

В.Н. МАНИН

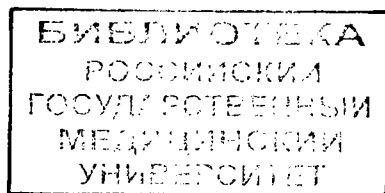
ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННЫХ



В.Н.Манин

ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННЫХ

Под редакцией академика РАЕН, профессора А.Г.Румянцева



МЕДПРАКТИКА-М
Москва, 2003

УДК 616–053.2
ББК 51.28
М 234

ISBN 5-901654-49-8

В.Н.Манин

ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННЫХ

Под редакцией академика РАЕН, профессора А.Г.Румянцева
– М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2003. – 244 с.

Рекомендовано

Учебно-методическим объединением по медицинскому
и фармацевтическому образованию вузов России в качестве
учебного пособия для системы послевузовской подготовки
врачей-педиатров.

Книга «Патронаж новорожденных» в таком объеме и в таком формате является первой книгой в отечественной педиатрии. Она посвящена одному из наиболее сложных разделов работы участкового педиатра.

Структура книги соответствует последовательности действий участкового педиатра, проводящего патронаж новорожденного. Это касается деонтологии, особенностей сбора анамнезов и методики клинического исследования новорожденного, семиотики заболеваний и алгоритма постановки диагноза и т.д. Впервые приводятся критерии здоровья новорожденного ребенка, в соответствии с которыми даются и рекомендации и назначения в том объеме и в той форме, как это происходит в практической деятельности.

Учитывая то, что в настоящее время доказано, что заболеваемость и смертность значительно выше среди детей, имеющих факторы риска при рождении, в книге приводятся принципы первичной профилактики наиболее частых групп риска в этом возрасте.

Книга «Патронаж новорожденных» может быть рекомендована для вузовской и последиplomной подготовки врачей-педиатров и других специалистов.

© В.Н.Манин, 2003

© Оформление: Медпрактика-М, 2003

**Издательство
выражает благодарность
за помощь в выпуске книги
компании ОАО «Совкомфлот»**

Автор выражает признательность Генеральному директору ОАО «Совкомфлот» господину Скарги Дмитрию Юрьевичу, оказавшему спонсорскую поддержку при подготовке этой книги к изданию.

Руководство компании проявило интерес к изданию данной книги, тема которой далека от ее коммерческих интересов, не случайно, так как отчетливо понимает, что забота о здоровье детей - это высочайшая нравственная задача общества. И что наше будущее зависит от здоровья наших детей и внуков. И чем больше людей примут в этом участие, тем гуманнее будет наше общество, тем крепче будут наши семьи, тем увереннее будет ощущать себя каждый из нас в сложном и трудном современном мире.

Содержание

Предисловие	6
Предисловие автора	8
Введение	10
Анамнезы (биологический, социальный, генеалогический)	13
Исследование ребенка	21
Температура тела	21
Осмотр	23
<i>Физическое развитие</i>	24
<i>Внешний вид</i>	24
<i>Крик</i>	26
<i>Дыхание и его оценка</i>	28
<i>Кашель</i>	33
Положение тела и поза	35
Двигательная активность	36
Мышечный тонус (синдромы двигательных расстройств)	37
Судорожный синдром	40
Голова	42
Лицо	47
<i>Лоб</i>	49
<i>Глаза</i>	49
<i>Щеки</i>	52
<i>Рот</i>	52
<i>Губы</i>	53
<i>Уши</i>	53
<i>Нос</i>	55
Шея	56
Кожа и подкожная клетчатка	58
<i>Изменение цвета кожных покровов</i>	60
<i>Диффузная краснота кожи</i>	60
<i>Пятнистые покраснения кожи</i>	61
<i>Бледность кожных покровов</i>	63
<i>Мраморность кожи</i>	64
<i>Цианоз кожных покровов и слизистых</i>	64
<i>Желтуха</i>	66
<i>Надпеченочные желтухи</i>	73
<i>Печеночные желтухи</i>	73
<i>Подпеченочные желтухи (обтурационная, механическая, внепеченочная холестатическая)</i>	76
<i>Пигментные аномалии кожи (дисхромии)</i>	77
<i>Геморрагический синдром</i>	79
<i>Припухлость в паховой области</i>	79
<i>Патологические образования на ягодицах</i>	80
<i>Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки (пиодермии)</i>	80
<i>Эластичность и тургор тканей</i>	83
<i>Отёки кожи и подкожной клетчатки</i>	84

