир, ряженка, простокваша, варенец, бифидок и другие кисломолочные напитки промышленного выпуска – творог промышленного выпуска 5-9% жирности – сыры неострых сортов
Пищевые жиры	– сливочное масло. – растительные масла (подсолнечное, кукурузное, соевое, оливковое и др.)
Картофель	
Овощи (все виды)	– в том числе в замороженном и консервированном виде (кукуруза сахарная, зеленый горошек)
Фрукты все виды, ягоды	– в том числе в замороженном виде, сухофрукты
Яйца	– в виде омлетов; в вареном виде, в составе блюд
Хлеб и хлебобулочные изделия.	– предпочтителен многозерновой, с добавлением отрубей, цельных зерен.
Напитки	– компот, кисель, морс, сок – чай, некрепкий кофе
Кондитерские изделия	– с низким содержанием жиров и сахара

Таблица 16

Наборы продуктов, включаемые в рацион питания беременных и кормящих женщин* (Никитюк Д.Б., Батулин А.К., Конь И.Я., 2016)

Группы продуктов	Количество продуктов в 1 порции	Кол-во условных порций
Хлеб, зерновые, картофель	Хлеб пшеничный 1 кусок	3
	Хлеб ржано-пшеничный 1 кусок	2
	Картофель для приготовления супов 1/4 тарелки	1
	Картофель для приготовления гарнира 1 тарелка	1
	Каша молочная 1 тарелка	1
	Каша гарнир 1 тарелка	1
	Макаронные изделия как гарнир 1 тарелка	1
	Всего по группе	6-8
Овощи	Салат из свежих или отварных овощей 1/2 тарелки	1
	Овощной гарнир 1 тарелка	1
	Овощи для сложного гарнира ½ тарелки	1
	Овощи для приготовления супов 1/4 тарелки	1
	Всего по группе	3-5
Фрукты	Яблоки, груши 1 шт.	2-3
	Соки 1 стакан или	1
	Компот из свежих фруктов, сухофруктов 1 стакан	1
	Всего по группе	2-4

Молочные продукты	Молоко для приготовления каш 1/2 стакана	1/2
	Молоко для приготовления напитков 1/2 стакана	1-2
	Кефир или кисломолочный напиток 1 стакан	2-3
	Творог для приготовления блюд (запеканки, пудинги) 120-140 г; в натуральном виде – 100-120 г 3-4 раза в неделю	1
	Сыр 1 кусочка по 15 г	1
	Сметана 1 десертная ложка в супы, блюда	1
	Всего по группе	4-5
Мясо, рыба, яйца	Мясо 85-90 г (нетто, в готовом виде); 110-120г (брутто, в сыром виде) или грудка куриная	1
	Рыба ½ порционной тарелки 3-4 раза в неделю	1
	Яйцо 1 шт. 3-4 раза в неделю	1
	Всего по группе	2-3
Жиры и масла	Масло растительное 15 г в салаты, гарниры, выпечку и блюда	1
	Масло сливочное 25 г в натуральном виде на хлеб, в каши, гарниры, выпечку и блюда	1
	Всего по группе	2-3
Сахар и кондитерские изд.	Сахар до 60 г, печенье, конфеты, варенье –30 г (3 печенья, 3 конфеты, 2 столовые ложки варенья)	1

Установлено, что оптимально составленный рацион кормящей женщины, состоящий из натуральных продуктов, не может содержать достаточное количество витаминов и минеральных веществ. Уровень далеко не всех нутриентов в грудном молоке напрямую зависит от их содержания в рационе кормящей женщины.

