



Наблюдение за ребенком в период новорожденности после выписки из родильного дома. Система патронажей на первом месяце жизни.

Будникова Е.В., заведующая Красноярским краевым центром грудного вскармливания, врач педиатр высшей квалификационной категории.

2022г.

Нормативная база по амбулаторному наблюдению за новорожденными детьми

- **Приказ Минздрава России от 10.08.2017 N 514н** "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"
- **Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 N 185** О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания
- **Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 366н** "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи"
- **Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н** "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"
- **ФЗ РФ от 21.11.2011г № 323** "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- **Приказ КГБУЗ «КГДБ №8» от 16.04.2021г. №189** «Об утверждении чек-листов по оценке качества медицинской помощи»
- Наблюдение за новорожденными детьми в условиях детской поликлиники. Методическое пособие. Т.Е. Таранушенко, Э.И. Ахметова, О.А. Ярусова и др. Красноярск, 2020г.

Дородовые патронажи

- **Первый дородовый патронаж** беременной проводится в течение 10 дней после получения уведомления о **беременной** из женской консультации.
- Цели и задачи первого патронажа:
 - выявление факторов риска
 - прогноз состояния здоровья и развития будущего ребенка (группы риска);
 - проведение прогноза и профилактики гипогалактии;
 - информирование беременной о выявленном у будущего ребенка риске;
 - подбор рекомендаций по профилактике реализации выявленного риска (санитарно-гигиенические условия, режим дня и питание беременной женщины);
 - гигиеническое обучение и воспитание будущих родителейопределение срока второго дородового патронажа.

- **Второй дородовый патронаж** осуществляется участковым педиатром и медсестрой на 30 - 32-й (31-38) неделе беременности в период начала декретного отпуска женщины.

Цель второго патронажа:

- переоценка факторов 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 в соответствии с выявленным риском; - гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей (подготовка молочных желез к лактации, подготовка семьи к встрече новорожденного).



Патронаж – комплекс плановых мероприятий, осуществляемых врачом педиатром участковым, медицинской сестрой участковой на дому.

Целью проведения патронажей здоровых новорожденных, родившихся в срок, в возрасте от 0 до 28 дней, является:

- Динамическое наблюдение за состоянием ребенка;
- Определение плана дальнейшего наблюдения, лечебных и профилактических мероприятий;
- Своевременная диагностика патологических состояний и предотвращение их развития;
- Проведение санитарно-просветительской работы, направленной на поддержание грудного вскармливания
- Разработка рекомендаций по уходу

- Приказ КГБУЗ «КГДБ №8» от 16.04.2021г. №189 «Об утверждении чек-листов по оценке качества медицинской помощи»
- Ф3 РФ от 21.11.2011г № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

Неонатальный период (первые 28 дней жизни) – один из важнейших критических периодов жизни ребенка в течение которого происходит адаптация к условиям внеутробной жизни.

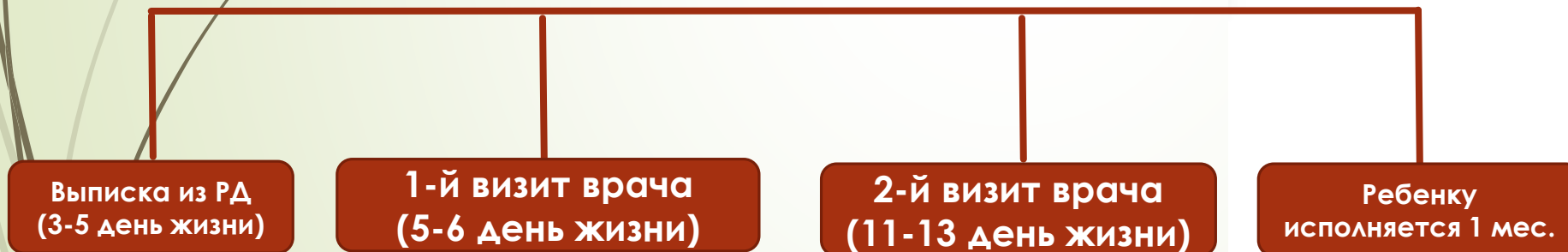
- Интенсивно развиваются анализаторы, координация движений
- Появляются условные рефлексы
- Возникают эмоциональный, зрительный и тактильный контакт с матерью
- Особое внимание обращается на вскармливание ребенка, характер лактации у матери
- Проводится контроль за весом ребенка

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ БЛАГОПОЛУЧИЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА И СОСТОЯНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ



Число патронажей новорожденного предполагает по крайней мере 2 (3) врачебных и 3 сестринских визита, дополнительные патронажи происходят по назначению врача.

- В случае выявления отклонений в состоянии здоровья новорожденного остальные посещения врача и медицинской сестры проводятся как активные посещения ребёнка на дому по заболеванию.
- Проведение патронажей доношенных новорожденных при наличии отклонений в состоянии здоровья ребенка и новорожденных, родившихся недоношенными, осуществляется по индивидуальному графику, сформированному врачом и согласованному с заведующим педиатрическим отделением.



В случае ранней выписки (1-2 сутки), родах на дому дополнительный визит врача - в течение 24 часов после поступления информации о ребенке



Основные проблемы и задачи педиатра при ранней выписке из родильного дома

- При ранней выписке из родильного дома (на 2-3 день жизни) ребенок находится в периоде ранней неонатальной адаптации. Кроме того, не завершена вакцинация ребенка согласно календарю, и не проведены многие обследования.
- В связи с этим можно выделить следующие проблемы, которые стоят перед участковым педиатром:
 - Помощь в осуществлении грудного вскармливания;
 - Вакцинация БЦЖ (3-7 сутки жизни ребенка, находящегося в удовлетворительном состоянии).
Противопоказания: 1. Вес менее 2000г.. 2. Дети с гестационным возрастом менее 34 недель. 3. Дети в неудовлетворительном состоянии. 4 . Дети с заболеваниями и изменениями кожи;
 - Проведение скрининга на наследственные болезни обмена (фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, адрено-генитальный синдром, галактоземия).
Забор крови проводится на 4 сут. у доношенных и 7 сут. у недоношенных;
 - Помощь в уходе за культей пуповины;
 - Контроль состояния ребенка в период неонатальной адаптации;
 - Предупреждение возникновения патологических состояний, развивающихся на фоне срыва неонатальной адаптации.