Волосы и ногти	85
<i>Волосы</i>	86
<i>Ногти</i>	87
Позвоночник	87
Конечности	88
<i>Верхние конечности</i>	89
<i>Нижние конечности</i>	90
Исследование грудной клетки	93
Исследование системы органов дыхания	95
Семиотика заболеваний органов дыхания	99
Исследование сердечно-сосудистой системы	100
Семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы	105
Сердечная недостаточность	110
Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы	112
Исследование желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости	115
Семиотика заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости	122
<i>Диспепсический синдром</i>	122
<i>Икота</i>	128
<i>Анорексия</i>	129
<i>Жажда</i>	130
<i>Боли в животе</i>	130
<i>Запор</i>	131
<i>Диарейный синдром</i>	133
<i>Стул и его характеристика</i>	138
<i>Изменения пупка и пупочной области</i>	140
Исследование почек и мочевых путей	149
Исследование половых органов	152
Семиотика и диагностика заболеваний нервной системы	157
Заключительная часть	168
Рекомендации (назначения)	173
Лечение	204
Принципы первичной профилактики основных групп риска	214
Профилактика аллергии	214
Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний	216
Профилактика рахита	217
Профилактика частой заболеваемости	217
Профилактика железодефицитной анемии	217
Профилактика дисбиоза	219
Профилактика гипотрофии	220
Профилактика поражений центральной нервной системы	221
Предметный указатель	224
Литература	240

Предисловие

Представленная врачам-педиатрам первичного звена здравоохранения книга, посвященная ведению новорожденного на дому, вышла спустя 10 лет от начала постсоветской реформы отечественного здравоохранения и, в частности, педиатрического его звена, работавшего исключительно в государственном стандарте. Появление врачей педиатрической практики частных медицинских организаций и страховых компаний, семейных врачей, врачей-индивидуалов, осуществляющих патронажи беременных, новорожденных, детей первого года жизни, детей старшего возраста и подростков, расширило возможности врачебного контроля новорожденных в системе оказания медицинской помощи детям.

Возникла здоровая конкуренция врачей за создание технологий профилактики расстройств периода новорожденности, в рамках которых принципиально изменились представления о причинах перинатальных расстройств и их эволюции в течение первого года жизни. Надуманные проблемы перинатальной неврологии и ортопедии четко уложились в адаптационный синдром декомпрессии, гравитационного воздействия и преодоления контрактур вынужденных внутриутробных положений. На первый план врачебного контроля вышли не хронические (наследственные и врожденные) больные, а дети группы риска или повышенного внимания, переживающие адаптационные расстройства различной степени тяжести.

В первые годы нового тысячелетия после длительного периода демографической катастрофы в России наметилось увеличение рождаемости при достаточно стабильном показателе младенческой смертности. Перинатальные причины занимают первое место в структуре младенческой смертности, вместе с тем эти позиции во многом являются управляемыми. Среди новых технологий управления – выхаживание недоношенных с массой менее 1,5 кг, реанимация и интенсивная терапия перинатальных заболеваний, хирургическая коррекция пороков развития, метаболическая коррекция наследственных заболеваний. Особое место занимает научно обоснованный патронаж новорожденных.

Многолетний опыт преподавания поликлинической педиатрии студентам, интернам и ординаторам в медицинском университете убеждает нас в мнении, что ее раздел, связанный с ведением детей первого месяца жизни, относится к числу наиболее трудных для усвоения, так как в учебниках, руководствах и монографиях эти вопросы изложены весьма кратко. Вопросы патронажа новорожденных трудны и для основной массы практикующих врачей, и, как ни странно, для неонатологов, знания и умения которых ограничиваются периодом пребывания новорожденного в родильном доме, в реанимации и стационаре для больных детей. Книга, представленная коллегам, подготовлена известным врачом-педиатром, ученым и педагогом с более чем 35-летним опытом работы, до-

центом кафедры поликлинической педиатрии Российского государственного медицинского университета В. Н. Маниным в качестве клинического руководства по патронажу новорожденных для врачей-педиатров первичного звена здравоохранения вне зависимости от места их работы. В книге впервые представлена технология патронажа, справочный материал по дифференциальной диагностике девиаций развития и критериев риска (групп внимания врача и родителей) периода новорожденности. Оригинальную трактовку имеют критерии оценки состояния здоровья новорожденных и, соответственно, обоснование профилактических рекомендаций для родителей.