Для улучшения рационов питания кормящих женщин, достаточной выработки грудного молока и оптимизации его состава целесообразно использовать специализированные продукты для беременных и кормящих женщин: обогащенные микронутриентами каши, соки, а также лактогонные чаи в рекомендуемом объеме, например:

- молочная смесь для беременных и кормящих Беллакт Мама+ сухая с пре- и пробиотиками;
- молочный напиток NutriMa Фемилак для беременных и кормящих мам со вкусом манго и ванили сухой и жидкий с омега-3 жирными кислотами, пребиотиками;
- молочная смесь NUPPI ЕМА для беременных и кормящих женщин со вкусом банана сухая с омега-3 жирными кислотами, пробиотиками и фолиевой кислотой;
- пудинг Heinz банан-персик-черника с пребиотиками для беременных и кормящих мам);
- специализированные молочные смеси, обогащенные не только витаминами, микро- и макроэлементами, омега-3 жирными кислотами, пребиотиками, но и комплексом лактогонных трав («NutriMa Лактамил», «Млечный путь»), которые назначаются по 200 мл 1-2 раза в сутки.

Кормление ребенка сцеженным грудным молоком
Медицинские показания для кормления ребенка сцеженным грудным
молоком (или противопоказания к кормлению непосредственно
из груди матери):

- тяжелое состояние новорожденного;
- отдельные врожденные пороки развития челюстно-лицевого аппарата;
- гестационный возраст менее 32 нед.;
- затянувшаяся гипербилирубинемия (более 3-х недель), связанная с составом грудного молока (отдельные компоненты грудного молока снижают активность ферментов, участвующих в конъюгации непрямого билирубина), когда уровень билирубина превышает 250 мкмоль/л. При этом с лечебно-диагностической целью возможно кормление ребенка сцеженным пастеризованным грудным молоком в течение 1-3 суток;

- болезни ребенка, связанные с нарушением аминокислотного обмена (фенилкетонурия, тирозинемия, болезнь кленового сиропа, другие аминокислотопатии и органические ацидурии), когда сцеженное молоко используется в сочетании со специализированным лечебным продуктом и строго дозируется;

Также выделяется ряд состояний, требующих частичного или полного кормления ребенка сцеженным грудным молоком: выход женщины на работу/учебу, кормление близнецов (при невозможности одновременного кормления из груди), наличие трещин сосков и др.

При вскармливании сцеженным грудным молоком для сохранения лактации необходимо максимально полное сцеживание молока из двух молочных желез, не реже чем каждые 3-3,5 часа.

Установлена микробиологическая безопасность сцеженного грудного молока для грудного ребенка при условии соблюдения всех правил его сбора и сроков хранения.

Замороженное грудное молоко по питательной ценности лишь незначительно уступает нативному молоку. Его биологическая ценность также находится на достаточно высоком уровне.

Технология создания индивидуального банка грудного молока:
правила сбора, хранения, замораживания/размораживания
грудного молока

(Рекомендации для врачей и кормящих грудью женщин. Не входят в стандарты оказания медицинской помощи.

Созданы на основании ABM Clinical Protocol 8).

Индивидуальный банк грудного молока (ИБГМ) является удобным и современным способом сохранения грудного вскармливания у ребенка в различных жизненных ситуациях, не позволяющих осуществлять полноценное кормление из груди матери. ИБГМ представляет собой запасы замороженного материнского грудного молока, размещенные порционно в стерильные емкости, хранящиеся при низких температурах в бытовой морозильной камере холодильника (-18-20°C) и готовые к использованию для кормления ребенка.

1. Обработка рук и груди перед сцеживанием.

Перед сцеживанием необходимо вымыть руки с мылом, мытье молочной железы не является обязательным.

2. Техника сцеживания.

Разница в степени микробного загрязнения молока, полученного путем ручного или аппаратного сцеживания, отсутствует. Нет необходимости удалять первые капли молока в начале сцеживания: они не являются более загрязненными, чем последующие порции.

3. Хранение.

Сцеживание и сбор грудного молока осуществляется в специальные стерильные индивидуальные ёмкости (контейнеры) из стекла, полипропилена (в том числе мягкого), не содержащего Бисфенол А или другого разрешенного пищевого пластика. Ёмкости со сцеженным молоком должны быть промаркированы (дата сцеживания). Допускается хранение закрытых ёмкостей с молоком:

- при комнатной температуре в течение 4 часов;
- в холодильнике при температуре $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ (не более 24 часов);
- в морозильной камере при температуре -18°C в течение 3-12 месяцев (оптимально не более 3 мес).