I патронаж здорового новорожденного проводится в течение первых трех дней после выписки и РД

- Осуществляется сбор и анализ анамнеза,
- общий осмотр,
- заполнение данных генеалогического анамнеза и бланка врачебного патронажа,
- проводится оценка социально-бытовых условий.
- оформляет информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств.

Задачи первого врачебного патронажа:

- исключить наличие заболеваний,
- оценить течение периода адаптации,
- провести контроль результатов выполнения аудиологического скрининга, контроль проведения неонатального скрининга,
- установить группу здоровья новорожденного,
- выявить и конкретизировать факторы риска развития заболеваний,
- определить план дальнейшего наблюдения (План наблюдения ребенка на 1 году жизни и дату следующего осмотра на дому),
- график вакцинации,
- лечебные и профилактические мероприятия,
- дать рекомендации по уходу,
- мотивировать на естественное вскармливание (проведение наблюдения за кормлением грудью).
- Вклеить в карту бланки дородовых патронажей 1 и 2 или оформить в карте.
- Новорожденные дети должны быть осмотрены заведующими педиатрическими отделениями.

II и III патронаж педиатра участкового к здоровому новорожденному

- Второй и третий патронажи здорового новорожденного проводятся с интервалами 5-7 дней от предыдущего патронажа врача (интервал с предыдущим осмотром может определяться врачом).
- Проводится общий осмотр,
- оценивается состояние ребенка (физическое и нервно-психическое развитие, клиническая оценка ребенка),
- динамика состояния,
- выполнение рекомендаций врача,
- проводится коррекция назначений при необходимости,
- заполняется бланк врачебного патронажа.
- Мать с ребенком приглашаются в возрасте 1 месяц на прием в поликлинику.



Наблюдение за недоношенным ребенком после выписки из родильного стационара/второго этапа выхаживания

- Первый патронаж к недоношенным детям осуществляется на следующий день после выписки из стационара (отделения 2 этапа выхаживания),
- Рассчитывается постконцептуальный возраст (гестационный + постнатальный возраст);
- Проводится осмотр ребенка заведующим педиатрическим отделением.
- План наблюдения недоношенного ребенка на 1 году жизни разрабатывается индивидуальный с учетом рекомендаций врачей стационара (отделения 2 этапа выхаживания), включает методику рационального, лечебного вскармливания, профилактику и лечение анемии, рахита, ретинопатии недоношенных и др.
- Недоношенного ребенка врач педиатр осматривает 1 раз в неделю, антропометрия и анализ динамики физического развития проводится при каждом осмотре ребенка. Рекомендуется родителям приобрести детские весы.



Задачи патронажей медицинской сестры участковой



✓ 4-й патронаж МС проводится по медицинским показаниям. В случае отсутствия назначения врача – звонок по телефону

При первом патронаже МС проводит:

- сбор анамнеза,
- осмотр условий проживания,
- соблюдение правил гигиены,
- проводит инструктаж по технике грудного вскармливания и уходу за ребенком,
- проводит осмотр ребенка,
- дает рекомендации по уходу за пуповинным остатком и пупочной ранкой, оценивает её эпителизацию,
- Вносит в историю развития ребенка сведения о новорожденном.

На последующих патронажах МС оценивает:

- объем лактации и технику кормления,
 - проводит осмотр ребенка,
 - фиксирует динамику веса,
 - оценивает эпителизацию пупочной ранки,
 - дает рекомендации по уходу,
 - проверяет выполнение врачебных рекомендаций.
- ✓ Контроль проведения врачебных и сестринских патронажей новорожденных осуществляет заведующий педиатрическим отделением и старшая медицинская сестра педиатрического отделения.

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

Отклонения в состоянии здоровья женщины до беременности, осложнения течения беременности и родов, социальные и бытовые проблемы могут представлять угрозу для здоровья плода, т. е. являются **факторами риска развития патологии плода и новорожденного**.

По времени воздействия на плод и ребенка факторы риска подразделяют на следующие:

- анте- и интранатальные (возникают во время беременности или родов);
- постнатальные (действуют после рождения ребенка).

Составляющие анамнеза, влияющие на выявление факторов риска.

	Анамнез	Составляющие анамнеза
1.	Генеалогический анамнез (с составлением родословной)	наследственные и обменные заболевания у родителей и родственников, наследственная предрасположенность к аллергии, другим болезням
2.	Социально-биологический анамнез	возраст матери и отца, уточнить профессиональные вредности, вредные привычки у родителей, другие социальные факторы риска (одинокие мамы, многодетные семьи, плохие бытовые условия и т.д.)
3.	Акушерско-гинекологический анамнез	аборты, мертворождения, другие нарушения в репродуктивной сфере беременной (пороки развития или опухоли матки, бесплодие, рубцы на матке после операций)
4.	Сведения об экстрагенитальных заболеваниях матери	заболевания сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, гипертоническая болезнь и т.д.), эндокринопатии (диабет, заболевания щитовидной железы, надпочечников) и др.
5.	Особенности течения настоящей беременности	токсикозы I и II половины, нефропатия, преэклампсия, угроза выкидыша, многоплодие, многоводие, маловодие, резус- и АВО-сенсibilизация, инфекционные заболевания, аномальное положение плода и др., прием медикаментов в период беременности
6.	Особенности течения родов	затяжные, стремительные роды, длительный безводный промежуток, кесарево сечение, преждевременная отслойка плаценты и т.д.

