



The Healthy Family Project



РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ НОВОРОЖДЕННЫХ:

руководство для врачей,
медицинских сестер и акушерок



The World Bank
Group



Департамент репродуктивного здоровья и исследований
Всемирная организация здравоохранения, Женева



За дальнейшей информацией обращайтесь:
Департамент репродуктивного здоровья и исследований, Здоровье семьи и общества, Всемирная организация здравоохранения
World Health Organization
Avenue Appia 20, Ch 1211 Geneva 27, Switzerland
Fax: +41 22 791 4189/4171
E-mail: reproductivehealth@who.int

Для обновления этой публикации, посетите веб-сайт ВОЗ, секция здоровья матери и ребенка:
www.who.int/reproductive-health

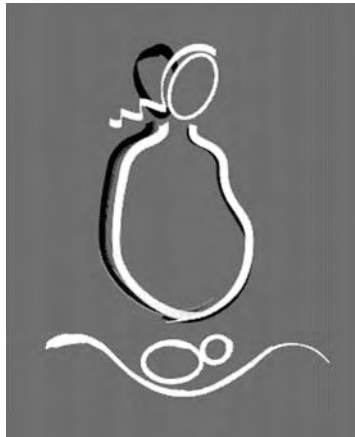


Отдел репродуктивного здоровья и исследований,
Всемирная Организация Здравоохранения, Женева
Интегрированное Ведение Беременности и Родов

Уход во время Беременности, Родов, Послеродового периода и Уход за новорожденным.

Руководство для эффективной практики

Рабочая версия русского перевода



**Департамент РЗ и исследований
Всемирная Организация Здравоохранения
Женева**

© Всемирная организация здравоохранения 2005

Все права защищены. Публикации Всемирной Организации Здравоохранения могут быть получены через Отдел Продаж и Распространения Всемирной Организации Здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел. +41 22 791 24766 факс +41 22 791 4857. e-mail bookorders@who.int). За разрешением на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ как для коммерческого, так и для некоммерческого распространения следует направлять в отдел Публикаций по приведенному выше адресу (факс +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Обозначение должностей упоминаемых работников и представленный в этой публикации материал не подразумевает выражение какого-либо мнения любой части Всемирной Организации Здравоохранения, касающегося юридического статуса страны, территории, города, области или их руководства, а также вопросов, касающихся размежевания границ. Прерывистые линии на картах обозначают примерные линии границ, по которым пока может не быть достигнуто окончательных соглашений.

Упоминание названий компаний или определенных производителей продуктов не подразумевает, что они одобряются или рекомендуются Всемирной Организацией Здравоохранения более, чем другие аналогичные, не упомянутые в тексте. Возможны ошибки и опечатки. Названия патентованных продуктов характеризуются первыми заглавными буквами.

Всемирная Организация Здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в этой публикации, является полной и безошибочной и не несет ответственности за любой вред, нанесенный в результате ее использования.

БЛАГОДАРНОСТИ

Внесли основной вклад:	Peter Cooper Robert Johnson Haroon Saloojee Jelka Zupan	
Внесли вклад:	Julia Brothers Atanu Kumar Jana Joy Lawn Indira Narayanan Chandrakant Ruparelia Harshad Sanghvi Achmad Surjono	
Редактор:	Melissa McCormick	
Помощники редактора:	Sonia Elabd Dana Lewison Erin Wagner	
Художник:	Kimberly Battista	
Графика и макет:	Deborah Raynor	
Дизайн обложки:	Maire Ni Mhearain	
Рецензенты:		
Youssef Al-Eissa	Adenike Grange	Suradi Rulina
Deema Al Imam	Dasatjipta Guslihan	Ирина Рюмина
Anna Alisjahbana	Petra ten Hoope-Bender	D. Setyowireni
Saif Al-Saif	Ardi Kaptiningsih	Mamdouh Shaaban
Duong Thi Cuong	M. Sholeh Kosim	Maryanne Stone-Jimenez
Gary Darmstadt	Ornella Lincetto	Haby Signate Sy
Sylvia Deganus	Sandra MacDonagh	Skender Sylva
A.M. Djauhariah	Viviana Mangiaterra	Ragnar Tunell
France Donnay	Marie Antonette	Ali Usman
Trevor Duke	Mendoza	Martin Weber
L. Haksari Ekawaty	Pius Okong	David Woods
Indarso Fatimah	Kike Osinusi	John Wyatt
Masanori Fujimura	Vinod K. Paul	
Frances Ganges	Nicky Pereira	
	Chen RuJun	

Европейское бюро ВОЗ выражает искреннюю благодарность за поддержку и экспертную помощь при обеспечении перевода на русский язык Проекту «Надежда» (Узбекистан), Джон Сноу Инк (JSI) (Украина), профессору Arunas Liubysys и профессору Е.Н.Байбариной

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	v
Предисловие	vii
Ведение в данное руководство	ix
Список сокращений	xiii
Список диагнозов	xv
Список рисунков	xviii
Список таблиц	xix

ГЛАВА 1: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ И ЛЕЧЕНИЕ

Организация помощи больному или маловесному ребенку	F-1
Немедленная оценка и неотложная терапия	F-5
Дальнейшее обследование и лечение	F-7
Маловесный ребенок	F-23
Множественные признаки заболевания (чаще всего сепсис и асфиксия)	F-35
Дыхательная недостаточность	F-47
Мать с внутриутробной инфекцией или лихорадкой во время или после родов, или с разрывом околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов	F-55
Судороги и мышечные спазмы	F-59
Аномальная температура тела	F-69
Желтуха	F-77
Летаргия и другие неспецифические признаки	F-87
Низкий уровень глюкозы в крови	F-91
Проблемы вскармливания	F-93
Рвота и/или вздутие живота	F-99
Диарея	F-107
Кровотечение и/или бледность	F-113
Родовая опухоль	F-121
Проблемы кожи и слизистых оболочек	F-127
Покрасневший и разбухший, с выделяющимся гноем или неприятным запахом пупок	F-135
Покрасневшие, отекающие или гноящиеся глаза	F-139
Родовая травма	F-145

Врожденные дефекты	F-151
Бессимптомный новорожденный ребенок от матери с гепатитом, туберкулезом, диабетом, или сифилисом	F-155
Мать с ВИЧ	F-159

ГЛАВА 2: ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Поддержание нормальной температуры тела	C-1
Кормление и введение жидкости	C-11
Кислородная терапия	C-25
Антибиотики	C-31
Профилактика инфекций	C-37
Клиническое использование крови	C-47
Иммунизация	C-51
Оценка развития	C-53
Общение и эмоциональная поддержка	C-57
Транспортировка и направление	C-63
Выписка и последующее наблюдение	C-67

ГЛАВА 3: ПРОЦЕДУРЫ

Реанимация ребенка, который дышал	P-1
Измерение температуры тела	P-5
Забор крови для исследования	P-9
Измерение уровня глюкозы крови	P-13
Инъекции	P-15
Обеспечение внутривенного доступа	P-21
Переливание крови	P-31
Введение желудочного зонда	P-33
Осуществление спинномозговой (люмбальной) пункции	P-37
Ректальное введение паральдегида	P-41
Дренажное гнойника	P-43

ГЛАВА 4: ПРИЛОЖЕНИЯ

Сохранение медицинских записей	A-1
Необходимое оборудование, средства и лекарства	A-9
Предметный указатель	A-15

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время повышение знаний и совершенствование технологий значительно улучшили здоровье матерей и новорожденных. Однако в последнее десятилетие замедлился прогресс в снижении материнской смертности, также уменьшилась скорость постоянного снижения детской смертности, отмечавшегося во многих странах с середины пятидесятых годов. Причиной последнего в основном является невозможность понизить неонатальную смертность.

Ежегодно в мире умирает более четырех миллионов детей в возрасте до одного месяца, в основном в течение первой «критической» недели жизни. На каждого умершего новорожденного приходится один мертворожденный. Значительная часть этих смертей является следствием плохого состояния здоровья и нутритивного статуса матерей, а также неадекватной помощи до, во время и после рождения. К сожалению, эта проблема остается нераспознанной или, что еще хуже, считается неизбежной в большом количестве обществ, в основном потому, что она так обычна.

Признавая значительное влияние материнских и неонатальных заболеваний или здоровья на способность к развитию индивидуумов, отдельных сообществ и всего общества, мировые лидеры вновь подтвердили свое обязательство инвестировать в здоровье матерей и детей, включив цели и задачи снижения материнской, детской и младенческой смертности в Декларацию Миллениума.

Широко распространена ошибочная идея о том, что для улучшения здоровья новорожденных необходимы высокие технологии и высокоспециализированный персонал. В реальности многие состояния, приводящие к перинатальной смерти, могут быть излечены или предотвращены без использования сложных и дорогостоящих технологий. Требуется лишь необходимый уход во время беременности, помощь акушерки во время родов и ближайшем послеродовом периоде и небольшое число интенсивных вмешательств при оказании помощи новорожденному в первые несколько дней жизни.

В связи с вышеизложенным, мы с гордостью представляем документ «Ведение больного новорожденного: руководство для врачей, медицинских сестер и акушерок» как новое дополнение к руководству «Интегрированное ведение беременности и родов». Руководство содержит полный перечень современных, основанных на доказательности норм и стандартов, которые помогут провайдером медицинских услуг оказывать высококачественную помощь в периоде новорожденности, соотносимую с потребностями матери и ее новорожденного ребенка.

Мы ожидаем, что данное руководство поможет лицам, принимающим решения, менеджерам программ и поставщикам медицинских услуг правильно наметить курс на такую организацию службы, которая бы отвечала интересам всех новорожденных детей. У нас есть знания, наша задача трансформировать их в действие на благо тех матерей и детей, которые в наибольшей степени нуждаются в помощи.

Др. Томрис Термен
Исполнительный Директор
Отдел семейного и общественного здоровья (FCH)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Это руководство было создано Всемирной Организацией Здравоохранения для помощи странам с ограниченными ресурсами в осуществлении их усилий по снижению неонатальной смертности и для обеспечения адекватной помощи новорожденным детям с проблемами, вызванными осложнениями беременности и родов, такими, как асфиксия, сепсис, низкий вес при рождении или преждевременные роды.

Основная часть этого руководства состоит из описания клинических симптомов и лабораторных данных, позволяющих рано выявить заболевание, и современных рекомендаций по ведению. Данное руководство будет полезным при проведении организационных мероприятий по улучшению качества работы служб здравоохранения и проведении тренингов для персонала путем контроля и обратной связи с потребителями медицинских услуг.

Рекомендации, представленные в этом руководстве, основаны на последних научных доказательных данных и будут обновляться по мере поступления новой информации. Кроме того, рекомендации по диагностике и ведению в данном руководстве не противоречат другим материалам ВОЗ серии «Интегрированное ведение беременности и родов (ИВБР)», таким, как *«Уход во время беременности, родов, послеродового периода и уход за новорожденным: руководство для эффективной практики»* и *«Ведение осложненной беременности и родов: руководство для акушерок и врачей»*. Данное руководство содержит сведения о заболеваниях, возникших при рождении и в первую неделю жизни, таким образом, оно дополняет «Интегрированное ведение болезней детского возраста», где представлены рекомендации по лечению больных младенцев, заболевания у которых возникли после первой недели жизни.

Мы надеемся, что руководство будет доступно всякий раз, когда врач, медицинская сестра или акушерка встретятся с больным или недоношенным новорожденным. Кроме того, все руководства серии ИВБР могут помочь национальным министерствам здравоохранения удостовериться в том, что страны владеют достоверной и современной информацией, которая может стать основой их национальных стандартов, учебных программ и руководств. Для того, чтобы руководство оказывало необходимый эффект, его пользователей следует также обучать в тех условиях, где полученные навыки могут быть использованы. Руководства серии ИВБР могут быть дополнены значительным количеством имеющихся в наличии комплексов обучающих пособий.

ВВЕДЕНИЕ В ДАННОЕ РУКОВОДСТВО

Недоношенный или страдающий потенциально угрожающим жизни заболеванием новорожденный ребенок находится в неотложной ситуации и требует немедленного проведения диагностических и лечебных мероприятий. Задержка в выявлении проблемы или в предоставлении помощи может быть фатальной. В данном руководстве представлены современные авторитетные клинические рекомендации для использования в первичном звене здравоохранения в условиях дефицита ресурсов, предназначенные для врачей, медицинских сестер, акушерок и других медицинских работников отвечающих за ведение больных новорожденных детей первой недели (недель) жизни. Руководство также может быть использовано для выявления более редких и тяжелых состояний, требующих перевода ребенка в учреждение более высокого уровня.

Для эффективного приложения данного руководства к практике необходимо обеспечить круглосуточное присутствие в родовспомогательном учреждении лица, имеющего навыки в ведении больных и недоношенных новорожденных. Кроме того, необходимо наличие базовых поддерживающих систем, включающих:

- Возможность проведения основных лабораторных исследований – определение гемоглобина, гематокрита (объемная фракция эритроцитов), глюкозы крови, сывороточного билирубина, бактериологических исследований с определением чувствительности выделенных из крови, гноя и ликвора микроорганизмов.
- Доступность необходимых лекарств, включая ключевые антибиотики, такие как ампициллин и гентамицин
- Необходимое оборудование и расходный материал, включая точные весы и инфузионные насосы (микрокапельницы).
- Возможность обеспечить безопасное переливание крови.

В некоторых учреждениях эти базовые возможности могут отсутствовать. Для таких ситуаций в руководстве указаны альтернативные методы исследования или ведения больных (при возможности), однако задачей работников здравоохранения и руководителей службы является борьба за более широкую доступность этих базовых стандартов, позволяющих осуществлять эффективную помощь больным и недоношенным новорожденным.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТИМ РУКОВОДСТВОМ

В данном руководстве сделан акцент на быстрое обследование и принятие решений с тем, чтобы в первую очередь выделить наиболее больных новорожденных и предпринять необходимые экстренные действия.

- Главным приоритетом является немедленное выявление у всех новорожденных признаков угрожающих жизни состояний и идентификация тех детей, которым требуется неотложная помощь.
- Дальнейшая оценка, включая сбор анамнеза и полное физикальное обследование, необходимы для того, чтобы медицинский работник мог выбрать соответствующую тактику для каждой из выявленных проблем.

В основной части руководства материал излагается в соответствии с клиническими признаками и симптомами (например «Затруднение дыхания»). Поскольку такой подход отличается от методики изложения в большинстве медицинских учебников (там материал излагается в соответствии с заболеваниями), в данном руководстве представлена таблица диагнозов и указаны страницы соответствующего этому заболеванию текста. Основной раздел руководства состоит из четырех глав, каждая из которых снабжена буквенным кодом и имеет отдельную нумерацию страниц. Широко используются перекрестные ссылки, что позволяет читателю быстро найти нужную информацию во всех главах руководства.

Глава 1 - ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ (имеющая буквенный код нумерации страниц «F») содержит короткий раздел, в котором излагаются признаки для выявления детей, которые могут умереть в ближайшее время, и даны рекомендации по неотложным действиям для стабилизации состояния новорожденного. Эта глава также включает описание необходимой дальнейшей оценки состояния для уточнения имеющейся проблемы, список относящихся к этой проблеме вопросов для уточнения анамнеза и описание полного физикального обследования. В табличной форме представлены детали обследования и, при необходимости, оказания начальной помощи и затем указаны соответствующие выявленной патологии главы руководства. В последующих главах, за редкими исключениями, по отдельности рассматривается каждый патологический клинический или лабораторный признак.

Большинство глав начинается с общего описания, ведения (где возможно), затем следует таблица дифференциального диагноза, которая приводит медицинского работника к наиболее вероятному заболеванию, которое обусловило данную проблему. В каждой таблице отдельно указаны соответствующие данные анамнеза и клинико-лабораторного обследования. Для того, чтобы помочь пользователю выявить значимость выявленных признаков используются курсив и жирный шрифт: диагноз не может быть выставлен если признаки, выделенные жирным шрифтом отсутствуют у ребенка. Однако присутствие этих признаков не гарантирует наличия соответствующего заболевания. Диагноз определенно подтверждается при наличии признаков, отмеченных курсивом. Признаки, напечатанные обычным шрифтом являются вспомогательными – их наличие помогает в постановке диагноза, но их отсутствие не позволяет исключить заболевание.

После диагностических таблиц следуют упрощенные протоколы ведения. Если имеются несколько методов лечения, то предпочтение отдается наиболее эффективным и наименее затратным. Даны четкие рекомендации относительно используемых медикаментов и их дозировок, приведены альтернативные медикаменты. И в диагностических таблицах, и в отдельных главах дано описание состояний, требующих перевода ребенка в больницу более высокого уровня.

Глава 2 - ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ (имеющая буквенный код нумерации страниц «С»), содержит общие принципы ведения больного или недоношенного новорожденного. Эта глава включает общие принципы текущего ухода, включая вскармливание, поддержание нормальной температуры тела, предотвращение инфекции, иммунизацию и оценку роста. Кроме того, в главе представлены сведения о правилах назначения кислорода, антибиотиков и переливания крови. Включены также сведения по эмоциональной поддержке, посещениям, выписке домой и дальнейшему наблюдению.

Глава 3 - ПРОЦЕДУРЫ (имеющая буквенный код нумерации страниц «Р») содержит описания процедур, которые могут потребоваться при уходе за больным или недоношенным новорожденным. Эти описания не являются детальными инструкциями, а скорее краткими резюме основных ступеней каждой процедуры. Поскольку основные принципы ухода представлены в главе 2, здесь они не повторяются если только это не требуется при описании процедуры.

Глава 4 - ПРИЛОЖЕНИЯ (имеющая буквенный код нумерации страниц «А»), содержит образцы записей и перечень необходимого оборудования, расходных материалов и медикаментов. Включен также индекс, причем он организован так, что он может быть использован в экстренной ситуации для того, чтобы быстро найти необходимый материал. Наиболее «критическая» информация, включающая диагноз, ведение и необходимые процедуры напечатана в начале главы жирным шрифтом. Остальные позиции перечислены в алфавитном порядке. Указаны только страницы, содержащие критически важную или полностью относящуюся к данному термину информацию, номера страниц, где лишь упоминаются данные термины не указываются.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ABO	система основных групп крови человека
БЦЖ (BCG)	бацилла Calmette-Guérin (вакцина для иммунизации против туберкулеза)
ВГБ (HBV)	вирус гепатита В
ВИЧ (HIV)	вирус иммунодефицита человека
в/м (IM)	внутримышечно
в/в (IV)	внутривенно
г (g)	грамм
Г6ФДГ (G6PD)	глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа
дл (dl)	децилитр
кг (kg)	килограмм
КДС (DPT)	вакцина для иммунизации против коклюша, дифтерии и столбняка
мг (mg)	миллиграмм
мкмол (μmol)	микромольный/микромоль
мл (ml)	миллилитр
ммол (mmol)	миллимолярный/миллимоль
МУК (KMC)	материнский уход по методу кенгуру
ОВП (OPV)	оральная вакцина против полиомиелита
РОР (ORS)	раствор для оральной регидратации
СПИД (AIDS)	синдром приобретенного иммунодефицита
ЦСЖ (CSF)	цереброспинальная жидкость (ликвор)
°C	градусы по Цельсию
F	французская шкала измерений
HbsAg	поверхностный антиген гепатита В
Rh	резус фактор

СПИСОК ДИАГНОЗОВ

Абсцесс	F-130	Мать больна туберкулезом	F-155
Анемия больного или маловесного ребенка	F-119	Мать, имеющая в анамнезе внутриутробную инфекцию или лихорадку во время или после родов	F-55
Апноэ	F-52	Мать, имеющая в анамнезе разрыв околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов	F-55
Асфиксия	F-44	Мать с ВИЧ	F-159
Атрезия ануса	F-153	Маловесный ребенок	F-23
Билирубиновая энцефалопатия	F-83	Медикаментозная летаргия	F-89
Бледность неизвестного происхождения	F-119	Менингит	F-43
Вес при рождении, маленький	F-23	Менингомиелоцеле	F-152
Внутрижелудочковое кровоизлияние	F-66	Недоношенность	F-23
Врожденные пороки желудочно-кишечного тракта или его обструкция (подозрение)	F-105	Недостаточная прибавка массы тела	F-96
Врожденный дефект	F-151	Некротизирующий энтероколит	F-104
Врожденный порок сердца	F-52	Неправильное положение и прикладывание к груди	F-96
Врожденный сифилис	F-46	Низкая масса тела при рождении	F-23
Выскабливание (аборт)	F-132	Низкий уровень глюкозы в крови	F-91
Гастрошизис	F-152	Омфалоцеле	F-152
Гемолитическая болезнь новорожденного ребенка	F-119	Паралич лицевого нерва	F-148
Гемолитическая желтуха	F-81	Паралич руки	F-147
Генетические врожденные дефекты	F-153	Перелом бедра	F-150
Гипертермия	F-73	Перелом ключицы	F-150
Гипогликемия	F-91	Перелом предплечья	F-149
Гипотермия, средней тяжести	F-72	Проблемы вскармливания маловесных или родившихся из двойни детей	F-96
Гипотермия, тяжелая	F-71	Раздражение желудка	F-106
Глюкоза в крови, низкий уровень	F-91	Рана	F-132
Диарея	F-107	Расщелина губы или неба	F-151
Дополнительный (-ые) палец на руке или ноге	F-151	Расщелина позвоночника	F-152
Дыхательная недостаточность	F-47	Родимое пятно	F-151
Желтуха недоношенных детей	F-82	Родовая опухоль	F-124
Затянувшаяся желтуха	F-83	Сепсис	F-41
Кефалогематома	F-124	Синдром дыхательных расстройств	F-51
Коагулопатия	F-119	Флегмона	F-130
Кожная инфекция	F-129	Шиньон	F-124
Кожные отростки	F-151	Ядерная желтуха	F-83
Конъюнктивит	F-142		
Кровоизлияние под надчерепной апоневроз	F-123		
Кровопотеря из-за акушерских причин	F-119		
Косолапость	F-152		
Мать больна диабетом	F-156		
Мать больна гепатитом В	F-155		
Мать больна сифилисом	F-157		

СПИСОК РИСУНКОВ

ГЛАВА 1: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Рис. F-1	Нормальное положение в покое маловесного ребенка (А) и ребенка родившегося в срок (Б)	F-23
Рис. F-2	Ребенок в положении кенгуру под одеждой матери	F-32
Рис. F-3	Втяжение грудины	F-47
Рис. F-4	Ребенок с мышечными спазмами лица и конечностей (А) и опистотонусом (В)	F-60
Рис. F-5	Ребенок под лампой фототерапии	F-85
Рис. F-6	Вдутые живота	F-99
Рис. F-7	Изменение формы головы ребенка	F-121
Рис. F-8	Ребенок с односторонней кефалогематомой	F-125
Рис. F-9	Ребенок с ссадиной от наложения щипцов	F-132
Рис. F-10	Необычное положение руки и кисти	F-145
Рис. F-11	Ребенок не может сморщить лоб, закрыть глаз на пораженной стороне	F-145
Рис. F-12	Нормальная поза покоя у ребенка, родившегося в ягодичном предлежании	F-146
Рис. F-13	Фиксация сломанной плечевой кости	F-149
Рис. F-14	Наложение шины при переломе бедра	F-150

ГЛАВА 2: ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Рис. С-1	Источник лучистого тепла (утеплитель)	С-6
Рис. С-2	Инкубатор	С-7
Рис. С-3	Помощь ребенку в прикладывании к груди	С-13
Рис. С-4	Правильное (А) и неправильное (В) прикладывание к груди	С-14
Рис. С-5	Сцеживание грудного молока	С-16
Рис. С-6	Кормление из чашечки (А), воронки (В), или чашечки и ложки (С)	С-17
Рис. С-7	Кормление сцеженным грудным молоком через желудочный зонд	С-19
Рис. С-8	Ребенок, получающий кислород в кислородной палатке	С-28
Рис. С-9	Пустая весовая карта	С-55
Рис. С-10	Образец заполненной весовой карты	С-56

ГЛАВА 3: ПРОЦЕДУРЫ

Рис. Р-1	Правильное положение головы для проведения вспомогательной вентиляции	Р-2
Рис. Р -2	Положение маски и проверка ее герметичности	Р-3
Рис. Р -3	Измерение подмышечной температуры	Р-6
Рис. Р -4	Измерение ректальной температуры	Р-6
Рис. Р -5	Участок для укола в пятку	Р-12
Рис. Р -6	Внутримышечная инъекция в место четырехглавой мышцы	Р-17
Рис. Р -7	Применение резиновой ленточки в качестве жгута для пункции вены скальпа	Р-22
Рис. Р -8	Иммобилизация руки	Р-23
Рис. Р -9	Фиксация системы с иглой типа бабочки	Р-24
Рис. Р -10	Катетеризация пупочной вены	Р-26
Рис. Р -11	Внутрикостное вливание	Р-29
Рис. Р -12	Измерение нужной длины желудочного зонда при его введении через рот (А) и через нос (В)	Р-34
Рис. Р -13	Введение зонда через рот	Р-34
Рис. Р -14	Фиксация желудочного зонда, введенного через рот (А) и через нос (В)	Р-35
Рис. Р -15	Сидячее положение для спинномозговой пункции	Р-38
Рис. Р -16	Лежачее положение для спинномозговой пункции	Р-38
Рис. Р -17	Место спинномозговой пункции	Р-39

ГЛАВА 4: ПРИЛОЖЕНИЕ

Рис. А-1	Клинические записи текущего ухода	А-2
Рис. А -2	Форма выписки	А-3
Рис. А -3	Форма направления	А-4
Рис. А -4	Форма обратной информации	А-5
Рис. А -5	Свидетельство о смерти	А-7

СПИСОК ТАБЛИЦ

ГЛАВА 1: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ

Таблица F-1	Неотложное лечение угрожающих жизни состояний	F-6
Таблица F-2	Обследование новорожденного ребенка	F-11 – F-20
Таблица F-3	Объем грудного молока для ребенка с весом 1.5 - 1.749 кг, не имеющего серьезных проблем	F-27
Таблица F-4	Объем грудного молока для ребенка с весом 1.25 - 1.49 кг, не имеющего серьезных проблем	F-27
Таблица F-5	Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для всех детей с весом менее 1.25 кг	F-28
Таблица F-6	Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.75 - 2.5 кг	F-28
Таблица F-7	Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.5 - 1.749 кг	F-29
Таблица F-8	Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.25 - 1.49 кг	F-29
Таблица F-9	Признаки, свойственные сепсису и асфиксии	F-37
Таблица F-10	Признаки, характерные для маловесных младенцев или детей с врожденным сифилисом	F-37
Таблица F-11	Краткое изложение алгоритма принятия решений по различению сепсиса от асфиксии	F-40
Таблица F-12	Степень тяжести дыхательной недостаточности	F-49
Таблица F-13	Различительные симптомы судорог и мышечных спазмов	F-60
Таблица F-14	Дифференциальная диагностика судорог и мышечных спазмов	F-62 – F-63
Таблица F-15	Дифференциальный диагноз аномальной температуры тела	F-70
Таблица F-16	Клиническая оценка выраженности (степени тяжести) желтухи	F-78
Таблица F-17	Лечение желтухи, исходя из уровня билирубина в сыворотке крови	F-79
Таблица F-18	Дифференциальная диагностика желтухи	F-80 – F-81
Таблица F-19	Дифференциальная диагностика неспецифических признаков	F-89
Таблица F-20	Дифференциальная диагностика нарушений питания	F-94 – F-95
Таблица F-21	Дифференциальная диагностика рвоты и/или вздутия живота	F-101 – F-103
Таблица F-22	Дифференциальная диагностика диареи	F-109 – F-110
Таблица F-23	Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности	F-115 – F-118
Таблица F-24	Дифференциальная диагностика родовой опухоли	F-122
Таблица F-25	Дифференциальный диагноз проблем кожи и слизистых оболочек	F-128
Таблица F-26	Классификация степени тяжести инфицирования пупка	F-136
Таблица F-27	Дифференциальная диагностика конъюнктивита	F-141
Таблица F-28	Дифференциальная диагностика родовой травмы	F-147

ГЛАВА 2: ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Таблица С-1	Измерение температуры тела	С-2
Таблица С-2	Методы согревания ребенка и поддержания его температуры тела	С-2 – С-5
Таблица С-3	Рекомендуемая температура инкубатора	С-7
Таблица С-4	Общий суточный объем пищи и жидкости для новорожденных с первых суток жизни	С-22
Таблица С-5	Методы подачи кислорода	С-25 – С-26
Таблица С-6	Источники кислорода	С-29
Таблица С-7	Антибиотики используемые для лечения инфекций, описываемых в данном пособии	С-32
Таблица С-8	Разведение антибиотиков	С-33
Таблица С-9	Дозы антибиотиков	С-34 – С-35
Таблица С-10	Используемые антисептические и дезинфицирующие растворы	С-41
Таблица С-11	Рекомендации по обработке инструментов и оборудования	С-43
Таблица С-12	Образец графика уборки отделения специального ухода за новорожденными	С-44
Таблица С-13	Предлагаемое оборудование, медицинские средства, лекарства, и жидкость для транспортировки больного или маловесного ребенка	С-64

ГЛАВА 1: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИЛИ МАЛОВЕСНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ

Уход за новорожденными, которые нуждаются в медицинской помощи, независимо от того, были ли они доставлены в медицинское учреждение из дома, переведены из другого учреждения или отделения, или поступили из родильного зала в результате осложненных родов, включает в себя цикл планирования, внедрения и оценки помощи, основываясь на непрерывном наблюдении за состоянием ребенка. Помощь, которую новорожденный получает в медицинском учреждении, разделяется на несколько ступней, которые излагаются ниже.

При осмотре и лечении новорожденных детей всегда придерживайтесь принципов и практики предотвращения инфекций (стр. С-37), особенно в тех случаях, когда у новорожденного имеется диаррея или возможна инфекция кожи, глаз, или пупка.

Это пособие предусматривает две ситуации, в которых может оказаться больной или недоношенный ребенок:

- Новорожденный ребенок с рождения наблюдался в медицинском учреждении: известно течение проблемы после родов, доступна достоверная информация как о новорожденном, так и анамнез матери, беременности, и родов.
- Новорожденный поступил из дома: информация о состоянии новорожденного с момента его рождения до настоящего времени и/или анамнез матери, сведения о беременности и родах отсутствуют или недостоверны. Очень часто эти новорожденные будут поступать с выраженными признаками заболевания.

ПОСТУПЛЕНИЕ, НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Укажите персоналу немедленно пригласить медицинского специалиста, если поступил новорожденный ребенок младше недельного возраста. Не заставляйте ребенка ждать медицинской помощи.
- Удостоверьтесь, что приемный покой организован таким образом, что каждый новорожденный может быть быстро осмотрен специалистом.
- Осмотрите всех больных или маловесных новорожденных перед тем, как прибегнуть к обычным административным процедурам по госпитализации больного.
- Сразу после поступления новорожденного, убедитесь, нет ли у малыша опасных признаков, указывающих на критическое состояние ребенка и возможность наступления смерти в течение минут. (стр. F-5):
 - Пока вы определяете опасные для жизни симптомы, представляйте матери и спросите у нее (или у того, кто привез ребенка):

- Что не так с ребенком?
 - Когда возникла проблема (ы)?
 - Какое имя матери и ребенка?
 - Какой возраст ребенка?
 - Поступил ли ребенок не из медицинского учреждения?
- По возможности госпитализировать ребенка с матерью и позволить ей присутствовать при обследовании ребенка и проведении любой процедуры, если это позволяют обстоятельства.
- Перед тем, как продолжить дальнейшее обследование ребенка, окажите неотложную помощь, если имеется любой угрожающий жизни признак, таким образом, как указано в **таблице F-1 (страница F-6)**.

В первую очередь стабилизируйте состояние больного или маловесного новорожденного перед тем, как продолжить его обследование и пытаться устранить основную причину болезни.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

- Как только новорожденный получил неотложную помощь, соберите анамнез матери и ребенка. После этого, пользуясь **Таблицей F-2 (страница F-11)**, закончите тщательное обследование больного, стараясь определить основную проблему(ы) и госпитализировать ребенка (страница F-21), если это необходимо.
- Обеспечьте целенаправленное лечение установленной проблемы, а в случае необходимости, пользуйтесь **Таблицей F-2 (страница F-11)**, чтобы определиться, которой главой вы будете руководствоваться.
- В случае необходимости, организуйте транспорт и перевозку больного (**страница C-63**).