Хранящиеся в холодильной камере ёмкости со сцеженным молоком можно дополнять до объёма 150 мл новыми порциями грудного молока в течение не более чем 24 часа от момента сцеживания первой порции. Свежесцеженное молоко может быть добавлено только после его предварительного охлаждения в холодильной камере.

Не следует заполнять контейнер до самого верха, так как во время замораживания объем молока несколько увеличивается.

Особый запах хранящегося молока (связанный с незначительным гидролизом жира и окислением жирных кислот) и возможное его расслоение не является признаком его недоброкачественности.

4. Размораживание.

Размораживать ёмкости с грудным молоком следует в холодильнике при температуре $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ до полного его оттаивания с последующим подогревом до температуры кормления под струей теплой воды или в ёмкости с теплой водой (при температуре не более $37-40^{\circ}\text{C}$), а также в подогревателе для детского питания. Медленное размораживание молока приводит к меньшей потере жира.

Размораживание в микроволновой печи не запрещено, но может приводить к неравномерному разогреву и частичному снижению активности иммунных факторов в молоке.

Размороженное и подогретое молоко следует использовать сразу, повторное замораживание молока и его хранение в холодильнике до следующего кормления недопустимо. Недопитое ребенком молоко через 1-2 часа после кормления следует вылить.

Не подвергавшееся подогреву размороженное грудное молоко допускается хранить в холодильнике при температуре $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ не более 24 часов.

Детям, которые в связи тяжестью состояния не были приложены к груди матери в первые дни после рождения, возможна организация длительного успешного ГВ.

Для этого необходимо выполнение кормящей матерью комплекса мероприятий, стимулирующих лактацию:

- регулярные сцеживания в ритме кормлений или применение метода одновременного «двойного» сцеживания обеих молочных желез не реже, чем через каждые 3 часа, в том числе и в ночное время суток, в течение 15 минут из каждой молочной железы, а также всякий раз при появлении чувства наполнения молочных желез;
- стимуляция сосания ребенка с использованием контакта «кожа-к-коже» по методу «кенгуру» несколько раз в сутки в зависимости от состояния ребенка, массажа мышц, принимающих участие в акте сосания, использование пустышки и кормление ребенка по его требованию при стабилизации состояния;
- соблюдение принципов рационального питания кормящей женщины.

Противопоказания к грудному вскармливанию

В соответствии с рекомендациями ВОЗ женщины с ВИЧ могут кормить ребенка грудью, если они получают антиретровирусную терапию.

В Российской Федерации ВИЧ-инфицирование матери является абсолютным противопоказанием для кормления ребенка грудным молоком. Также ребенок не прикладывается к груди матери из группы высокого риска, не прошедшей 3-х кратного дородового тестирования на ВИЧ, до момента получения отрицательного результата в родильном доме (Клинические рекомендации «Проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку», 2015).

Абсолютными противопоказаниями являются острые психические расстройства у женщин, особо опасные инфекции (тиф, холера и др.), открытая форма туберкулеза, а также носительство Т-лимфотропного вируса, поскольку один из основных путей его передачи - через грудное молоко.

Возможными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны матери являются следующие состояния или заболевания: эклампсия, обильное кровотечение во время родов и послеродовом периоде, выраженная декомпенсация при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени, тяжелое состояние женщины при инфекционных заболеваниях.

Такие заболевания кормящей матери, как краснуха, ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, простой герпес, острые кишечные и респираторно-вирусные инфекции, если они протекают без выраженной интоксикации, не являются противопоказанием к кормлению грудью при соблюдении правил общей гигиены. Однако при наличии герпетических высыпаний на коже в области груди, кормление из нее временно прекращается. При цитомегаловирусной инфекции вирус активно выделяется с грудным молоком, но заболевание у ребенка протекает, как правило, кратковременно и бессимптомно, поэтому согласно международным рекомендациям серопозитивные матери могут кормить грудью доношенных детей (польза превышает риск негативных последствий).