Группы риска – включают здоровых детей, имеющих в анамнезе факторы, которые формируют риск развития хронических заболеваний на основе отягощенного биологического, генеалогического или социального анамнеза, но без отклонений по остальным критериям здоровья, а также детей, имеющих некоторые функциональные и морфологические изменения и/или другие отклонения в состоянии здоровья.

В раннем неонатальном периоде на момент рождения выделяют следующие основные группы риска развития патологических состояний:

I группа - новорожденные с риском развития патологии ЦНС

II группа - новорожденные с риском внутриутробного инфицирования

III группа - новорожденные с риском развития трофических нарушений и эндокринопатий

IV группа - новорожденные с риском развития врожденных пороков (ВПР) органов и систем, наследственно обусловленных заболеваний

V группа - новорожденные из группы социального риска

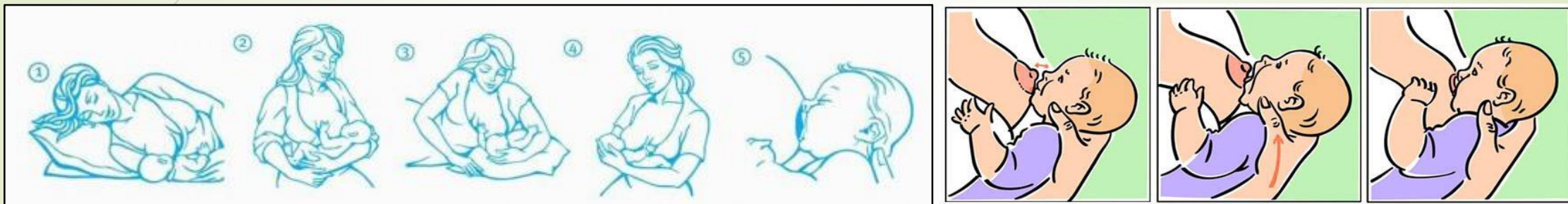
Определение группы здоровья у детей периода новорожденности

- **Первая группа** - здоровый новорожденный ребенок.
- **Вторая группа** - новорожденные из групп риска по срыву адаптации и развитию заболеваний (см. выше группы риска):
- **Третья группа здоровья** – новорожденные с патологическими состояниями, врожденными пороками развития, последствиями травм и операций с признаками декомпенсации и значительными ограничениями функциональных возможностей.

Своевременное определение групп здоровья позволяет оптимизировать объем обследований, условий выхаживания, профилактические и лечебные мероприятия для конкретного новорожденного ребенка.

Организация работы по поддержке грудного вскармливания

1. Определить намерения матери в отношении ГВ, её уверенность в способности выкормить грудью, поддерживают ли её члены семьи.
2. **Обязательно** попросить мать приложить ребенка к груди, оценить правильность прикладывания и эффективность сосания.
3. Осмотреть молочные железы и соски (исключить нагрубание, трещины сосков).
4. Информировать о достоверных критериях полноценной лактации, об опасности самостоятельного введения докорма.



Рекомендации по становлению успешного грудного вскармливания (I патронаж):

- Кормить исключительно грудью по требованию ребенка.
- Интервалы между дневными кормлениями не более 1,5 -2 часов, ночными - не более 3-4 часов.
- Правильно прикладывать ребенка к груди (мать не чувствует боли в сосках и груди, ребенок эффективно сосет и глатывает молоко).
- Сцеживать остатки молока после кормления и излишки, если грудь переполнена. Сцеженное грудное молоко охлаждать при $T + 4-6^{\circ}$ с последующей заморозкой при $T - 18^{\circ}$, хранить в морозильной камере до 3 мес. (индивидуальный банк грудного молока).
- Не допаивать водой, не предлагать соски и пустышки.
- Полноценное и разнообразное питание матери, обогащение рациона ВМК (Элевит Кормление, Кальцемин адванс) или специализированными продуктами для кормящих матерей (АМАЛТЕЯ, ЛАКТАМИЛ).
- Контроль веса ребенка на 8-10 сутки (физиологическая убыль веса восстановлена - вес не меньше веса при рождении).
- При возникновении трудностей с кормлением обращаться в Красноярский краевой центр грудного вскармливания: тел. Горячей линии 271 68 24; тел. для записи на прием 234 03 58.

Рекомендации по стимуляции лактации

Около 2/3 матерей, которые кормят детей грудью, могут периодически испытывать ощущение снижения прилива молока в груди, которое называется лактационным кризом.

Лактационный криз связан с гормональными постнатальными изменениями в организме матери, физическим и эмоциональным переутомлением.

При этом необходимо:

1. Увеличить количество грудных кормлений.
2. Прикладывать ребенка к обоим грудям в каждое кормление.
3. Повысить питательность своего рациона, пить теплые напитки перед и во время кормления. Пища и питье должны приносить удовольствие.
4. Возможны физические методы стимуляции (теплый компресс, душ, массаж груди и спины).
5. Медикаментозные методы стимуляции (гомеопатия и алопатия, фитотерапия) ВМК – ЭЛЕВИТ КОРМЛЕНИЕ или специализированные продукты для кормящих матерей (Амалтея, Лактамил).
6. Необходимы физический и психологический отдых.
7. Воздержаться от докорма ребенка смесью, использовать индивидуальный банк грудного молока.



Докорм

Решение о докорме принимает
только педиатр!!!

Подход к назначению на первом месяце жизни.

- Отсутствие прибавки в массе у детей, потерявших 8 – 10% от массы тела, и/или продолжающееся её снижение.
- Позднее восстановление массы тела (к 10 – 14 дню) с последующей прибавкой менее 150 - 200гр. за 3-ю и 4-ю недели жизни.