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД

Помимо целенаправленного лечения установленной проблемы (м), обеспечьте общий и постоянный уход за ребенком.

- Разработайте общий план ухода, который включает в себя и специальные потребности ребенка.
- Следите за течением болезни и выздоровлением ребенка, проводя непрерывную оценку общего состояния (ее проводите комплексно, чтобы как можно меньше тревожить ребенка), включая:

- частоту дыхания;
 - частоту сердечных сокращений;
 - цвет кожных покровов;
 - температуру;
 - вес;
 - скорость и объем внутривенно вводимой жидкости;
 - частоту и объем питания.
- Будьте готовыми изменить план оказания помощи ребенку, в зависимости от изменений его состояния, и на основе данных, полученных во время непрерывного наблюдения за общим состоянием больного и другого целенаправленного обследования, необходимого для конкретного заболевания.
 - Обеспечьте эмоциональную поддержку матери и других членов семьи (**страница С-57**).

ВЕДЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО УХОДУ

- Делайте записи необходимого лечения в плане ухода и представьте этот план медицинскому и другому персоналу, вовлеченному в процесс выхаживания ребенка.
- Документируйте любые изменения в состоянии ребенка и сообщайте о них соответствующим сотрудникам.
- Удостоверьтесь, что информация доведена до сведения ответственных врачей и медицинского персонала, приступающего на работу в разные смены.

ВЫПИСКА И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Придерживайтесь указаний, изложенных в главах по специальным проблемам, решая вопрос о времени выписки ребенка.
- Планируя выписку:
 - Сделайте все необходимые прививки (**страница С-51**);
 - Дайте инструкции по общему домашнему уходу;
 - Рекомендуйте грудное вскармливание и убедитесь, что ребенок полноценно вскармливается.
- Выпишите ребенка (**страница С-67**) и, при необходимости, наметьте последующие контрольные визиты, если ребенок имеет специфические проблемы и нуждается в наблюдении по поводу вскармливания и роста.

НЕМЕДЛЕННАЯ ОЦЕНКА И НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

Как только ребенок поступает в медицинское учреждение, немедленно оцените, нет ли у него угрожающих жизни симптомов, независимо от того, поступил ли ребенок из другого отделения той же больницы, переведен из другого стационара, или доставлен из дому. Некоторые младенцы могут иметь угрожающие жизни симптомы, указывающие на то, что ребенок настолько болен, что, если его немедленно не лечить, он может умереть в течение нескольких минут. Пользуйтесь этой главой для немедленной оценки состояния младенцев на предмет опасных для жизни симптомов и оказания неотложной помощи.

Немедленно осмотрите ребенка по поводу опасных для жизни симптомов, перечисленных ниже, и начинайте неотложную терапию (Таблица F-1, страница F-6) при их наличии:

- **Отсутствует самостоятельное дыхание даже после стимуляции; гаспинг; или частота дыхания меньше чем 20 раз/мин.; ИЛИ**
- **Имеется кровотечение; ИЛИ**
- **Имеются признаки шока (бледность, холодный на ощупь, частота сердечных сокращений больше чем 180 ударов/мин., резко заторможен или без сознания).**

НЕМЕДЛЕННАЯ ОЦЕНКА

- Разместите ребенка на теплой поверхности под источник лучистого тепла и хорошее освещение.
- Немедленно начинайте реанимацию, используя дыхательный мешок и маску (**страница P-1**), если ребенок:
 - не дышит вообще, даже прибегнув к стимуляции; ИЛИ
 - дышит прерывисто, нерегулярно (гаспинг); ИЛИ
 - дышит менее 20 раз в минуту.
- Если у ребенка **наблюдаются судороги или спазм**, в первую очередь лечите угрожающие жизни нарушения. Только затем начинайте лечить судороги или спазм (**страница F-59**), после чего продолжайте дальнейшее обследование больного.

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

- Взвесьте ребенка (**страница C-53**).
- Обеспечьте доступ к венозному сосуду (**страница P-21**).
- Начинайте неотложное лечение (**Таблица F-1, страница F-6**).

- После завершения неотложного лечения, продолжайте дальнейшую оценку (**страница F-7**).

ТАБЛИЦА F-1 Неотложное лечение угрожающих жизни состояний

Угрожающее состояние	Неотложная терапия
<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствует дыхание даже при стимуляции; ИЛИ • Гаспинг; ИЛИ • Частота дыхания менее 20 раз в минуту. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реанимируйте ребенка, проводя дыхание с помощью мешка и маски (страница P-1). 2. Дайте дышать кислород (страница C-25) высоким потоком..
<ul style="list-style-type: none"> • Кровотечение 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уси, возможно, остановите видимое кровотечение (например, если кровоточит из культи пуповины, заново пережмите или перевезите ее; если кровоточит из разреза или участка циркумцизии у мальчика, надавите на кровоточащий участок стерильной повязкой). 2. Введите в/в (или в/м, если пока нет доступа к вене) 1 мг витамина K₁ (phytomenadione). 3. Возьмите кровь (страница P-9) для определения группы и на совместимость и определите гемоглобин. 4. Проведите общее лечение кровотечения (страница F-114).
<ul style="list-style-type: none"> • Шок 	<p>Если шок вероятно вызван кровотечением:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелейте физиологический раствор или лактат Рингера из расчета 10 мл/кг массы тела в течение 10 минут и повторите ту же дозу через 20 минут, если признаки шока сохраняются. В дальнейшем продолжать инфузию 10% раствором глюкозы в объеме, соответствующему возрасту ребенка (Таблица C-4, страница C-22). 2. Немедленно перелейте кровь (стр P-31), используя O группу, резус-отрицательную кровь. 3. Дайте дышать кислород высоким потоком (страница C-25). 4. Обеспечьте тепло (страница C-1). <p>Если мало вероятно, что шок вызван кровотечением:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелейте в/в жидкость из расчета 20 мл/кг массы тела за первый час, и затем продолжайте в/в вливание жидкостей в объеме, соответствующем возрасту ребенка (Табл. C-4, страница C-22). 2. Обеспечьте тепло (страница C-1). 3. Лечите сепсис (страница F-41).

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

После оценки возможных угрожающих жизни симптомов (т.е. отсутствие дыхания, наличие гаспинга, частота дыхания менее 20 раз в минуту, кровотечение, или шок) и проведения неотложного лечения (**Табл F-1, страница F-6**), продолжайте обследовать ребенка и сделайте список полученных данных.

- Соберите анамнез ребенка и матери (см. ниже).
- Полностью обследуйте ребенка (**Таблица F-2, страница F-11**).
- Основываясь на анамнезе и данных проведенного обследования выберите наиболее подходящую для конкретного случая главу(ы) этого раздела руководства.
- При необходимости, завершите дополнительное обследование больного и определите нужные лабораторные исследования, как указывается в главе(ах) этого раздела руководства.
- Проведите необходимые лабораторные исследования, и лечите ребенка (в случае необходимости - и/или мать или её партнера (ов)).
- Делайте записи всей информации, включая:
 - полученные анамнестические и лабораторные данные и результаты обследования больного;
 - проведенное лечение;
 - изменения состояния ребенка.

АНАМНЕЗ

При возможности просмотрите записи и замечания о течении родов, полученные из акушерского стационара. Задайте соответствующие вопросы, касающиеся матери и ребенка, и используйте полученные ответы для сравнения их с имеющимися данными обследования и результатами лабораторных исследований для определения возможного диагноза.

РЕБЕНОК

Спросите мать (или того, кто доставил ребенка):

- Какая по сути проблема? Почему ребенок находится здесь?
- Какой объем помощи, включая конкретное лечение, ребенок уже получал?
- Каков возраст ребенка?
- Какой вес был у ребенка при рождении?
- Родился ли ребенок в срок? Если нет, то на какой неделе гестации он родился?

- Где родился ребенок? Помогал ли кто-то во время родов?
- Какое состояние ребенка было сразу после рождения?
 - Дышал ли ребенок самостоятельно сразу после рождения?
 - Понадобилась ли ребенку реанимация? Если да, то сколько времени прошло до тех пор, пока восстановилось самостоятельное дыхание?
 - Нормально ли двигался и плакал ребенок?
- Когда впервые появилась данная проблема?
- Изменилось ли состояние ребенка с тех пор, как впервые была отмечена проблема? Ухудшается ли состояние ребенка? Если да, то как быстро и каким образом?
- Появились ли проблемы вскармливания, включая любую из нижеперечисленных:
 - Плохо вскармливается или не кормится вообще с момента рождения или после периода нормального вскармливания;
 - кашель или поперхивание во время кормления;
 - рвота после кормления.

МАТЬ

- Изучите медицинский, акушерский и социальный анамнез матери.
- Спросите мать, есть ли у нее какие-либо вопросы или беспокойства (напр., определенное беспокойство или опасение по поводу грудного вскармливания).
- Если **мать отсутствует**, выясните, где она, и каково её состояние, будет ли она в состоянии заботиться о ребенке, включая грудное вскармливание или сцеживание грудного молока.

БЕРЕМЕННОСТЬ

- Задайте матери следующие вопросы относительно её беременности:
 - Какова была продолжительность Вашей беременности?
 - Имелись ли у Вас какие-либо хронические заболевания во время беременности, включая гепатит В, туберкулез, диабет, или сифилис (симптоматический или серопозитивный)?
 - Определялся ли у Вас ВИЧ? Если да, можете ли Вы это сказать?
 - Были ли у Вас какие-либо осложнения во время беременности? Если да, то какое лечение вы получали и получали ли вообще?

- Если мать больна **гепатитом B, туберкулёзом, диабетом или сифилисом**, завершите ее обследование по **Таблице F-2 (страница F-11)** и начинайте лечить конкретные проявления болезни у новорожденного ребенка. Если ребенок **асимптоматичный** (у него нет признаков болезни), ему назначьте соответствующее лечение, на основании проблемы у матери, как указано в **странице F-155**.
- Если мать **инфицирована ВИЧ**, завершите обследование по **Таблице F-2 (страница F-11)** и начинайте лечить какие-либо проявления болезни у новорожденного ребенка. В дальнейшем приступайте к соответствующему лечению матери, как указано в **странице F-159**.

РОДЫ И РОЖДЕНИЕ

- Задайте матери следующие вопросы о её беременности и родах:
 - Были ли у Вас какие-либо осложнения, такие как внутриутробная инфекция или лихорадка в любое время от начала родов до третьего дня после родов?
 - Был ли у Вас разрыв околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов?
 - Были ли роды тяжелыми или осложненными, включая любое из нижеследующих:
 - дистресс плода;
 - затяжные роды;
 - кесарево сечение;
 - инструментальное родовспоможение при вагинальных родах (например, наложение щипцов или вакуум экстрактора);
 - неправильное положение или предлежание плода (например ягодичное);
 - любые другие осложнения.
 - Были ли у Вас какие-то осложнения после родов?
- Если у матери была **внутриутробная инфекция или лихорадка в любое время от начала родов до третьего дня после родов, или разрыв околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов**, продолжайте собирать анамнез, завершите обследование (**Таблица F-2, страница F-11**) и начинайте лечить любое проявление (я) заболевания. В дальнейшем приступайте к соответствующему лечению матери, как указано на **странице F-55**.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Продолжайте неотложную терапию, которая была начата по поводу угрожающего жизни состояния (не дышит, имеется гаспинг, частота дыхания менее 20 раз в минуту, кровоточит или имеется клиническая картина шока; **Таблица F-1, страница F-6**). Если у ребенка **во время обследования появляются опасные для жизни симптомы**, начинайте неотложное лечение, как указано в таблице Таблице F-1, и продолжайте обследование только тогда, когда состояние ребенка станет стабильным.
- Обследуйте ребенка, как указано в **Таблице F-2 (страница F-11)**:
 - Обследуйте ребенка под источником лучистого тепла, но не перегрейте его;
 - Позвольте матери присутствовать во время обследования;
 - Если **ребенок еще не был взвешен**, взвесьте его (**страница C-53**) и запишите его вес;
 - Во время беседы с матерью и перед тем, как раздеть ребенка, обратите внимание на следующие признаки:
 - цвет кожных покровов;
 - частоту дыхания;
 - положение;
 - активные движения;
 - реакцию на стимуляцию;
 - очевидные аномалии развития.
 - Проводя обследования, простыми словами объясните матери обнаруженные Вами находки и укажите на отклонения от нормы (**страница C-57**). Получите согласие от матери на выполнение тех или иных инвазивных процедур.
 - Новорожденный ребенок может иметь более чем одну проблему. Проводя обследование, лечите только проявления болезни, которые указаны в ниже представленной таблице (т.е. при указании “**ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ**”). Перед тем, как начинать специфическое лечение проявлений болезни у новорожденного ребенка, завершите полное его обследование, а до этого сосредоточьтесь на решении тех проблем, которые указаны в списке как приоритетные.

ТАБЛИЦА F-2. Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Частоту дыхания больше, чем 60 или меньше, чем 30 раз в минуту ▪ Похрюкивание на выдохе ▪ Втяжение грудной клетки (Рис. F-3, стр. F-47) 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Дайте кислород умеренным потоком (стр. С-25).</p> <p>Лечения дыхательных расстройств на странице F-47.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Апноэ (отсутствие самостоятельного дыхания более чем 20 секунд) 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Стимулируйте дыхание ребенка, потирая его спину в течение 10 секунд. Если ребенок в течении этого времени не начинает дышать, начинайте его вентиляцию (реанимацию) с помощью мешка и маски (страница P-1). Лечение апноэ на странице F-52.</p>
<p><i>Нормальная частота дыхания у новорожденного ребенка составляет 30-60 дыханий в минуту, отсутствуют втяжения грудной клетки или хрюканья при выдохе. Однако, недоношенные дети (меньше 2.5 кг при рождении или рожденные до 37 недель гестации) могут иметь небольшое втяжение груди; также не считается патологией, если они периодически перестают дышать в течение нескольких секунд. Подсчитывая частоту дыхания у ребенка, считайте в течение полной минуты, поскольку младенцы короткие промежутки времени могут дышат нерегулярно (до 80 дыханий в минуту). Если Вы неуверены в частоте дыхания, пересчитайте еще раз.</i></p>		
ЦВЕТ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Бледность 	<p>Лечебная тактика при бледности и возможного кровотечения на странице F-113.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Желтуха (желтучность) 	<p>Лечение желтухи в странице F-77.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Центральный цианоз (синий язык и губы; обратите внимание на то, что синий цвет кожи, сочетающийся с синим языком и губами, говорит об очень серьезной проблеме) 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Дайте кислород высоким потоком (стр. С-25).</p> <p>Лечение центрального цианоза на странице F-47.</p>
<p><i>Доношенные дети кажутся более бледными, чем недоношенные потому, что у них кожа толще.</i></p>		

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в в которой изложено лечение после завершения обследования
ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ (ЧСС) (определяется стетоскопом)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ЧСС более 160 или менее 100 ударов в минуту 	Во время обследования обратите внимание на другие возможные причины нарушения частоты сердечных сокращений (например, повышение или снижение температуры тела, кровотечение, дыхательные проблемы).
<p><i>Нормальная частота сердечных сокращений (ЧСС) для новорожденного ребенка является 100-160 ударов в минуту, однако ЧСС нередко превышает 160 ударов в минуту в течение короткого промежутка времени, особенно в течение первых нескольких дней жизни и во время беспокойства ребенка. Если Вы неуверены в частоте сердечных сокращений, пересчитайте еще раз.</i></p>		
ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Менее 36.5°C 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Начинайте согревать ребенка (страница С-1).</p> <p>Классификация и лечение гипотермии в странице F-69. Лечение ребенка с температурой тела ниже чем 32 °C является приоритетным сразу после завершения обследование (страница F-71)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Более 37.5 °C 	Классификация и лечение гипертермии на странице F-69 .
ПОЛОЖЕНИЕ И АКТИВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ (наблюдаемые или из анамнеза)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Опистотонус (чремерная гиперэкстензия тела ребенка с запрокинутой назад головой и пятками и изогнутым вперед телом) Рис. F-4B, страница F-60 	<p>Во время обследования ищите признаки других заболеваний, которые могут проявляться опистотонусом (например, столбняк, менингит, билирубиновая энцефалопатия [ядерная желтуха]).</p> <p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Если ребенок имеет выбухающий большой родничок, немедленно начинайте лечение менингита. См. страницы F-41 и F-43.</p>

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
<p>ПОЛОЖЕНИЕ И АКТИВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ (наблюдаемые или из анамнеза) (продолжение)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Нерегулярные, клонические подергивания тела, конечностей или лица (судороги или спазм) 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Если у ребенка имеются судороги или спазм, см. страницу F-59. Если у ребенка имеются признаки выбухания большого родничка, немедленно начинайте лечение менингита. См. страницы F-41 и F-43.</p> <p>Дополнительное лечение ребенка с судорогами/спазмом или наличие в анамнезе бывших судорог\спазма являются приоритетными сразу после завершения обследования (страница F-59).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Тремор (быстрые и повторяющиеся движения, вызванные неожиданным дотрагиванием до ребенка или громким разговором, и которые можно остановить, взяв ребенка на руки и прижав его к себе, покормив его или согнув его конечности) 	<p>Во время обследования, осмотрите ребенка для выявления других, более специфических признаков. Если их нет, см. Страницу F-87.</p>

В нормальном положении отдыхающий доношенный ребенок имеет слегка сжатые кулачки и держит руки, бедра и колени в согнутом положении (рис. F-1B, страница F-23). У маловесных детей (менее 2.5 кг веса при рождении или родившихся до 37 недели беременности) конечности могут быть в разогнутом положении (рис. F-1A, страница F-23). Новорожденные, родившиеся в ягодичном предлежании, могут иметь полностью согнутые бедра и колени, а стопы могут находиться около рта; возможно, что ноги и стопы могут быть запрокинуты по сторонам от ребенка (рис. F-12, страница F-146).

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС И СТЕПЕНЬ СОЗНАНИЯ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Летаргию (сниженная степень сознания, из которого ребенок пробуждается только с большими усилиями) ▪ Слабость, дряблость (слабый мышечный тонус, конечности свободно отвисают после того, как их поднимают и опускают) ▪ Раздражительность (чрезмерная чувствительность на стимуляцию, частый и интенсивный плач, вызванный незначительной причиной) ▪ Сонливость (вялость) ▪ Пониженная активность 	<p>Во время обследования обращайтесь с ребенком бережно, чтобы не повредить его.</p> <p>Во время обследования обратите внимание на другие, более специфические признаки. Если они отсутствуют, см. страницу F-87.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Потерю сознания (глубокий сон, отсутствие ответа на любые раздражители; отсутствие реакции на болезненные процедуры) 	<p>Если потеря сознания не вызвана шоком (страница F-6), то наиболее вероятной ее причиной является сепсис или асфиксия (страница F-35). Лечение причины потери сознания является приоритетным сразу после завершения обследования.</p>
<p><i>Нормальный новорожденный ребенок может быть как спокойным, так и тревожным, но его нетрудно успокоить, когда он расстроенный. Ребенка можно легко разбудить, когда он тихо лежит или спит.</i></p>		
КОНЕЧНОСТИ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ненормальное положение и движения конечностей (напр., рис. F-10, страница F-145) ▪ Асимметричные движения рук и ног ребенка ▪ Плач ребенка при попытке дотронуться или подвигать ногу, руку или плечо ребенка ▪ Находящуюся в необычном положении кость 	<p>Более подробное обследование по поводу родовой травмы на странице F-145.</p>

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
КОНЕЧНОСТИ (продолжение)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Косолапость (ступня неправильной формы или в неправильном положении (т.е. пятка вывернута кнутри или кнаружи по отношению к средней линии ноги)) ▪ Дополнительный палец (пальцы) на руке или стопе 	Лечение врожденных пороков на странице F-151.
КОЖА	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Покраснение или припухлость кожи или мягких тканей ▪ Пустулы или пузыри 	<p>Дотрагиваясь до ребенка строго придерживайтесь принципов предосторожности от инфекции (страница C-37).</p> <p>Лечение новорожденных с кожными заболеваниями на странице F-127.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Волдырную сыпь на коже ладоней или подошвы 	Лечение новорожденных с кожными заболеваниями в странице F-127.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Рану или ссадину 	Лечение ран или ссадин в странице F-132.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Синяк (синюшные пятна на коже без ее повреждения; обычно наблюдаются на предлежащей части тела во время родов, т.е. ягодицы при ягодичном предлежании плода) 	<p>Если синяк появился самопроизвольно и не было свидетельства родовой травмы, см. страницу F-113 для более подробного обследования на возможную причину кровотечения.</p> <p>Если синяк появился вследствие родовой травмы, заверьте мать в том, что не нужно никакого лечения и что это пройдет само собой через несколько недель.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Родинку или родимое пятно на коже (необычная пигментная точка, пятно, или припухлая область кожи) 	Тактика поведения при наличии родинки или пятен на коже на странице F-151.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Снижение эластичности кожи 	Лечите дегидратацию, если имеются и другие ее признаки, такие как запавшие глаза, родничок, или сухой язык и сухие слизистые оболочки.

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
КОЖА (продолжение)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Кандидозная сыпь (ярко-красные пятна на участках кожи в области подгузников на ягодицах, нередко с опрелостями или с маленьким белым гнойничком в центре) 	Для подтверждения диагноза кандидозной сыпи см. страницу F-128.
<p><i>Некоторые изменения на коже ребенка являются обычным явлением и не должны вызывать беспокойство, если ребенок в остальном выглядит здоровым. Это может быть милия (белые пятна вокруг носа), обычно появляющаяся в первый день жизни или позже, токсическая эритема (красные пятна с небольшими белыми точками по середине), расположенная на лице, пояснице, спине ребенка и появляющиеся на второй день жизни или позже. Кроме того, после первого дня жизни не считается ненормальным шелушение кожи на спине, пояснице, или животе ребенка.</i></p>		
ПУПОК	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Покрасневший, отечный, гнойные выделения, неприятный запах ▪ Покрасневшая и уплотненная кожа вокруг пупка 	Лечение пупочных инфекций на странице F-135.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Кровотечение из пупка 	<p>ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: При необходимости заново наложите клемму на пупок или перевяжите его.</p> <p>Лечение кровотечения на странице F-113.</p>
<p><i>Нормальный пупок в первый день выглядит синевато-белым. Затем он начинает сохнуть, сморщиваться и отпадает через 7 - 10 дней.</i></p>		
ГЛАЗА	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Гнойные выделения из глаз ▪ Покрасневшие и набухшие веки 	Лечение заболеваний глаз на странице F-139.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Кровоизлияния под конъюнктивой (ярко-красное пятно под конъюнктивой одного или обоих глаз) 	Заверьте мать, что ребенок не нуждается в лечении, и что проблема пройдет сама собой через некоторое время.

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
ГОЛОВА И ЛИЦО	<ul style="list-style-type: none"> Гидроцефалия (большая голова с выбухающим родничком и расхождением швов) 	При возможности организуйте перевод (страница С-63) и направьте ребенка в стационар третьего уровня или в специализированный центр хирургии.
	<ul style="list-style-type: none"> Выбухающий большой родничок 	ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Если у ребенка выбухает большой родничок, незамедлительно начинайте лечение менингита. См. страницы F-41 и F-43.
	<ul style="list-style-type: none"> Запавший родничок 	Если имеются другие симптомы дегидратации такие, как запавшие глаза, снижение эластичности кожи, сухой язык и слизистые оболочки, начинайте ее лечение.
	<ul style="list-style-type: none"> Опухоль на голове, которая не ограничивается областью родничков 	Лечение родовой опухоли на странице F-121.
	<ul style="list-style-type: none"> Неспособность сморщивать лоб или закрывать глаз на одной стороне; угол рта перетянут в одну сторону (лицевой паралич; рис. F-11, страница F-145) 	Более детальное обследование по поводу паралича лицевого нерва на странице F-145.
	<ul style="list-style-type: none"> Неспособность сосать из груди без вытекания молока изо рта 	

*Голова здорового новорожденного ребенка может быть деформированной в результате родов в головном предлежании; это обычно проходит самопроизвольно в течение трех - четырех недель (**рис. F-7, страница F-121**).*

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
РОТ И НОС	<ul style="list-style-type: none"> Расщепленную губу (расщелину в губе) 	Поведение при расщелине губы или твердого неба изложено на странице F-151 .
	<ul style="list-style-type: none"> Расщеленное небо (дефект на верхнем небе, через который соединяется полость рта и носовые ходы) 	
	<ul style="list-style-type: none"> Молочница (толстые белые пятна на языке или во рту) 	Для подтверждения диагноза молочница см. страницу F-128 .
	<ul style="list-style-type: none"> Центральный цианоз (синий язык и губы) 	ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ: Дайте кислород высоким потоком (страница C-25). Лечение центрального цианоза на странице F-47 .
	<ul style="list-style-type: none"> Чрезмерное количество выделений из носа (“сопение”) 	Более подробное обследование по поводу врожденного сифилиса на странице F-35 .
ЖИВОТ И СПИНА	<ul style="list-style-type: none"> Сухой язык и и сухие слизистые 	Лечить дегидратацию, если имеются ее дополнительные признаки: сниженная эластичность кожи, запавшие глаза или родничок (страница C-23).
	<ul style="list-style-type: none"> Вздутие живота (Рис. F-6, страница F-99) 	Решение проблем вздутия живота на странице F-99 .
	<ul style="list-style-type: none"> Гастрошизис/ омфалоцеле (дефект брюшной стенки или пупка, через который могут выпасть кишки или другие органы брюшной полости) 	Тактика поведения при врожденном дефекте брюшной стенки или пупочной грыже (гастрошизис/омфалоцеле) на странице F-152 .
	<ul style="list-style-type: none"> Незаращенный позвоночник/ спинно-мозговая грыжа (дефект на спине, через которое выступает спинной мозг и/или его оболочки) 	Лечение незаращенного позвоночника/ спинно-мозговой грыжи на странице F-152 .

ТАБЛИЦА F-2 (продолжение) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, в которой изложено лечение после завершения обследования
ВЕС	<ul style="list-style-type: none"> • Вес при рождении менее 2.5 кг 	Во время обследования обратите внимание на проблемы, которые ребенок может иметь из-за малого веса, и следуйте специальным рекомендациям по уходу за маловесными детьми, которые изложены на странице F-23 .
	<ul style="list-style-type: none"> • Вес при рождении более 4.0 кг 	Возможна необходимость профилактики и лечения гипогликемии (низкого уровня глюкозы в крови, страница F-91) и тщательного обследования по поводу возможной родовой травмы.
	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточную прибавку веса (подтвержденную или предполагаемую) 	Более детально обследовать по поводу возможных проблем вскармливания, страница F-93 .
МОЧА И СТУЛ	<ul style="list-style-type: none"> • Мочеиспускание реже шести раз в сутки после второго дня после рождения 	Оцените объем питания и/или объем жидкостей (страница C-22).
	<ul style="list-style-type: none"> • Диарея (учащение свободных испражнений, наблюдаемых или отмечаемых матерью; стул водянистый и зеленый, или содержит слизь или кровь) 	Лечение диареи на странице F-107 .
	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие мекония в течение 24 часов после родов 	<p>Проверьте на отсутствие выходного отверстия (атрезию ануса):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если задний проход отсутствует, см. страницу F-153. • Если задний проход на месте, см. страницу F-102 для определения у ребенка возможного порока развития или обструкции желудочно-кишечного тракта.

Для ребенка считается нормальным иметь от шести до восьми раз в день водянистый стул. В течение первой недели жизни у новорожденных женского пола может иметь место кровотечение из влагалища, но это не считается патологией.

ТАБЛИЦА F-2 (продол.) Обследование новорожденного ребенка

Осмотр	Обратите внимание на	Необходимые неотложные действия и указания на главу, которой изложено лечение после завершения обследования
ПИТАНИЕ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ То, что у ребенка сразу после рождения не было проблем вскармливания, но теперь плохо кушает или вообще отказывается от пищи ▪ То, что у ребенка с рождения проблемы вскармливания ▪ Недостаточную прибавку веса (подтвержденную или предполагаемую) ▪ Мать не смогла успешно кормить грудью ▪ Ребенок имеет проблемы вскармливания, является маловесным или родился из двойни 	<p>Общие принципы решения проблем вскармливания изложены на странице F-93.</p> <p>Введение жидкостей и питание маловесного ребенка изложены на странице F-26.</p>
	Обильную рвоту после каждого кормления, независимо от метода вскармливания, или рвоту с примесью желчи или крови	Лечение рвоты на странице F-99 .

НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Назначьте необходимое лечение:
 - Оцените результаты обследования и начинайте лечить те состояния, которые являются приоритетными (температура тела менее 32 °С, судороги/спазм, потеря сознания);
 - Продолжайте лечить угрожающие состояния (т.е. частота дыхания менее 20 раз в минуту, апноэ, гаспинг или отсутствие дыхания, кровотечение или шок) и продолжайте то лечение, которое было начато во время обследования (т.е. из ряда “ПРИСТУПАЙТЕ К ДЕЙСТВИЮ”);
 - Заметьте, что в большинстве глав, изложенных в этом разделе, исследуется каждый признак или полученные данные в отдельности, указывая путь на патогенетическое лечение. В некоторых случаях в процессе обследования может быть определен более чем один признак болезни и совокупность этих признаков вместе указывают на серьезность конкретной проблемы. **Если обследование выявляет более чем один признак болезни, в первую очередь обратитесь к главе**

Множественные проявления (чаще всего сепсис и асфиксия) (страница F-35), чтобы исключить асфиксию, сепсис, врожденный сифилис, или проблемы, связанные с малым весом ребенка, и только тогда обратитесь к другому(им) разделам руководства;

- Имейте в виду, что Вы можете одновременно решать несколько проблем.
- Если не выявлена какая-либо конкретная проблема, а у ребенка отмечается только сонливость (летаргия) или другой неспецифический признак (дремота, сниженная активность, вялость, раздражительность или беспокойство) или ребенок “выглядит больным”, см. главу «Летаргия и другие неспецифические признаки» (страница F-87).
- Перед тем, как начать конкретное лечение, незамедлительно проведите следующие мероприятия:
 - Если прошло менее часа после рождения, проведите профилактику гонобленореи путем обработки глаз 1% раствором нитрата серебра, 2.5 % раствором поливидон йодина или 1% тетрациклиновой мазью.
 - В/м (или в/в, если есть доступ к вене) однократно введите 1 мг витамина K₁ (phytomenadione), если ребенок его еще до этого не получал.

Мать, которая постоянно находится с ребенком, может заметить малейшие изменения в состоянии ребенка. Прислушайтесь к её мнению и повторно обследуйте ребенка в любое время, если есть повод для беспокойства.

СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ

- Сообщите матери полученные результаты обследования и получите от нее согласие на выполнение дополнительных процедур.
- Продолжайте любое лечение, которое уже была начато.
- Определите, какие потребуются процедуры и лабораторные исследования. Убедитесь, что Вы однократно взяли достаточное количество крови, чтобы выполнить все необходимые анализы.