При гепатите В у женщин грудное вскармливание возможно при проведении вакцинации в сочетании с введением специфического иммуноглобулина после рождения ребенка. Вероятность инфицирования вирусом гепатита С через грудное молоко минимальна. Но при остром течении гепатита В и С, а также

в случае развития мастита или при кровоточивости сосков грудное вскармливание следует временно прекратить.

Мать может кормить грудью при закрытой форме туберкулеза, если ребенок привит, а женщина получает соответствующее лечение препаратами, не имеющими противопоказаний для грудного вскармливания.

Не рекомендуется прекращать кормление ребенка грудью и при маститах в сочетании с проводимым лечением матери, которое совместимо с грудным вскармливанием.

Противопоказаниями к кормлению грудью является прием матерью ряда лекарственных средств не совместимых с грудным вскармливанием. Если лекарственное средство/БАД согласно инструкции и Государственному реестру лекарственных средств входит в категорию «противопоказаны к кормлению грудью» - грудное вскармливание следует прекратить на период приема данного средства. В случаях, когда в инструкции указано «назначать с осторожностью» при кормлении грудью – вопрос о продолжении грудного вскармливания должен быть решен в индивидуальном порядке. Во время приема матерью медикаментозных препаратов необходимо внимательное наблюдение за ребенком с целью своевременного обнаружения их побочных эффектов.

Учитывая негативное воздействие табачного дыма, смолы и никотина на организм ребенка и лактацию, курящим женщинам в период лактации важно отказаться от курения. Никотин и его активный метаболит – котонин выделяются с грудным молоком, и не исчезают из него в течение суток. Никотин может снижать объем вырабатываемого молока и тормозить его выделение, а также вызывать у ребенка беспокойство, кишечные колики и приводить к низким темпам нарастания массы тела. У курящих женщин ниже уровень пролактина, что может сократить период лактации, а также снижена концентрация микронутриентов в грудном молоке по сравнению с некурящими.

Содержание вредных веществ в грудном молоке будет меньше, если женщина выкуривает сигарету сразу после кормления грудью, а не до него.

Не должны кормить ребенка грудью матери, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью.

Возможна организация грудного вскармливания и при оперативных родах. Если операция проводилась под спинальной или эпидуральной анестезией, прикладывание ребенка к груди осуществляется непосредственно в родовом зале, при наркозе матери - через 4-6 часов после окончания его действия. Если ребенок не может быть приложен к груди в эти сроки, важно организовать сцеживание молозива.

Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка

- классическая галактоземия и подозрение на ее наличие (до момента получения результата неонатального скрининга);
- врожденная алактазия;
- глюкозо-галактозная мальабсорбция;
- болезнь включений микроворсинок, врожденная пучковая энтеропатия;
- нарушение окисления жирных кислот с различной длиной цепи.

Продолжительность грудного вскармливания

ВОЗ и ЮНИСЕФ уделяют большое внимание продолжению грудного вскармливания у детей старше года, рекомендуя поддерживать этот процесс до двух лет и более. В документах Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN) указано, что оптимальную продолжительность ГВ каждая пара мать-ребенок определяет для себя самостоятельно.

По мнению некоторых отечественных педиатров продолжительность грудного вскармливания может составлять 1,5-2 года при условии кратности прикладывания к груди на втором году жизни не более 2-3 раз в сутки.

Прекращать ГВ не рекомендуется во время болезни ребенка, в период его вакцинации, во время других стрессорных состояний, а также в жаркий летний период.

В настоящее время широкое распространение получила практика неофициальной передачи/продажи донорского грудного молока вне медицинских учреждений. Передача донорского молока опасна вследствие высокого риска передачи различных инфекций (ВИЧ, ЦМВ, вирусов гепатитов). Неправильно собранное и хранимое грудное молоко может быть контаминировано патогенными микроорганизмами. Передача грудного молока должна восприниматься как донорство других физиологических жидкостей или тканей, которое должно осуществляться под строгим медицинским контролем.