Подход к назначению докорма в возрасте 1 мес.

1. Оценить прибавку от массы тела при рождении
2. За первый месяц жизни: минимальная прибавка 600г.
3. **Прибавка 400 – 600г.**- требуется индивидуальный подход

Докорм не назначаем

- ❖ Смотрим на 5-ю неделю: прибавка за неделю должна быть не менее 180 – 200гр.
прибавка за сутки должна быть не менее 20 – 30гр.
 - ❖ Даём рекомендации по стимуляции лактации
4. Если прибавка за 1 мес. менее 400гр. – назначается докорм.

Возрастные особенности кожных покровов

- Вес кожи новорожденного составляет 10-13% от веса его тела по сравнению с 3% у взрослого человека.
- К моменту рождения кожа полностью гистологически структурирована и представлена базальным, зернистым, шиповатым, роговым слоем; в ладонно-подошвенной области – дополнительным блестящим слоем.
- У доношенного новорожденного развиты все придатки кожи – сальные и потовые железы, волосы. Однако, наблюдается относительная несостоятельность многих важных функций кожного покрова новорожденного, прежде всего, барьерной, терморегуляционной, а также функции трансэпидермальной резорбции.
- Для комплексной оценки состояния кожи и своевременной диагностики патологических явлений необходимо оценить следующие показатели здоровья кожи:
 - цвет (эритема, цианоз, иктеричность, равномерность окраски),
 - степень гидратации (влажность, сухость, десквамация),
 - целостность (трещины, очаги гипер- или гипоплазии кожи),
 - наличие патологических образований (пятен, уплотнений, очагов избыточного роста волос и др. аномалий)

Уход за кожей новорожденного ребенка

- Адекватный и регулярный уход за кожей новорожденного – это необходимое условие поддержания здоровья ребенка, профилактики различных заболеваний; важный элемент закаливания, гигиенического воспитания и психо-эмоционального контакта с родителями.

Основными процедурами повседневного ухода за кожей являются:

- КУПАНИЕ
- ЕЖЕДНЕВНЫЙ ТУАЛЕТ ЛИЦА (умывание), глаз, носа, ушей
- УХОД ЗА ПРОМЕЖНОСТЬЮ И ПЕРИОНАЛЬНОЙ ОБЛАСТЬЮ (подмывание, своевременная смена подгузников)
- Применение специальных средств профилактики опрелостей, пеленочного дерматита, раздражений и сухости кожи



- ✓ профилактика опрелостей, потёртостей, потницы;
- ✓ лечение и профилактика трещин сосков в период лактации;
- ✓ защита кожи от агрессивных факторов среды (мороз, ветер);
- ✓ профилактика пролежней;
- ✓ выраженная сухость кожи;
- ✓ атопический дерматит.

- ✓ профилактика и лечение сухости кожи (уход за кожей ребенка после купания);
- ✓ ожоги, в т. ч. солнечные;
- ✓ асептические раны

Гигиеническая ванна новорожденному ребенку

После отпадения пуповинного остатка новорожденного можно купать.



Приготовить:

Детскую ванночку
Водяной термометр
Очищающий гель pH нейтр.
Пеленку-полотенце
Сухое чистое белье
Детское масло
Стерильные ватные
шарики
Кувшин(ковшик)

t воды:

1й мес – 37,5-37 °C
2-6 мес - 37 – 36,5 °C
после 6 мес – 36,5 – 36 °C

1. Тщательно вымыть ванночку детским мылом, обдать кипятком
2. Налить в ванночку воду
3. Опустить в ванночку водяной термометр, отрегулировать t воды
4. Налить воды из ванночки в кувшин(ковш) для ополаскивания, поставить около ванночки.
5. Раздеть ребенка
6. Опустить ребенка в воду, начиная с ножек так, чтобы его голова находилась над поверхностью воды
7. Поливать тело ребенка водой в течение 3-5мин
8. Помыть складки ребенка очищающим средством
9. Помыть голову ребенка от лба к затылку
10. Перевернуть ребенка над ванной спинкой кверху
11. Облить ребенка чистой водой из кувшина
12. Накрыть ребенка полотенцем, просушить промокательными движениями
13. Уложить ребенка на чистое белье
14. Обработать складки детским маслом
15. Запеленать в чистое белье
16. Провести туалет носовых и слуховых ходов.

Рекомендации по уходу за кожей

- Для очищения век и периорбитальной области используются стерильные ватные тампоны, смоченные в теплой кипяченой воде. Протирается область глаз в направлении от наружного к внутреннему углу глаза. Каждый глаз отдельным тампоном.
- Туалет носа проводят с помощью ватных жгутиков, смоченных детским косметическим маслом. Для каждого носового хода отдельный ватный жгутик. Вводя его вращательным движением в носовой ход на 1-1,5 см.
- Туалет наружного слухового прохода следует проводить 1-2 раза в неделю с помощью ватного жгутика или ватной палочки с ограничителем. Необходимо удалять только видимую ушную серу, скопившуюся в ушной раковине, проводя вращательные движения жгутиком в одном направлении.
- Особого ухода требуют крупные кожные складки (шейная, подмышечные, паховые). При наличии повреждений кожи в области складок, необходимо использовать теплую кипяченую воду. Протереть, высушить и нанести эмоленты с цинком и пантенолом. Возможно использование влажных детских салфеток для очищения промежности и перипанальной области.
- Эмоленты могут быть использованы для профилактики раздражения кожи при ежедневном уходе, особенно при риске развития атопического дерматита.