ПОСТУПЛЕНИЕ РЕБЕНКА В МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

- Если ребенок нуждается в лечении в медицинском стационаре, удостоверьтесь в следующем:
 - Объясните матери состояние ребенка и причину (ы) необходимой госпитализации. Ответьте на любые ее вопросы;

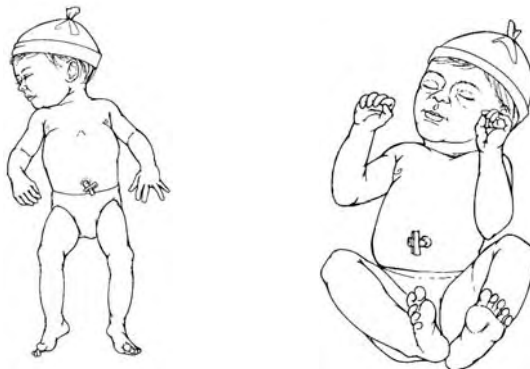
- Убедитесь, что на запястьи или лодыжке ребенка имеется бирка с его правильными данными;
- Проверьте, что пуповина надежно пережата/перевязана;
- Выполните необходимые административные процедуры (т.е. ведение записей, **страница А-1**);
- Направьте ребенка в специализированное отделение по выхаживанию новорожденных детей, если таковое имеется:
 - Если **отделение специализированного ухода отсутствует**, положите ребенка вместе с матерью в другое отделение таким образом, чтобы палата совместного пребывания находилась поблизости от медсестринского поста;
 - Новорожденных с признаками инфицирования поместите отдельно от тех, кто не имеет инфекции, и всегда придерживайтесь общих правил профилактики инфекций (**страница С-37**);
 - Создайте условия в стационаре для совместного пребывания матери и ребенка, чтобы мать могла грудью вскармливать ребенка или кормить его сцеженным молоком (**страница С-15**). Мать необязательно госпитализировать в больницу, если она может находиться поблизости в другом месте;
 - **Если мать и ребенок отделены друг от друга**, создайте матери условия для посещения ее ребенка и, по возможности, предоставьте матери удобное кресло;
 - **Если мать не в состоянии посещать ребенка**, информируйте ее о состоянии ребенка по крайней мере два раза в день.
- После получения результатов первичного обследования (напр., уровня глюкозы крови) и оценки ответа ребенка на изначальное лечение еще раз пересмотрите возможный диагноз. Если необходимо, измените лечение.

МАЛОВЕСНЫЙ РЕБЕНОК

Недоношенные новорожденные (родившиеся до 37 недели гестации) обычно имеют больше проблем, чем маловесные дети (с весом менее 2,5 кг при рождении), родившиеся в срок. В связи с тем, что гестационный возраст ребенка не всегда известен, в этом руководстве как недоношенные, так и родившиеся в срок, но с малым весом, будут называться одинаково - “маловесные дети”. Если **гестационный возраст ребенка известен**, по возможности используйте это для установления диагноза и выбора правильного лечения. Запомните, что чем ребенок более недоношен или чем меньше его вес, тем больше вероятность, что у него возникнут те или иные проблемы.

- После завершения обследования таким образом, как изложено в **таблице F-2 (страница F-11)**, тщательно изучите таблицы дифференциальной диагностики, чтобы установить наиболее вероятный диагноз, соответствующий результатам обследования ребенка; помните, что маловесный ребенок может иметь те же проблемы, как и доношенный. Заметьте, что маловесный ребенок:
 - может иметь проблему, которая более свойственна маловесным детям (напр., желтуха недоношенных детей), но также иметь любую другую проблему, которая встречается у детей, родившихся в срок и с нормальным весом (напр., желтуха при сепсисе);
 - находясь в покое, имеет другое положение, (рис. F-1A), чем ребенок, родившийся в срок (рис. F-1B); это не обязательно является признаком существующей проблемы (например, расслабленность).

РИСУНОК F-1 Нормальное положение в покое маловесного ребенка (А) и ребенка родившегося в срок (Б)



- Маловесные младенцы склонны к различного рода осложнениям. К проблемам, которые наиболее часто возникают у маловесных детей, относятся:
 - трудности вскармливания (проблема вскармливания является обычной; по мере роста ребенка она постепенно исчезает);

- нестабильность температуры тела (**страница F-69**; уход по методу Кенгуру [**Страница F-30**] рекомендуется для поддержания температуры тела маловесного ребенка. Его лучше всего использовать для тех малышей, которые не являются серьезно больными, и, в частности, для тех, вес которых менее 1.8 кг);
- дыхательные проблемы (**страница F-47**), такие как респираторный дистресс синдром или апноэ;
- язвено-некротический энтероколит (**страница F-104**);
- желтуха недоношенных детей (**страница F-82**);
- внутрижелудочковые кровоизлияния (**страница F-66**);
- анемия (**страница F-119**); чтобы избежать железодефицитной анемии, назначьте маловесному ребенку пероральный препарат железа, из расчета 2 мг/кг веса тела элементного железа один раз в сутки ежедневно с двухмесячного до 23 месячного возраста);
- низкое содержание уровня глюкозы в крови (**страница F-91**).
- В связи с тем, что маловесный ребенок обычно имеет не одну, а одновременно несколько проблем, из-за того, что он маловесный или у него более выражена болезнь - обратитесь к главе *Множественные проявления (чаще всего сепсис или асфиксия)* (**страница F-35**), уделяя особое внимание признакам сепсиса или асфиксии. Запомните, что у маловесных детей в течение первых дней или первых недель жизни часто появляется ряд новых признаков и симптомов.
- Независимо от существующих проблем все маловесные дети нуждаются в специальных подходах к их питанию, введению жидкостей и поддержанию нормальной температуры тела (идеальным является уход по методу Кенгуру), которые описаны ниже. Кроме того, рассмотрите главы в разделе *«Принципы ухода за новорожденными»* для того, чтобы использовать рекомендации по общему уходу, применительно ко всем новорожденным.

ВСКАРМЛИВАНИЕ И ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВСКАРМЛИВАНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

Маловесные дети часто имеют проблемы вскармливания просто потому, что они недостаточно зрелые, чтобы хорошо усваивать пищу. Хорошие возможности вскармливания обычно созревают к 34-35 неделе гестационного возраста. До этого времени требуются существенные усилия для того, чтобы обеспечить ребенку адекватное питание. Обеспечьте особую поддержку и внимание матери в этот трудный период.

- Объясните матери, что:
 - её грудное молоко - лучшая пища для ребенка;
 - грудное вскармливание особенно важно для маловесного ребенка;
 - может потребоваться больше времени для маловесного ребенка, чтобы приучить его к грудному вскармливанию
 - нет ничего необычного в том, если ребенок:
 - легко устает и вначале слабо сосет;
 - сосет более короткое время перед тем, как отдохнуть;
 - засыпает во время кормления;
 - делает продолжительные паузы между сосанием.
- Убедите мать держать ребенка более продолжительное время на груди, позволяя удлинять паузы между сосанием, или делая сам процесс кормления более продолжительным и медленным. Убедите мать в том, что грудное вскармливание станет легче, когда ребенок повзрослеет.
- Убедите мать следовать общим принципам исключительно грудного вскармливания (**страница С-11**).
- Обеспечьте частое вскармливание ребенка:
 - если **ребенок весит 1.25 - 2.5 кг**, кормите его по крайней мере восемь раз в сутки (т.е. каждые три часа);
 - если **ребенок весит менее 1.25 кг**, кормите его по крайней мере 12 раз в сутки (т.е. каждые два часа);
 - придерживайтесь указаний, изложенных в **таблицах F-3 - F-8 (страницы F-27-F-29)**, для определения необходимого ежедневного объема питания и/или жидкости.
- Если **ребенок недостаточно хорошо сосет и не получает необходимый объем молока**:
 - поощряйте мать давать сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**);
 - убедитесь, что мать всегда сперва пытается ребенка кормить грудью, перед тем, как предложить ему сцеженное грудное молоко, за исключением тех случаев, когда ребенок не может кормиться грудью;
 - в случае необходимости мать может улучшить приток молока, сцеживая небольшое количество молока перед прикладыванием ребенка к груди.

- Убедитесь, что ребенок получает достаточно молока, оценивая его весовую кривую (**страница С-53**).
- Если ребенок **недостаточно набирает в весе** (меньше чем 15 г/кг веса в день в течение трех дней), убедите мать сцеживать грудное молоко (**страница С-15**) в две разные чашки. Объясните, что она сначала должна дать ребенку молоко из второй чашки, которое содержит больше жира, а затем докормить необходимым объемом из первой чашки.
- Если у ребенка **отмечается рвота или вздутие живота, у него повторяются апноэ, или более 20% объема предыдущего кормления остается в желудке (остаточное содержимое в желудке) перед следующим кормлением** (вскармливая через зонд):
 - Прекратите кормление, обеспечьте венозный доступ (**страница Р-21**), и начинайте внутривенное введение жидкости в объеме, соответствующем весу и возрасту ребенка (**таблицы F-3 - F-8, страницы F-27 - F-29**) в течение 12 часов;
 - Оцените ребенка через 12 часов:
 - если **состояние ребенка улучшается**, возобновите кормление, тщательно наблюдая за ним;
 - если **состояние ребенка не улучшается**, продолжайте инфузионную терапию в соответствующем объеме в течение последующих 12 часов. После этого вновь возобновите кормление, назначив тот самый объем пищи, который ребенок получал последний раз; тщательно наблюдайте за его состоянием.
- Если **ребенок получает питание через желудочный зонд и у него увеличивается остаточное содержимое в желудке** (молоко, остающееся в желудке от предыдущего кормления), можно заподозрить язвенно-некротический энтероколит (**страница F-104**).

ОБЪЕМ ПИЩИ И ЖИДКОСТИ ДЛЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

Маловесные дети нуждаются в различном объеме пищи и жидкости в зависимости от их общего состояния и веса. Изучите ниже указанные нормы для того, чтобы определить необходимую суточную потребность ребенка в жидкости и пище.

МЛАДЕНЦЫ, КОТОРЫЕ НЕ ИМЕЮТ СЕРЬЕЗНЫХ ПРОБЛЕМ

1.75 - 2.5 кг

- Разрешите начинать кормить ребенка грудью (**страница С-11**). Если ребенок не может вскармливаться грудью, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**). Используйте **таблицу С-4 (страница С-22)** для определения необходимого объема молока, который соответствует возрасту ребенка.

1.5 - 1.749 кг

- Дайте сцеженное грудное молоко каждые три часа согласно **таблице F-3**, используя альтернативный метод вскармливания (**страница C-14**) до тех пор, пока ребенок не будет в состоянии кормиться грудью.

ТАБЛИЦА F-3 Объем грудного молока для ребенка с весом 1.5 - 1.749 кг, не имеющего серьезных проблем

	День жизни						
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	1	2	3	4	5	6	7
	12	18	22	26	30	33	35

1.25 - 1.49 кг

- Дайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**) каждые три часа согласно **таблице F-4**.
- Постепенно переходите к питанию из чашки/ложки (**страница C-16**), как только ребенок сможет глотать, не захлебываясь и не кашляя.

ТАБЛИЦА F-4 Объем грудного молока для ребенка с весом 1.25 - 1.49 кг, не имеющего серьезных проблем

	День жизни						
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	1	2	3	4	5	6	7
	10	15	18	22	26	28	30

Менее чем 1.25 кг

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и давайте только внутривенную жидкость (согласно **таблице F-5, страница F-28**) в течение первых 48 часов.
- Давайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**) каждые два часа, начиная с 3 дня или позже, если состояние ребенка еще не стабильно; медленно уменьшайте объем внутривенно назначаемой жидкости, постепенно увеличивая объем пероральной пищи согласно **таблице F-5 (страница F-28)**.
- Постепенно переходите к питанию из чашки/ложки (**страница C-16**), как только ребенок сможет глотать, не захлебываясь и не кашляя.

ТАБЛИЦА F-5 Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для всех детей с весом менее 1.25 кг

	День жизни						
	1	2	3	4	5	6	7
Скорость введения внутривенной жидкости (мл/час или микрокапли/минуту)	4	4	3	3	2	2	0
Объем питания через каждые два часа (мл/вскармливание)	0	0	3	5	8	11	15

БОЛЬНЫЕ МЛАДЕНЦЫ**1.75 - 2.5кг**

- Если **ребенок изначально не нуждается в инфузионной терапии** (согласно соответствующей главе по существующей проблеме ребенка), начинайте грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенок не может вскармливаться грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**). Используйте **таблицу С-4** (**страница С-22**) для определения необходимого объема молока, который соответствует возрасту ребенка.
- Если **ребенок нуждается в инфузионной терапии**:
 - Обеспечьте венозный доступ (**страница Р-21**) и давайте жидкость только внутривенно (согласно **таблице F-6**) в течение первых 24 часов;
 - Дайте сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**) каждые три часа, начиная со 2 дня или позже, если состояние ребенка еще нестабильно; медленно уменьшайте объем внутривенно назначаемой жидкости, постепенно увеличивая объем пероральной пищи согласно **таблице F-6**.

ТАБЛИЦА F-6 Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.75 - 2.5 кг

	День жизни						
	1	2	3	4	5	6	7
Скорость введения внутривенной жидкости (мл/час или микрокапли/минуту)	5	4	3	2	0	0	0
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	0	6	14	22	30	35	38

1.5 - 1.749 кг

- Обеспечьте венозный доступ (**страница P-21**) и давайте жидкость только внутривенно (согласно **таблице F-7**) в течение первых 24 часов.
- Дайте сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница C-14**) каждые три часа, начиная со 2 дня или позже, если состояние ребенка еще нестабильно; медленно уменьшайте объем внутривенно назначаемой жидкости, постепенно увеличивая объем пероральной пищи согласно **таблице F-7**.
- Постепенно переходите к питанию из чашки/ложки (**страница C-16**), как только ребенок сможет глотать, не захлебываясь и не кашляя.

ТАБЛИЦА F-7 Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.5 - 1.749 кг

Скорость введения внутривенной жидкости (мл/час или микрокапли/минуту)	День жизни						
	1	2	3	4	5	6	7
	4	4	3	2	2	0	0
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	0	6	13	20	24	33	35

1.25 - 1.49 кг

- Обеспечьте венозный доступ (**страница P-21**) и давайте жидкость только внутривенно (согласно **таблице F-8**) в течение первых 24 часов.
- Дайте сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница C-14**) каждые три часа, начиная со 2 дня или позже, если состояние ребенка еще нестабильно; медленно уменьшайте объем внутривенно назначаемой жидкости, постепенно увеличивая объем пероральной пищи согласно **таблице F-8**.
- Постепенно переходите к питанию из чашки/ложки (**страница C-16**), как только ребенок сможет глотать, не захлебываясь и не кашляя.

ТАБЛИЦА F-8 Скорость введения внутривенной жидкости и объем грудного молока для больного ребенка с весом 1.25 - 1.49 кг

Скорость введения внутривенной жидкости (мл/час или микрокапли/минуту)	День Жизни						
	1	2	3	4	5	6	7
	3	3	3	2	2	0	0
Объем питания через каждые три часа (мл/вскармливание)	0	6	9	16	20	28	30

Менее 1.25 кг

- Давайте пищу и жидкость таким образом, как описано для здорового ребенка с весом менее 1.25кг (**страница F-27**).

ПРИБАВКА В МАССЕ ТЕЛА И ПИТАНИЕ ПОСЛЕ СЕДЬМОГО ДНЯ ЖИЗНИ

- Для маловесных детей считается нормальным терять вес в течение первых 7-10 дней жизни. Вес при рождении обычно воостанавливается к 14 дню жизни, если ребенок за это время не болел.
- Оцените весовую кривую (**страница C-53**) ребенка, и убедитесь что он достаточно набирает в весе.
- Если **ребенок по прежнему нуждается в альтернативном методе вскармливания, но получает необходимый объем пищи:**
 - увеличивайте объем молока по 20мл/кг в день до тех пор, пока не достигнете 180 мл/кг массы тела грудного молока в день;
 - продолжайте постепенно увеличивать объем молока одновременно с увеличением веса ребенка с тем, чтобы поддержать тот же 180 мл/кг массы тела объем грудного молока в сутки.
- Если **прибавка в весе является недостаточной** (менее 15 г/кг массы тела в день в течение трех дней):
 - увеличьте объем молока до 200 мл/кг массы тела в день;
 - **если ребенок не прибавляет в весе в течении более одной недели, получая 200 мл/кг массы тела в день грудного молока, начинайте его лечить от недостаточной прибавки массы тела (страница F-96).**

МАТЕРИНСКИЙ УХОД ПО МЕТОДУ КЕНГУРУ

Материнский уход по методу кенгуру (МУК) – это такой способ ухода за маловесным ребенком, когда он непрерывно находится на груди матери (контакт кожа-к-коже) и вскармливается исключительно грудным молоком (в идеальном случае). Это наилучшим образом сохраняет тепло у ребенка и помогает приучить его грудному вскармливанию. МУК можно начинать в больнице, как только это позволяет общее состояние ребенка (т.е. ребенок не нуждается в специальном лечении, таком, как кислородная или инфузионная терапия). Однако МУК требует, чтобы мать оставалась с ребенком или проводила большую часть суток в больнице.

- Перед тем, как мать начнет МУК, убедитесь, что она полностью восстановилась после возможных осложнений в родах.

- Убедитесь, что мать имеет поддержку со стороны своей семьи, позволяющей ей оставаться в больнице или вернуться сюда, как только ребенок будет готов к МУК, и что семья помогает ей справляться со своими домашними обязанностями. По возможности обсудите с членами семьи, каким образом они могут поддерживать мать, чтобы она могла осуществлять МУК.
- Объясните матери, что МУК может быть самым лучшим способом ухода за её малышом, если это позволяет общее состояние ребенка:
 - ребенок будет находиться в тепле;
 - ребенку будет легче вскармливаться;
 - реже будут встречаться эпизоды апноэ.
- Прекратите МУК только в случаях смены пеленок (подгузника), купания, общего осмотра ребенка в соответствии с принятым расписанием или по мере необходимости.
- Уход по методу кенгуру возможен до тех пор, пока ребенок достигает 2.5 кг массы тела или 40 недель гестационного возраста.

НАЧАЛО МАТЕРИНСКОГО УХОДА ПО МЕТОДУ КЕНГУРУ

- Пока ребенок поправляется от болезни, мать может начинать держать ребенка на груди (кожа-к-коже) в течение коротких промежутков времени (от одного до трех часов).
- Как только состояние ребенка становится стабильным и ему не требуется специальное лечение (т.е. кислородная или инфузионная терапия), мать может начинать непрерывный МУК.
- Когда ребенок готов к МУК, согласуйте с матерью время, которое будет для нее удобным. Попросите, чтобы она носила легкую, свободную одежду, удобную для существующей окружающей температуры, и которая могла бы вместить и ребенка.
- Обеспечьте комнатную температуру не менее 25 °С.
- В то время, как мать держит ребенка, объясните ей каждый шаг МУК, продемонстрируйте их, а затем позвольте ей выполнить эти шаги самостоятельно.
- Оденьте ребенка в подогретую рубашку, распахивающуюся спереди, наденьте ему подгузник, шапку и носки.
- Положите ребенка на грудь матери:
 - Положите ребенка в вертикальное положение непосредственно на кожу матери.
 - Убедитесь, что бедра и локти ребенка слегка согнуты, напоминая положение лягушки, а голова и грудь ребенка соприкасаются с грудью матери, при этом голова немножко запрокинута назад.

- Положите ребенка на грудь матери под ее одежду (**Рис. F-2**) и сверху накройте его подогретым одеялом:
 - Мать не нуждается в специальной одежде, если обычная ее одежда держит ребенка прочно и удобно в контакте с её кожей.
 - Используйте кусок мягкой ткани (приблизительно 1 квадратный метр), сложенный в двойную складку и связанный в узел. Убедитесь, что ткань обхватывает ребенка достаточно прочно, не давая ему соскальзывать вниз, когда мать встает, но и не слишком сильно, затрудняя дыхание или движения ребенка.
- После удобного расположения ребенка, позвольте матери какое-то время отдохнуть с ребенком, и, когда она будет готова, поощряйте ее двигаться.

РИСУНОК F-2 Ребенок в положении кенгуру под одеждой матери



ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

- Мать должна попытаться кормить ребенка грудью, когда он просыпается или когда бодрствует и активен.
- Мать должна удобно сесть; при необходимости, помогите ей найти удобное положение и правильно приложить ребенка к груди (**страница C-12**).
- Если грудное вскармливание невозможно, научите мать давать ребенку сцеженное молоко, используя альтернативный метод кормления (**страница C-14**).

ЕЖЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЬ МАТЕРИ

- Объясните матери, что очень важно часто мыть руки.
- В течение дня, мать может делать все что захочет: она может ходить, стоять, сидеть, или лежать.
- Лучшее положение во время МУК - это положение на спине с приподнятой головной частью (полусидячее). **Если кровать не имеет возможности менять положение**, мать может использовать несколько подушек, чтобы придать такое положение. Она может также спать и на боку.
- Когда мать должна на некоторое время отлучиться от своего ребенка в целях личной гигиены или по другой причине:
 - другой член семьи может держать ребенка на груди, пока мать отсутствует; или
 - ребенка нужно одеть, поместить в теплую кроватку и накрыть его до тех пор, пока мать или другой член семьи сможет опять обеспечить МУК.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ РЕБЕНКА

- Если ребенку проводится **постоянный материнский уход по методу кенгуру**, измеряйте температуру тела ребенка два раза в день.
- Научите мать наблюдать за характером дыхания ребенка и объясните ей варианты нормы. Если **ребенок перестает дышать**, научите мать стимулировать дыхание ребенка, потирая его спину в течение 10 секунд. Если ребенок не начинает немедленно дышать, начинайте его реанимацию, проводя вентиляцию с помощью мешка и маски (**страница Р-1**).
- Научите мать распознавать опасные симптомы (например, апноэ, отсутствие активных движений, летаргия, или отказ от пищи).
- Обратите внимание на любое беспокойство матери. **Если ребенок отказывается от пищи**, убедитесь в том, что мать правильно вскармливает ребенка, (**страница С-12**), что ребенок по прежнему слишком незрелый, или что у него не начинается болезнь (если необходимо, повторите обследование, **таблица F-2 [страница F-11]**).

ВЫПИСКА И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Когда ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**). Это обычно происходит через несколько дней или недель, в зависимости от веса ребенка при рождении и других проблем, которые имел ребенок.

- Убедитесь в том, что мать способна самостоятельно заботиться о малыше и продолжать МУК дома, а так же, что она сможет регулярно приходить для последующих осмотров.
- В течение первой недели после выписки из больницы по возможности ежедневно взвешивайте ребенка и обсуждайте с матерью любые проблемы. Обеспечьте поддержку и поощрение матери.
- После первой недели жизни приглашайте мать с ребенком два раза в неделю, пока ребенок не достигнет 40 недель пост-менструационного или не будет весить более 2.5 кг. Взвесьте ребенка и посоветуйте матери, что она может постепенно прекращать МУК, как только ребенок станет менее толерантен к такому способу ухода.
- По мере прекращения МУК, ежемесячно продолжайте наблюдать за состоянием питания, роста и развития ребенка, пока ему не исполнится несколько месяцев.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЧАЩЕ ВСЕГО СЕПСИС ИЛИ АСФИКСИЯ)

- Запомните следующие моменты относительно множественных признаков заболевания:
 - Единственное заболевание у ребенка может проявляться несколькими признаками (напр., у ребенка с асфиксией могут быть судороги, проблемы вскармливания и нарушение дыхания) в то время, как один и тот-же признак может встречаться при многих болезнях (напр., проблемы вскармливания могут быть признаком сепсиса, асфиксии или встречаться у маловесных детей).
 - Даже в тех случаях, когда множественные признаки указывают на единственную проблему, чаще всего эти признаки приходится лечить; поэтому, для дальнейшего тактики ведения обращайтесь к конкретной главе, описывающей имеющийся конкретный признак у ребенка. Например, если у ребенка с асфиксией или сепсисом имеются дыхательные расстройства и судороги, убедитесь в том, что его лечение охватывает обе проблемы.
- К проблемам, которые обычно проявляются с множественными признаками, относится асфиксия, сепсис и маловесный ребенок (родившийся менее 2.5 кг или до 37 недели беременности). Врожденный сифилис, особый вид сепсиса, также может проявляться множественными признаками, которые описаны ниже. Помните, что:
 - Существует значительное сходство между клиническими признаками асфиксии и сепсиса, однако их очень важно различать для правильного выбора лечения;
 - У маловесных детей могут проявляться множественные признаки, которые могут совпадать с признаками асфиксии и сепсиса.
 - Врожденный сифилис встречается значительно реже по сравнению с другими тремя проблемами, даже в регионах с высокой распространенностью инфекций, передающихся половым путем.

ПРОБЛЕМЫ

- Выявление более одного патологического признака во время обследования с большей вероятностью указывает на то, что конкретная проблема у ребенка может быть вызвана его малым весом, сепсисом, асфиксией или врожденным сифилисом.
- Возможно, что изначально во время обследования был выявлен один патологический признак, однако позже у ребенка появляются и другие признаки болезни.

ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Оцените проявление признаков заболевания по анамнезу (**страница F-7**) и результатам обследования (**Таблица F-2, страница F-11**), обращая особое внимание на:
 - осложненную беременность и/или трудные роды (например, дистресс плода);
 - затянувшиеся роды;
 - отсутствие самостоятельного дыхания сразу после рождения;
 - необходимость реанимация ребенка при рождении;
 - внутриутробную инфекции или лихорадку матери в любое время от начала родов до третьего дня после родов;
 - разрыв околоплодных оболочек у матери за 18 часов до начала родов;
 - маловесного ребенка (с весом менее 2.5 кг при рождении или родившегося до 37 недели беременности);
 - серопозитивный тест на сифилис во время беременности или после родов;
 - установленный сифилис (у матери или партнера) во время беременности. Если **мать или её партнер болели сифилисом во время беременности**, уточните, лечились ли они вообще, лечились ли достаточно, существует ли информация о лечении вообще.
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (**страница P-13**). Если содержание глюкозы крови меньше чем **45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, начинайте лечение гипогликемии (**страница F-91**). Если после проведенного лечения проблема сохраняется, вернитесь к этой главе для дальнейшей оценки состояния ребенка.
- Оцените признаки заболевания (см. ниже).

ОЦЕНИТЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Оцените признаки заболевания у ребенка по ниже приведенным таблицам, в которых указаны характерные признаки асфиксии и сепсиса (**Таблица F-9, страница F-37**) и признаки, характерные маловесным детям, или детям с врожденным сифилисом (**Таблица F-10, страница F-37**). Если признаки заболевания у ребенка соответствуют признакам асфиксии и сепсиса, определите, какие из них можно отнести к группе А, а какие к группе Б, используя эту информацию для выбора правильного лечения (**страница F-38**).

Таблица F-9 Признаки, свойственные сепсису и асфиксии

Признаки группы А	Признаки группы Б
<ul style="list-style-type: none"> • Дыхательные нарушения (например, частота дыхания выше 60 или меньше 30 в минуту, “хрюканье” во время выдоха (грантинг), втягивание грудины, или центральный цианоз (синюшность языка и губ) • Отсутствие самостоятельного дыхания при рождении, обычно требующее реанимации новорожденного (вероятность асфиксии) • Апноэ • Судороги • Отсутствие сознания • Нарушение терморегуляции с момента рождения, не поддающееся лечению, появление нестабильной температуры тела после 3-х или более измерений нормальной температуры, или повышение температуры более чем 39°C при отсутствии перегрева ребенка (вероятность сепсиса) • Быстрое и резкое ухудшение состояния (вероятность сепсиса) • Проявление признаков после четвертого дня жизни (вероятность сепсиса) • В анамнезе матери: внутриутробная инфекция или лихорадка у матери в любое время от начала родов до третьего дня после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до начала родов (вероятность сепсиса) 	<ul style="list-style-type: none"> • Летаргия или вялость мышечного тонуса • Сонливость или пониженная активность • Рвота (вероятность сепсиса) • Вздутие живота • Вялое кормление или полный отказ от пищи после периода нормального вскармливания (вероятность сепсиса) • Признаки заболевания, проявляющиеся при рождении или в первый день жизни (иеротность асфиксии) • Затянувшиеся роды (указывают на сепсис) • Роды в неблагоприятных условиях (вероятность сепсиса) • Осложненная или трудная беременность и роды и (дистресс плода; иеротность асфиксии)

Таблица F-10 Признаки, характерные для маловесных младенцев или детей с врожденным сифилисом

Признаки	Характеристика
<ul style="list-style-type: none"> • Мерее 2,5кг веса при рождении или преждевременные роды до 37 недели беременности • Температура тела ниже 36,5°C • Апноэ • Синдром дыхательных расстройств (тяжелое или средней тяжести нарушение дыхания) с момента рождения. Ухудшение состояния ребенка в течение первых двух дней жизни, стабильное в течение следующего одного - двух дней и постепенное улучшение в течение следующих четырех - семи дней) • Нарушение вскармливания • Вялость мышечного тонуса 	Маловесный ребенок (см. страницу F-40)
<ul style="list-style-type: none"> • Распространенный отек (увеличение массы тела) • Вздутие живота (из-за увеличенной печени или селезенки или из-за накопившейся жидкости в брюшной полости) • Волдыри на ладонях и ступнях • Обильная секреция из носа (“сопение”) 	Врожденный сифилис (см. страницу F-41)

ВЫБОР НЕОБХОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ

Запомните следующие положения при выборе для ребенка необходимого лечения, и в особенности во время дифференциации между сепсисом и асфиксией:

- Сепсис может проявиться в любое время с момента рождения до конца периода новорожденности:
 - Подумайте о сепсисе (см. ниже), если у младенцев имеются множественные признаки заболевания, особенно если вы не можете исключить сепсис, или если нет другого четкого диагноза;
 - Если симптомы сепсиса появляются в течение первых трех дней жизни, это обычно связано с разрывом околоплодных оболочек более чем за 18 часов до начала родов, наличием внутриутробной инфекции, или лихорадкой у матери, проявляющейся от начала родов до трех дней после родов. Если **вышеперечисленные ситуации указаны в анамнезе матери, а у ребенка имеются клинические признаки заболевания**, подозревайте сепсис (см. ниже).
 - Если **ребенок не заболел до четвертого дня жизни или позже**, наличие или отсутствие неблагоприятных факторов в анамнезе матери уже не помогут отличить сепсис от других возможных проблем. Однако, **если отсутствует надежная информация о беременности, родах и послеродовом периоде, а ребенку уже более трех суток жизни**, подумайте о сепсисе (см. ниже)
- Асфиксия обычно связана с трудными или затянувшимися родами (т.е. с дистрессом плода) и/или отсутствием у ребенка при рождении самостоятельного дыхания, обычно требующего проведения реанимационных мероприятий. Если эти события имели место, подумайте об асфиксии (**страница F-39**).
- Если ребенок маловесный, см. **страницу F-40**.
- Если у **ребенка имеются клинические признаки сифилиса, а у матери или её партнера во время беременности был установлен сифилис, или мать была серопозитивной на сифилис**, подозревайте врожденный сифилис (**страница F-41**).

ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА СЕПСИС

Ознакомьтесь с двумя главными пунктами, представленными ниже, и выберите из них тот, который в большей степени соответствует проявлениям заболевания у ребенка. Обратитесь к **таблице F-11 (страница F-40)** для принятия алгоритма решений для того, чтобы различить сепсис от асфиксии.

- Если **возраст ребенка не превышает трех суток, а анамнез матери указывает на сепсис**, начинайте лечить сепсис (**страница F-41**) и симптоматическое лечение любых патологических признаков (например, дыхательную недостаточность).

- Если **возраст ребенка не превышает трех суток, а в анамнезе матери нет данных о сепсисе, ИЛИ ребенок уже был старше трех дней при появлении признаков заболевания** (независимо от материнского анамнеза) и:
 - У ребенка имеются два или более признаков из группы А, или три и более признаков из группы Б, начинайте лечение сепсиса (страница F-41) и симптоматическое лечение любой специфической проблемы (например, дыхательной недостаточности);
 - У ребенка имеется один признак из группы А и один или два признака из группы Б, начинайте лечение любой специфической проблемы (например, дыхательную недостаточность), но не начинайте лечение сепсиса. Наблюдайте ребенка для выявления дополнительных симптомов сепсиса, повторно оценивая состояние ребенка каждые два часа в течение 12 часов:
 - Если в любой момент наблюдения у ребенка появятся дополнительные признаки сепсиса, начинайте лечение сепсиса (страница F-41);
 - Если во время периода наблюдения у ребенка не проявляются дополнительные симптомы сепсиса, но сохраняются имеющиеся другие признаки заболевания, продолжайте наблюдение еще в течение 12 часов;
 - Если исходные признаки сепсиса улучшились в течение периода наблюдения, повторно оцените состояние ребенка каждые четыре часа в течение последующих 24 часов. Если состояние ребенка продолжает улучшаться, ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (страница C-67).

ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА АСФИКСИЮ

Ознакомьтесь с двумя главными пунктами, представленными ниже, и выберите из них тот, который в большей степени соответствует проявлениям заболевания у ребенка. Обратитесь к таблице F-11 (страница F-40) для принятия алгоритма решений для того, чтобы различить сепсис от асфиксии.