При необходимости пастеризации сцеженного грудного молока в домашних условиях также можно пользоваться правилами, утвержденными в Российской Федерации: молоко разливают в стерильные бутылочки по 30-50 мл, закрывают ватно-марлевыми пробками и пастеризуют в водяной бане в течение 5-7 минут от начала закипания воды; уровень воды в водяной бане не должен быть ниже уровня молока в бутылочках (СанПиН 2.1.3-14).

Физическое воспитание новорожденного

Для правильного физического развития необходимо с двухнедельного возраста **выкладывать новорожденного на живот** перед кормлением на 2–3 минуты, постепенно увеличивая отрезок времени до 10 минут. Вначале ребенка выкладывают на живот 1-2 раза, затем 3-4 раза в день.

Тактильный массаж можно проводить только здоровому ребенку с периода новорожденности при положительном эмоциональном тоне. Перед массажем нужно обнять, прижать к себе, поцеловать малыша, а во время массажа разговаривать с ним, напевать, поддерживать зрительный контакт.

При отрицательном эмоциональном настрое ребенка массаж надо прекратить и успокоить его. Начинать массаж можно с любой части тела, движения должны плавно переходить одно в другое. Продолжительность массажа – не более 10 минут.

Самым маленьким детям необходимо время, чтобы привыкнуть к массажу, поэтому не нужно спешить массировать всю спину сразу, делают это постепенно, поднимая ребенка, чтобы прижать его к себе, обнять. Может пройти несколько недель, прежде чем ребенок будет получать удовольствие от всей процедуры.

Грудь

– Положить обе руки на середину груди и, слегка надавливая, развести руки к бокам ребенка, как будто разглаживая страницы книги. Не отрывая рук, движением, траектория которого напоминает по форме сердечко, вернуть их в исходное положение.

– Начиная с нижней части грудины, нежно, но с усилием, погладить круговыми движениями всю поверхность груди подушечками больших пальцев. Дойдя до верхней части грудины, продолжить движение до области ключицы. В заключение провести руками вниз по ручкам ребенка.

Руки

– Каждую ручку массируют отдельно. Нежно, но крепко удерживают предплечье одной рукой, массируя ручку ребенка выше локтя пальцами другой руки.

– Уверенными круговыми движениями большого пальца массируют плечо между локтем и подмышкой с небольшим усилием.

– Закончив массаж плеча, проводят рукой сначала по груди, а затем вниз по ручкам.

– Повторить те же движения на предплечьях и ладонях. Пальчики массируют указательным и большим пальцами.

Живот

– Поместить основание ладони чуть выше гениталий, слегка надавив на лобковую кость. Широко развести пальцы, поворачивая ладонь по часовой стрелке. Повторить несколько раз.

– Вернувшись в нижний правый угол живота, подушечками двух первых пальцев легко массируют его мелкими круговыми движениями. Начиная с правой стороны, продвигаются по траектории арки налево.

– Завершают массаж несколькими широкими движениями разведенных в стороны пальцев по животу, груди и ручкам.

Ноги

– Ножки массируют так же, как ручки.

– Поддерживая голень, круговыми движениями большого пальца массируют в направлении от колена к тазу и паху. Повторяют те же движения от лодыжки к колену и заканчивают маленькими полукружьями на колене.

– Стопы массируют так же, как ладони и пальчики. Закончив массаж одной ноги, делают широкое соединительное движение вниз по бокам, ножкам и лодыжкам. Массаж больших пальцев ног выполняют указательным и большим пальцами руки.

Спина

- Выполняют соединительное движение широким поглаживанием половины спины до плеча и вниз по ручке до ладошки и пальчиков.
- Совершая легкие, но уверенные круговые движения, продвигаются вверх по правой от позвоночника стороне спины, проводят вниз по плечу и по ручке, выполняя, как и раньше, соединительное движение. Помассировав всю поверхность спины, выполняют соединительное движение сверху вниз по ножкам и стопам.
- Каждую ягодицу массируют круговыми движениями пальцев по направлению к позвоночнику и талии.