Уход за пуповинным остатком

- Согласно международным рекомендациям, для ухода за пуповинным остатком не требуется создания стерильных условий. Не рекомендуется обрабатывать пуповинный остаток антисептиками, достаточно содержать его сухим и чистым, предохранять от попадания мочи и загрязнения, а также от травмирования при тугом пеленании.
- В случае загрязнения пуповинный остаток и кожи вокруг пупочного кольца можно промыть чистой водой и осушить марлевой салфеткой.
- Насильственное удаление (отсечение) пуповинного остатка не имеет под собой медицинских оснований. Подобная процедура опасна, т.к. может осложниться кровотечением, ранением стенки кишки при не диагностированной грыже пупочного канатика, инфицированием.

Правила ухода за пуповинным остатком:

- ✓ Мыть руки перед любыми действиями, связанными с пуповинным остатком;
- ✓ На некоторое время оставлять его открытым для доступа свежего воздуха, в остальное время прикрывать чистой сухой одеждой;
- ✓ Следить, чтобы подгузник не закрывал и не прижимал его;
- ✓ Не использовать лосьоны, присыпки, крема, антисептики.

Этапы заживления пупочной ранки:

- ✓ 3 - 7 день - пуповина отпадает и образуется пупочная ранка, за заживлением которой нужно следить и для этого обрабатывать
- ✓ 14 – 18 день – окончательное заживление пупочной ранки. Пупочная ранка считается зажившей, когда отделяемое больше не появляется;
- ✓ 19 – 24 день – период, когда пупочная ранка может начать подкравливать.



Признаки воспаления пуповинного остатка

- Отечность и покраснение кожи в околопупочной области;
- Задержка спадения сосудов пуповины, что может способствовать кровотечению из остатка;
- Задержка отпадания пуповинного остатка более 20 суток, подъём температуры тела ребенка более 37,5С,
- Вялое сосание или отказ от еды,
- Плоская весовая кривая,
- Инфекционно-воспалительные изменения в общем анализе крови.

Гангрена пуповинного остатка:

- ✓ Развивается при воспалении пуповинного остатка на фоне использования антисептиков и присоединения бактериальной флоры.
- ✓ Имеет следующие клинические симптомы:
 - Манифестирует в первые дни жизни,
 - Мумификация пуповинного остатка замедляется,
 - Пуповинный остаток влажный,
 - Приобретает грязно-бурый оттенок и неприятный гнилостный запах.
 - Осложнение – генерализация процесса.

Лечение гангрены пуповинного остатка производится в условиях стационара и включают: некрэктомию, системную антибактериальную терапию, местное лечение.

Воспалительные заболевания пупочной ранки

Воспалительные процессы пупочной ранки будут манифестировать после отпадания пуповинного остатка, при нарушении техники обработки и присоединения инфекционного агента.

Выделяют:

- ✓ **Катаральный омфалит** – серозное отделяемое из пупочной ранки с замедлением сроков её эпителизации, легкая гиперемия и незначительная воспалительная инфильтрация пупочного кольца. Кровянистые корочки, под которыми после отпадения пуповинного остатка возможно скопление гнойно-серозного отделяемого. Общее состояние новорожденного не нарушено, температура тела нормальная. **Лечение местное:** 3 – 4 раза в сутки обработка пупочной ранки 3% р-ром перекиси водорода, а затем 2% спиртового р-ра бриллиантового зеленого. Показано УФ-облучение пупочной ранки.
- ✓ **Гнойный омфалит** – гнойное отделяемое из пупочной ранки, отек и гиперемия пупочного кольца. Начинают пальпироваться воспаленные пупочные сосуды (эластичные тяжи над пупком или ниже пупка). Заболевание может сопровождаться интоксикацией, повышением температуры тела, воспалительными изменениями со стороны крови. **Лечение:** обработка 3% р-ром перекиси водорода, затем 2% спиртового р-ром бриллиантового зеленого. Порошок с бацитрацином и неомицином (банеоцин), обрабатывать пупочную ранку р-ром антисептиков. УФ-облучение пупочной ранки.

Воспалительные заболевания пупочной ранки

- ✓ **Флегмонозный омфалит** – появляется отек, инфильтрация тканей, гиперемия кожи, выпячивание пупочной области. На дне пупочной ранки в ряде случаев (если при обработке пупочной ранки не снимать корочку) образуется язва с подрывными краями, фибринозными наложениями. Отмечают ухудшение состояния, вялость, слабое сосание груди. Срыгивания, бледность кожи или бледно-серый ее оттенок, повышение температуры тела до фебрильных цифр, снижение или отсутствие прибавки массы тела. **Лечение:** системная бактериальная терапия, местное лечение.
- ✓ **Некротический омфалит** – редкое осложнение флегмонозной формы омфалита у недоношенных и резко ослабленных детей. Процесс распространяется вглубь. Кожа приобретает багрово-синюшный цвет, наступает её некроз и отслойка от подлежащих тканей. При этом образуется обширная рана. Быстро обнажаются мышцы и фасции в области брюшной стенки. **Лечение:** госпитализация, хирургическое лечение, системная антибактериальная терапия. Ведение раны открытым способом.

Невоспалительные заболевания пуповинного остатка

- **Кожный пупок** – представляет собой переход кожи передней брюшной стенки на оболочку пуповины. Величина кожного выроста не превышает 1 – 1,5 см и уменьшается с возрастом. **Лечения не требует.**
- **Амниотический пупок** – переход амниотических оболочек с пуповины на переднюю брюшную стенку в сочетании с отсутствием на данном участке кожного покрова. Возможна инфицированность участка. **Лечение:** наложение асептических повязок с эпителизирующими препаратами.
- **Фунгус пупка** – грибовидное разрастание грануляций и остатков пуповинной ткани, заполняющие пупочную ранку и иногда возвышающиеся над краями пупочного кольца. Состояние ребенка практически не нарушается. Лечение местное – прижигание грануляций ляписным карандашом после обычной ежедневной обработки пупочной ранки.