- Если **возраст ребенка не превышает трех суток, а анамнез матери указывает на сепсис** (см. выше), начинайте лечение и асфиксии (страница F-44), и сепсиса (страница F-41) одновременно; продолжайте и симптоматическое лечение (например, дыхательной недостаточности).
- Если **возраст ребенка не превышает трех суток, а в анамнезе матери нет данных о сепсисе, ИЛИ ребенок уже был старше трех дней при появлении признаков заболевания** (независимо от материнского анамнеза), начинайте лечить асфиксию (страница F-44), продолжая симптоматическое лечение (например, дыхательную недостаточность).

ТАБЛИЦА F-11 **Краткое изложение алгоритма принятия решений по различению сепсиса от асфиксии**

Возраст ребенка и анамнез матери	Признаки более свойственны	Лечите
Возраст ребенка не превышает трех суток и анамнез матери указывает на сепсис	Асфиксии	Сепсис (страница F-41) и асфиксию (страница F-44)
	Сепсису	Сепсис (страница F-41)
Возраст ребенка не превышает трех суток и в анамнезе матери нет данных на сепсис ИЛИ У ребенка появляются признаки заболевания на четвертый день или позже	Асфиксии	Асфиксию (страница F-44)
	Сепсису	Возможный сепсис (убедитесь в наличии признаков из группы А или Б; Таблица F-9, страница F-37)

ЕСЛИ РЕБЕНОК МАЛОВЕСНЫЙ

- Если имеется **маловесный ребенок, у которого проявляются клинические признаки, характерные для сепсиса и асфиксии (см. Таблицу F-9, страница F-37):**
 - Лечите сепсис и/или асфиксию (см. выше), продолжайте симптоматическое лечение (например, дыхательную недостаточность) и обеспечьте общий уход за маловесным ребенком (**страница F-23**).
 - Если **признаки заболевания у ребенка включают в себя повторяющееся апноэ, вялость мышечного тонуса, проблемы вскармливания и/или дыхательную недостаточность, соответствующую клинике синдрома дыхательных расстройств (СДР), а в анамнезе матери не отмечается сепсис:**
 - См. указания в **страницах F-51 и F-52** по соответствующему лечению СДР и апноэ;
 - Не назначайте лечение сепсиса, если это не упоминается в разделах по лечению СДР или апноэ;
 - Обеспечьте общий уход за маловесным ребенком (**страница F-23**).
- Если у ребенка **нет характерных признаков сепсиса или асфиксии:**
 - Обеспечьте общий уход за маловесным ребенком (**страница F-23**);
 - Обратите внимание на то, что в течение первых дней и недель жизни маловесных детей часто появляются новые признаки заболевания; вернитесь к этой главе в любое время, как только у ребенка появятся множественные признаки, характерные для сепсиса и асфиксии.

ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС

- Если у ребенка имеются характерные для сифилиса признаки, **ИЛИ** у матери или её партнера был диагностирован сифилис во время беременности, сделайте серологический тест матери и ребенку:
 - Если мать или ребенок серопозитивные, лечите ребенка от врожденного сифилиса (**страница F-46**);
 - Если серологический тест на сифилис невозможен, мать не получала лечения не менее 30 дней до родов, или ее лечение было недостаточным, или данные о проведенном лечении вообще отсутствуют, лечите ребенка от врожденного сифилиса (**страница F-46**);
- Если мать была серопозитивной на сифилис во время беременности, определите, получала ли она лечение:
 - Если мать получала достаточное лечение и оно было начато не менее, чем за 30 дней до родов, никакое лечение не требуется;
 - Если мать не получала достаточное лечение не менее, чем за 30 дней до родов или лечение было недостаточным, или данные о лечении матери вообще отсутствуют, лечите ребенка от врожденного сифилиса (**страница F-46**).

ЛЕЧЕНИЕ**СЕПСИС**

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и в первые 12 часов назначьте только внутривенную жидкость в объеме, соответствующем возрасту ребенка (**Таблица С-4, страница С-22**).
- Возьмите кровь (**страница P-9**) и отправьте ее в лабораторию на посев и чувствительность, и, по возможности, для определения гемоглобина.
- Если **уровень гемоглобина менее 100 г/л** (гематокрит меньше 30%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Если ребенок имеет судороги, опистотонус или у него выбухает большой родничок, подумайте о возможном менингите:
 - Лечите судороги, если они имеются (**страница F-59**).
 - Сделайте спинномозговую пункцию (**страница P-37**).
 - Отправьте образец цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) в лабораторию для определения количества клеток, окраски по Граму, посева и определения чувствительности;
 - Начинайте лечение менингита (**страница F-43**), не дожидаясь лабораторного подтверждения.

- Если нет подозрения на менингит, назначьте в/в ампициллин и гентамицин в дозах, соответствующих возрасту и весу ребенка (**Таблица С-9, страницы С-34 по С-35**).
- Оценивайте состояние ребенка каждые шесть часов для определения признаков улучшения:
 - Если состояние ребенка улучшается после трехдневного курса антибиотиков:
 - Если результат посева крови отрицательный, прекратите лечение ампициллином и гентамицином после пятидневного курса;
 - Если невозможно взять кров на посев или результат посева крови положительный, продолжайте лечение ампициллином и гентамицином до 10 дней;
 - Если состояние ребенка не улучшается после трехдневного лечения антибиотиками:
 - Если результат посева крови положительный, смените антибиотики согласно результату посева и чувствительности бактерий; новые антибиотики продолжайте давать семь дней с момента появления признаков улучшения состояния ребенка;
 - Если невозможно взять кров на посев или идентифицировать возбудителя, прекратите давать ампициллин. Назначьте цефотаксим в/в согласно возрасту ребенка (**Таблица С-9, страница С-34**), в дополнение к гентамицину, в это сочетание продолжайте давать семь дней с момента появления признаков улучшения состояния ребенка;
- После 12 часов лечения антибиотиками или по мере улучшения состояния ребенка, начинайте прикладывать ребенка к груди (**страница С-11**). Если ребенок не в состоянии сосать грудь, дайте сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**).
- Во время госпитализации определяйте гемоглобин дважды в течение недели и еще раз перед выпиской. Если уровень гемоглобин менее 100 г/л (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница Р-31**).
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками:
 - Если ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Если признаки сепсиса вновь появляются, возьмите повторно кровь на посев и чувствительность и, по мере необходимости, вновь назначьте антибиотики.

МЕНИНГИТ

- Сделайте люмбальную пункцию (**страница P-37**), если этого не было сделано (см. **страницу F-41**)
- Назначьте ампициллин (в соответствующей дозе для лечения менингита) и гентамицин в/в в соответствии с возрастом и весом ребенка (**Таблица C-9, страницы C-34 по C-35**). Запомните, что доза ампициллина, назначаемая при менингите, в два раза больше, чем его доза для лечения сепсиса.
- Подтвердите диагноз менингита если:
 - количество лейкоцитов в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) равна $20/\text{mm}^3$ (или больше) в возрасте до седьмого дня жизни, или $10/\text{mm}^3$ (или больше), если ребенок в возрасте семи дней или старше;

ИЛИ

- результат посева ликвора или окраска по Граму являются позитивными.
- После 12 часового лечения антибиотиками или по мере улучшения состояния ребенка начинайте грудное вскармливание (**страница C-11**). Если ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание, дайте ему сцеженное материнское молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница C-14**).
- Если **после 48 часового лечения антибиотиками состояние ребенка улучшается**, продолжайте антибактериальную терапию в течение 14 дней или в течение 7 дней с момента первых признаков улучшения состояния ребенка; выберите более продолжительный курс лечения.
- Если **после 48 часового лечения антибиотиками состояние ребенка не улучшается**, повторите люмбальную пункцию:
 - Если в **мазке ликвора, окрашенной по Граму, видны микробы**, смените антибиотики по идентифицированным микробам и продолжайте лечение в течение 14 дней, или в течение 7 дней с момента первых признаков улучшения состояния ребенка; выберите более продолжительный курс лечения.
 - Если **возбудителя идентифицировать невозможно**, прекратите лечение ампициллином. Назначьте цефотаксим в/в (в соответствующей дозе для лечения менингита) согласно возрасту ребенка (**Таблица C-9, страница C-34**) в дополнение к гентамицину, в течение 14 дней или в течение 7 дней с момента первых признаков улучшения состояния ребенка; выберите более продолжительный курс лечения.
- Во время госпитализации определяйте уровень гемоглобина каждые три дня и последний раз перед выпиской. Если уровень гемоглобина менее 100 г/л (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками:
 - Если ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

- Если **признаки сепсиса вновь появляются**, возьмите повторно кровь на посев и чувствительность и, по мере необходимости, вновь назначьте антибиотики.

АСФИКСИЯ

- Если у ребенка **появляются судороги**, немедленно начинайте их лечение (**страница F-64**), чтобы предотвратить ухудшение состояния ребенка.
- Лечите дыхательную недостаточность, если она имеется (**страница F-47**).
- Определите тяжесть (степень) асфиксии:
 - При легкой асфиксии, ребенок может быть беспокойным или чрезмерно активным, с повышенным мышечным тонусом, у него могут быть проблемы вскармливания, нормальное или учащенное дыхание. Эти изменения обычно сохраняются в течение 24 - 48 часов и затем проходят сами по себе;
 - При асфиксии средней тяжести ребенок может быть летаргичным и иметь трудности вскармливания. У него периодически могут проявляться апное и/или судороги, сохраняющиеся в течение нескольких дней. Упомянутые нарушения обычно проходят в течение одной недели, но возможны длительные неврологические расстройства.
 - В тяжелых случаях, ребенок может быть вялым или бессознательным и не в состоянии принимать пищу. Судороги могут продолжаться в течение нескольких дней, свойственны частые и продолжительные эпизоды апное. Состояние ребенка может улучшиться через несколько недель или улучшение не наступает вообще; если эти дети выживают, у них, как правило, сохраняются продолжительное и стойкое повреждение мозга.
- При легкой асфиксии:
 - Если **ребенок не нуждается в кислородной терапии**, начинайте его прикладывать к груди (**страница C-11**).
 - Если **ребенок нуждается в кислородной терапии или не может получать грудное вскармливание по другим причинам**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница C-14**);
 - Обеспечьте непрерывный уход (**страница F-45**).
- При асфиксии средней тяжести или тяжелой:
 - Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и введение жидкости исключительно внутривенным путем первые 12 часов.
 - Ограничьте объем жидкости до 60 мл/кг массы тела в течение первых суток жизни и контролируйте объем выделяемой мочи.

- Если **ребенок мочится менее шести раз в сутки или не мочится вообще**:
 - Не увеличивайте объем жидкости на следующий день;
 - Если выделение мочи начинает нарастать, ежедневно увеличивайте объем внутривенно вводимой жидкости согласно темпу увеличения, представленному в **таблице С-4, странице С-22**, независимо от суток жизни ребенка (т.е. для ребенка в возрасте 4 суток начните с 60 мл/кг, увеличивайте до 80 мл/кг, потом - до 100 мл/кг, и т.д.; в первые сутки жизни сразу не начинайте с 120 мл/кг);
- Как только удастся купировать судороги и ребенок становится все более контактным, дайте возможность ребенку получать грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенок не может получать грудное вскармливание**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**);
- Обеспечьте непрерывный уход (см. ниже).

НЕПРЕРЫВНЫЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ С АСФИКСИЕЙ

- Оценивайте состояние ребенка каждые два часа:
 - Если **температура тела ребенка мене 36.5 °С или более 37.5 °С**, нормализуйте ее (**страница F-69**).
 - По мере необходимости лечите судороги (**страница F-64**) или дыхательную недостаточность (**страница F-47**).
- Поощряйте мать держать и обнимать ребенка.
- Если **ребенок без сознания, летаргичен или вялый**, берите его на руки и передвигайте очень осторожно, чтобы его не повредить из-за пониженного мышечного тонуса. Придерживайте все тело и, особенно, голову ребенка.
- Если **состояние ребенка не улучшается в течение трех суток**, вновь оцените возможные признаки сепсиса (**Таблица F-9, страница F-37**).
- Если **состояние ребенка не улучшается в течение одной недели** (ребенок по-прежнему остается летаргичным, не берет грудь или плохо сосет, или у него сохраняются судороги), **но ребенок больше не лечится в больнице или может лечиться дома**, обсудите с матерью возможность ухода за ребенком в домашних условиях.
- Если **у ребенка не было судорог в течение трех дней после прекращения лечения фенobarбиталом**, мать в состоянии кормить ребенка, и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

- Обсудите с матерью возможный прогноз у ребенка и как справиться с проблемами, которые могут возникнуть дома;
- Повторно осмотрите ребенка через одну неделю или раньше, если мать отметит появление серьезных возникшие проблемы (т.е. проблемы вскармливания, судороги);
- Помогите матери подобрать лучший способ вскармливания ребенка, если ребенок плохо сосет грудь. Если ребенок сосет медленно, посоветуйте матери кормить ребенка почаще.

ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС

- Сделайте люмбальную пункцию (**страница Р-37**).
- Определите количество лейкоцитов в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) для того, что бы убедиться, вовлечена ли в процесс центральная нервная система (ЦНС) (т.е. количество лейкоцитов в ЦСЖ более $25/\text{mm}^3$).
 - Если **ЦНС вовлечена или люмбальную пункцию невозможно сделать или получен кровянистый ликвор**, назначьте в/в или в/м бензилпенициллин (Таблица С-9, страница С-34) в течение 10 дней;
 - Если **ЦНС не вовлечена в процесс**, назначьте в/м прокаин бензилпенициллин (или бензатин бензилпенициллин) внутримышечно (**Таблица С-9, страницы С-34 по С-35**) в течение 10 дней. (**Если имеется внутривенный доступ**, бензилпенициллин вводите внутривенно [**Таблица С-9, страница С-34**] в течение 10 дней).
- Если **имеется желтуха**, объясните матери, что возможно потребуется до трех месяцев для того, чтобы она прошла.
- Введите матери и её партнеру(ам) 1.8г (2.4 миллиона единиц) бензатин бензилпенициллина- две внутримышечные инъекции в разные места.
- Направьте мать и её партнера(ов) для дальнейшего наблюдения в клинику по инфекциям, передаваемых половым путем.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками.
- Если состояние ребенка остается хорошим, у него нет проблем вскармливания или каких-либо других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
 - Обследуйте ребенка через 4 недели по поводу его роста и присутствия признаков врожденного сифилиса;
 - Сообщите об этом случае властям, если это необходимо.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Немедленно начинайте реанимацию ребенка, проводя вентиляцию с помощью мешка и маски (страница P-1), если у ребенка:

- дыхание отсутствует вообще, даже при его стимуляции; ИЛИ
- дыхание нерегулярное (гаспинг); ИЛИ
- частота дыхания менее 20 раз в минуту.

ПРОБЛЕМЫ

- Частота дыхания ребенка более 60 раз в минуту.
- Частота дыхания ребенка менее 30 раз в минуту.
- У ребенка имеется центральный цианоз (синий язык и губы).
- Ребенок втягивает грудину (рис. F-3).
- Ребенок “хрюкает” во время выдоха (грантинг).
- У ребенка имеется апноэ (спонтанная остановка дыхания больше чем на 20 секунд).

РИСУНОК F-3 Втяжение грудины



СИМПТОМЫ

- Изучите проявления заболевания по анамнезу (страница F-7) и результатам обследования ребенка (таблица F-2, страница F-11), и используйте полученную информацию для определения тяжести дыхательной недостаточности (таблица F-12, страница F-49).
- Назначьте необходимое общее лечение (см. ниже).

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Дайте кислород (страница C-25) умеренным потоком.
- Если ребенок дышит менее 30 раз в минуту, внимательно за ним наблюдайте. Если дыхание ребенка ниже 20 раз в минуту, начинайте вспомогательную вентиляцию с помощью мешка и маски (страница P-1).
- Если у ребенка имеется апноэ:
 - Стимулируйте его дыхание, потирая спину ребенка в течение 10 секунд;
 - Если ребенок не начинает немедленно дышать, начинайте вспомогательную вентиляцию с помощью мешка и маски (страница P-1);
 - Смотрите страницу F-52 для дополнительной информации по лечению апноэ.
- Определите уровень глюкозы в крови (страница P-13). Если глюкоза крови меньше чем 45 мг/дл (2.6 ммол/л), лечите гипогликемию (страница F-91).
- Если кроме дыхательной недостаточности имеются и другие признаки заболевания, обратитесь к главе Множественные признаки заболевания (Чаще всего сепсис или асфиксия) (страница F-35), чтобы определить причину проблем – или это маловесный ребенок, или он родился в асфиксии, или возможно имеет сепсис или врожденный сифилис; не прекращайте лечения дыхательной недостаточности.
- Если частота дыхания у ребенка более 60 раз в минуту и он имеет центральный цианоз (даже если он получает кислород большим потоком), но нет втягивания грудины или грантинга при выдохе, подумайте о врожденном пороке сердца (страница F-52).
- Определите степень дыхательной недостаточности (тяжелая, средней тяжести и легкая) (таблица F-12, страница F-49) и выберите соответствующее лечение.

ТАБЛИЦА F-12 Степень тяжести дыхательной недостаточности^a

Частота дыхания (дыхания в минуту)	Грантинг или втяжение грудины	<i>Степень тяжести</i>
Более 90	<i>Присутствует</i>	Тяжелая
Более 90	Отсутствует	Средней тяжести
60 - 90	<i>Присутствует</i>	Средней тяжести
60 - 90	Отсутствует	Легкая

^a Синдром дыхательных расстройств (СДР) проявляется дыхательной недостаточностью со втяжением грудины и “хрюканьем” при выдохе (грантингом), которые, в свою очередь, часто сопровождаются апноэ. Состояние ребенка ухудшается в течение первых двух дней, не изменяется в течение следующих одного или двух дней, и начинает улучшаться в течение последующих четырех - семи дней. Обычно СДР проявляется у маловесных детей (менее 2.5 кг при рождении или родившиеся до 37 недели беременности) с первых часов жизни. Если у **маловесного ребенка дыхательная недостаточность сопровождается выше изложенными признаками**, лечите его как большого с СДР средней тяжести (страница F-51).

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ТЯЖЕЛАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- Введите зонд в желудок (страница P-33), чтобы освободить его от воздуха и секрета.
- Лечите от сепсиса (страница F-41).
- Регистрируйте частоту дыхания ребенка, наблюдайте возможное втяжение грудины или грантинг во время выдоха и наличие эпизодов апноэ каждые три часа пока ребенок получает кислород, а затем в течение последующих 24 часов.
- Наблюдайте за реакцией ребенка на кислород (страница C-29).
- Когда состояние ребенка начинает улучшаться:
 - Дайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (страница C-18);
 - Когда ребенок больше не нуждается в кислороде, начинайте его прикладывать к груди (страница C-11). Если ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание, давайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативные методы вскармливания (страница C-14).
- Если **дыхательная недостаточность у ребенка нарастает, или у него имеется центральный цианоз:**

- Дайте кислород (страница С-25) большим потоком;
- Если **дыхательная недостаточность настолько тяжелая, что центральный цианоз сохраняется даже при назначении 100% кислорода**, по возможности организуйте срочный перевод (страница С-63) ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр, в котором возможно проводить искусственную вентиляцию легких.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками.
- Если язык и губы ребенка остаются розовыми без кислородной терапии хотя бы в течение двух дней, у ребенка нет дыхательной недостаточности и проблем с питанием, и нет каких-то других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выписывайте ребенка домой (**страница С-67**).

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, НЕ СВЯЗАННАЯ С СДР

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница Р-21**) и вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме согласно возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**) в течение первых 12 часов.
- Регистрируйте частоту дыхания ребенка, наблюдайте возможное втяжение грудины или грантинг во время выдоха и наличие эпизодов апноэ каждые три часа, пока ребенок получает кислород, а затем в течение последующих 24 часов.
- Если **признаки дыхательной недостаточности не купируются, или она нарастает в течение двух часов**, начинайте его лечить, как при дыхательной недостаточности тяжелой степени (**страница F-49**).
- Наблюдайте за реакцией ребенка на кислород (**страница С-29**).
- Когда состояние ребенка начинает улучшаться:
 - Дайте ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**);
 - Когда ребенок больше не нуждается в кислороде, начинайте его прикладывать к груди (**страница С-11**). Если **ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание**, давайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативные методы вскармливания (**страница С-14**).
- Если язык и губы ребенка остаются розовыми без кислородной терапии хотя бы в течение одного дня, у ребенка нет дыхательной недостаточности и проблем с питанием, и нет каких-то других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выписывайте ребенка домой (**страница С-67**).

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ВЫЗВАННАЯ СДР

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме согласно возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**) в течение первых 12 часов.
- Регистрируйте частоту дыхания ребенка, наблюдайте возможное втяжение грудины или грантинг во время выдоха и наличие эпизодов апноэ каждые три часа пока ребенок получает кислород, а затем в течение последующих 24 часов.
- Если **состояние ребенка не удается стабилизировать в течение двух дней**, начинайте его лечить, как при тяжелой дыхательной недостаточности (**страница F-49**).
- Наблюдайте за реакцией ребенка на кислород (**страница С-29**).
- Когда состояние ребенка начинает улучшаться :
 - Дайте ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**);
 - Когда ребенок больше не нуждается в кислороде, начинайте его прикладывать к груди (**страница С-11**). Если **ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание**, давайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативные методы вскармливания (**страница С-14**).
- Если язык и губы ребенка остаются розовыми без кислородной терапии хотя бы в течение одного дня, у ребенка нет дыхательной недостаточности и проблем с питанием, и нет каких-то других проблем, требующих специального лечения, обеспечьте обычный уход за маловесным ребенком (**страница F-23**) до тех пор, пока ребенок не будет готов к выписке домой (**страница С-67**).

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

- Давайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**).
- Регистрируйте частоту дыхания ребенка, наблюдайте возможное втяжение грудины или грантинг во время выдоха и наличие эпизодов апноэ каждые три часа, пока ребенок получает кислород, а затем в течение последующих 24 часов.
- Наблюдайте за реакцией ребенка на кислород (**страница С-29**).
- Когда ребенок больше не нуждается в кислороде, начинайте его прикладывать к груди (**страница С-11**). Если **ребенок не в состоянии получать грудное вскармливание**, давайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативные методы вскармливания (**страница С-14**).

- Если в любой момент наблюдения за состоянием ребенка **дыхательная недостаточность нарастает:**
 - Если **ребенок имеет типичную картину СДР**, лечите его как при дыхательной недостаточности средней тяжести, вызванной СДР (**страница F-51**);
 - Если **ребенок не имеет типичной картины СДР**, ищите признаки сепсиса (**таблица F-9, страница F-37**) и назначьте лечение, если таковые имеются (**страница F-41**); если необходимо, лечите дыхательную недостаточность средней тяжести (**страница F-50**) или тяжелую (**страница F-49**).
- Если язык и губы ребенка остаются розовыми без кислородной терапии хотя бы в течение одного дня, у ребенка нет дыхательной недостаточности и проблем с питанием, и нет каких-то других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА

Диагноз врожденного порока сердца ставится только после исключения других диагнозов.

- Дайте кислород (**страница C-25**) большим потоком.
- Дайте сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**).
- Если ребенок не переносит энтеральное питание, обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и начинайте внутривенное введение жидкости в объеме, соответствующем возрасту ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).
- По возможности организуйте перевод (**страница C-63**) ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр для дальнейшего его обследования.

АПНОЭ

МАЛОВЕСНЫЙ РЕБЕНОК

Маловесные новорожденные склонны к апноэ, которые более часто проявляются у очень маленьких детей (менее 1.5 кг при рождении или родившихся до 32 недели беременности), но апноэ становятся менее частыми по мере роста ребенка.

- Обучите мать внимательно наблюдать за ребенком для того, чтобы заметить повторяющиеся апноэ. Если у ребенка **останавливается дыхание**, научите мать стимулировать ребенка, потирая его спинку в течение 10 секунд. Если **ребенок немедленно не начинает дышать**, проведите реанимационные мероприятия, начиная вспомогательное дыхание с помощью мешка и маски (**страница P-1**).

- Изучите общие принципы питания и введения жидкостей маловесным детям (**страница F-26**).
- Если имеется возможность, поощряйте мать применять ухода за ребенком по методу кенгуру (**страница F-30**). Младенцы, которым обеспечивается уход таким образом реже имеют апноэ, а мать имеет возможность лучше наблюдать за своим ребенком.
- Если эпизоды апноэ становятся более частыми, лечите от сепсиса (**страница F-41**).
- Если у ребенка апноэ не повторялись в течении семи дней, он хорошо усваивает питание и у него нет каких-то других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК

- Если у доношенного ребенка был только один эпизод апноэ:
 - Тщательно наблюдайте за ребенком 24 часа для того, чтобы заметить повторяющиеся апноэ, и обучите этому мать. **Если в течении 24 часов у ребенка апноэ больше не повторялось**, ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет каких-то других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).
 - Если апноэ повторяются, лечите многократные эпизоды, как указано ниже.
- Если у доношенного ребенка многократно повторяются эпизоды апноэ:
 - Лечите сепсис (**страница F-41**);
 - Если у ребенка апноэ не повторялись в течении семи дней, он хорошо усваивает питание и у него нет каких-то других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

МАТЬ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ИЛИ ЛИХОРАДКОЙ ВО ВРЕМЯ ИЛИ ПОСЛЕ РОДОВ, ИЛИ С РАЗРЫВОМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК БОЛЕЕ ЧЕМ ЗА 18 ЧАСОВ ДО РОДОВ

Ребенок, родившийся от матери с внутриутробной инфекцией или лихорадкой, возникшей в любое время от начала родов до трех дней после родов, или с отхождением околоплодных вод более чем за 18 часов до родов, чаще всего бывает нормальным при рождении, но проблема может проявиться позже.

Лечение, которое предложено в этой главе, отражает стремление предотвратить сепсис у ребенка, который не имел признаков болезни при рождении. Если **ребенок имеет ЛЮБОЙ признак заболевания**, обращайтесь к той главе, которая посвящена данному признаку. Если у ребенка имеются **множественные признаки заболевания** (т.е. дыхательная недостаточность, рвота, и летаргия), обращайтесь в главу *Множественные признаки заболевания (Чаще всего Сепсис или Асфиксия)* (страница F-35).

ПРОБЛЕМЫ

- Мать ребенка имеет или имела внутриутробную инфекцию или лихорадку в любое время от начала родов до трех дней после родов.
- У матери ребенка разрыв околоплодных оболочек произошел более чем за 18 часов до родов.

ЛЕЧЕНИЕ

- Если ребенок старше трех дней (независимо от гестационного возраста), он не нуждается в лечении (т.е. антибиотиками) или наблюдении. Объясните матери симптомы сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**) и попросите ее вернуться с ребенком в больницу, если у ребенка проявятся какие-либо из этих признаков.
- Если возраст ребенка три дня или он моложе, назначьте лечение соответственно его гестационному возрасту (см. ниже).

ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА 35 НЕДЕЛЬ И БОЛЕЕ (РОДИВШИЙСЯ НА МЕСЯЦ РАНЬШЕ СРОКА), ИЛИ ЕГО ВЕС ПРИ РОЖДЕНИИ 2 КГ ИЛИ БОЛЕЕ

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ЛИХОРАДКА С РАЗРЫВОМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ИЛИ БЕЗ НЕГО

- Возможны следующие варианты лечения сепсиса (**страница F-41**):
 - Если **результат посева крови положительный**, или у ребенка **появляются признаки сепсиса**, продолжайте лечение антибиотиками до завершения 10 дневного курса лечения;

- Если **результат посева крови отрицательный, и ребенок не имеет никаких признаков сепсиса после пятидневного курса лечения антибиотиками**, прекратите антибактериальную терапию;
- Если **посев крови невозможно сделать, но ребенок все еще не имеет никаких признаков сепсиса после пятидневного курса лечения антибиотиками**, прекратите антибактериальную терапию.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками.
 - Если состояние ребенка остается хорошим, ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Объясните матери признаки сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**), и попросите её вернуться с ребенком в больницу, если у него появятся любые признаки сепсиса.

РАЗРЫВ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК БЕЗ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ИЛИ ЛИХОРАДКИ

- Возьмите кровь (**страница P-9**) и отправьте ее в лабораторию на посев и чувствительность, но не начинайте лечение антибиотиками.
- Наблюдайте ребенка по поводу возможных признаков сепсиса (т.е. плохое вскармливание, рвота, дыхательная недостаточность; **таблица F-9, страница F-37**) каждые четыре часа в течение 48 часов.
- Если **результат посева крови отрицательный**, ребенок не имеет никаких признаков сепсиса в течение 48 часов после рождения, хорошо усваивает питание и не имеет никаких других проблем, требующих госпитализации:
 - Выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Объясните матери признаки сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**), и попросите её вернуться с ребенком в больницу, если у него появятся любые признаки сепсиса.
- Если результат посева крови положительный или у ребенка появляются признаки сепсиса, лечите сепсис (**страница F-41**).
- Если **сделать посев крови невозможно**, наблюдайте за ребенком в течение следующих трех дней. Если состояние ребенка остается хорошим в течение этого времени, выпишите ребенка домой (**страница С-67**). Объясните матери признаки сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**), и попросите её вернуться с ребенком в больницу, если у него появятся любые признаки сепсиса.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА МЕНЕЕ 35 НЕДЕЛЬ (РОДИВШИЙСЯ НА ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ОДНОГО МЕСЯЦА РАНЬШЕ СРОКА) ИЛИ ЕГО ВЕС ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ 2 КГ

- Возможны следующие варианты лечения сепсиса (**страница F-41**):
 - Если **результат посева крови положительный** или у ребенка **появляются признаки сепсиса**, продолжайте лечение антибиотиками до завершения 10 дневного курса;
 - Если **результат посева крови отрицательный и ребенок не имеет никаких признаков сепсиса в течение пяти дней лечения антибиотиками**, прекратите антибактериальную терапию;
 - Если **посев крови невозможно сделать, но ребенок все еще не имеет никаких признаков сепсиса после пятидневного курса лечения антибиотиками**, прекратите антибактериальную терапию.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками:
 - Если состояние ребенка остается хорошим, ребенок хорошо усваивает пищу, и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**);
 - Объясните матери признаки сепсиса (т.е. **таблица F-9, страница F-37**), и попросите её вернуться с ребенком в больницу, если у него появятся любые признаки сепсиса.

F-58

Мать с внутриутробной инфекцией или лихорадкой во время или после родов,
или с разрывом околоплодных оболочек более чем за 18 часов до родов

СУДОРОГИ ИЛИ МЫШЕЧНЫЕ СПАЗМЫ

Судороги может вызвать асфиксия, родовая травма, или гипогликемия; они также могут быть признаком менингита или неврологических расстройств. В промежутке между судорогами ребенок может казаться здоровым, или быть без сознания, летаргичным или раздражительным.

Мышечные спазмы, к которым относится столбняк новорожденных, внешне могут напоминать судороги, однако необходимо различать эти два состояния в связи с тем, что течение судорог и мышечных спазмов отличаются.

ПРОБЛЕМЫ

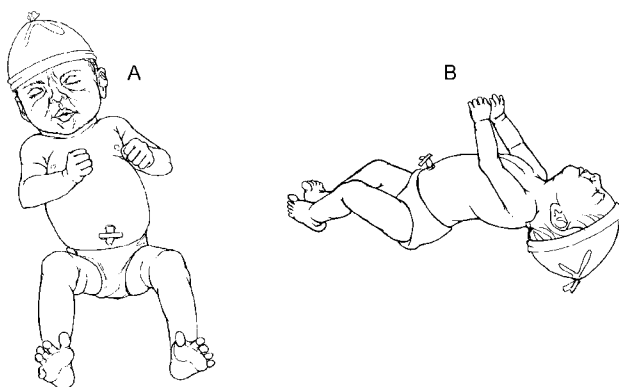
- У ребенка проявляются судороги или мышечные спазмы.
- В анамнезе ребенка имелись судороги или мышечные спазмы.

ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Изучите признаки заболевания из анамнеза (**страница F-7**) и по результатам обследования (**таблица F-2, страница F-11**), и соберите следующую дополнительную информацию:
- Если у ребенка в настоящее время имеются судороги/мышечные спазмы, ищите различительные признаки (**таблица F-13, страница F-60**).
- Если ребенок в настоящее время не имеет судорог/мышечных спазмов, спросите мать (или того кто, привез ребенка в больницу):
 - Можете ли Вы описать характер патологических движений, которые отмечались до у ребенка? Вызвались ли они звуком или дотрагиванием ребенка? (пользуйтесь **таблицей F-13, на странице F-60**, чтобы отличить судороги от мышечных спазмов)
 - Внезапно ли ухудшилось состояние ребенка?
 - Внезапно ли побледнел ребенок?
 - Получал ли ребенок вакцинацию от столбняка по полному плану?
 - Происходили ли роды в чистых условиях и не прикладывались ли к культе пуповины опасные для ребенка предметы (например, фекалии животных)?
 - Было ли у ребенка раннее проявление желтухи (на второй день жизни или еще раньше). Если да, проводилось ли ребенку лечение?
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (**страница P-13**). Если глюкоза крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л), лечите гипогликемию (**страница F-91**).
- Поставьте возможный диагноз (**таблица F-14, страница F-62**).

ТАБЛИЦА F-13 Различительные симптомы судорог и мышечных спазмов

Проблема	Типичные проявления
Генерализованные судороги ^а	<ul style="list-style-type: none"> • Повторяющиеся подергивания мышц конечностей или лица • Длительное синхронное или асинхронное разгибание или сгибание рук и ног • Апноэ (спонтанная остановка дыхания более чем на 20 секунд) • Ребенок может казаться бессознательным или бодрым, но безконтактным
Малые (субтильные) судороги ^а	<ul style="list-style-type: none"> • Повторяющееся мигание глаз, косоглазие, или фиксация взгляда • Повторяющиеся движения губ или языка • Непреднамеренные движения конечностей - „плавание“ или „езда на велосипеде“ • Апноэ • Ребенок может быть в сознании
Мышечные спазмы	<ul style="list-style-type: none"> • Непроизвольное сокращение мышц (рис. F-4А), продолжающееся от нескольких секунд до нескольких минут • Упорно и крепко сжатые кулачки (рис. F-4А) • Тризм (крепко сжатая нижняя и верхняя челюсть; рот ребенка невозможно открыть, губы плотно прижаты, напоминая «рыбий рот» (рис. F-4А)) • Опистотонус (чрезмерное выгибание тела, с запрокинутыми назад головой и пятками и изогнутым вперед туловищем (рис. F-4А)) • Вызываются прикосновением, светом или шумом • Ребенок все время в сознании, часто плачет от боли

РИСУНОК F-4 Ребенок с мышечными спазмами лица и конечностей (А) и опистотонусом (В)

^аОбратите внимание, что генерализованные и малые судороги лечатся одинаково

Убедитесь, что ребенок на самом деле имеет судороги или мышечные спазмы, а не просто тремор:

- Как и судороги, тремор проявляется частыми повторяющимися движениями, однако тремору свойственны движения одинаковой амплитуды и одинакового направления;
- Как и мышечный спазм, тремор может вызываться неожиданным дотрагиванием ребенка или громким шумом, но он обычно проходит, если ребенка обнять или во время его кормления, а так же при сгибании его

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ТАБЛИЦА F-14 Дифференциальная диагностика судорог и мышечных спазмов

Признаки ^a		Исследования или другие известные диагнозы	Возможный диагноз
Анамнез	Осмотр		
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления признаков – 1 - 3 день жизни • В анамнезе у матери – сахарный диабет • Неохотно принимает пищу или вообще от нее отказывается 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги, тремор, летаргия или потеря сознания • Маловесный ребенок (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели гестации) • Крупный ребенок (более 4кг при рождении) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Глюкоза крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л)</i> 	Гипогликемия, страница F-91
<ul style="list-style-type: none"> • Мать не была вакцинирована от столбняка • Неохотно принимает пищу или вообще от нее отказывается после периода нормального вскармливания • Время проявления признаков – 3-14 день жизни • Грязные условия во время родов • Прикладывание к пупку грязных или вредных предметов (н-р, фекалий животных) 	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечные спазмы 	<ul style="list-style-type: none"> • Инфицирование пупка 	Столбняк, страница F-66
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления признаков – 2 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги или потеря сознания • <i>Выбухающий большой родничок</i> • Летаргия 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис 	Возможен менингит Лечите судороги (страница F-64) и менингит (страница F-43)

ТАБЛИЦА F-14 (продолжение) Дифференциальная диагностика судорог и мышечных спазмов

Анамнез	Признаки ^a		Возможный диагноз
	Осмотр	Исследования или другие известные диагнозы	
<ul style="list-style-type: none"> • Осложненные или тяжелые роды или рождение ребенка (дистресс плода) • Отсутствие самостоятельного дыхания при рождении • Необходимость реанимации при рождении • Время проявления признаков – первые 24 часа после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги или потеря сознания • Летаргия или мышечная вялость • Дыхательная недостаточность • Нарушение терморегуляции • Сонливость или снижение активности • Раздражительность 		<p>Асфиксия или другое повреждение мозга Лечите судороги (страница F-64) и проявления асфиксии (страница F-44)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Время появления признаков – 1-7 день жизни • Резкое ухудшение состояния • Резкое побледнение 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги или потеря сознания • Маловесный ребенок (вес при рождении менее 2.5 кг или родившийся до 37 недели беременности) • Тяжелая дыхательная недостаточность 		<p>Внутрижелудочковые кровоизлияния, страница F-66</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления признаков энцефалопатии – 3-7 день жизни • Выраженная желтуха • Запоздалое лечение выраженной желтухи или его отсутствие 	<ul style="list-style-type: none"> • Судороги • Опистотонус • Неохотно принимает пищу или вообще от нее отказывается • Летаргия или мышечная вялость 	<p>Положительный тест Кумбса</p>	<p>Билирубиновая энцефалопатия (ядерная желтуха) Лечите судороги (страница F-64) и проявления билирубиновой энцефалопатии (страница F-83)</p>

^a Нельзя ставить диагноз, если признаки, отмеченные жирным шрифтом, отсутствуют в списке. Однако, наличие признака, отмеченного жирным шрифтом, также не может быть гарантом точного диагноза. На точный диагноз указывает признак, выделенный курсивом. Признаки, которые приводятся обычным шрифтом, играют вспомогательную роль; их наличие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

СУДОРОГИ

НАЧАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУДОРОГ

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и первые 12 часов вводите жидкость исключительно внутривенным путем в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**). Если судороги вызваны асфиксией, см. **страницу F-44** для выбора необходимого объема жидкостей.
- Если **уровень глюкозы в крови у ребенка был ниже 45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, в первую очередь устраните гипогликемию (**страница F-91**) перед тем, как продолжать лечение судорог (см. ниже) и исключить гипогликемию, как возможную причину судорог.
- Если **у ребенка имеются судороги или они были в течении последнего часа**, медленно (в течение 5 минут) в/в введите фенobarбитал в дозе 20 мг/кг массы тела:
 - Если **пока нет внутривенного доступа**, однократно введите фенobarбитал внутримышечно в дозе 20 мг/кг массы тела ребенка; Если **судороги не прекращаются в течении 30 минут**, повторно медленно (в течение 5 минут) внутривенно (или внутримышечно, если внутривенный доступ не обеспечен) введите фенobarбитал в дозе 10 мг/кг массы тела. В случае необходимости, повторите введение фенobarбитала в той же дозе через 30 минут;
 - Если **судороги не прекращаются или они повторяются в течение шести часов**, введите в/в фенитоин в дозе 20 мг/кг массы тела, учитывая следующие моменты:
 - Вводите фенитоин только внутривенно;
 - Разведите всю дозу фенитоина в 15 мл физиологического раствора и вводите со скоростью 0.5 мл в минуту в течение 30 минут. Разводите фенитоин только физиологическим раствором, так как другие жидкости вызывают его кристаллизацию.

ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЕ

Не используйте диазепам для лечения судорог; диазепам в дополнении к фенobarбиталу увеличит риск нарушений кровообращения и дыхания

- Если у ребенка имеется **центральный цианоз (синий язык и губы) или другие признаки дыхательной недостаточности**, дайте ему кислород (**страница C-25**) умеренным потоком.

ДАЛЬНЕЙШИЙ УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ, У КОТОРЫХ БЫЛИ СУДОРОГИ

- Наблюдайте за возможным повторением судорог у ребенка, Обращая особое внимание на малые (субтильные) судороги (**таблица F-13, страница F-60**).
- Если судороги повторятся в течении двух дней, повторно назначьте фенobarбитал перорально один раз в сутки в дозе 5 мг/кг массы тела; продолжайте лечение до тех пор, пока у ребенка будет семидневный период, свободный от судорог.
- Если судороги появятся после двухдневного их отсутствия, повторите лечение фенobarбиталом по схеме, применяемой для начального лечения судорог (**страница F-64**), а потом назначьте фенobarбитал перорально один раз в сутки в дозе 5 мг/кг массы тела и продолжайте лечение до тех пор, пока у ребенка будет семидневный период, свободный от судорог.
- Если ребенок фенobarбитал получает ежедневно:
 - Продолжайте лечить фенobarбиталом в течение семи дней после последних судорог;
 - После прекращения лечения фенobarбиталом наблюдайте за состоянием ребенка еще три дня.
- Продолжайте внутривенное введение жидкости в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**). Если судороги вызваны асфиксией, см. **страницу F-44** для выбора необходимого объема жидкостей.
- Как только состояние ребенка стабилизируется, разрешите начинать грудное вскармливание ребенка (**страница C-11**). Если ребенка невозможно кормить грудью, дайте ему сцеженное материнское молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница C-14**).
- Обеспечьте надлежащий общий уход за ребенком:
 - Поощряйте мать держать ребенка на руках, но предостерегайте ребенка от чрезмерного шума и контакта с ним;
 - Если мышечный тонус ребенка снижен, берите на руки и перемещайте его осторожно, чтобы не повредить малыша. Придерживайте все тело ребенка и особенно его голову.
 - Объясните матери, что фенobarбитал вызовет сонливость ребенка в течение нескольких дней.
- Объясните матери, что, если судороги прекратятся, и ребенок будет хорошо усваивать питание к седьмому дню жизни, ребенок скорее всего полностью выздоровеет.
- Если состояние ребенка не улучшается после первой недели жизни (ребенок остается летаргичным, плохо сосет или вовсе не берет грудь,

или у него по прежнему сохраняются судороги), **но ребенок больше не получает лечения в больнице или лечение может быть продолжено в домашних условиях**, обсудите с матерью возможность выхаживать ребенка дома.

- Если у **ребенка не было судорог в течение трех дней после прекращения лечения фенobarбиталом**, мать в состоянии сама кормить ребенка, и нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**):
 - Обсудите с матерью возможный прогноз ребенка и объясните ей, как справиться с проблемами, которые могут возникнуть у ребенка дома;
 - Повторно осмотрите ребенка через неделю или раньше, если мать заметит серьезные проблемы (проблемы вскармливания, судороги);
 - Помогите матери подобрать наилучший метод вскармливания ребенка, если он плохо сосет грудь. Если **ребенок сосет медленно**, убедите мать кормит ребенка более часто.

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Внутрижелудочковые кровоизлияния трудно различить от менингита, особенно если у ребенка имеются и другие проблемы во время первых суток жизни. Поэтому, лечите менингит, пока инфекция не будет исключена, как возможная причина судорог.

- Обеспечьте общее антигеморрагическое лечение (**страница F-114**).
- Лечите судороги (**страница F-64**).
- Лечите менингит (**страница F-43**), пока инфекция не будет исключена, как возможная причина судорог.

СТОЛЬНЯК

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и вводите жидкость внутривенным путем в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Медленно, в течение 3 минут, струйно внутривенно введите диазепам в дозе 1 мг/кг массы тела.
 - Если внутривенный доступ не возможен, введите желудочный зонд (**страница P-33**), а через него - диазепам.

- Если **диазепам не имеется**, введите ректально паральдегид на основе арахисового масла в дозе 0.3 мл/кг массы тела (**страница P-41**). Не назначайте паральдегид внутримышечно или внутривенно;
- Если **мышечные спазмы не исчезают в течение 30 минут**, медленно, в течение 3 минут, повторно внутривенно введите диазепам в дозе 1 мг/кг массы тела (или перальдегид ректально 0.3 мл/кг массы тела). В случае необходимости, ту же дозу повторите еще через 30 минут;

Если ребенок дышит менее 30 раз в минуту, воздержитесь от назначения диазепама, даже если у ребенка продолжаются мышечные спазмы.

- Если мышечные спазмы продолжаются или повторяются, вводите диазепам медленно внутривенно (или через желудочный зонд, если нет венозного доступа) в дозе 1 мг/кг массы тела каждые шесть часов.
- Если у ребенка **после мышечных спазмов появляется центральный цианоз (синий язык и губы)**, дайте ему кислород умеренным потоком (**страница C-25**). Используйте только кислородную палатку, поскольку другие методы подачи кислорода могут вновь вызвать мышечный спазм.
- Назначьте ребенку:
 - противостолбнячный иммуноглобулин (человеческий) 500 единиц внутримышечно, если он имеется, или лошадиный столбнячный антитоксин 5000 единиц внутримышечно;
 - вакцину столбняка (анатоксин столбняка) 0.5 мл внутримышечно с другой стороны от места введения иммуноглобулина или антитоксина;
 - бензилпенициллин внутривенно или внутримышечно (**таблица C-9, страница C-34**) в течение семи дней.
- Введите матери 0.5мл противостолбнячной вакцины (анатоксина столбняка) (чтобы предохранить ее и каждого ее ребенка, которого она может родить в будущем) и попросите ее вернуться через месяц для введения повторной дозы.
- Если у ребенка **пупок покрасневший и разбухший, имеются гнойные выделения из ранки культи или неприятный запах**, лечите инфекцию пупка (**страница F-135**).

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ СО СТОЛБНЯКОМ

- Обеспечьте уход за ребенком в тихой и затемненной комнате, чтобы уменьшить его ненужное раздражение, но не оставляя ребенка без внимания.
- Продолжайте внутривенное введение жидкости в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).

- Дайте ребенку сцеженное грудное материнское молоко через желудочный зонд (**страница С-18**) в промежутках между мышечными спазмами. Начиная с половины объема, необходимого по возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**), постепенно и медленно уменьшая объем инфузионной терапии с одновременным увеличением объема энтерального питания в течение двух дней.
- Если у **ребенка в течение двух дней не было мышечных спазмов**, он получил полный курс лечения бензилпенициллином, хорошо усваивает пищу, и у него нет других проблем, требующих дальнейшего пребывания в больнице, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

АНОМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА

Пониженная температура тела (гипотермия) может быть следствием холодной окружающей среды (низкая температура окружающей среды, холодная поверхность или сквозняк), влажной поверхности кожи ребенка или несоответствующей возрасту и размеру ребенка одеждой. Повышенная температура тела (гипертермия), может быть вызвана воздействием теплой окружающей среды (т.е.. высокой температурой окружающей среды, воздействием солнечных лучей, перегреванием в инкубаторе или под источником лучистого тепла). Гипотермия и гипертермия также могут быть признаками болезни, например сепсиса.

ПРОБЛЕМЫ

- Подмышечная температура ребенка менее 36.5 °С.
- Подмышечная температура ребенка более 37.5 °С.

ПРИЗНАКИ

- Изучите наличие признаков по анамнезу (**страница F-7**) и результатам обследования (**таблица F-2, страница F-11**) для получения дополнительных данных и уточнения возможного диагноза (**таблица F-15, страница F-70**).
- Определите, не находился ли ребенок в холодной или жаркой окружающей среде. Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка):
 - Был ли ребенок обсушен после рождения и содержался ли он в тепле?
 - Была ли подобрана для ребенка соответствующая одежда?
 - Спал ли ребенок отдельно от матери?
 - Был ли ребенок оставлен на солнце?
- Если во время пребывания в больнице у ребенка впервые была отмечена ненормальная температура тела в тот момент, когда он находился под источником лучистого тепла или в инкубаторе, или в кровке, проверьте:
 - комнатную температуру;
 - установленные параметры температуры в инкубаторе или под источником лучистого тепла;
 - фактическую температуру в инкубаторе или под источником лучистого тепла;
 - как часто измерялась температура тела ребенка.

ТАБЛИЦА F-15 Дифференциальный диагноз аномальной температуры тела

Выявления ^a - диагностика		
Анамнез	Обследование	Возможный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок подвержен холодной окружающей среде • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Температура тела менее 32⁰С</i> • Дыхательные расстройства • Сердцебиение менее 100 ударов в минуту • Плохо усваивает кормление или вообще от него отказывается • Летаргия • Склередемия • Медленное, поверхностное дыхание 	Тяжелая гипотермия, стр. F-71
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок был подвержен холодной окружающей среде • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Температура тела между 32⁰С и 36,4⁰С</i> • Дыхательные расстройства • Сердцебиение менее 100 ударов в минуту • Плохо усваивает кормление или вообще от него отказывается • Летаргия 	Гипотермия средней тяжести, стр. F-72
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок не подвергался холодной или жаркой окружающей среде • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Колебания температуры тела между 36⁰С и 39⁰С, несмотря на то, что ребенок находится в термонейтральной среде • Нестабильность температуры тела отмечается после трех или более бывших нормальных показателей температуры тела 	Нестабильность температуры Подумайте о сепсисе (страница F-38)
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок был подвержен жаркой окружающей среде (напр., перегрев в инкубаторе, под источником лучистого тепла или в жарком помещении) • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Температура тела более 37,5⁰С</i> • Признаки обезвоживания (запавшие глаза или родничок, снижение эластичности кожи или сухой язык и слизистые оболочки) • Плохо усваивает кормление или вообще от него отказывается • Частота дыхания стабильно более 60 раз в минуту • Частота сердцебиений более 160 ударов в минуту • Летаргия • Раздражительность 	Гипертермия, страница F-73

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ

ТЯЖЕЛАЯ ГИПОТЕРМИЯ

- Немедленно согрейте ребенка, используя заранее подогретую поверхность на источнике лучистого тепла (**страница С-5**). При необходимости, используйте другой метод согревания (**страница С-1**).
- Снимите с ребенка холодную или влажную одежду. Оденьте его в теплую одежду, наденьте шапочку и заверните ребенка в теплое одеяло.
- Лечите от сепсиса (**страница F-41**), и поместите трубку капельницы под источник лучистого тепла, чтобы тот согревал внутривенно вводимую жидкость.
- Определите уровень глюкозы в крови (**страница P-13**). Если **концентрация глюкозы крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, устраните гипогликемию (**страница F-91**).
- Оценивайте состояние ребенка:
 - Каждый час следите за возможным проявлением угрожающих жизни признаков (т.е. снижением частоты дыхания менее 20 раз в минуту, появлением гаспинга или отсутствием дыхания, или наличием признаков шока);
 - Каждый час измеряйте температуру тела ребенка:
 - Если **температура тела ребенка увеличивается по крайней мере на 0.5°C в час в течении последних трех часов**, согревание проходит успешно; продолжайте измерять температуру ребенка каждые два часа;
 - Если **температура тела ребенка не повышается или повышается медленнее, чем 0.5 °C в час**, убедитесь, что правильно установлены параметры нагревательного устройства.
- Если у ребенка частота дыхания более 60 раз в минуту или у него **отмечается втягивание грудины или шумный выдох (грантинг)**, лечите дыхательные расстройства (**страница F-47**).
- Каждые четыре часа оценивайте готовность ребенка к вскармливанию, пока его температура тела не будет в нормальных пределах.
- Если **ребенок показывает признаки готовности сосать грудь**, разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**).
 - Если **грудное вскармливание невозможно**, дайте ребенку сцеженное грудное молоко, используя один из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**).
 - Если ребенок вообще не в состоянии самостоятельно вскармливаться, дайте ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница С-18**), как только температура ребенка достигнет 35°C.

- Как только температура тела ребенка нормализуется, измеряйте ее каждые три часа в течение 12 часов.
- Если за это время **температура ребенка остается в нормальных пределах**, прекратите ее измерение.
- Если ребенок хорошо усваивает питается и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**). Посоветуйте матери как обеспечить ребенку тепло в домашних условиях.

ГИПОТЕРМИЯ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

- Снимите с ребенка холодную или влажную одежду, если она есть.
- Если **присутствует мать** и у ребенка нет других проблем, дайте матери согреть своего ребенка, используя метод «контакт кожа-к-коже».
- Если мать отсутствует и «контакт кожа-к-коже» не может быть использован:
 - Оденьте ребенка в теплую одежду, наденьте шапочку и заверните его в теплое одеяло.
 - Согрейте ребенка, используя источник лучистого тепла (**страница С-5**). При необходимости, используйте другой метод согревания (**страница С-1**).
- Поощряйте мать чаще кормить ребенка грудью. Если ребенка невозможно кормить грудью, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя один из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**).
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (**страница Р-13**). Если **концентрация глюкозы крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, устраните гипогликемию (**страница F-91**).
- Если у **ребенка частота дыхания более 60 раз в минуту** или у него **отмечается втягивание грудины или шумный выдох (грантинг)**, лечите дыхательные расстройства (**страница F-47**).
- Измеряйте температуру тела ребенка каждый час в течение трех часов:
 - Если **температура тела ребенка увеличивается по крайней мере на 0.5°C в час в течении последних трех часов**, согревание проходит успешно; продолжайте измерять температуру ребенка каждые два часа;

- Если температура ребенка не повышается или повышается медленнее чем 0.5 °С в час, ищите признаков сепсиса (т.е. плохое питание, рвота, дыхательные расстройства, **таблица F-9, страница F-37**).
- Как только температура тела ребенка нормализуется, измеряйте ее каждые три часа в течение 12 часов.
- Если за это время **температура ребенка остается в нормальных пределах**, прекратите ее измерение.
- Если ребенок хорошо усваивает питается и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**). Посоветуйте матери, как обеспечить ребенку тепло в домашних условиях.

ГИПЕРТЕРМИЯ

Не давайте жаропонижающих медикаментов для снижения температуры у ребенка

- Если у ребенка частота дыхания более 60 раз в минуту или у него отмечается втягивание грудины или шумный выдох (грантинг), лечите дыхательные расстройства (**страница F-47**).
- Если **гипертермия вызвана перегревом при использовании источника лучистого тепла или инкубатора**:
 - Уменьшите параметры нагревающего устройства. Если **ребенок находится в инкубаторе**, откройте дверце (окошки) инкубатора, пока температура в инкубаторе не нормализуется;
 - Частично или полностью разденьте ребенка на 10 минут, потом опять его оденьте и накройте;
 - Теперь ищите у ребенка признаки сепсиса (т.е. плохое питание, рвота, дыхательные расстройства, **таблица F-9, страница F-37**) и повторите его осмотр, когда температура тела у ребенка нормализуется;
 - Пока температура тела ребенка не нормализуется, измеряйте ее ежечасно;

- Каждый час измеряйте температуру в инкубаторе или под источником лучистого тепла, и соответственно подберите необходимые параметры;
- Проверьте существующие подходы по выхаживанию ребенка для того, чтобы убедиться, что проблема вновь не повторится;
- Обеспечьте текущее лечение гипертермии (**страница F-74**).
- Если **гипертермия вызвана чрезмерно высокой температурой помещения или пребыванием ребенка на солнце**:
 - Поместите ребенка в помещение с нормальной температурой (25 °C- 28 °C);
 - Частично или полностью разденьте ребенка на 10 минут, затем вновь его оденьте и накройте;
 - Если **температура ребенка превышает 39 °C**:
 - Смочите ребенка губкой или в течение 10 - 15 минут искупайте его в воде, температура которой приблизительно на 4 °C ниже настоящей температуры тела ребенка;
 - Не используйте холодную воду или воду, температура которой намного ниже 4 °C температуры тела ребенка;
 - Измеряйте температуру ребенка каждый час;
 - Если гипертермия все еще сохраняется в течение двух часов, начинайте лечение сепсиса (**страница F-41**);
 - Обеспечьте текущее лечение гипертермии (**страница F-7**).

ТЕКУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕРМИИ

- Удостоверьтесь, что ребенок получает достаточное количество пищи или жидкости:
 - Разрешите грудное вскармливание ребенка (**страница C-11**). Если грудное вскармливание невозможно, давайте ребенку сцеженное грудное молоко, используя один из альтернативных методов вскармливания (**страница C-14**);
 - Если имеются **признаки обезвоживания** (запавшие глаза или родничок, снижение эластичности кожи или сухой язык и слизистые оболочки):
 - Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) и давайте жидкость исключительно внутривенно в объеме, согласно возрасту ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).

- В первый день установления признаков обезвоживания увеличьте объем жидкости на 10 % соответственно массе тела ребенка.
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (**страница P-13**). Если **концентрация глюкозы крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л)**, устраните гипогликемию (**страница F-91**).
- Как только температура тела ребенка нормализуется, измеряйте ее каждые три часа в течение 12 часов. Если за это время **температура ребенка остается в нормальных пределах**, прекратите ее измерение.
- Если ребенок хорошо усваивает питается и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**). Посоветуйте матери как обеспечить ребенку тепло и избежать его перегрева в домашних условиях.

ЖЕЛТУХА

Большинство младенцев, особенно маловесные дети (с массой тела при рождении менее 2.5 кг или родившиеся до 37 недели беременности), в течение первой недели жизни могут иметь желтуху. В большинстве случаев уровень билирубина, который вызывает желтуху, не вредит здоровью ребенка и не требует лечения. Однако, любую желтуху, которая становится видимой в первые 24 часа жизни, надо воспринимать как серьезную проблему.

ПРОБЛЕМА

- У ребенка проявляется желтуха.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в стационар):
 - Имела ли она предыдущего ребенка, у которого рано (на первый день жизни) проявилась желтуха, была ли это желтуха гемолитическая, обусловлена дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), групповой (по АВО) несовместимостью или несовместимостью по резус (Rh) фактору?
 - Какая у нее группа крови и группа крови у отца ребенка?
 - Имелись ли у членов семьи случаи анемии, была ли у кого-то увеличенная печень или удалена селезенка?
- Определите выраженность желтухи:
 - Оценивайте цвет кожных покровов при хорошем дневном освещении. Желтуха будет более выраженной при искусственном освещении и ее можно не заметить при слабом освещении;
 - Слегка нажмите на кожу пальцем, чтобы увидеть истинный цвет кожи и подкожной клетчатки;
 - Оцените выраженность желтухи, учитывая возраст ребенка, и на каких участках тела она наиболее отчетливо видна (**таблица F-16, страница F-78**).

ТАБЛИЦА F-16 Клиническая оценка выраженности (степени тяжести) желтухи

Возраст	Желтуха наиболее отчетливо видна на	Расценивать как
День 1	На любом участке тела ^a	Выраженная желтуха (тяжелой степени)
День 2	Руках и ногах	
День 3	Кистях и пятках	

^aВидимая желтуха на любом участке тела в первый день жизни или на руках и ногах, кистях и пятках на второй день жизни является очень серьезной проблемой и требует немедленного лечения фототерапией. Не откладывайте начало фототерапии до того момента, пока будут известен результат определения уровня билирубина в крови.

НАЧАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫРАЖЕННОЙ ЖЕЛТУХИ

- Начинайте фототерапию (страница F-84), если по таблице F-16 желтуха расценена как выраженная (тяжелой степени).
- Определите, имеются ли у ребенка следующие факторы риска: масса тела при рождении менее 2.5 кг, родившийся до 37 недель беременности, гемолиз или сепсис.
- Возьмите кровь (страница P-9) для определения уровня билирубина в сыворотке крови (если возможно) и уровня гемоглобина, определите группу крови ребенка и реакцию Кумбса:
 - Если концентрация билирубина в сыворотке крови ниже уровня, требующего фототерапии (таблица F-17, страница F-79), прекратите фототерапию.
 - Если концентрация билирубина в сыворотке крови равняется или выше уровня, требующего фототерапии, (таблица F-17, страница F-79), продолжайте фототерапию.
 - Если Rh фактор и группа крови не указывают на возможную причину гемолиза, но существует семейный анамнез наследственного дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, определите G-6-ФДГ (если это возможно).
- Установите вероятный диагноз (таблица F-18, страница F-80).

Таблица F-17 Лечение желтухи, исходя из уровня билирубина в сыворотке крови

Возраст	Фототерапия				Обменное переливание ^a			
	Здоровый доношенный ребенок		Любой фактор риска		Здоровый доношенный ребенок		Любой фактор риска	
	мг/дл	мкмол/л	мг/дл	мкмол/л	мг/дл	мкмол/л	мг/дл	мкмол/л
День 1					15	260	13	220
	<i>Любая видимая желтуха</i>							
День 2	15	260	13	220	25	425	15	260
День 3	18	310	16	270	30	510	20	340
День 4 и позже	20	340	17	290	30	510	20	340

^aОбменное переливание не описывается в этом пособии. Эти уровни билирубина в сыворотке крови указаны в таблице на тот случай, если имеется возможность сделать обменное переливание крови или если есть возможность быстро и безопасно перевезти ребенка в другое учреждение, в котором можно сделать обменное переливание крови. Если **имеется возможность сделать обменное переливание крови и билирубин сыворотки крови достиг уровня, указанного на этой таблице**, возьмите образцы крови матери и ребенка.

^bФакторы риска включают маленький вес ребенка (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности), гемолиз и сепсис.

^cВидимая желтуха на любом участке тела в первый день жизни или на руках и ногах, кистях и пятках на второй день жизни является очень серьезной проблемой и требует немедленного лечения фототерапией. Не откладывайте начало фототерапии до того момента, пока будут известны результат определения уровня билирубина в сыворотке крови.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-18 Дифференциальная диагностика желтухи

Диагностика ^а			
Анамнез	Обследование	Лабораторные исследования или другие известные диагнозы	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Проявляющаяся желтуха в первые 36 часов • Бледность • Несовместимость по группам крови или по резус-фактору или дефицит Г-6-ФДГ у предыдущего ребенка • В семейном анамнезе дефицит Г-6-ФДГ, желтуха, анемия, увеличение печени или удаление селезенки 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха • Бледность • Распространенный отек (водянка) • Ребенок мужского пола (большая вероятность возможного дефицита Г-6-ФДГ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень гемоглобина ниже 13г/дл (гематокрит менее 40%) • Положительный тест Кумбса • <i>Несовместимость по группе крови или резус-фактору между матерью и ребенком</i> • <i>Положительный тест на Г-6-ФДГ дефицит</i> 	Гемолитическая желтуха Если необходимо, проведите общее лечение анемии (страница F-114) и лечите гемолитическую желтуху (страница F-81).
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления - 2-5 день 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха • Маловесный ребенок (менее 2,5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) 	<ul style="list-style-type: none"> • Нет других очевидных причин желтухи 	Желтуха недоношенных, страница F-82
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления - 2-7 день 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис • Нет других очевидных причин желтухи 	Желтуха, обусловленная сепсисом. Лечите сепсис (страница F-41) и по необходимости применяйте фототерапию (страница F-84)
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления - 2 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха • Ребенок мужского пола 	<ul style="list-style-type: none"> • Нет других очевидных причин желтухи • <i>Положительный тест на Г-6-ФДГ дефицит</i> 	Дефицит Г-6-ФДГ Лечите как гемолитическую желтуху (страница F-81)

ТАБЛИЦА F-18 (продолжение) Дифференциальная диагностика желтухи

Диагностика ^a			Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	Лабораторные исследования или другие известные диагнозы	
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления энцефалопатии – 3-7 день • Запоздлое лечение выраженной желтухи или отсутствие лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженная желтуха • Судороги • Оπισотонус • Плохое вскармливание или отказ от пищи • Летаргия • Мышечная слабость 	<ul style="list-style-type: none"> • Положительный тест Кумбса 	<p>Билирубиновая энцефалопатия (ядерная желтуха), страница F-83</p>

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Гемолитическая желтуха у новорожденного обычно возникает из-за несовместимости Rh фактора или группы крови АВО матери и ребенка, или из-за дефицита Г-6-ФДГ у ребенка. Лечение, которое изложено ниже, применяется во всех случаях гемолитической желтухи, независимо от ее причины.