Безусловно, издание этой книги – событие в нашем корпоративном сообществе. Предвижу ее успех у массового профессионального читателя и дружеское обсуждение в среде организаторов здравоохранения и преподавателей медицинских университетов и академий. Совершенствованию технологий нет предела. Важно не спешить подводить черту или пытаться административными мерами, а не методами доказательной медицины, утвердить некий стандарт обслуживания детей. Предлагаемая вниманию читателя книга – это противопоставление плановой профилактической программе здоровья новорожденного (а в дальнейшем ребенка, подростка, взрослого) используемой в настоящей практике диагностике и лечению детей по обращаемости.

*Главный педиатр Комитета здравоохранения г. Москвы,
зав. кафедрой поликлинической педиатрии РГМУ,
академик РАЕН, профессор А.Г. Румянцев*

Предисловие автора

Название книги “Патронаж новорожденных” отражает одну из форм работы участкового педиатра, которая является наиболее сложной, трудоемкой и ответственной в нашей специальности, а содержание книги не претендует на статус еще одной монографии по неонатологии или учебника.

Первый месяц жизни после рождения, называемый периодом новорожденности – один из важнейших и критических периодов в жизни человека, который имеет ряд специфических особенностей. В этот период происходит адаптация организма ребенка к новым для него условиям жизни. Качество и скорость адаптации новорожденного определяют в конечном счете степень физиологической и функциональной полноценности организма ребенка в последующие годы. Неблагоприятные факторы в интра-, интра- и в антенатальном периодах могут сказаться на адаптационном процессе и отрицательно воздействовать на здоровье ребенка не только на первом году жизни, но и в последующие годы. Другой особенностью этого периода является то, что при возникновении ряда заболеваний в патологический процесс вовлекаются многие органы и системы, что затрудняет выделение ведущего и главного симптомокомплекса. Поэтому такое большое значение в условиях детской поликлиники придается организации и проведению динамического наблюдения за новорожденным на первом месяце жизни с оценкой его адаптивных возможностей, с ранней диагностикой наследственных, врожденных и приобретенных заболеваний, своевременной и качественной профилактикой наиболее часто встречающихся в этом возрасте групп риска.

При проведении патронажей участковый педиатр должен владеть всем комплексом пропедевтических знаний и умений как педиатр и как узкий специалист, с учетом особенностей новорожденного ребенка. Он должен уметь правильно вычленить отдельные симптомы и оценить их, владеть всем комплексом профилактических и лечебных мероприятий, в которых может нуждаться ребенок в неонатальном периоде. Качество данного раздела работы по сохранению здоровья здоровым детям и своевременному выявлению болезни зависит не только от профессиональной эрудиции участкового педиатра. Оно также зависит от сложившихся взаимоотношений между участковым педиатром и родителями, от того, насколько хорошо он разобрался в психике матери, в характере семьи и взаимоотношениях в ней, как поняли родители врача, как им преподнесена информация о ребенке и врачебные рекомендации и т.д. Только при правильном и комплексном решении всех этих вопросов можно создать хорошую основу для сотрудничества с членами семьи, особенно в тех случаях, когда имеется необходимость проведения профилактических или лечебных мероп-

риятий. Это поможет сделать родственников активными помощниками и участниками лечебно-профилактического процесса, так как от них зависит качество выполнения всех рекомендаций и назначений, направленных на укрепление здоровья их ребенка.

Там, где удачно сочетаются профессиональное мастерство, медицинская этика и деонтология, там и отмечается успех.

Структура книги соответствует последовательным действиям педиатра при осуществлении динамического наблюдения за новорожденным, включая и разные виды его деятельности, а также варианты записей в историю развития ребенка (форма № 112/у), которая является основным медицинским документом.

При написании данной книги ставилась задача дать участковым педиатрам и интернам пособие по методике клинического исследования новорожденного, симптоматике наиболее часто встречающихся заболеваний в этом периоде и дифференциальной их диагностике. Для придания книге практического значения в ряде мест идет как бы диалог участкового педиатра с матерью. Особенно это касается тех положений, которые не нашли еще достаточного числа сторонников как со стороны родителей, так и со стороны практикующих педиатров – это питание, санитарно-гигиенический режим, закаливание и т.д. Кроме того, подробно разбираются мало освещенные в практической литературе вопросы по оценке здоровья, факторам и группам риска, определяющие характер не только рекомендаций, но и мероприятий по первичной профилактике наиболее часто встречающихся заболеваний на первом году жизни.