Неинфекционные заболевания пупочной ранки

- **Пупочная грыжа** – выпячивание округлой или овальной формы в области пупочного кольца. Пальпаторно выявляется широкое пупочное кольцо. Возможны незначительное расхождение прямых мышц живота, а при плотном крае пупочного – болезненное ущемление. **Лечение:** массаж передней брюшной стенки, раннее выкладывание ребенка на живот.
- **Грыжа пупочного канатика** – выпячивание органов брюшной полости под амниотические оболочки пуповины через имеющийся в области пупочного кольца дефект передней брюшной стенки. Размеры грыжи – 5 – 8 см в диаметре и больше. Бывают неосложненные или осложненные разрывом оболочек с эвентрацией внутренних органов с их инфицированием и гнойным расплавлением. **Лечение:** на участке не проводится. Ребенок переводится из РД в хирургический стационар.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

- Пограничные состояния периода новорожденности (**код по МКБ–Х: P80–83**) - реакции и состояния, отражающие процессы приспособления организма новорожденного ребенка к внеутробному существованию.
- Их называют переходными (транзиторными, физиологическими или пограничными) состояниями новорожденных.
- Они возникают на границе внутриутробного и внеутробного периодов и являются гранью между нормой и патологией, т. е. они являются физиологическими для новорожденных, но при определенных условиях (дефекты ухода, вскармливания, различные заболевания) могут становиться патологическими, т. е. пограничные состояния могут predispose к заболеваниям.



К пограничным состояниям периода новорожденности относятся:

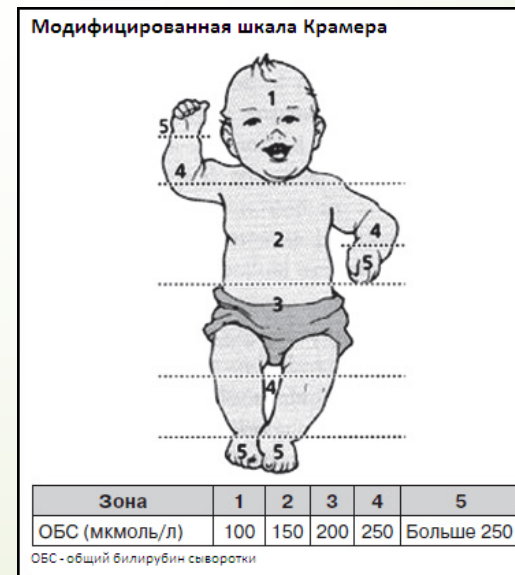
1. **Транзиторная потеря первоначальной массы тела:** потеря жидкости вследствие низких объемов грудного молока, потери жидкости с перспирацией, мочой и отхождением мекония. Максимальная убыль первоначальной массы тела у здоровых новорожденных обычно составляет не более 8-10 % к 3 дню жизни. Восстановление массы тела после ее физиологической убыли у большинства детей (60–70 %) происходит к 8-10 дню.
2. **Простая эритема. Физиологическое шелушение:** реактивная краснота кожи, возникающая после удаления первородной смазки или первой ванны; на 2-е сутки эритема более яркая, к концу 1-й недели исчезает, затем может быть отрубевидное шелушение чаще на животе и груди, у недоношенных детей может сохраняться до 2–3 недель.
3. **Токсическая эритема (ТЭ):** появление эритематозных пятен с серовато-желтоватыми папулами или пузырьками в центре на 2–5-й день жизни. Встречается у 10-20 % новорожденных. В большинстве случаев (80–85 %) является результатом *аллергоидной реакции*, т. е. развивается вследствие дегрануляции тучных клеток и выделения медиаторов аллергических реакций немедленного типа, и лишь в 15–20 % случаев - истинной аллергической. Локализуется обычно на разгибательных поверхностях кожи конечностей вокруг суставов, на ягодицах, груди, животе, реже на лице. По клиническим формам выделяют локализованную (ограниченную), распространенную и генерализованную ТЭ. ТЭ может иметь острое (появление сыпи на 2-3 сутки жизни и ее исчезновение к 5-7 дню или затяжное течение (начало высыпаний варьиabelно, от первых суток до 3-4 дня жизни, сыпь может сохраняться до 14 и более дней).

4. Транзиторное нарушение теплового баланса: Транзиторная гипотермия. В первые 30 мин жизни температура тела ребенка снижается на $0,1-0,3^{\circ}\text{C}$ в минуту и достигает примерно $35,5-35,8^{\circ}\text{C}$ с восстановлением к 5–6 часу жизни (обусловлено особенностями компенсаторно-приспособительных реакций ребенка). **Транзиторная гипертермия.** Возникает на 3-5-й день жизни, температура тела может повышаться до $38,5-39,5^{\circ}\text{C}$ и выше. Основные причины - дефицит жидкости, обезвоживание, перегревание, катаболическая направленность обменных процессов, гипернатриемия.

5. Транзиторная гипербилирубинемия (физиологическая желтуха): встречается практически у всех новорожденных на первой неделе жизни, визуально желтуха определяется у 60-70% доношенных и 90-95% недоношенных новорожденных. Нормальное содержание билирубина в сыворотке пуповинной крови $26-34$ мкмоль/л. Практически у всех новорожденных в первые дни жизни концентрация билирубина в сыворотке крови увеличивается со скоростью $1,7-3,4$ мкмоль/л/час, преимущественно за счет непрямого билирубина. Визуально желтушность кожных покровов у доношенных новорожденных появляется при уровне билирубина около $70-85$ мкмоль/л, а у недоношенных - в пределах $100-110$ мкмоль/л. Желтуха характеризуется по интенсивности, оттенкам (субиктеричность, иктеричность, с лимонным, шафрановым или зеленоватым оттенком) и распространенности (шкала Крамера - 5 степеней).