- Если **концентрация билирубина в сыворотке крови ребенка находится на уровне, требующем фототерапии (таблица F-17, страница F-79)**, продолжайте фототерапию.
- Рассмотреть **возможность перевода ребенка в другой стационар для обменного переливания крови:**
 - Если **концентрация билирубина в сыворотке крови ребенка близка к уровню, требующему обменного переливания крови (таблица F-17, страница F-79), уровень гемоглобина ниже 13 г/дл (гематокрит менее 40 %) и тест Кумбса положительный (см. страницу F-82).**
 - Если **нет возможности определить уровень билирубина в сыворотке крови выполнить тест Кумбса, срочно перевезите ребенка в другой стационар (см. страницу F-82), особенно если желтуха началась в первый день жизни и уровень гемоглобина**

- ниже 13 г/дл (гематокрит менее 40 %).
- Если **ребенок переводится в другой стационар для обменного переливания крови**:
 - Организуйте перевозку (**страница С-63**);
 - Срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр (**страница С-63**);
 - Отправьте образцы крови матери и ребенка;
 - Объясните матери, почему у ребенка желтуха, почему он требует перевода в другой стационар и какое лечение ребенок получит.
 - Посоветуйте матери:
 - Если **желтухи является результатом несовместимости по Rh фактору**, убедитесь, что мать осведомлена относительно последующих беременностей;
 - Если **у ребенка имеется дефицит Г-6-ФДГ**, посоветуйте матери, от каких препаратов нужно отказаться, чтобы предотвратить гемолиз у ребенка (т.е. противомаларийные лекарства, сульфаниламидные препараты, аспирин, нафталиновые шарики, ? бобовые).
 - Если **уровень гемоглобина у ребенка ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30%), перелейте кровь (**страница Р-31**).
 - Если **желтуха сохраняется в течение двух недель и дольше у доношенного ребенка или три недели и более у маловесного ребенка** (менее 2.5 кг при рождении или родившегося до 37 недели беременности), лечите затянувшуюся желтуху (**страница F-83**).
 - Наблюдайте за ребенком после выписки домой, определяя уровень билирубина в сыворотке крови каждую неделю в течение 4 недель. Если **уровень гемоглобина ниже 8 г/дл** (гематокрит менее 24%), перелейте кровь (**страница Р-31**).

ЖЕЛТУХА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

- Если **концентрация билирубина в сыворотке крови на уровне, требующем фототерапии** (таблица F-17, страница F-79), продолжайте фототерапию.
- Если **возраст ребенка менее трех дней**, наблюдайте за желтухой в течение 24 часов после прекращения фототерапии.
- Если желтуха сохраняется в течение трех недель и более, лечите затянувшуюся желтуху (ниже).

ЗАТЯНУВШАЯСЯ ЖЕЛТУХА

- Прекратите фототерапию.
- Если **стул ребенка ахоличный или моча темная**, организуйте перевод ребенка (**страница С-63**) в стационар третьего уровня или специализированный центр для дальнейшего обследования, если это возможно.
- Если у **матери определен сифилис**, лечите ребенка от врожденного сифилиса (**страница F-46**).

БИЛИРУБИНОВАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ (ЯДЕРНАЯ ЖЕЛТУХА)

Если немедленно не начинать лечение выраженной желтухи, она может повредить мозг ребенка. Начальными признаками повреждения головного мозга являются летаргия, мышечная вялость и плохое вскармливание. Через несколько дней у ребенка может появиться опистотонус, пронзительный крик и судороги. Заключительная стадия – это мышечная вялость и плохое вскармливание. Трудно определить, являются ли эти признаки результатом выраженной (тяжелой степени) желтухи или другой болезни. Поэтому, всегда лечите ребенка с желтухой, даже если билирубиновая энцефалопатия только подозревается.

- Если у **ребенка имеются судороги**, лечите судороги (**страница F-64**).
- Если **концентрация билирубина в сыворотке крови на уровне, требующем фототерапии (таблица F-17, страница F-79)**, продолжайте фототерапию.
- Обсудите с матерью состояние ребенка и прогноз течения болезни:
 - Объясните возможность обменного переливания крови и вероятный прогноз ребенка;
 - Позвольте решить семье самой, надо ли делать обменное переливание крови, если оно осуществимо. Если семья решится на обменное переливание крови, организуйте перевод (**страница С-63**), и срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр. Отправьте образцы крови матери и ребенка.
- Если **состояние ребенка не улучшается более одной недели** (ребенок продолжает быть сонливым, не берет грудь или плохо сосет, у него продолжают судороги), но **он больше не получает лечения или лечение может быть продолжено дома**, обсудите с матерью возможность ухода за её ребенком в домашних условиях.
- Если у **ребенка не было судорог в течение трех дней после прекращения лечения фенobarбиталом**, мать в состоянии кормить ребенка, и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**):

- Обсудите с матерью прогноз ребенка и как справляться с проблемами, которые могут возникнуть у ребенка дома.
- Осмотрите ребенка через одну неделю или раньше, если мать заметит серьезные проблемы (т.е. проблемы вскармливания, судороги).
- Помогите матери найти лучший способ вскармливания ребенка, если он плохо сосет грудь. Если ребенок сосет грудь медленно, посоветуйте матери кормить ребенка чаще.

ФОТОТЕРАПИЯ

ПОДГОТОВКА ЛАМПЫ ДЛЯ ФОТОТЕРАПИИ

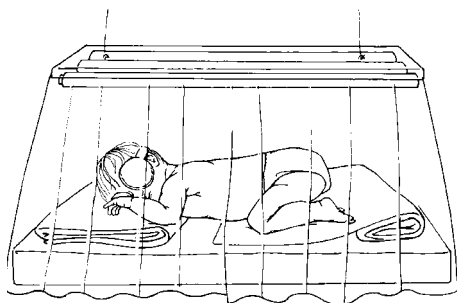
- Убедитесь, что пластмассовый колпак или щит находятся в надлежащем положении. Это предотвратит ребенка от повреждения при разрыве лампы и предохранит его от вредного влияния ультрафиолетовых лучей.
- Согрейте комнату, где находится лампа фототерапии, если это необходимо, чтобы температура под лампой была от 28-30 °С.
- Включите прибор и убедитесь в том, что все флуоресцентные лампы работают.
- Замените перегоревшие или мигающие флуоресцентные лампы.
 - Запишите дату замены ламп и определите общую продолжительность их использования.
 - Заменяйте лампы каждые 2000 часов или через каждые три месяца, в зависимости от того, что быстрее наступает, даже в том случае, если лампы все еще работают.
- Используйте белые простыни в кроватке, колыбели или инкубаторе и окружите ею ребенка вместе с лампой для того, чтобы как можно больше света отражалось обратно к ребенку (**рис. F-5, страница F-85**).

ПРОВЕДЕНИЕ ФОТОТЕРАПИИ

- Уложите ребенка под лампой фототерапии (**рис. F-5, страница F-85**):
 - Если **вес ребенка 2 кг и более**, уложите его голым на кровать или колыбель. Меньших детей укладывайте и держите в инкубаторе.
 - Разместите ребенка в как можно более близком расстоянии от лампы, насколько это позволяет инструкция изготовителя лампы.

- Повязкой прикройте глаза ребенка и убедитесь, что повязка не закрывает ноздри ребенка. Не нужно фиксировать повязку лейкопластырем.

РИСУНОК F-5 Ребенок под лампой фототерапии



- Переворачивайте ребенка каждые три часа.
- Убедитесь, что ребенок не голодный:
 - Поощряйте мать кормить грудью по желанию ребенка, но не реже чем каждые три часа:
 - Во время вскармливания прекратите фототерапию и снимите глазную повязку;
 - Нет никакой необходимости дополнять или заменять грудное молоко любым другим видом пищи или жидкости (т.е. молочной смесью, водой, подслащенной водой и т.д.)
 - Если **ребенок получает внутривенную жидкость или сцеженное грудное молоко**, увеличьте объем жидкости и/или молока на 10% от общей суточной потребности в жидкости (**таблица С-4, страница С-22**), на то время, пока ребенок находится под лампой фототерапии.
 - Если **ребенок получает жидкость внутривенно или кормится через желудочный зонд**, не перемещайте ребенка из-под лампы фототерапии.
- Имейте в виду, что во время проведения фототерапии стул ребенка может стать жидким и желтым. Это не требует специального лечения.
- Продолжайте другое назначенное лечение и обследование:
 - Уберите ребенка из под лампы только для проведения процедур, которых невозможно выполнить под лампой фототерапии.
 - Если **ребенок получает кислород**, на короткое время выключите лампу, чтобы у него оценить центральный цианоз (синий язык и губы).

- Каждые три часа измеряйте температуру тела ребенка (**страница P-5**) и температуру воздуха под лампой. Если **температура ребенка более 37.5°C**, выберите нужную (меньшую) температуру комнаты или временно уберите ребенка из под лампы фототерапии, пока температура тела ребенка не станет 36.5-37.5 °C.
- Измеряйте уровень билирубина в сыворотке крови каждые 12 часов:
 - Прекратите фототерапию тогда, когда концентрация билирубина в сыворотке крови станет ниже уровня, с которого была начата фототерапия (**таблица F-17, страница F-79**), или при концентрации билирубина 15 мг/дл (260 мкмол/л) (выберите меньший показатель);
 - Если **концентрация билирубина в сыворотке крови близка к уровню, требующему обменного переливания крови (таблица F-17, страница F-79)**, организуйте перевод (**страница C-63**) срочно перевезите ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр для обменного переливания крови. Отправьте образцы крови матери и ребенка.
- Если **содержание билирубина в сыворотке крови невозможно определить**, прекратите фототерапию через три дня.

Под влиянием фототерапии билирубин быстро удаляется из кожи. По цвету кожных покровов нельзя судить об уровне билирубина в сыворотке крови в то время, когда ребенок получает фототерапию и в течение 24 часов после ее прекращения.

- После прекращения фототерапии:
 - Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов, проведите повторное определение уровня билирубина в сыворотке крови или клинически оцените степень интенсивности желтухи (**таблица F-16, страница F-78**).
 - Если **желтуха выросла до бывшего уровня или стала еще более выраженной по сравнению с той, при которой была начата фототерапия**, повторите фототерапию и продолжайте ее, как и в первый раз. Повторяйте этот шаг каждый раз после прекращения фототерапии, пока концентрация билирубина в сыворотке крови не станет ниже уровня, при котором фототерапия уже не требуется.
- Если ребенок больше не нуждается в фототерапии, хорошо усваивает питание и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).
- Обучите мать ребенка как оценивать желтуху, и посоветуйте ей вернуться обратно в стационар, если у ребенка желтуха будет нарастать.

ЛЕТАРГИЯ И ДРУГИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Неспецифические признаки могут проявляться у ребенка с тяжелым заболеванием. Иногда мать может просто предполагать, что ребенок как бы “выглядит больным.” Наиболее часто эти неспецифические признаки вызывают сепсис и асфиксия. Летаргия, сонливость и снижение активности могут также отмечаться после перенесенных ребенком судорог. В большинстве случаев у ребенка будут и другие признаки, указывающие на эти заболевания. Если у ребенка наблюдается любой другой специфический клинический признак в дополнение к летаргии или другому неспецифическому признаку, или имеются два и более неспецифических признака, обратитесь к главе «Множественные признаки заболевания (чаще всего сепсис или асфиксия)» (страница F-35).

ПРОБЛЕМА

- Ребенок имеет неспецифический признак, такой как:
 - летаргия;
 - сонливость;
 - снижение активности;
 - мышечная вялость;
 - раздражительность;
 - беспокойство;
 - «выглядит больным».

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (страница F-7) и обследования (таблица F-2, страница F-11) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери, получала ли она наркотические аналгетики для обезболивания во время и после родов.
- Определите уровень содержания глюкозы в крови (страница P-13). Если глюкоза крови менее 45 мг/дл (2.6 ммол/л), устраните гипогликемию (страница F-91).

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Разрешите грудное вскармливание (страница C-11). Если ребенка невозможно кормить грудью, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (страница C-14).

- Оценивайте мышечный тонус и активность ребенка хотя бы один раз в день.
- Если **ребенок вялый или летаргичный**, берите его на руки и передвигайте очень осторожно, чтобы из-за низкого мышечного тонуса не повредить его. Придерживайте все тело и особенно голову ребенка.
- Пользуйтесь **таблицей F-19 (страница F-89)** для определения возможного диагноза.
- Если все же **не удается найти специфическую проблему**:
 - Оценивайте у ребенка дополнительные симптомы каждые два часа в течение последующих шести часов;
 - Убедитесь, что ребенок не голоден и содержится в тепле;
 - Если **во время периода наблюдения проявляется специфическая проблема**, следуйте указаниям, изложенным в соответствующей главе;
 - Если в конце периода наблюдения состояние ребенка кажется нормальным, выпишите ребенка домой (**страница C-67**), но предупредите мать, что она должна вернуться с ребенком назад, если возникнет какая-либо проблема.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**ТАБЛИЦА F-19 Дифференциальная диагностика неспецифических признаков**

Диагностика ^a		
Анамнез	Обследование	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Во время схваток или в родах мать получала наркотические анальгетики • Время проявления – сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Летаргия • Частота дыхания менее 30 раз в минуту 	<p>Медикаментозная летаргия, см. ниже.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Осложненные или трудные схватки или роды (дистресс плода) • Отсутствие самостоятельного дыхания у ребенка сразу после рождения • Реанимация сразу после рождения • Внутриутробная инфекция или лихорадка матери в любое время от начала родов до трех дней после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до родов 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок выглядит больным 	<p>Подозревается асфиксия или сепсис, страница F-35</p>

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ЛЕТАРГИЯ (УГНЕТЕНИЕ)**

- Обеспечьте общий уход.
- Если частота дыхания у ребенка менее 30 раз в минуту, дайте кислород (страница C-25) умеренным потоком.
- Если ребенок вообще не дышит, у него нерегулярное дыхание (гаспинг) или частота дыхания менее 20 раз в минуту, начинайте вспомогательную вентиляцию с помощью мешка и маски (страница P-1).
- Если ребенок по прежнему остается летаргичным в течение шести часов, подумайте о сепсисе или асфиксии (страница F-35).

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ

ПРОБЛЕМА

- Уровень глюкозы в крови ребенка ниже 45 мг/дл (2.6 ммол/л).

ЛЕЧЕНИЕ

УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НИЖЕ 25 МГ/ДЛ (1.1 ММОЛ/Л)

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**), если это еще не сделали. Струйно, медленно, в течение 5 минут, внутривенно введите 10% раствор глюкозы из расчета 2мл/кг на массу тела.
- Если **внутривенный катетер не удастся быстро поставить**, введите те же 2мл/кг массы тела 10% глюкозы через желудочный зонд (**страница P-33**).
- Продолжайте внутривенное введение 10% раствора глюкозы в объеме, соответствующем возрастным суточным потребностям ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Определите уровень глюкозы в крови через 30 минут после струйного введения глюкозы, а в последующем – каждые 3 часа:
 - Если **уровень глюкозы в крови ниже 25 мг/дл**, повторите струйное введение глюкозы (как описано выше) и продолжайте постоянную инфузию;
 - Если **уровень глюкозы в крови ниже 45 мг/дл, но не ниже 25 мг/дл при каждом ее определении**, продолжайте постоянную инфузию и определяйте уровень глюкозы в крови каждые три часа пока он не достигнет 45 мг/дл и более в двух следующих друг за другом анализах;
 - Как только уровень глюкозы в крови достигнет 45 мг/дл и более в двух следующих друг за другом определениях, придерживайтесь рекомендаций по частоте определения уровня глюкозы в крови, когда концентрация глюкозы держится в нормальных пределах (**страница F-92**).
- Разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**).
- С улучшением энтерального кормления, медленно уменьшайте (в течение трех дней) объем внутривенно вводимой глюкозы, одновременно увеличивая оральный объем пищи. Не прерывайте резко инфузию глюкозы.

УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НИЖЕ 45МГ/ДЛ (2.6 ММОЛ/Л), НО НЕ НИЖЕ 25МГ/ДЛ

- Разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод вскармливания (**страница С-14**).
- Определяйте уровень глюкозы в крови каждые три часа или перед каждым следующим кормлением:
 - Если **уровень глюкозы в крови ниже 25 мг/дл**, лечите как описано на странице **F-91**.
 - Если **уровень глюкозы в крови все еще ниже 45 мг/дл, но не ниже 25 мг/дл**, увеличьте частоту грудного вскармливания или объем сцеженного грудного молока.
 - Как только уровень глюкозы в крови достигнет 45 мг/дл и более в двух следующих друг за другом анализах, придерживайтесь рекомендаций по частоте определения уровня глюкозы в крови, когда концентрация глюкозы держится в нормальных пределах (ниже).

ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ПОСЛЕ ТОГО, КАК УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ НОРМАЛИЗУЕТСЯ

- Если **ребенок по какой-либо причине получает инфузионную терапию**, продолжайте определять уровень глюкозы в крови каждые 12 часов до тех пор, пока ребенок будет получать жидкость внутривенно. Если **концентрация глюкозы в крови менее 45 мг/дл**, лечите как описано выше.
- Если **ребенок больше не нуждается или не получает жидкость внутривенно**, определяйте уровень глюкозы в крови каждые 12 часов в течение 24 часов (еще два определения):
 - Если **уровень глюкозы в крови ниже 45 мг/дл**, лечите как описано выше.
 - Если **уровень глюкозы в крови остается нормальным**, ее определение можно прекратить.

ПРОБЛЕМЫ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Проблемы вскармливания часто возникают у новорожденных в течение первых дней жизни. Проблемы обусловлены неправильным прикладыванием к груди, малым весом или болезнью ребенка. В этой главе рассматриваются возникшие трудности при вскармливании при отсутствии других признаков болезни у новорожденного.

Если у ребенка имеются другие проблемы, такие как дыхательная недостаточность, ненормальная температура тела помимо проблем вскармливания, смотрите главу «Множественные признаки заболевания (чаще всего сепсис или асфиксия)» (страница F-35). Если проблема вскармливания в первую очередь обусловлена рвотой, смотрите главу «Рвота и/или вздутие живота» (страница F-99).

Маловесные дети часто имеют проблемы вскармливания; по мере их роста проблемы постепенно исчезают. Если вес ребенка при рождении менее 2,5 кг или он родился до 37 недели беременности, обратитесь к этой главе для определения и лечения специфической проблемы вскармливания. После того, как проблема определена, см. страницу F-24, где описаны общие принципы вскармливания маловесных детей.

ПРОБЛЕМЫ

- Ребенок с рождения кормился хорошо, но теперь плохо сосет грудь или вообще от нее отказывается.
- Ребенок с момента рождения имеет проблемы вскармливания.
- Ребенок не набирает вес (подтверждено или подозревается).
- Мать не смогла ребенка успешно кормить грудью.
- Ребенок имеет проблемы вскармливания, является маловесным или одним из двойни.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (страница F-7) и обследования (таблица F-2, страница F-11) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите мать:
 - Как Вы кормите ребенка?
 - Сколько ребенок весил при рождении и в определенное время после рождения?
- Попросите мать приложить ребенка к груди. Наблюдайте за грудным вскармливанием в течение около пяти минут и оцените, правильное ли положение ребенка и его прикладывание к груди (страница C-12). Если ребенок не готов к питанию, переходите к оценке и лечению по общим принципам (ниже) и следующий раз опять наблюдайте за тем, как мать кормит ребенка, когда он будет готов к вскармливанию.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Если **ребенок с рождения усваивал пищу без кашля, захлебывания или срыгивания**, продолжайте дифференциальную диагностику по таблице F-20, (ниже).
- Если **ребенок закашливался, давится пищей или срыгивал с первой попытки его покормить**, попробуйте ему ввести желудочный зонд (страница P-33).
 - Если **желудочный зонд не проходит в желудок или конец зонда возвращается обратно черер рот, а ребенок давится пищей и отливает ее сразу после заглатывания**, вероятно, что у ребенка имеется атрезия пищевода или трахео-пищеводный свищ, требующие неотложного хирургического вмешательства. Организуйте перевод (страница C-63) и срочно перевезите ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.
 - Если **желудочный зонд проходит**, убедитесь в правильном его положении в желудке (страница P-35), удалите желудочное содержимое и обратитесь к таблице F-20 для определения возможной причины нарушения питания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-20 Дифференциальная диагностика нарушений питания

Диагностика ^a			Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	выглядит	
<ul style="list-style-type: none"> • Плохо кормится или вообще не принимает пищу после периода нормального вскармливания • Время проявления - 1 день жизни или позже • Внутриутробная инфекция или лихорадка матери в любое время от начала родов до трех дней после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до родов 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок больным • Рвота • Вздутие живота • Дыхательная недостаточность • Ненормальная температура тела • Раздражимость или летаргия • Судороги или потеря сознания 		<p>Подозревается сепсис, страница F-38</p>

ТАБЛИЦА F-20 (продолжение) Дифференциальная диагностика нарушений питания

Диагностика ^a		
Анамнез	Обследование	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Один из двойни или маловесный ребенок (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности)</i> • Ребенок не просыпается для кормления, сосет вяло, медленно и быстро устает • Время проявления – сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Техника прикладывания к груди правильная, но ребенок еще не готов к грудному вскармливанию 	<p>Маловесный ребенок или один из двойни, страница F-96</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Мать не может успешно кормить ребенка грудью (т.е. ребенок не может ухватить грудь; ребенок жадно ищет грудь, но не получает молока) • Потрескавшиеся соски у матери • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • В остальном ребенок выглядит здоровым • Ребенка неправильно укладывают и прикладывают к груди во время вскармливания 	<p>Неправильное положение и прикладывание ребенка к груди, страница F-96</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ребенок набирает менее 15 г/кг массы тела в день в течение трех дней</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • В остальном ребенок выглядит здоровым 	<p>Недостаточная прибавка массы тела, страница F-96</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок срыгивает часть пищи или ею давится, кашляет во время кормления • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Расщелина губы или твердого неба (сообщение между ртом и носовым проходом)</i> 	<p>Расщелина губы или неба, страница F-151</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок кашляет, давится пищей и срыгивает с первого кормления • Пища возвращается непереваренной и с пенистой примесью после каждого кормления • Время проявления – сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Желудочный зонд не проходит в желудок или конец зонда возвращается обратно через рот</i> • Пенистые выделения изо рта даже когда ребенок не кормится 	<p>Подозревается порок развития желудочно-кишечного тракта или его непроходимость, страница F-105</p>

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

МАЛОВЕСНЫЙ РЕБЕНОК ИЛИ ОДИН ИЗ ДВОЙНИ

- Если **ребенок является маловесным**, обратитесь к **странице F-24**, где описаны общие принципы вскармливания маловесных детей.
- Если **ребенок один из двойни**, смотрите **страницу C-14**, где приведена информация по вскармливанию близнецов.
- Как только ребенок будет хорошо усваивать питание и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).
- Через два дня повторно оцените питание и прибавку массы тела.

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ

- По возможности обратите внимание на предыдущую динамику массы тела ребенка; взвешивайте его ежедневно.
- Помогите матери улучшить технику грудного вскармливания:
 - Если **мать правильно кормит ребенка грудью**, поощряйте ее и продолжайте наблюдать за техникой грудного вскармливания в течение трех дней;
 - Если **имеются погрешности в технике грудного вскармливания**, помогите матери исправить ошибки (**страница C-12**);
 - Если **ребенок набирал не менее 15 г/кг массы тела в день в течение трех дней**, убедите мать, что у неё достаточно молока и объясните ей существующие правильные подходы вскармливания ребенка. Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).
 - Если **ребенок не набирает по крайней мере по 15 г/кг массы тела в день в течение трех дней**, лечите его от недостаточной прибавки массы тела (ниже).

НЕДОСТАТОЧНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА

Имейте в виду, что изложенное ниже лечение недостаточной прибавки массы тела касается тех новорожденных, которые находятся на полном энтеральном питании, несмотря на используемый метод вскармливания (грудное вскармливание или кормление сцеженным грудным молоком, используя альтернативный метод вскармливания). Если **ребенок получает инфузионную терапию, но не получает полный объем (или не получает вообще) пищу перорально и теряет в день более 5% массы тела**, увеличьте общий объем жидкости на 10мл/кг в течение одного дня для возмещения недостаточного поступления жидкости.

- Обратите внимание на предыдущую динамику массы тела ребенка и взвешивайте его ежедневно.

- Подтвердите недостаточную прибавку массы тела, если ребенок набрал менее 15 г/кг массы тела в день в течение последних трех дней.
- Проверьте и устраните или лечите очевидную причину недостаточной прибавки массы тела:
 - Убедитесь в том, что ребенок вскармливается достаточно часто (т.е.. не менее восьми раз в течение 24 ч.), особенно ночью. Если **ребенок кормится одним из альтернативных методов**, убедитесь, что ребенок получает достаточный объем пищи (**таблица С-4, страница С-22**);
 - Определите, является ли окружающая температура оптимальной; если **в помещении слишком холодно или слишком жарко**, ребенок будет больше расходовать энергии на терморегуляцию и меньше для роста;
 - Осмотрите ребенка по поводу возможных признаков сепсиса (т.е.. нарушения питания, рвота, дыхательные расстройства; **таблица F-9, страница F-37**);
 - Осмотрите рот ребенка на наличие молочницы (**таблица F-25, страница F-128**).
- Если **была подтверждена недостаточная прибавка массы тела, но не найдены очевидные ее причины, или если все-таки очевидная причина была установлена и было начато лечение** (напр., в течение трех дней поддерживалась нормальная комнатная температура, в течение семи дней проводилось лечение молочницы или сепсиса), но **прибавка массы тела по прежнему остается недостаточной**, поработайте с матерью в течение трех дней, чтобы у нее увеличилось количество грудного молока, которое получает ребенок.
- Если **средняя прибавка массы тела в течении трех дней составляет не менее 15 г/кг в день**:
 - Объясните матери существующие правильные подходы вскармливания ребенка и какую прибавку массы тела ребенка она может ожидать (**страница С-53**);
 - Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**);
 - Один раз в неделю взвешивайте ребенка для того, чтобы оценить его динамику массы тела в течение одного месяца.
- Если **средняя прибавка массы тела в течении трех дней составляет менее 15 г/кг в день несмотря на предпринятые выше перечисленные меры**:
 - Научите мать сцеживать грудное молоко между кормлениями и давать это молоко ребенку в качестве докорма одним из альтернативных методов кормления (страница С-14) после того, как ребенок кормился грудью;

- Если **мать не может сцедить грудное молоко**, дайте ребенку 10мл молочной смеси (**страница С-19**) при помощи кружки/ложки (**страница С-16**) после каждого кормления грудью. Молочную смесь не следует использовать, не убедившись, что она:
 - доступна в течение всего необходимого периода (даже некоторое время после выписки домой).
 - доступна для данного медицинского учреждения и для семьи;
 - используется безопасно;
 - готовится в стерильных условиях согласно инструкциям.
- Продолжайте докорм ребенка сцеженным грудным молоком или молочной смесью до тех пор, пока ежедневная прибавка массы тела ребенка будет составлять не менее 15 г/кг непрерывно в течение трех дней; после этого уменьшите докорм до 5 мл на каждое кормление в течение последующих двух дней:
 - Если **прибавка массы тела продолжает быть достаточной** (15 г/кг массы тела в день и более) **еще два дня**, полностью прекратите докорм ребенка;
 - Если **прибавка массы тела опять становится недостаточной** (менее 15 г/кг массы тела в день), начинайте опять докармливать после каждого кормления 10мл сцеженного грудного молока или молочной смеси и повторите весь процесс заново.
- Взвешивайте ребенка еще три дня. Если ребенок прибавляет в массе тела с той же скоростью или даже лучше, хорошо усваивает пищу и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

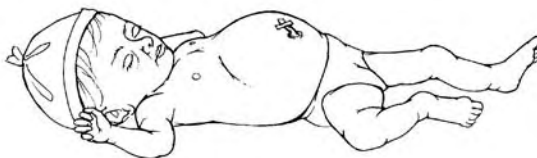
РВОТА И/ИЛИ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА

Вытекание изо рта или срыгивание небольшого количества молока после кормления является обычным явлением у новорожденных, и, как правило, проходит со временем, не оказывая никакого влияния на рост ребенка.

ПРОБЛЕМЫ

- У ребенка отмечается рвота:
 - сильная;
 - не зависящая от метода вскармливания;
 - в полном объеме пищи после каждого ее приема;
 - с примесью желчи или крови;
- У ребенка имеется вздутие живота (**рис. F-6**)

РИСУНОК F-6 Вздутие живота



ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите мать (или того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Началась ли рвота после первого кормления или она появилась позже?
 - Через какое время после кормления начинается рвота?
 - Как выглядит рвотное содержимое? Пенистое, с примесью желчи или крови?
 - Отошел ли у ребенка меконий? Был ли меконий в околоплодной жидкости?
 - Потрескавшиеся или болезненные соски у матери?

- Осмотрите ребенка по поводу:
 - болезненности живота (ребенок плачет при осторожном дотрагивании до живота)
 - атрезия ануса (если **ребенок имеет атрезию ануса**, см. лечение в **странице F-153**).

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Введите через нос желудочный зонд (**страница P-33**):
 - Если **желудочный зонд не проходит в желудок или конец зонда возвращается обратно черер рот, а ребенок давится пищей и она выливается сразу после заглатывания**, вероятно, что у ребенка имеется атрезия пищевода или трахео-пищеводный свищ, требующие неотложного хирургического вмешательства. Организуйте перевод (**страница C-63**) и срочно перевезите ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.;
 - Если **желудочный зонд проходит**, убедитесь в правильном его положении в желудке (**страница P-35**) и удалите желудочное содержимое.
- Если **ребенок выглядит серьезно больным** (т.е. он вялый и летаргичный) или **является маловесным** (менее 2.5кг массы тела при рождении или родившийся до 37 недель беременности), обеспечте внутривенный доступ (**страница P-21**) и начинайте инфузионную терапию в объеме, соответствующем суточным возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).
- Пользуйтесь **таблицей F-21 (страница F-101)** для определения вероятной причины рвоты и/или вздутия живота. Если **причину рвоты невозможно определить**, см. **страницу F-103**.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-21 Дифференциальная диагностика рвоты и/или вздутия живота

Анамнез	Диагностика ^a		Вероятный диагноз
	Обследование	Другой возможный диагноз	
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 1 день жизни или позже • Внутриутробная инфекция или лихорадка матери в любое время от начала родов до трех дней после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до родов • Плохо кормится или вообще не принимает пищу после периода нормального вскармливания 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок выглядит больным • Рвота • Вздутие живота • Дыхательные расстройства • Ненормальная температура тела • Раздражительность или летаргия • Судороги или потеря сознания 		<p>Подозревается сепсис, страница F-38</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Плохо кормится или вообще не принимает пищу • Асфиксия • Время проявления – 2-10 день 	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечная вялость или летаргия • Ребенок выглядит больным • Вздутие живота, болезненность • Маловесный ребенок (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) • Кровь или желчь в рвотных массах • Стул с примесью крови или слизи • Диарея • Бледность • Прогрессирующие признаки болезни (нестабильность температуры и/или апноэ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис • Увеличивающийся объем желудочного содержимого 	<p>Некротизирующий энтероколит, страница F-104</p>

ТАБЛИЦА F-21 (продолжение) Дифференциальная диагностика рвоты и/или вздутия живота

Диагностика ^a			
Анамнез	Обследование	Другой возмо жный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Если у матери серологически подтвержден сифилис во время беременности • <i>Мать не лечилась или лечилась недостаточно от сифилиса</i> • Время проявления - сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий отек (водянка) • Вздутие живота (из-за увеличенной печени и/или селезенки или накопления жидкости в брюшной полости) • Кожная сыпь - волдыри на ладонях и ступнях • Чрезмерное количество выделений из носа ("сопение") 		Врожденный сифилис, страница F-46
<ul style="list-style-type: none"> • У ребенка не отошел меконий в течение 24 часов после рождения • Ребенок с рождения кашляет и давится пищей во время каждого кормления • Время проявления – 1-2 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Желудочный зонд не проходит в желудок или конец зонда возвращается обратно через рот</i> • Нарастающее вздутие живота • Желчь в рвотных массах • Темный или кровянистый стул 		Подозревается порок развития желудочно-кишечного тракта или его непроходимость, страница F-105
<ul style="list-style-type: none"> • Мать кормит ребенка с потрескавшимися сосками (время проявления – 2 день жизни или позже) • Кровотечение у матери во время родов или вследствие эпизиотомии (время проявления – 1-2 день жизни) 	<ul style="list-style-type: none"> • Кровь в рвотных массах • Стул темного цвета • Ребенок в остальном выглядит здоровым 		Заглатывание материнской крови, страница F-105

ТАБЛИЦА F-21 (продолжение) Дифференциальная диагностика рвоты и/или вздутия живота

Анамнез	Диагностика ^a		Вероятный диагноз
	Обследование	Другой возможный диагноз	
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок срыгивает с первого кормления • Время проявления – 1 день жизни • Меконий в околоплодной жидкости 	<ul style="list-style-type: none"> • Желудочный зонд проходит • Ребенок в основном выглядит здоровым 		Раздражение желудка, страница F-106

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ПРИЧИНА РВОТЫ НЕ УСТАНОВЛЕНА

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**), вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**) в течение первых 12 часов.
- Наблюдайте за ребенком в течение 12 часов.
- Если **ребенок не имеет никаких других симптомов, кроме рвоты, через 12 часов:**
 - Дайте ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**) в течение 24 часов.
 - Если ребенок пищу усвоил, разрешите грудное вскармливание (**страница C-11**), или дайте ему сцеженное грудное молоко, используя альтернативный метод кормления (**страница C-14**);
 - Удалите желудочный зонд после двух успешных кормлений.
- Если **рвота не прекращается, или присутствуют другие патологические признаки** (напр., кровь во рвотных массах, обильная рвота, вздутие живота), попробуйте еще раз определить причину рвоты (**таблица F-21, страница F-101**).
- Если **причину рвоты все еще не удается установить**, лечите от сепсиса (**страница F-41**).