Автор выражает надежду, что эта книга станет полезной – а быть может – и настольной для студентов старших курсов, интернов, ординаторов и участковых педиатров, выполняющих благородную и ответственную задачу по сохранению и укреплению здоровья детей.

Все критические замечания по содержанию книги будут приняты автором с благодарностью.

Умение сохранять, восстанавливать и укреплять здоровье детей является подлинным искусством и показателем мастерства педиатра, совершенствовать которое на практике необходимо в течение всей его практической деятельности.

Введение

Патронаж (фр. patronage – покровительство) **новорожденного** – одна из форм работы участкового педиатра. В зависимости от сроков проведения патронажи подразделяются на первый, второй третий и т.д. Первый патронаж проводится на следующий день после выписки из родильного дома; второй – через день после первого; третий – через 7–10 дней после второго. Со второго месяца жизни наблюдение за здоровым ребенком осуществляется в поликлинике. В случаях отнесения ребенка к группе высокого риска по развитию ряда заболеваний и состояний (недоношенные, перенесшие гемолитическую болезнь новорожденных, внутриутробную гипотрофию, реанимационные мероприятия, НМК и др.), кроме указанных на первом месяце патронажей проводятся дополнительно еще два с интервалом в 7 дней. Эту группу детей в первые 3–4 месяца жизни продолжают наблюдать на дому с частотой 1 раз в 2 недели.

На первом патронаже важно установить контакт с семьей ребенка. Врач-педиатр должен владеть сложным искусством общения с родителями. Участковый педиатр должен вначале выяснить имена и отчества родителей. Поскольку форма обращения к человеку – одно из проявлений отношения к нему, то при обращении к родителям следует называть их на Вы, по имени и отчеству. Недопустимо обращение типа: “женщина”, “мамочка”, “мамаша”, “папочка”, “папаша” и т.д. В некоторых случаях допустимо обращение по имени (молодые родители), но на Вы. Следует поздравить семью с рождением ребенка (особенно, если это первенец) и всячески показать свое расположение к родителям. Такая форма обращения поможет созданию теплых и доверительных отношений между врачом и родителями.

У молодой мамы, как правило, много психологических проблем и волнений. Некоторые матери нередко впадают в отчаяние после рождения ребенка от нахлынувших забот и проблем, от постоянной тревоги за ребенка и состояние его здоровья. Проявлением такой реакции может быть пространственный и достаточно путаный рассказ, что не создает общую картину и затрудняет восприятие рассказываемой матерью информации. Поэтому участковый педиатр должен постараться успокоить мать, устранить возможные причины ее волнений, поскольку первые дни нахождения дома – это самое трудное время для нее. В участковом педиатре мать должна увидеть человека не фор-

мально выполняющего свои обязанности, а крайне заинтересованного в сохранении здоровья ее ребенка.

Участковый педиатр совместно с медицинской сестрой при первом патронаже проверяют, созданы ли дома оптимальные условия для новорожденного. Просматривают белье и условия его хранения, а также аптечку для ухода за новорожденным. Если каких-либо предметов не окажется, то родителям необходимо посоветовать их приобрести.

Конечной целью первого патронажа является оценка состояния здоровья и развития ребенка, постановка диагноза, установление группы здоровья и направленности факторов риска (группа риска). Это достигается с помощью выяснения биологического, социального и генеалогического анамнезов, а также результатов объективного осмотра. С учетом выявленных данных даются краткосрочные рекомендации и перспективно прогнозируется состояние здоровья путем составления программы по первичной профилактике групп риска. Такая заключительная структура первичного патронажа позволяет уже с первых дней жизни новорожденного проводить активную профилактику наиболее часто встречающихся на первом году жизни заболеваний и состояний. Это помогает обеспечивать гармоничное соматическое, физическое и нервно-психическое развитие, что в конечном счете определяет состояние здоровья ребенка и является основной задачей участкового педиатра.

По завершении первого патронажа новорожденного необходимо рассказать матери о состояниях, требующих срочной медицинской помощи и куда надо обращаться в экстренных случаях.

При последующих патронажах участковый педиатр выясняет у матери, не появились ли новые жалобы, не произошла ли трансформация старых. Если у матери есть новые вопросы, врач должен ответить на них. Вновь оценивается состояние здоровья ребенка и процесс адаптации. Проверяется, как мама выполняет те рекомендации, которые были даны при предыдущем патронаже. Коротко в динамике записываются результаты осмотра. Вновь выставляется диагноз. Там, где это необходимо, проводится коррекция данных при первом патронаже рекомендаций или же даются новые, с учетом выявленных изменений.