Клинические критерии физиологической желтухи:

- Начало конец 2-х – начало 3-х сут.
- Нарастает в теч. первых 4-5 сут.
- Угасает с конца 1-й нед. жизни
- Исчезает на 2-3 нед. жизни (у доношенных к 10 сут, у недоношенных к 14 сут.)
- Общее состояние ребенка не страдает
- Отсутствует гепатолиенальный синдром
- Моча и кал имеют обычную окраску
- Оттенок кожи оранжевый



- ✓ Прокрашивание 3-й зоны у недоношенных и 4-й зоны у доношенных, является показанием для срочного определения билирубина в крови

6. Половой (гормональный) криз: наблюдается у «зрелых» доношенных новорожденных, проявляется нагрубанием грудных желез (65–70%), **милией** (представляют собой мелкие белые пузырьки, содержащие бело-желтоватый секрет) - закупорка выводных протоков сальных желез. Чаще располагаются в области носа и лба; исчезают без лечения в течение 1-2 недель.

У девочек также может наблюдаться десквамативный вульвовагинит, метроррагии (5-10%). В основе этого состояния лежат гиперэстрогенный фон плода вследствие перехода гормонов от матери к плоду и быстрое их выведение на 1-й неделе жизни. У недоношенных и незрелых новорожденных проявления гормонального криза наблюдаются реже.



7. Мочекислый инфаркт: обусловлен повышенными процессами катаболизма, что приводит к усилению пуринового обмена с образованием мочевой кислоты, которая в виде кристаллов откладывается в почечных канальцах, и, как следствие, моча приобретает желто-коричневый цвет. При этом повреждения почечных канальцев не отмечается. Время проявления - первая неделя жизни.

Возможные патологические состояния при ранней выписке

► Синдром рвоты и срыгивания

Прежде чем начать диф. диагностику и лечения синдрома срыгивания необходимо определиться, что наблюдается у ребенка, регургитация или рвота.

- Младенческая регургитация (функциональное срыгивание) – это пассивный непроизвольный возврат содержимого пищевода или желудка в ротовую полость вскоре после еды.
- Рвота является сложнорефлекторным актом, во время которого наступает непроизвольное выбрасывание содержимого желудка через пищевод, глотку и рот, при этом происходит сокращение привратника и расслабление дна желудка, расширение и укорочение пищевода, сильное сокращение диафрагмы и мышц брюшного пресса, голосовая щель закрывается, мягкое нёбо поднимается. Опорожнение желудка происходит благодаря многократным отрывистым сокращениям мышц живота, диафрагмы, желудка.

С. срыгивания в п-од новорожденности проявляется огромное количество патологических состояний. При появлении жалоб, при недостаточной прибавке массы тела, ухудшения состояния ребенка, необходимо исключать:

- Гастро-интестинальную форму пищевой аллергии
- Кишечные инфекции, нарушения микробиоценоза к-ка
- Пилоростеноза и др. пороков развития ЖКТ
- Некротического энтероколита
- Адено-генитального синдрома
- Интоксикации на фоне интеркурентных заболеваний

Возможные патологические состояния при ранней выписке

Геморрагический синдром. В ранний неонатальный период при появлении геморрагического синдрома необходимо думать о манифестации коагулопатий, тромбоцитопатий или тромбоцитопений

- Геморрагическая болезнь новорожденных связана с дефицитом вит. К, который приводит к снижению уровня витамин К зависимых факторов свертывания: II, VII, IX, X.
- Геморрагический синдром при данном заболевании может проявляться кожно-геморрагическим синдромом, желудочно-кишечным кровотечением, внутриорганными кровоизлияниями.
- При лабораторном исследовании изменения уровня тромбоцитов не определяется, а в коагулограмме наблюдается удлинение АЧТВ и протромбинового времени.
- Лечение геморрагической болезни проводится в стационаре. Вводится викасол внутримышечно 1-1,5 мг/кг в сутки.

Возможные патологические состояния при ранней выписке

Инфекционные заболевания кожи

- Везикулопустулез
- Пузырчатка новорожденных
- Кандидоз
- Эксфолиативный дерматит Риттера
- Синдром стафилококковой обожженной кожи
- Псевдофурункулез
- Флегмона новорожденных
- Рожистое воспаление

Предрасположенность к инфекционным поражениям кожи

- Тонкий и рыхлый эпидермис, что делает его легкоранимым.
- Слабо развитые коллагеновые и эластичные волокна.
- Большое количество кровеносных сосудов с высокой степенью проницаемости.
- Базальная мембрана очень нежная и рыхлая, соединительная и эластичная ткань практически отсутствует, что делает связь между эпидермисом и дермой слабой.
- Рн кожи 6,7 - что близко к нейтральной реакции.
- Легкая ранимость, активные процессы заселения кожи микроорганизмами, незрелость местного иммунитета снижает её защитные функции в неонатальном периоде.

Везикулопустулёз – заболевание, преимущественно стафилококковой природы. Характеризуется воспалением устьев экзокринных потовых желез.

- **Симптомы:** мелкие поверхностные пузырьки размером до нескольких миллиметров в диаметре, наполненные вначале прозрачным, а затем мутным содержимым (кожа ягодиц, бедер, естественных складок и головы). Пузырьки лопаются через 2-3 дня, участки эрозии покрываются коротчками. Течение доброкачественное.
- **Лечение:** ванны с применением дезинфицирующих растворов (перманганат калия 1:10000). До ванн гнойнички удаляют стерильной салфеткой, смоченной в 70% р-ре спирта. Двукратное применение 1-2% спиртовых р-ров анилиновых красителей. Применяют присыпку ксероформа, банеоцина, УФ-облучение. При наличии значительного количества кожных элементов, температурной реакции и воспалительных изменений в анализе крови – госпитализация с назначением антибиотикотерапии.