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**) вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица C-4, страница C-22**) в течение первых пяти дней.
- Лечите сепсис (**страница F-41**), и обеспечьте, чтобы ребенок не кормился в течение первых пяти дней.
- Поставьте желудочный зонд (**страница P-33**) и не закрывайте его конец, чтобы был свободный отток содержимого из желудка.
- Если в брюшной полости прощупывается какое-то образование, вполне вероятно, что у ребенка произошла перфорация кишечника или возникла кишечная непроходимость из-за образовавшегося абсцесса. Организуйте перевод (**страница C-63**) и срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.
- Ежедневно определяйте гемоглобин, пока не остановится кровотечение, и еще раз через 24 часа. Если гемоглобин менее 8 г/дл (гематокрит менее 24%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Следите за сердечной деятельностью и дыханием ребенка каждые три часа в течение трех дней после последнего переливания крови.
- Наблюдайте за ребенком в течение пяти дней. Если через пять дней у него **уменьшилось вздутие живота и объем желудочного содержимого, отходит стул и в нем нет примеси крови**:
 - Дайте ребенку сцеженное грудное молоко через желудочный зонд (**страница C-18**).
 - Начинайте с объема молока, в котором ребенок нуждался бы в 1 день жизни, независимо от конкретного возраста ребенка (**таблица C-4, страница C-22**).
 - Если в течение 48 часов ребенок станет усваивать достаточный объем молока и не будет рвоты, разрешите грудное вскармливание (**страница C-11**). Если ребенка невозможно кормить грудью, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница C-14**).
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками:
 - Если сердечная деятельность и дыхание ребенка стабильные, ему не требовалось переливание крови не менее чем 48 часов, ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**);

- Ежедневно определяйте гемоглобин в течение одного месяца. Если **гемоглобин менее 8г/дл** (гематокрит менее 24%), сделайте переливание крови (**страница Р-31**).
- Чтобы предупредить развитие железодефицитной анемии, маловесным детям назначьте пероральный препарат железа из расчета 2 мг/кг массы тела один раз в день, начиная с двухмесячного возраста до достижения 23 месяцев.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ПОРОКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ИЛИ ЕГО НЕПРОХОДИМОСТЬ

- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница Р-21**) вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Если **был введен желудочный зонд**, оставьте его на месте и не закройте его конец, чтобы был свободный отток содержимого из желудка (**страница Р-36**).
- Организуйте перевод (**страница С-63**) и срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.

ЗАГЛАТЫВАНИЕ МАТЕРИНСКОЙ КРОВИ

- Если **рвота вызвана кровью, которую ребенок проглотил во время грудного вскармливания** (потрескавшиеся соски матери):
 - Наблюдайте за матерью во время грудного вскармливания. Оцените технику кормления (**страница С-12**) и, если необходимо, посоветуйте ее изменить.
 - Если **кормление грудью является болезненным для матери**, поощряйте мать:
 - Сцеживать небольшое количество молока (**страница С-15**) для стимуляции рефлекса выделения молока перед тем, как прикладывать ребенка к груди;
 - Начинать кормить ребенка из той груди, которая менее болезненна, пока не начнется выделение молока, затем приложить ребенка к поврежденной груди;
 - Сцеживать немного молока или молозива на ее соски после кормления грудью;
 - Оставлять соски открытыми, таким образом предупреждая их мацерацию и создавая благоприятные условия для заживления;
 - Если **резко болезненный только один сосок**, посоветуйте матери кормить ребенка пару дней или более

продолжительное время исключительно другой грудью, пока поврежденный сосок будет заживать. В это время она может сцеживать грудное молоко из большой груди и давать его ребенку одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).

- Если ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Если **рвота вызвана кровью, которую ребенок проглотил при рождении**:
 - Подсоедините шприц к желудочному зонду и отсосите содержимое желудка.
 - Разрешите ребенку грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **его не получается кормить грудью**, дайте сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).
 - Удалите желудочный зонд после двух успешных вскармливаний;
 - Если ребенок хорошо усваивает пищу и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

РАЗДРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА

- Разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).
- Если ребенка удалось два раза успешно покормить грудью, или он хорошо усваивает питание одним из альтернативных методов кормления, у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Если ребенок продолжает срыгивать весь объем пищи через 24 часа, вероятно, что проблема заключается в наличии врожденной аномалии желудочно-кишечного тракта:
 - Обеспечьте внутривенный доступ (**страница Р-21**) вводите жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
 - Организуйте перевод (**страница С-63**) и срочно направьте ребенка в стационар третьего уровня или специализированный центр хирургии.

ДИАРЕЯ (ПОНОС)

Существуют неинфекционные причины диареи, но сепсис является самой частой причиной диареи в период новорожденности.

Строго соблюдайте требования по профилактике инфекций (страница С-37) на весь период ухода за ребенком с диареей для того, чтобы избежать передачи его инфекции к другим новорожденным, находящимся в отделении специального выхаживания. Надевайте перчатки, когда соприкоснетесь с грязными пеленками или другими предметами, которые использовались для ухода за поносящим ребенком, и тщательно мойте руки (страница С-38) после каждого дотрагивания до ребенка с диареей.

ПРОБЛЕМЫ

- У ребенка частый стул.
- Стул ребенка водянистый или зеленый, содержит слизь или кровь.

ВЫЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Кормился ли ребенок чем-то другим, кроме грудного молока или давали ли ему пить какую-либо жидкость?
 - Как выглядит стул ребенка? Является ли он водянистым или зеленым, содержит ли он слизь или кровь?
 - Как часто у ребенка отходит стул?
- Оцените:
 - возможные признаки обезвоживания (т.е. запавшие глаза или родничок, снижение эластичности кожи, сухой язык и сухие слизистые).
 - проявления сепсиса (т.е. проблемы вскармливания, рвота, дыхательные расстройства, **таблица F-9, страница F-37**).

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Разрешите грудное вскармливание (**страница С-11**). Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**).
- Если **мать кормит ребенка чем-то другим, кроме грудного молока или поит его жидкостью**, посоветуйте ей этого больше не делать.
- Дайте ребенку пить раствор для оральной регидратации (ОРР) каждый раз, когда у него отходит жидкий стул:
 - Если ребенок в состоянии усваивать грудное вскармливание, посоветуйте матери его почаще кормить грудью или давать ему ОРР из расчета 20 мл/кг массы тела в промежутках между кормлениями грудью с помощью кружки, ложки или другим способом (**страница С-16**);
 - Если ребенок не в состоянии самостоятельно кормиться, введите желудочный зонд (**страница Р-33**) и давайте ему ОРР из расчета 20 мл/кг массы тела через зонд;
 - Если стандартный ОРР недоступен, приготовьте ОРР следующим образом:
 - Используйте недавно прокипяченную и охлажденную воду;
 - На 1 литр воды добавьте:
 - натрия хлорид - 3.5 г;
 - натрия цитрат - 2.9 г (или натрия бикарбонат - 2.5 г);
 - калия хлорид - 1.5 г;
 - глюкозу (безводную) 20 г (или сахарозу [обычный сахар] 40 г).
- Если у **ребенка имеются признаки обезвоживания или сепсиса**, обеспечьте ему внутривенный доступ (**страница Р-21**) и начинайте парентеральное введение жидкости, продолжая грудное вскармливание:
 - Если **имеются признаки обезвоживания**, увеличьте объем жидкости на 10% от массы тела ребенка, начиная с первого дня, когда были отмечены признаки обезвоживания;
 - Если ребенок получает достаточный объем жидкости, который компенсирует имеющийся дефицит, покрывает суточные потребности в воде и продолжающиеся потери с поносом, нет необходимости в использовании ОРР;
 - Вновь оцените состояние ребенка через 12 часов:
 - Если **ребенок все еще имеет жидкий и частый стул**, продолжайте инфузионную терапию увеличенным объемом жидкости в течение дополнительных 24 часов;

- Если в течение последних 12 часов у ребенка понос прекратился, дайте ему жидкость в объеме физиологических суточных потребностей согласно возрасту ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Определите вероятный диагноз (**таблица F-22**).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-22 Дифференциальная диагностика диареи

Диагностика ^a		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Внутриутробная инфекция или лихорадка матери в любое время от начала родов до трех дней после родов, или разрыв околоплодных оболочек за 18 часов до родов • Время проявления – 1-3 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сепсис 	<p>Диарея, обусловленная сепсисом Лечите сепсис (страница F-41).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок получает пищу или жидкость, но не грудное молоко • Время проявления – введение новой пищи/жидкости 	<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок хорошо кормится 	<p>Неинфекционная диарея Общее лечение (страница F-108).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок получает пищу или жидкость, но не грудное молоко • Время проявления – введение новой пищи/жидкости 	<ul style="list-style-type: none"> • Плохо усваивает кормление или отказывается от пищи • Ребенок выглядит больным • Мышечная вялость • Летаргия 	<p>Инфекционный понос Лечите сепсис (страница F-41)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок получает фототерапию • Время проявления – начало фототерапии 	<ul style="list-style-type: none"> • Жидкий стул желтого цвета 	<p>Жидкий стул из-за фототерапии Лечение не требуется</p>

ТАБЛИЦА F-22 (продолжение) Дифференциальная диагностика диарей
Диагностика^a

Анамнез	Обследование	Другой установленный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Вспышка диареи среди других новорожденных, находящихся в отделении ▪ Время проявления – 2 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Водянистый, зеленоватый стул, который продолжается, даже если ребенок не кормится грудью ▪ Стул с примесью крови ▪ Рвота 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сепсис ▪ Обезвоживание 	Госпитальная диарея инфекционной этиологии, страница F-111
<ul style="list-style-type: none"> • Плохо усваивает кормление или отказывается от пищи • Асфиксия • Время проявления – 2-10 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечная вялость или летаргия • Ребенок выглядит больным • Вздутие живота, болезненность • Маловесный ребенок (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) • Кровь или желчь во рвотных массах • Стул с примесью крови или слизи • Бледность • Признаки прогрессирующей болезни (нестабильность температуры и/или апноэ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис • Увеличивающийся остаточный объем желудочного содержимого 	Некротизирующий энтероколит, страница F-104

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАРЕИ

- Если понос у ребенка появился во время его нахождения в больнице и в течение двух дней диарея проявилась у более чем у одного новорожденного в том же отделении, подумайте о внутрибольничной инфекции (**страница С-45**).
- Если возможно, то изолируйте ребенка от других новорожденных.
- Лечите сепсис (**страница F-41**).
- Продолжайте общее лечение диареи (**страница F-108**).

КРОВОТЕЧЕНИЕ И/ИЛИ БЛЕДНОСТЬ

В этой главе обсуждается ребенок, у которого имеется кровотечение или отмечается бледность при рождении или в любое время после рождения, с признаками или без признаков внутреннего или внешнего кровотечения. Бледность может быть симптомом анемии или шока, или того и другого.

ПРОБЛЕМЫ

- У ребенка имеется кровотечение.
- Ребенок в анамнезе имел кровотечение.
- Ребенок кажется бледным при рождении или некоторое время после рождения.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Есть ли кровь в стуле или моче ребенка?
 - Имела ли мать предыдущего ребенка с гемолитической желтухой, дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) или с несовместимостью крови по резус (Rh) фактору или группе крови?
 - Было ли у матери какое-либо кровотечение в течение беременности, схваток или родов?
 - Правильно ли была пережата или перевязана пуповина ребенка при рождении?
 - Имеется ли рвота у ребенка? Если да, то была ли кровь или желчь во рвотных массах?
 - Является ли ребенок одним из двойни? Если да, является ли другой близнец чрезмерно розовым или красным (т.е. трансфузия крови от плода к плоду)?
 - Бралась ли у ребенка неоднократно кровь на анализы?
- Обратите внимание:
 - откуда имеется кровотечение (т.е. из пупка, в области обрезания мужского полового члена или в области венопункции)
 - имеется ли общий отек (водянка);
 - имеется ли болезненность (ребенок плачет при осторожном дотрагивании до живота);
 - имеется ли у ребенка желтуха.

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

КРОВОТЕЧЕНИЕ

- Окажите неотложные меры для остановки кровотечения, как описано в **таблице F-1 (страница F-6)**, если это еще не сделано.
- Если кровотечение у ребенка все еще продолжается, увеличьте объем инфузионной терапии, вводя 20мл/кг массы тела жидкости в течение первого часа.
- Если **имеются признаки шока** (бледность, холодная на ощупь кожа, частота сердечных сокращений более 180 ударов в минуту, потеря сознания или ступор), или **признаки шока проявляются во время осмотра ребенка**:
 - Введите внутривенно физиологический раствор или раствор Рингера лактата из расчета 10 мл/кг массы тела в течение 10 минут; повторите ту же дозу через 20 минут, если признаки шока сохраняются.
 - Немедленно сделайте переливание крови (**страница P-31**), используя Rh-отрицательную нулевой группы (O) кровь.
- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения уровня гемоглобина. Если уровень гемоглобина ниже 10г/дл (гематокрит менее 30%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Определите вероятный диагноз (**таблица F-23, страница F-115**).

БЛЕДНОСТЬ ПРИ ОТСУТСТВИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ

- Если **имеются признаки шока** (бледность, холодный на ощупь кожа, частота сердечных сокращений более 180 ударов в минуту, потеря сознания или ступор), или **признаки шока проявляются во время осмотра ребенка**, обеспечьте внутривенный доступ (**страница P-21**), если это еще не было сделано, введите внутривенно физиологический раствор или раствор Рингера лактата из расчета 10 мл/кг массы тела в течение 10 минут; повторите ту же дозу через 20 минут, если признаки шока сохраняются.
- Определите уровень глюкозы в крови. Если **уровень глюкозы ниже 45мг/дл (2.6 ммол/л)**, устраните гипогликемию (**страница F-91**).
- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения уровня гемоглобина. Если уровень гемоглобина ниже 10г/дл (гематокрит менее 30%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Определите вероятный диагноз (**таблица F-23, страница F-115**).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-23 Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности

Диагностика ^a			
Анамнез	Обследование	Другой установленный диагнозы	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 2-3 день 	<ul style="list-style-type: none"> • Спонтанное кровотечение из одного или более мест: <ul style="list-style-type: none"> - Кровь в стуле или моче - Кровотечение из пупка или места обрезания мужского члена или из мест венепункции - Спонтанное появление множественных синяков после рождения при отсутствии очевидной травмы • Бледность 	<ul style="list-style-type: none"> • Признаки геморрагической болезни новорожденного (выше) проявились на четвертый день или позже 	<p>Геморрагическая болезнь новорожденного, страница F-119</p> <p>Коагулопатия, страница F-119.</p>

ТАБЛИЦА F-23 (продолжение) Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности

Диагностика^a			
Анамнез	Обследование	Другой установленный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> Желтуха, прогрессирующая в течение менее чем 36 часов Бледность Несовместимость по группе крови (ABO) или резус (Rh) фактору или дефицит Г-6-ФДГ у предыдущего ребенка В семейном анамнезе дефицит Г-6-ФДГ, желтухи, анемии, увеличенной печени или удаления селезенки 	<ul style="list-style-type: none"> Выраженная желтуха Бледность Общий отек (водянка) Ребенок мужского пола (большая вероятность дефицита Г-6-ФДГ) 	<ul style="list-style-type: none"> Гемоглобин ниже 13г/дл (гематокрит менее 40%) Положительный тест Кумбса Групповая (ABO) несовместимость или несовместимость по резус (Rh) фактору между матерью и ребенком Положительный тест на дефицит Г-6-ФДГ 	<p>Гемолиз</p> <p>Общее лечение бледности (страница F-114) и лечении гемолитическую желтуху (страница F-81)</p>
<ul style="list-style-type: none"> В анамнезе матери кровотечение из влагалища в конце беременности и/или во время родов ИЛИ Проблема при рождении или во время беременности (т.е. позднее пережатие пуповины, трасфузия крови от плода к плоду) 	<ul style="list-style-type: none"> Бледность 	<ul style="list-style-type: none"> Гемоглобин ниже 13г/дл (гематокрит менее 40%) 	<p>Возможная потеря крови из-за акушерских причин</p> <p>Общее лечение бледности (страница F-114)</p>

ТАБЛИЦА F-23 (продолжение) Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности

Диагностика ^a			
Анамнез	Обследование	Другой установленный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • Плохо усваивает кормление или отказывается от пищи • Асфиксия • Время проявления – 2-10 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечная вялость или летаргия • Ребенок выглядит больным • Вздутие живота, болезненность • Маловесный ребенок (менее 2.5кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) • Кровь или желчь в рвотных массах • Стул с примесью крови или слизи • Диарея • Бледность • Прогрессирующие признаки болезни (нестабильность температуры и/или апноэ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сепсис • Увеличивающийся объем желудочного содержимого 	<p>Некротизирующий энтероколит, страница F-104</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Не отошел меконий в течение 24 часов после рождения или, если ребенок имел стул, тот был темного цвета или с примесью крови • Время проявления – 1- 4 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарастающее вздутие живота • Желчь в рвотных массах 		<p>Подозревается порок желудочно-кишечного тракта или кишечная непроходимость, страница F-105</p>

ТАБЛИЦА F-23 (продолжение) Дифференциальная диагностика кровотечения и/или бледности

Диагностика ^a			
Анамнез	Обследование	Другой установленный диагноз	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> • У матери потрескавшиеся соски (время проявления - 2 день жизни или позже) • Кровотечение матери во время родов или из-за эпизиотомии (время проявления – 1-2 день жизни) 	<ul style="list-style-type: none"> • Кровь во рвотных массах • Стул темного цвета • Ребенок в остальном выглядит здоровым 		Заглатывание материнской крови, страница F-105
<ul style="list-style-type: none"> • Многократный забор крови на анализы • Большой или маловесный ребенок (менее 2.5 кг при рождении или родившийся до 37 недели беременности) 	<ul style="list-style-type: none"> • Бледность 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемоглобин ниже 10г/дл (гематокрит менее 30%) 	Анемия больного или маловесного ребенка, страница F-119
	<ul style="list-style-type: none"> • Бледность 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемоглобин ниже 10г/дл (гематокрит менее 30%) 	Бледность неизвестного происхождения, страница F-119

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

- Если **кровотечение не останавливается в течение трех часов**, лечите ребенка от сепсиса (**страница F-41**).
- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения гемоглобина один раз в день. Если **уровень гемоглобина ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Обеспечьте последующий уход и лечение ребенка (**страница F-120**).

КОАГУЛОПАТИЯ

- Лечите сепсис (**страница F-41**).
- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения гемоглобина один раз в день. Если **уровень гемоглобина ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Обеспечьте последующий уход и лечение ребенка (**страница F-120**).

ВОЗМОЖНАЯ ПОТЕРЯ КРОВИ ИЗ-ЗА АКУШЕРСКИХ ПРИЧИН

- Возьмите кровь (**страница P-9**) для определения гемоглобина один раз в день. Если **уровень гемоглобина ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30 %), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Если **уровень гемоглобина между 10 и 13г/дл** (гематокрит между 30 и 40%) **и имеются признаки шока** (бледность, холодная на ощупь кожа, частота сердечных сокращений более 180 ударов в минуту, потеря сознания или ступор), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Обеспечьте последующий уход и лечение ребенка (**страница F-120**).

АНЕМИЯ БОЛЬНОГО ИЛИ МАЛОВЕСНОГО РЕБЕНКА ИЛИ БЛЕДНОСТЬ НЕИЗВЕСТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

- Как только состояние ребенка стабилизируется, определяйте гемоглобин еженедельно, до тех пор, пока ребенок находится в больнице. Если уровень гемоглобина ниже 8 г/дл (гематокрит менее 24%), сделайте переливание крови (**страница P-31**).
- Обеспечьте последующий уход и лечение ребенка (**страница F-120**).

ПОСЛЕДУЮЩИЙ УХОД И ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО С БЛЕДНОСТЬЮ ИЛИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

- Прекратите внутривенное переливание жидкостей, если нет необходимости ее продолжать по другой причине. Если ребенок по-прежнему нуждается в инфузионной терапии, то в первый день общий объем жидкости (вводимой энтерально и парентерально) должен равняться физиологическим возрастным потребностям ребенка, плюс дополнительно 10% от общего суточного объема (**таблица С-4, страница С-22**). В последующие дни обеспечьте физиологические возрастные потребности жидкости ребенка.
- Ежедневно определяйте уровень гемоглобина, пока он не будет стабильным в течение трех дней и его уровень не будет требовать переливания крови; затем гемоглобин определяйте еженедельно, пока ребенок будет находиться в больнице.
- Следите за сердечной деятельностью и дыханием ребенка каждые три часа до тех пор, пока его состояние стабилизируется.
- Если сердечная деятельность и дыхание стабильны, ребенок не нуждается в переливании крови не менее 48 часов, он хорошо усваивает питание и у него нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Чтобы предотвратить железодефицитную анемию, назначьте маловесным детям оральный препарат железа из расчета 2 мг/кг массы тела элементарного железа ежедневно, начиная от двухмесячного возраста и продолжая его давать до 23 месяцев жизни.
- Два раза в неделю в течение двух недель после выписки проводите осмотр ребенка, оценивая его питание и рост.
- Еще раз определите гемоглобин через месяц. **Если уровень гемоглобина ниже 8 г/дл (гематокрит менее 24%), сделайте переливание крови (страница Р-31).**

РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ

Большинство родовых опухолей, которые возникают во время родов, являются небольшими и проходят спонтанно; однако, кровотечение под надчерепной апоневроз (galea aroneurotica) может быть опасно для жизни, поэтому его надо немедленно распознать и лечить.

ПРОБЛЕМА

- Ребенок при рождении или сразу после рождения имеет родовую опухоль.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**), обращая особое внимание на наличие бледности, учащение сердцебиения (более 160 ударов в минуту) или дыхания (более 60 дыханий в минуту).
- Соберите дополнительную информацию для определения вероятного диагноза (**таблица F-24, страница F-122**).
- Определите (пальпируйте):
 - расположение и размеры родовой опухоли;
 - чувствуется ли флюктуация (наличие жидкости внутри опухоли) или имеются ли в набухшей части эластичные области;
 - является ли кожа головы болезненной (ребенок плачет при дотрагивании головы);
 - имеется ли изменение формы головы (**рисунок F-7**) с выступом над теменными костями.

РИСУНОК F-7 Изменение формы головы ребенка



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ТАБЛИЦА F-24 Дифференциальная диагностика родовой опухоли

Диагностика ^a		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Появление опухоли при рождении или в течении первых двух часов после рождения; ее нарастание в течении следующих 24 часов • Рождение с помощью вакуумной экстракции • Асфиксия 	<ul style="list-style-type: none"> • Опухоль под всей поверхностью кожи головы • Чувство эластичности при пальпации скальпа • Ребенок плачет при дотрагивании до головы • Бледность, возможно ее нарастание • Частота сердечных сокращений более 160 ударов в минуту • Частота дыхания значительно больше 60 дыханий в минуту • Увеличивающийся размер головы 	Кровоизлияние под надчерепной апоневроз, страница F-123
<ul style="list-style-type: none"> • Появление опухоли при рождении 	<ul style="list-style-type: none"> • Опухоль на подлежащей части головы, она твердая и не флюктуирует • Изменение формы головы с выступом в области теменных костей • В остальном ребенок выглядит здоровым 	Родовая опухоль, страница F-124
<ul style="list-style-type: none"> • Появление опухоли в течение четырех часов после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Опухоль округлой формы, ограничена линиями швов (рисунок F-8, страница F-125) • Чувствуется флюктуация в области опухоли • В остальном ребенок выглядит здоровым 	Кефалогематома, страница F-124
<ul style="list-style-type: none"> • Появление опухоли при рождении • Рождение с помощью вакуумной экстракции 	<ul style="list-style-type: none"> • Родовая опухоль в той области, в которой накладывался вакуумный экстрактор • В остальном ребенок выглядит здоровым 	Шиньон, страница F-124

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ

КРОВОИЗЛИЯНИЕ ПОД НАДЧЕРЕПНОЙ АПОНЕВРОЗ

Новорожденные с кровоизлиянием под надчерепной апоневроз могут иметь ряд проблем. Тщательно осмотрите ребенка по поводу других симптомов, включая увеличивающуюся окружность головы, эпизоды апноэ или учащение сердечных сокращений или дыхания.

- Назначьте витамин К₁ (phytomenadione) 1 мг внутримышечно (или внутривенно, если имеется внутривенный доступ) однократно, несмотря на то, что ребенок получал его при рождении.
- Возьмите кровь (**страница Р-9**) на анализ:
 - Сразу и повторно через 24 часа определите уровень гемоглобина;
 - Если **уровень гемоглобин ниже 10 г/дл** (гематокрит менее 30%), сделайте переливание крови (**страница Р-31**).
- Наблюдайте ребенка по поводу бледности и каждый час проверяйте частоту сердечных сокращений и дыхания.
- Измеряйте окружность головы ребенка каждые шесть часов.
- Если **окружность головы у ребенка увеличивается или имеются признаки шока** (бледность, холодная на ощупь кожа, частота сердечных сокращений более 180 ударов в минуту, потеря сознания или ступор), немедленно сделайте переливание крови, используя резус (Rh) негативную нулевой (0) группы кровь.
- Убедитесь, что ребенок не голоден:
 - Разрешите матери начинать кормить грудью (**страница С-11**);
 - Если **ребенка невозможно кормить грудью**, дайте ему сцеженное материнское грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**);
 - Если ребенок не в состоянии получить достаточное количество молока путем грудного или альтернативного метода кормления, установите внутривенный катетер (**страница Р-21**) и начинайте внутривенное введение жидкости;
 - Убедитесь в том, что ребенок получает пищу и жидкость в объеме, соответствующем его физиологическим возрастным потребностям (**таблица С-4, страница С-22**).
- После того, как состояние ребенка стабилизируется:
 - Ежедневно измеряйте окружность его головы;

- Наблюдайте ребенка по поводу бледности и каждые три часа проверяйте частоту сердечных сокращений и дыхания.
- Будьте готовы назначить жидкость в любое время, как указано выше.
- Если **уровень гемоглобина ниже 8 г/дл** (гематокрит менее 24%), перелейте кровь (**страница Р-31**).
- Если **уровень гемоглобина выше 10 г/дл** (гематокрит более 30%), определите его еще два раза через три и шесть дней, а затем еженедельно, пока ребенок будет находиться в больнице.
- Раз в день определяйте интенсивность желтухи (**страница F-77**) и, при необходимости, назначьте фототерапию.
- Как только окружность головы начинает уменьшаться:
 - Продолжайте наблюдать за ребенком не менее четырех дней и пока уровень гемоглобина стабилизируется в пределах, не требующих переливания крови, не менее чем три дня.
 - После периода наблюдения, если частота сердечных сокращений и дыхания стабильные, ребенок хорошо усваивает питание и у него нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ, ШИНЬЕН ИЛИ КЕФАЛОГЕМАТОМА

- Убедите мать, что эти состояния не представляют опасности для ребенка и не требуют лечения. Родовая опухоль самостоятельно исчезнет через два или три дня. Кефалогематома (**рисунок F-8, страница F-125**) проходит в течение нескольких недель.
- Не надо удалять кровь из кефалогематомы, даже если она флюктуирует.
- Посоветуйте матери вернуться с ребенком обратно в больницу, если у него проявляется желтуха (**страница F-77**).

РИСУНОК F-8 Ребенок с односторонней кефалогематомой



ПРОБЛЕМЫ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

Кожные инфекции у новорожденных детей являются чрезвычайно заразными. Строго соблюдайте рекомендации по профилактике инфекций (страница С-37), чтобы избежать передачи инфекции от одного ребенка к другим новорожденным, находящимся в отделении. Помещайте все предметы, непосредственно соприкосавшиеся с ранами (напр., марлю) в пластиковый мешок или герметичный контейнер.

ПРОБЛЕМЫ

- Кожа или мягкие ткани ребенка являются красным или припухлыми.
- Ребенок имеет пустулы или пузыри на коже.
- Ребенок имеет белые пятна на языке или во рту.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Как выглядели повреждения на коже ребенка и на какой части тела они впервые появились?
 - Изменились ли поражения вообще с тех пор как они появились?
- Осмотрите:
 - расположение поражений (напр., в подмышечных впадинах, вокруг пупка или паха, на ладонях и ступнях);
 - характер поражений:
 - пустулы (менее 1 см в диаметре) или пузыри (1 см или более в диаметре);
 - покрасневшая кожа;
 - волдыри на коже;
 - припухлость на коже болезненна (ребенок плачет, когда припухлость трогают), или флюктуирует (чувствуется свободная жидкость на припухлом месте).
- Если ребенок имеет рану или ссадину, см. **страницу F-132**.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ТАБЛИЦА F-25 Дифференциальный диагноз проблем кожи и слизистых оболочек

Диагностика ^а		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 1 день жизни или позже • Вначале повреждения являются единичными, затем сливаются в очаги и распространяются на другие части тела 	<ul style="list-style-type: none"> • Пустулы или волдыри • Повреждения доминируют на задней части рук, вокруг шеи, в подмышечных впадинах и вокруг пупка и паха 	Кожная инфекция, страница F-129
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 3 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Покраснение и набухание подкожной клетчатки на любой части тела • Болезненность и/или флюктуация на месте набухания 	Целлюлит/абсцесс, страница F-130
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 3 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Ярко красные участки кожи в местах соприкосновения подгузников, часто с шелушением или с белыми маленькими пятнами 	Подгузничный дерматит (кандидозный дерматит), страница F-131)
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 3 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Толстые белые налеты на языке или во рту 	Молочница, страница F-131
<ul style="list-style-type: none"> • Если у матери во время беременности серологически был подтвержден сифилис • <i>Мать не лечилась или получала неадекватное лечение от сифилиса</i> • Время проявления – сразу после рождения 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий отек (водянка) • Вздутие живота (из-за увеличенной печени и/или селезенки или накопившейся жидкости в брюшной полости) • Волдыри кожная на ладонях и ступнях • Обильное выделение слизи из носа (“насморк”) 	Врожденный сифилис, страница F-46

^а Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ

КОЖНАЯ ИНФЕКЦИЯ

- Если **признаки инфицирования появились у ребенка во время его нахождения в больнице и в течение двух дней кожная инфекция проявилась у более чем одного новорожденного в том же отделении**, подумайте о внутрибольничной инфекции (**страница C-45**)
- **Надев чистые перчатки:**
 - Промойте пораженную область(-и) кожи, используя антисептический раствор (**таблица C-10, страница C-41**) и чистые марлевые салфетки;
 - Обработайте пустулы/пузыри с 0.5% раствором генциан виолета;
 - Повторяйте процедуру четыре раза в день, пока пустулы/пузыри исчезнут. Посоветуйте матери при необходимости повторить эту процедуру.
- Подумайте о симптомах сепсиса (т.е.. плохое усваивание питание, рвота, дыхательные нарушения, **таблица F-9, страница F-37**) и если они имеются, лечите сепсис (**страница F-41**).
- Сосчитайте количество пустул или пузырей, определите, занимают ли они менее или более половины поверхности тела и лечите, как указано ниже.