Стимуляция нервно-психического развития

Большое значение в период новорожденности имеет правильная организация бодрствования и общения с ребенком. Ласково разговаривая с малышом, необходимо пытаться вызвать у него зрительное и слуховое сосредоточение, улыбку. В кроватке ребенка на специальном кронштейне следует подвесить крупную игрушку на расстоянии 70 см от груди или более мелкую – на расстоянии 50–60 см от груди. Медленным перемещением подвешенной звучащей игрушки стимулировать зрительное и слуховое сосредоточение ребенка. Чрезвычайно важно в этом возрасте охранять зрительный и слуховой анализаторы от переутомления (не использовать слишком яркие игрушки, избегать громких и резких звуков).

С первых дней и недель жизни в периоды бодрствования ручки и ножки ребенка должны быть свободными, перед каждым кормлением его необходимо выкладывать на живот, развивая умение поднимать и удерживать голову. Такие свободные движения головой укрепляют мышцы шеи и спины, формируют правильный изгиб позвоночника, улучшают кровообращение мозга. Время от времени (но не слишком часто) ребенка обязательно надо брать на руки, давая ему вертикальное положение. Этим стимулируется удержание головы, фиксация взгляда на лицах матери, отца и других родных и знакомых.

Для профилактики стоматологических заболеваний следует обратить внимание на позу новорожденного в кроватке (не должен лежать с запрокинутой головой и подбородком, прижатым к груди). Пустышку следует давать не более, чем на 10-15 минут.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Участковый педиатр осуществлял первый патронаж к новорожденной девочке 8 дней. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, гестоза во II половине (рвота, анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм рт. ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды – в срок, масса тела – 3200 г, длина – 50 см. Ребенок закричал сразу, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. К груди приложен на следующие сутки, сосал активно. Выписан из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии с весом 3100 г. Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери – пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии – подагра. Индекс отягощенности генеалогического анамнеза – 1,0. Ребенок желанный, из полной семьи, благоприятных материально-бытовых условий, родители со средним специальным образованием.

Вскармливание грудное. При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Обращают внимание стигмы дисэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм глаз и носов, эпикант, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, эпителизируется. Дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул – 3 раза в день, кашицеобразный. Ребенок удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение).

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Назовите факторы риска и проведите прогноз направленности риска.
3. Назначьте мероприятия по профилактике реализации факторов риска на антенатальном и постнатальном этапах.
4. Как должны были быть организованы дородовые патронажи?
5. Составьте план наблюдения за этим ребенком в периоде новорожденности.
6. Дайте рекомендации матери ребенка.
7. Какие прививки и когда должны были быть сделаны ребенку?
8. Составьте план наблюдения за ребенком на первом году жизни.

2. Участковый врач осуществлял первый патронаж к мальчику 18 дней. Ребенок от 1-й беременности, срочных родов. Наследственных заболеваний в роду нет. Ребенок из неполной семьи. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8-й и 32-й неделях). В 38 недель перенесла пневмонию. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении – 3200 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу

первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (ампициллин внутримышечно), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефамизимом (внутримышечно 10 дней). Выписан на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Тутте-ли». Высасывает за одно кормление по 80–90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре: кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизовалась. Слизистые чистые. Дыхание пузрильное, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3, селезенка у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3–5 раз в сутки, без патологических примесей. Ребенок удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение), на сильный звук не реагирует.

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья ребенка.
2. Назовите факторы риска развития заболевания.
3. Как проводится профилактика данного заболевания?
4. Как должны были быть организованы дородовые патронажи?
5. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком в периоде новорожденности.
6. Оцените характер вскармливания ребенка на момент осмотра.
7. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Калмыкова А.С., Ткачева Н.В., Климов Л.Я., Калмыкова А.С., Марочкина Л.И., Зарытовская Н.В. Поликлиническая педиатрия / под ред. Калмыковой. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2009. – 720 с.
2. Организация питания детей раннего возраста: учеб. пособие /И. М. Прощина [и др.]. – Иваново, 2009. – 178 с.
3. Профилактические осмотры детей: учеб. пособие / Л. А. Жданова [и др.] – Иваново, 2006. – 236 с.