Пузырчатка новорожденных

- **Доброкачественная форма:** на неизменном фоне или на фоне эритематозных пятен вялые пузыри 0,5 – 1,0 см в диаметре с серозно-гнойным содержимым, окруженные венчиком гиперемии, симптом Никольского отрицательный. Локализация: нижняя половина живота, область пупка, конечности, естественные складки. После вскрытия пузырей появляются эрозии без образования корок. Общее состояние ухудшается до средне-тяжелого.
- **Злокачественная форма:** состояние тяжелое, фебрильная температура, признаки системной воспалительной реакции, множество фликтен до 203 см в диаметре, с-м Никольского положительный.
- **Лечение:** в условиях стационара. Антибактериальная терапия и местное лечение: прокалывание пузырей, обработка 70% спиртом, 5% перманганатом калия, банеоцином.

Возможные патологические состояния при ранней выписке

Затянувшаяся или манифестировавшая к концу первой недели желтуха.

- **Желтуха грудного вскармливания** – появляется на 2-3-й день жизни, нарастает к 4-6 дню. После 2 недель жизни (иногда до 8-12 нед.) остается видимой у трети детей на ГВ, как продолжение физиологической неонатальной желтухи. Возникает в результате усиленной кишечно-печеночной циркуляции билирубина, на фоне недостаточной частоты грудных кормлений, приводящих к неудовлетворительной лактации и сниженному потреблению грудного молока. Недостаточное количество молока в первые дни жизни приводит к потере массы тела, медленной кишечной перистальтике и задержке мекония. Повышенный уровень билирубина провоцирует сонливость и вялое сосание, что ещё более усиливает ситуацию.
- Правильнее данное состояние называть не «желтухой ГВ», а «желтухой недостаточного ГВ», потому как не само ГВ, а его неадекватность является причиной желтухи.
- Случаи неонатальной желтухи, вызванной недостаточным вскармливанием, должны быть распознаны как можно раньше, чтобы избежать дегидротации и развития токсического эффекта билирубина (426 мкмоль/л).
- Для здоровых новорожденных с гестационным возрастом более 36 нед. При наличии желтухи грудного вскармливания с уровнем билирубина от 204 мкмоль/л до 289 мкмоль/л рекомендуется:
 - увеличить частоту кормлений до 10 -12 раз в сутки,
 - рассмотреть вопрос о назначении докорма смесью.
 - для младенцев с уровнем билирубина 294 мкмоль/л и выше – добавить фототерапию
 - в дополнительной жидкости нет необходимости (допаивание повышает энтерогепатическую циркуляцию билирубина).

(Протокол Американской академии педиатрии по управлению гипербилирубинемией у здоровых новорожденных).

Возможные патологические состояния при ранней выписке

Затянувшаяся или манифестировавшая к концу первой недели желтуха.

- **Желтуха грудного молока** – педиатры регулярно встречаются с хорошо прибавляющими в весе детьми на ГВ, которые желтушны в теч. 4-8 недель и даже на 3-м месяце жизни.
- Прегнан-диол (стероидный метаболит прогестерона) был выделен из молока матерей, у детей которых наблюдались клинические признаки желтухи ГМ. Прегнан-диол ингибирует глюкоронилтрансферазу.
- Основным клиническим синдромом желтухи ГМ является: сывороточный билирубин в основном неконъюгированный, ребенок хорошо себя чувствует, активен, хорошо сосёт и прибавляет в весе. Уровень билирубина не должен превышать 204 мкмоль/л и со временем снижаться, приходя к нормальным значениям, даже если ГВ продолжается.
- Появление желтухи не является поводом для прекращения ГВ. Обсуждать отмену ГВ в качестве лечения можно при уровне билирубина более 350 мкмоль/л
- Если ребенок здоров и уровень билирубина остается ниже порогового значения для фототерапии (294 мкмоль/л), никакого лечения не требуется.
- При высоких концентрациях билирубина – назначается фототерапия.
- Случаев ядерной желтухи не описано.

ПЕРЕЧЕНЬ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ТЕЧЕНИЕ 1-ГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ.

- ✓ В РФ профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в объеме, предусмотренном перечнем исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних согласно Приложению №1 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом МЗ РФ от 10 августа 2017 г. N 514н.

№ п/п	Возрастные периоды	Осмотры врачами-специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1.	Новорожденный	Педиатр	Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию (в случае отсутствия сведений о его проведении) Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)
2.	1 месяц	Педиатр Невролог Детский хирург Офтальмолог Детский стоматолог	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов Эхокардиография Нейросонография Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)

С окончанием периода новорожденности комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних осуществляется на основании следующих критериев:

- Наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;
- Уровень функционального состояния основных систем организма;
- Степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- Уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим группам:

I группа здоровья: здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений;

II группа здоровья:

- дети, у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения;
- реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней степени тяжести;
- дети с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефицитом массы тела или избыточной массой тела;
- часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями;
- дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма;

III группа здоровья:

- дети, страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания (состояния);
- несовершеннолетние с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда;

IV группа здоровья:

- несовершеннолетние с хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций;
- дети с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения;
- дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможности обучения или труда;

V группа здоровья:

- несовершеннолетние, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений, требующими назначения постоянного лечения;
- дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда.



Заключение



- Система патронажей – новый стандарт на современном этапе развития первичной медико-санитарной помощи
- Требуется высококвалифицированных специалистов (участковый педиатр, участковая медсестра)
- Позволяет контролировать работу участковых бригад заведующему педиатрическим отделением и старшей медицинской сестре (по чек-листам)
- Повышает качество систематического наблюдения за состоянием ребёнка первого месяца жизни.