МЕНЕЕ 10 ПУСТУЛ/ПУЗЫРЕЙ, ИЛИ ОНИ ЗАНИМАЮТ МЕНЕЕ ПОЛОВИНЫ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ СЕПСИСА

- Наблюдайте за ребенком в течение пяти дней:
 - Если **пустулы/пузыри исчезнут в течение пяти дней** и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**);
 - Если **большинство пустул/пузырей все еще присутствуют через пять дней, но у ребенка нет симптомов сепсиса**, дайте клоксациллин через рот пять дней согласно возрасту и весу ребенка (**таблица C-9, страница C-35**).

ДЕСЯТЬ ИЛИ БОЛЕЕ ПУСТУЛ/ПУЗЫРЕЙ, ИЛИ ОНИ ЗАНИМАЮТ БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ПЛОЩАДИ ТЕЛА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ СЕПСИСА

- Используя стерильный ланцет, откройте белый центр пустулы. Используя стерильный ватный тампон, возьмите гной и отправьте его в лабораторию на посев и определение чувствительности возбудителя.
- Дайте клоксациллин внутримышечно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица C-9, страница C-35**).

- Оценивайте состояние ребенка по крайней мере один раз в день на предмет улучшения его состояния (пустулы/пузыри не распространяются, начинают сохнуть и заживать).
 - Если **состояние пустул/пузырей начинает улучшаться через три дня с начала назначения антибиотика**, продолжайте клоксациллин до завершения пятидневного курса лечения;
 - Если **пустулы/пузыри не уменьшаются и не исчезают через три дня с начала назначения антибиотика**:
 - Если **посев гноя был положительным**, назначьте другой антибиотик согласно полученным результатам посева и чувствительности возбудителя, и лечите им еще пять дней;
 - Если **невозможно сделать посев или идентифицировать возбудителя**, продолжайте лечение клоксациллином, добавив к нему гентамицин согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**) в течение семи дней.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками. Если пустулы/пузыри исчезли, ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблемы, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

ПУСТУЛЫ/ПУЗЫРИ НА КОЖЕ С ПРИЗНАКАМИ СЕПСИСА

- Лечите сепсис (**страница F-41**), но вместо ампициллина назначьте клоксациллин внутривенно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**).
- Если **ребенок уже получал антибиотики для лечения сепсиса**, прекратите ампициллин. К гентамицину добавьте клоксациллин внутривенно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**).
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками. Если пустулы/пузыри исчезли, ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблемы, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

ФЛЕГМОНА/АБСЦЕСС (ГНОЙНИК)

- Если **имеется флюктуация в области припухлости**, сделайте надрез и дренируйте гнойник (**страница P-43**).
- Назначьте клоксациллин внутримышечно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**).

- Наблюдайте за состоянием и оценивайте его улучшение хотя бы один раз в день:
 - Если **флегмона/абсцесс уменьшается через пять дней лечения антибиотиком**, продолжайте лечение клоксациллином до завершения десятидневного курса лечения;
 - Если **флегмона/абсцесс не уменьшается через пять дней лечения антибиотиком**:
 - Если **посев гноя был положительным**, назначьте другой антибиотик согласно полученным результатам посева и чувствительности возбудителя, и лечите им еще 10 дней;
 - Если **невозможно сделать посев или идентифицировать возбудителя**, продолжайте лечение клоксациллином, добавив к нему гентамицин, согласно возрасту и весу ребенка (**таблица С-9, страница С-35**) в течение 10 дней.
- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками. Если флегмона/абсцесс исчезли, ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблемы, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

ГРИБКОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НА МЕСТАХ ПЕЛЕНАНИЯ (ПОДГУЗНИЧНЫЙ ДЕРМАТИТ)

- При смене подгузника, смажьте пораженные участки нистатиновым кремом или промойте их 0.5% раствором генциан виолета; продолжай эту процедуру еще три дня после исчезновения повреждений.
- Убедитесь, что подгузник сменен каждый раз, когда он грязный или влажный.

МОЛОЧНИЦА

- Промывайте молочницу во рту ребенка оральным раствором нистатина или 0.5% раствором генциан виолета четыре раза в день и продолжай еще два дня, после исчезновения повреждений.
- Укажите матери смазывать груди кремом нистатина или промывать 0.5% раствором генциан виолета после каждого кормления грудью, пока ребенок будет получать лечение.

РАНА

- Очистите рану салфеткой, смоченной антисептическим раствором (напр., 2.5% поливидон йода [**таблица С-10, страница С-41**]; запомните, что другие антисептические растворы могут вызвать у ребенка ожог).
- Наложите обычную сухую повязку, чтобы содержать рану чистой и сухой.
- Если **края раны открыты**, накройте их повязкой формы бабочки.
- Если нет никаких других проблем, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Объясните матери, как проявляется местная инфекция (т.е.. покраснение, повышение температуры и отек кожи вокруг раны):
 - Попросите мать вернуться с ребенком обратно в больницу, если она заметит признаки местной инфекции;
 - Если **имеются признаки местной инфекции**, снимите повязку и смазывайте рану антибактериальной мазью три раза в день в течение пяти дней, оставляя ее открытой.
- Если необходимо, попросите мать вернуться с ребенком через неделю для снятия повязки. Если нет признаков инфицирования, дальнейшее наблюдение не требуется.

ССАДИНА

- Прочищайте ссадину (**рисунок F-9**) ватным тампоном, смоченным антисептическим раствором (напр., 2.5% поливидон йода [**таблица С-10, страница С-41**]; запомните, что другие антисептические растворы могут вызвать у ребенка ожог).

РИСУНОК F-9 Ребенок с ссадиной от наложения щипцов

- Держите рану чистой и сухой и информируйте мать, как это надо делать.
- Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Объясните матери, как проявляется местная инфекция (т.е.. покраснение, повышение температуры и отек кожи вокруг раны):
 - Попросите мать вернуться с ребенком обратно в больницу, если она заметит признаки местной инфекции;
 - Если **имеются признаки местной инфекции**, смазывайте рану антибактериальной мазью три раза в день в течение пяти дней, оставляя ее открытой.
- Попросите мать вернуться с ребенком через неделю. Если нет признаков инфицирования, дальнейшее наблюдение не требуется.

ПОКРАСНЕВШИЙ И РАЗБУХШИЙ, С ВЫДЕЛЯЮЩИМСЯ ГНОЕМ ИЛИ НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ ПУПОК

Обычно пупок отпадает через одну неделю после родов, а рана заживает в течение 15 дней. Пока рана не зажила, она является важными входными воротами для инфекции, которая может быстро привести к сепсису; раннее диагностика и лечение инфицированного пупка является крайне важным для предотвращения сепсиса.

Строго соблюдайте рекомендации по профилактике инфекций (страница С-37), чтобы избежать передачи инфекции от одного ребенка к другим новорожденным, находящимся в отделении. Помещайте все предметы, непосредственно соприкоснувшиеся с пупком или гноем в пластиковый мешок или герметичный контейнер.

ПРОБЛЕМА

- Пупок ребенка припухший, из него выделяется гной или он издает неприятный запах (инфицирован).
- Кожа вокруг пупка покрасневшая и напряженная.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**таблица F-2, страница F-11**) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Прикладывались ли к пупку ребенка грязные или вредные вещества (напр., испражнения животных)?
 - Держали ли пупок накрытым (напр., салфеткой)?
- Если есть покраснение и припухлость кожи вокруг пупка, определите, насколько они распространены от пупка.

ТАБЛИЦА F-26 Классификация степени тяжести инфицирования пупка

Диагностика ^a		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Роды в неблагоприятных условиях • Прикладывание нечистых или вредных веществ (напр., испражнений животных) к пупку • Накрытый пупок 	<ul style="list-style-type: none"> • Пупок покрасневший и разбухший • Покраснение и припухлость кожи, распространяющаяся более чем на 1см от пупка • Из пупка выделяется гной • Пупок издает неприятный запах • Кожа вокруг пупка покрасневшая и напряженная • Вздутие живота 	<p>Серьезное инфицирование пупка, см. ниже</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Пупок покрасневший и разбухший • Покраснение и припухлость кожи, распространяющаяся менее чем на 1см от пупка 	<p>Местное инфицирование пупка, страница F-137</p>

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

ЛЕЧЕНИЕ

СЕРЬЕЗНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ПУПКА

- Если **признаки инфицирования появились у ребенка во время его нахождения в больнице и в течение двух дней инфицирование пупка проявилась у более чем одного новорожденного в том же отделении**, подумайте о внутрибольничной инфекции (**страница C-45**).
- Лечите сепсис (**страница F-41**), но вместо ампициллина назначьте клоксациллин внутривенно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица C-9, страница C-35**).
- Если **ребенок уже получал антибиотики для лечения сепсиса**, прекратите ампициллин. К гентамицину добавьте клоксациллин внутривенно согласно возрасту и весу ребенка (**таблица C-9, страница C-35**).
- Если **имеются пустулы/пузыри на кожи**, лечите от кожной инфекции (**страница F-129**).
- Обеспечьте общий уход и лечение, как описано в разделе по местному инфицированию пупка (**страница F-137**).

- Наблюдайте за ребенком в течение 24 часов после прекращения лечения антибиотиками. Если признаки инфицирования исчезли, ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблемы, требующих дальнейшей госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

МЕСТНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ПУПКА

- Надень чистые перчатки:
 - Промойте пупок антисептическим раствором (**таблица С-10, страница С-41**) и почистите марлевой салфеткой.
 - Промывайте пупок и область вокруг пупка 0.5% раствором генциан виолета четыре раза в день, пока пупок перестанет гноиться. Посоветуйте матери по возможности повторять эту процедуру.
- Если **покраснение и припухлость кожи распространяется более чем на 1см от пупка**, назначьте лечение как при серьезном инфицировании пупка (**страница F-136**).
- Если пупочная рана очистилась, ребенок хорошо усваивает кормление и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

F-138

Покрасневший и разбухший, с выделяющимся гноем или неприятным запахом пупок

ПОКРАСНЕВШИЕ, ОТЕКШИЕ ИЛИ ГНОЯЩИЕСЯ ГЛАЗА

Покраснение и отек глаз или гнойные выделения из глаз могут быть вызваны бактериями (т.е. гонококком, хламидией, стафилококком), которые обычно передаются ребенку во время родов, или химическими веществами (напр., глазные капли нитрата серебра), которые капались в глаза ребенка сразу после рождения. Большинство причин, вызывающих проблемы глаз новорожденного ребенка, могут быть успешно устранены местным лечением, однако особенно важно распознать гонорею и хламидиоз, поскольку они требуют назначения системных антибиотиков.

Строго соблюдайте рекомендации по профилактике инфекций (страница С-37), чтобы избежать передачи инфекции от одного ребенка к другим новорожденным, находящимся в отделении. Помещайте все предметы, непосредственно соприкоснувшиеся с выделяющимся гноем, в пластиковый мешок или герметичный контейнер.

ПРОБЛЕМА

- Глаза ребенка покрасневшие, отекающие или гноятся.

ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные из истории болезни (страница F-7) и результатов исследований. Изучите данные анамнеза (страница F-7) и обследования (таблица F-2, страница F-11) и соберите следующую дополнительную информацию для определения вероятного диагноза.
- Спросите у матери (или у того, кто доставил ребенка в больницу):
 - Капали ли капли нитрата серебра в глаз(а) ребенка при рождении?
 - Проводилась ли какая-либо другая профилактическая обработка глаз ребенка? Если да, то когда?

ОБЩИЙ УХОД И ЛЕЧЕНИЕ

- Наденьте чистые перчатки:
 - Почистите веки глаз стерильным физиологическим раствором или чистой (прокипяченной и охлажденной) водой, используя чистый ватный тампон, и протирая глаза по направлению от внутреннего края к наружному;
 - Посоветуйте матери по возможности повторять эту процедуру;

- Повторяйте промывание четыре раза в день, пока проблема не будет решена.
- Укажите матери, чтобы она раз в день (или чаще, если это необходимо) мыла лицо ребенка чистой водой и обсушивала его чистым полотенцем.
- Если **признаки инфицирования появились у ребенка во время его нахождения в больнице, и в течение двух дней инфицирование глаз появилась у более чем одного новорожденного в том же отделении**, подумайте о внутрибольничной инфекции (**страница С-45**).

ГНОЯЩИЕСЯ ГЛАЗА (КОНЬЮНКТИВИТ)

- По возможности, возьмите гной на посев стерильным ватным тампоном (позаботьтесь избежать прямого контакта с глазами ребенка):
 - Размажьте гной на стеклышке, покрасьте препарат по Граму, и посмотрите мазок под микроскопом;
 - Отправьте образец гноя в лабораторию на посев (имея в виду гонококк) и определение чувствительности возбудителя к антибиотикам;
 - Определите вероятный диагноз (**таблица F-27, страница F-141**).
- Если **нет возможности окрасить мазок по Граму, сделать посев гноя и определить чувствительность возбудителя к антибиотикам**, см. **страницу F-143**.

ПОКРАСНЕВШИЕ ИЛИ ОПУХШИЕ ГЛАЗА И СЛИПАЮЩИЕСЯ ВЕКИ БЕЗ ВЫДЕЛЕНИЯ ГНОЯ

- Если **проблема с глазами ребенка сохраняется более четырех дней (несмотря на общее лечение, описанного выше), но гной из глаз не выделяется**:
 - Назначьте пероральный эритромицин (**таблица С-9, страница С-35**) в течение 14 дней;
 - Мажьте пораженный(е) глаз(а) 1% тетрациклиновой мазью 4 раза в день, пока не пройдет покраснение, опухлость глаз или слипание век.
- Если **из глаз(а) начинает выделяться гной**, см. выше.
- Если нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**), указав матери продолжать лечение дома.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**ТАБЛИЦА F-27 Дифференциальная диагностика конъюнктивита**

Анамнез	Диагностика ^a		Вероятный диагноз
	Обследование	Окраска мазка по Граму и результаты посева	
<ul style="list-style-type: none"> • Время проявления – 3 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Поражен один глаз • Среднее количество гноя 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Грам-положительные кокки, расположенные кучками</i> • <i>Положительный посев на стафилококк</i> 	Стафилококковый (золотистый) конъюнктивит, страница F-142
<ul style="list-style-type: none"> • У матери имеется инфекция, передающаяся половым путем • Не проводилась профилактическая обработка глаз или она была сделана позже чем 1 час после рождения • Время проявления – 1 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Поражены оба глаза • Обильное выделение гноя 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Грам-отрицательные диплококки</i> • <i>Положительный посев на гонококк</i> 	Гонококковый конъюнктивит, страница F-142
<ul style="list-style-type: none"> • Сначала водянистые выделения из глаз, потом - гной • У матери имеется инфекция, передающаяся половым путем • Время проявления – 5 день жизни или позже 	<ul style="list-style-type: none"> • Поражены оба глаза • От небольшого до среднего количества гноя 	<ul style="list-style-type: none"> • Не видно микроорганизмов в мазке, окрашенном по Граму • Посев отрицательный 	Хламидиозный конъюнктивит, страница F-142
<ul style="list-style-type: none"> • После рождения в глаза капались капли нитрата серебра • Время начала – 1 или 2 день жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Поражены оба глаза • Глаза покрасневшие и опухшие • Малое количество гноя 	<ul style="list-style-type: none"> • Не видно микроорганизмов в мазке, окрашенном по Граму • Посев отрицательный 	Химическое раздражение Лечение не требуется

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

УХОД И ЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

КОНЬЮНКТИВИТ, ВЫЗВАННЫЙ ЗЛОТИСТЫМ СТАФИЛОКОККОМ

- Мажьте пораженный(е) глаз(а) 1% тетрациклиновой мазью 4 раза в день в течение пяти дней. Нет необходимости назначать системные антибиотики.
- Продолжайте чистить глаза ребенка и мыть лицо ребенка, как описано в разделе по общему уходу и лечению (**страница F-139**).
- Если **мать и ребенок живут недалеко от медицинского учреждения**, нет необходимости держать ребенка в больнице для данного лечения.

ГОНОРЕЙНЫЙ КОНЬЮНКТИВИТ (БЛЕННОРЕЯ)

- Назначьте цефтриаксон внутримышечно один раз в день (**таблица С-9, страница С-34**).
- Нет необходимости в антибактериальной глазной мази.
- Продолжайте чистить глаза ребенка и мыть лицо ребенка, как описано в разделе по общему уходу и лечению (**страница F-139**).
- Если **мать и ребенок живут недалеко от медицинского учреждения**, нет необходимости держать ребенка в больнице для данного лечения.
- Лечите мать и её партнера(ов) от гонореи, если они еще лечения не получали (подбирайте лечение с учетом местной чувствительности, если это возможно). Назначьте:
 - матери однократно 250 мг цефтриаксона внутримышечно;
 - её партнеру(ам) однократно 500 мг ципрофлоксацина орально.

ХЛАМИДИОЗНЫЙ КОНЬЮНКТИВИТ

- Назначьте ребенку оральный эритромицин (**таблица С-9, страница С-35**) в течение 14 дней.
- После очистки глаз, мажьте пораженный глаз(а) 1% тетрациклиновой мазью 4 раза в день, пока не пройдет покраснение, опухлость глаз или слипание век.
- Если **мать и ребенок живут недалеко от медицинского учреждения**, нет необходимости держать ребенка в больнице для данного лечения.
- Лечите мать и её партнера(ов) от хламидии, если они еще не получали лечение (подбирайте лечение с учетом местной чувствительности, если это возможно). Назначьте:

- матери эритромицин орально по 500 мг 4 раза в день в течение семи дней;
- её партнеру (ам) тетрациклин орально по 500 мг 4 раза в день в течение семи дней ИЛИ доксициклин орально по 100 мг 2 раза в день в течение семи дней.

НЕТ ВОЗМОЖНОСТИ ОКРАСИТЬ МАЗОК ПО ГРАМУ, СДЕЛАТЬ ПОСЕВ ГНОЯ ИЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЯ К АНТИБИОТИКАМ

- Если возраст ребенка менее семи дней и он ранее не получал лечение системными антибиотиками, лечите как при бленоррее (страница F-142).
- Если возраст ребенка семь дней и более, он уже получал безуспешное лечение системными антибиотиками, или возраст ребенка менее семи дней и проблему не удастся решить после 48 часового лечения, лечите как при хламидиозном конъюнктивите (страница F-142).

РОДОВАЯ ТРАВМА

В этой главе рассматриваются родовые травмы без видимого кровотечения. Если **ребенок имеет родовую опухоль**, см. **страницу F-121**. Если **ребенок бледный или имеет кровотечение**, см. **страница F-113**.

ПРОБЛЕМЫ

- Необычное положение (неподвижно лежит рядом) руки и кисти ребенка (**рисунок F-10**).
- Ребенок не может сморщить лоб, закрыть глаз на пораженной стороне (**рисунок F-11**), или сосать грудь без вытекания молока изо рта.
- Необычное положение одной из костей (руки, ноги, или плеча) ребенка.
- Отмечается припухлость на проекции кости руки, ноги, или плеча ребенка.
- Имеется асимметрия движений рук или ног.
- Ребенок плачет, когда трогают или сгибают его руку, ногу, или плечо.

РИСУНОК F-10 Необычное положение руки и кисти

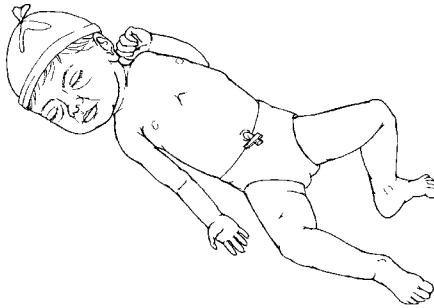
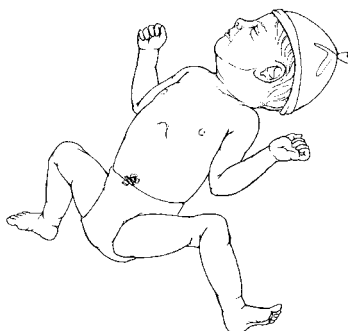


РИСУНОК F-11 Ребенок не может сморщить лоб, закрыть глаз на пораженной стороне



Заметьте, что новорожденные, родившиеся в ягодичном предлежании, могут иметь полностью согнутые ноги в бедрах и коленях, с возможностью пяткой достичь рта; ноги и пятки могут быть запрокинуты по сторонам (**рисунок F-12**). Это нормальная послеродовая поза покоя у таких детей, и она не должна расцениваться как родовая травма.

РИСУНОК F-12 Нормальная поза покоя у ребенка, родившегося в ягодичном предлежании



ПРОЯВЛЕНИЯ (ДИАГНОСТИКА)

- Изучите данные анамнеза (**страница F-7**) и обследования (**Таблица F-2, страница F-11**), обращая особое внимание на трудные роды; используйте полученную информацию для постановки вероятного диагноза (**таблица F-28, страница F-147**).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**ТАБЛИЦА F-28 Дифференциальная диагностика родовой травмы**

Диагностика ^a		Вероятный диагноз
Анамнез	Обследование	
<ul style="list-style-type: none"> • Трудные роды • Роды в ягодичном предлежании 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствуют самостоятельные движения руки на одной стороне • Рука и кисть ребенка неподвижно вдоль туловища ребенка (рисунок F-10, страница F-145) • Крупный ребенок (более 4 кг массы при рождении) 	Паралич руки (Эрба или Клюбке), см. ниже
<ul style="list-style-type: none"> • Трудные роды • Повреждение лица (напр., при использовании щипцов) в родах 	<ul style="list-style-type: none"> • Неспособность сморщивать лоб, закрывать глаз на пораженной стороне, или сосать грудь без вытекания молока изо рта (рис. F-11, страница F-145). • С одной стороны опущен угол рта 	Паралич лицевого нерва, страница F-148
<ul style="list-style-type: none"> • Трудные роды 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Смещение кости от обычного ее положения</i> • Боль (плачет) когда сгибают конечность или плечо • Ограниченные или асимметричные движения конечностей • Припухлость над проекцией кости 	Перелом, страница F-148

^a Диагноз не может быть поставлен, если жирным шрифтом выделенные признаки отсутствуют в списке. Однако, и наличие признака, выделенного жирным шрифтом, не является гарантом диагноза. Точный диагноз может быть поставлен при наличии признаков, выделенных курсивным шрифтом. Признаки, которые представлены обычным шрифтом, являются вспомогательными; их присутствие помогает подтвердить диагноз, но их отсутствие диагноз не исключает.

УХОД И ЛЕЧЕНИЕ**ПАРАЛИЧ РУКИ**

- Осторожно придерживайте плечо ребенка (напр., во время одевания или кормления грудью) во избежании дальнейшего повреждения; научите мать, как это надо делать.
- Первую неделю, для того, чтобы уменьшить боль, фиксируйте руку повязкой, как описано в разделе об уходе при переломе плечевой кости (**страница F-149**).
- Если мать способна самостоятельно справиться с надлежащим уходом за новорожденным, и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница C-67**).

- Укажите матери вернуться, когда ребенок будет в возрасте одной недели:
 - Удостоверьтесь в улучшении состояния ребенка;
 - Посоветуйте матери упражнения для улучшения подвижности руки, если ее движения еще недостаточные.
- Еще раз осмотрите ребенка через две недели. Объясните матери, что в большинстве случаев паралич руки восстанавливается в возрасте от шести до девяти месяцев. Если **движения руки все еще остаются ограниченным в годовалом возрасте**, вероятно, что они имеют перманентный характер.

ПАРАЛИЧ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

- Если **ребенок не может закрыть глаз на пораженной стороне**, смывайте этот глаз мазью не менее четырех раз в день, пока существует проблема. Научите мать, как это надо делать.
- Если у ребенка отмечаются проблемы во время кормления:
 - Помогите матери найти наилучший способ прикладывания ребенка к груди;
 - Если ребенок не в состоянии кормиться грудью, давайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов вскармливания (**страница С-14**).
- Если ребенок хорошо усваивает кормление и у него нет никаких других проблем требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).
- Осмотрите ребенка через две недели, чтобы убедиться, что паралич лицевого нерва восстановился. Объясните матери, что в большинстве случаев паралич лицевого нерва восстанавливается самостоятельно в течение двух недель. Если мимика лица все еще нарушена в возрасте одного года, вероятно, что у ребенка имеются перманентное поражение.

ПЕРЕЛОМЫ

ОБЩИЙ УХОД И ЛЕЧЕНИЕ

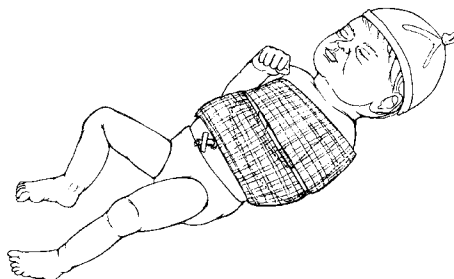
- Если возможно, подтвердите диагноз с помощью рентгенологического исследования.
- Осторожно берите ребенка на руки или переворачивайте его; научите мать, как это надо делать. Избегайте сгибания поврежденной конечности.
- Если ребенок берется на руки, его поврежденная конечность должна быть иммобилизована, чтобы уменьшить боль (см. ниже, как фиксировать конкретные переломы).
- Если мать в состоянии обеспечить уход за ребенком, и нет никаких других проблем, требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**).

- Объясните матери, что переломы заживают самостоятельно, обычно не оставляя костных искривлений, и что твердую выпуклость (костную мозоль) можно чувствовать в области перелома от двух до трехнедельного возраста. Это является частью нормального процесса заживления.
- Осмотрите ребенка через месяц, чтобы убедиться, что перелом зажил. По возможности, переправьте детей с незаживающим переломом или выраженными костными деформациями в стационар третьего уровня или специализированный ортопедический центр.

ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

- Положите ватный валик или марлевую подушку от подмышечной впадины до локтя между сломанной рукой и грудной клеткой ребенка, (рисунок F-13).

РИСУНОК F-13 Фиксация сломанной плечевой кости



- С помощью марлевой повязки прибинтуйте руку к грудной клетке.
- Согните пораженную руку в локтевом суставе на 90 градусов, и, используя отдельную повязку, зафиксируйте предплечье в перпендикулярном животу положении. Убедитесь, что повязка не закрывает пупок.
- Осматривайте пальцы ребенка 2 раза в день в течение трех дней (если мать при необходимости может принести ребенка в больницу, его не обязательно госпитализировать):
 - Если **пальцы становятся синими или разбухшими**, снимите повязку и повторно, но посвободнее, зафиксируйте руку;
 - Если **повязка была заменена**, наблюдайте за пальцами по поводу их синюшности или набухания еще в течение трех дней.
- Укажите матери вернуться с ребенком через 10 дней для снятия повязки.

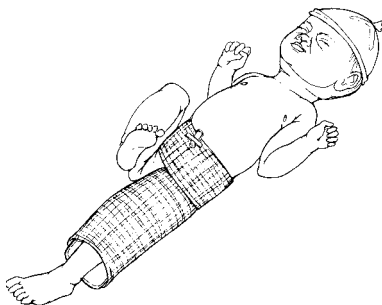
ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ

- Если движение руки ребенка вызывает его плач, фиксируйте руку таким образом, как было описано в разделе о переломе плечевой кости (страница F-149).
- Укажите матери вернуться с ребенком через пять дней для снятия повязки.

ПЕРЕЛОМ БЕДРА

- Уложите ребенка на спину и положите под него/неё шину длиной от талии до голени пораженной ноги (рисунок F-14).

РИСУНОК F-14 Наложение шины при переломе бедра



- Фиксируйте шину, обернув ее эластичной повязкой вокруг талии и от бедра до голени пораженной ноги. Убедитесь в том, что повязка не закрывает пупок.
- Осматривайте пальцы ребенка 2 раза в день в течение трех дней (если мать при необходимости может принести ребенка в больницу, его не обязательно госпитализировать):
 - Если пальцы становятся синими или разбухшими, снимите повязку и повторно, но посвободнее, перевяжите ее;
 - Если повязка была заменена, наблюдайте за пальцами по поводу их синюшности или набухания еще в течение трех дней.
- Укажите матери вернуться с ребенком через 14 дней для снятия шины.

ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ (АНОМАЛИИ)

ПРОБЛЕМЫ

- Ребенок имеет незначительный врожденный дефект (родимое пятно, кожный отросток, дополнительный палец(ы) руки или ноги, врожденная расщелина верхней губы или неба, косолопость).
- Ребенок имеет значительный врожденный дефект (расщелина позвоночника или менингомиелоцеле, гастрошизис или омфалоцеле, атрезия ануса).
- Ребенок имеет генетический врожденный дефект (напр., синдром Дауна).

НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ

РОДИМОЕ ПЯТНО

- Убедите мать, что большинство родимых пятен (т.е. капиллярная гемангиома или монголоидное синее пятно), не требуют специального ухода и лечения и могут исчезнуть с возрастом ребенка.

КОЖНЫЕ ОТРОСТКИ ИЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ (-ЫЕ) ПАЛЕЦ (-Ы) РУКИ ИЛИ НОГИ

- Перевяжите кожные отростки и дополнительные пальцы, которые не имеют костной основы.
- Если **дополнительные пальцы имеют костную основу**, по возможности, направьте ребенка в больницу третьего уровня или специализированный центр хирургии в течение нескольких месяцев для удаления дополнительных пальцев хирургическим путем.

ВРОЖДЕННАЯ РАСЩЕЛИНА ГУБЫ ИЛИ НЕБА

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница С-57**).
- Объясните матери, что самым важным звеном выхаживания ребенка является его кормление и достаточный рост, пока он достигнет подходящего возраста для хирургического вмешательства.
- Если ребенок имеет врожденную расщелину верхней губы, но нет расщелины неба, позвольте ребенку пробовать сосать грудь:
 - Если ребенок успешно кормится грудью и нет никаких других проблем требующих госпитализации, выпишите ребенка домой (**страница С-67**). Осмотрите ребенка через неделю, чтобы оценить его рост и прибавку массы тела.
 - Если **расщелина губы мешает ребенку успешно кормиться грудью**, дайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).

- Если у ребенка имеется врожденная расщелина неба, давайте ему сцеженное грудное молоко одним из альтернативных методов кормления (**страница С-14**).
- Как только ребенок начнет хорошо усваивать кормление и станет набирать вес, по возможности, направьте его в больницу третьего уровня или специализированный центр для хирургического лечения расщелины.

КОСОЛАПОСТЬ

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница С-57**).
- В течение первого месяца жизни, по возможности, направьте ребенка в больницу третьего уровня или специализированный центр для хирургической коррекции косолапости.

ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ

РАСЩЕЛИНА ПОЗВОНОЧНИКА/МЕНИНГОМИЕЛОЦЕЛЕ

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница С-57**).
- Если **дефект не покрыт кожей**:
 - Покройте его стерильной марлевой салфеткой, смоченной стерильным физиологическим раствором;
 - Салфетка все время должна быть мокрой; убедитесь, что ребенок содержится в тепле (**страница С-1**).
- Организуйте перевод (**страница С-63**) и, по возможности, направьте ребенка в больницу третьего уровня или специализированный центр для дальнейшего обследования или хирургического лечения.

ГАСТРОШИЗИС/ОМФАЛОЦЕЛЕ

- Обеспечьте матери эмоциональную поддержку и утешьте ее (**страница С-57**).
- Обеспечьте внутривенный доступ (**страница Р-21**) и давайте жидкость исключительно внутривенно в объеме, соответствующем возрастным потребностям ребенка (**таблица С-4, страница С-22**).
- Убедитесь, что ребенок ничего не получает через рот.
- Если **дефект не покрыт кожей**:
 - Покройте его стерильной марлевой салфеткой, смоченной стерильным физиологическим раствором;
 - Салфетка все время должна быть мокрой; убедитесь, что ребенок содержится в тепле (**страница С-1**).