Дополнительная

1. Баранов, А. А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах: рук-во для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева – М., 2004. – 156 с.
2. Диспансеризация детей из групп риска в условиях детской поликлиники: метод. рекомендации МЗ РСФСР. – М., 1988. – 40 с.
3. Клиническая фармакология: нац. рук-во / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепяхина, В. И. Петрова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 976 с.
4. Краснов, М. В. Профилактическая работа по охране здоровья детей раннего возраста: пособие для врачей-педиатров / М. В. Краснов, О. В. Шарапова, В. М. Краснов. – М., 2002. – 252 с.
5. Национальная программа оптимизации питания в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации (2-е издание, переработанное и дополненное) – М., ПедиатрЪ., 2016. – 36 с.
6. Программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М.: б. и., 2019. — 36 с.
7. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, (4-е издание, переработанное и дополненное), – М., 2019. – 206 с.
8. Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений / Л. А. Жданова [и др.]. – Иваново, 2009. – 144 с.
9. Никитюк Д.Б., Батулин А.К., Конь И.Я. и соавт. Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей. Метод. рекомендации, 2016 г, 23 с.
10. Общий уход за детьми: учеб. пособие / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. – 4 изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 416 с.
11. Приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»
12. Приказ Минздрава РФ от 11.03.2014 г. № 125 н (в ред. Приказов Минздрава РФ от 16.06.2016 N 370н, от 24.04.2019 N 243н, от 14.09.2020 N 967н) «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. N 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н»
14. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А. А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
15. Румянцев, А. Г. Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей: рук-во для врачей / А. Г. Румянцев, М. В. Тимакова, С. М. Чечельницкая. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 388 с.

16. Уход за кожей новорожденного ребенка: Научно-обоснованные методические рекомендации. – Изд. 1-е, М., 2016. – 66 с.
17. Учайкин. В. Ф. Руководство по клинической вакцинологии / О. В.Шамшева, В.Ф.Учайкин, Н.В.Медуницын. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.– 576 с.
18. Алгоритм активной иммунизации воспитанников и обучающихся образовательных организаций. – ФР РОШУМЗ – 35-2020 (версия 1.2)– 29 с.
19. Школьников М. А. Синдром внезапной смерти детей грудного возраста / М. А. Школьников, Л. А. Кравцова. – М.: Медпрактика, 2004.– 32 с.

Список сокращений

АКТГ	–	Адренкортикотропный гормон
АТПК	–	Акушерско-терапевтико-педиатрический комплекс
БАД	–	Биологически активные добавки
ГБН	–	Гемолитическая болезнь новорожденного
ЖДА	–	Железододефицитная анемия
ЖКТ	–	Желудочно-кишечный тракт
КЗР	–	Кабинет здорового ребенка
КЭК	–	Консультативно-экспертная комиссия
КС	–	Кортикостероиды
ЛПУ	–	Лечебно-профилактическое учреждение
ОРВИ	–	Острые респираторно-вирусные инфекции
ОРЗ	–	Острые респираторные заболевания
ПК	–	Прогностический коэффициент
СВС	–	Синдром внезапной смерти
СУВЖ	–	Синдром увеличенной вилочковой железы
СТГ	–	Соматотропный гормон
ТТГ	–	Тиреотропный гормон
УФО	–	Ультрафиолетовое облучение
УЗИ	–	Ультразвуковое исследование
ЦНС	–	Центральная нервная система

Учебное издание

Организация антенатальной охраны плода
и профилактическая работа с новорожденными в поликлинике

Под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н, профессора Л.А.Ждановой

Подписано в печать 21.12.20 Формат 60×84 ¹/₁₆

Уч.-изд. л. 5,89. Тираж 50 экз. Заказ №

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России

153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8

Тел.: (4932) 30-02-28

E-mail: kafedrak@mail.ru