При малейшем подозрении на отклонение в состоянии здоровья новорожденного участковый педиатр должен в максимально короткие сроки установить его причину и назначить соответствующее лечение, привлекая в случае необходимости заведующего отделением, врачей-специалистов, лабораторно-диагностическую службу.

При последнем патронаже необходимо пригласить мать с ребенком на прием в поликлинику, предварительно сообщив ей дни и время грудничковых приемов и напомнив о необходимости иметь с собой чистую пеленку и подгузники.

Перед началом сбора анамнезов врач должен ознакомиться с обменной картой ребенка. В ней, наряду с росто-весовыми показателями, шкалой Апгар, временем прикладывания ребенка к груди, активностью сосания, должны быть также сведения о диагнозе в момент рождения, лечебных мероприятиях, если они проводились в родильном зале и в последующем, о результатах проведенного обследования и т. д. Эта информация может помочь в трактовке некоторых сведений, о которых будет рассказывать мать. Кроме того, поможет объяснить те изменения, которые могут быть выявлены в процессе объективного исследования ребенка.

В тех случаях, когда под наблюдение поликлиники впервые поступает ребенок до трех лет без медицинских документов, участковый педиатр после первичного его осмотра должен составить подробную запись, структура которой должна повторять первичную запись новорожденного. Такая форма записи поможет в дальнейшей оценке состояния здоровья ребенка, его развития и дачи обоснованных медико-педагогических рекомендаций.

Анамнезы (биологический, социальный, генеалогический)

Общеизвестно, что хорошо собранный и тщательно проанализированный анамнез наполовину определяет правильность диагноза. Это связано с тем, что анамнезы помогают понять и объясняют те или иные клинические проявления с учетом неблагоприятного биологического и/или социального и/или генеалогического анамнезов. **Поэтому исследование новорожденного ребенка должно начинаться со сбора анамнезов.**

Наиболее оптимальной формой выяснения анамнезов является беседа в непринужденной и доброжелательной атмосфере по формуле “вопрос–ответ”, так чтобы следующий вопрос был логическим продолжением последнего ответа матери. Всякая тревога, удивление, страх, обеспокоенность на лице врача, суетливость, невнимательность, поспешность, грубость нарушают психологический контакт, и все это сказывается на полноте и правдивости анамнестических данных. Последовательность задаваемых вопросов определяет сам врач в зависимости от конкретной ситуации. Вопросы должны быть короткими, конкретными, чтобы у матери не было разночтений в их понимании.

Во время сбора анамнезов врач должен всячески показывать, что других дел, кроме настоящего, у него нет. Он должен внимательно и с уважением выслушивать все то, что говорит мать, независимо от ее культурного уровня, и не перебивать ее. Выражение врачом не формального, а заинтересованного отношения к сбору анамнезов повышает чувство доверия к нему, что обеспечивает получение наиболее полной информации, касающейся даже интимных вопросов. С целью исключения необъективности и предвзятости при сборе информации не следует отдавать предпочтение или просто игнорировать любой из анамнезов. Это поможет подойти с разных сторон к объективной оценке состояния здоровья ребенка.

В заключение сбора анамнезов необходимо спросить у матери, насколько полно были даны ответы и не хочет ли она что-нибудь добавить, уточнить. В процессе осмотра новорожденного участковый педиатр может вновь вернуться к некоторым уточнениям анамнестических данных.

Полученные в устной форме анамнестические данные должны быть изложены в краткой, хронологически последовательной и содержательной письменной форме. Это поможет изучить их и правильно интерпретировать.

Эффективно собранные анамнезы обеспечивают большой диагностический диапазон с учетом особенностей данного возрастного периода. Кроме того, в ряде случаев они позволяют осуществлять своевременный и адекватный терапевтический подход.

І. Биологический анамнез. Включает в себя порядковый номер настоящей беременности. В случаях цифрового несовпадения числа беременностей и родов выясняют причину этого (медицинские аборты, выкидыши, мертворождения и др.). При наличии еще детей в семье уточняют их возраст и здоровье. Следует расспросить о характере течения беременности в 1-й и 2-й половинах (нормальное, гестоз и его проявления, угроза выкидыша, нефропатия, анемия, травмы, острые и обострения хронических заболеваний и др.). Находилась ли мать на сохранении. Проводилась ли специфическая профилактика рахита витамином Д или УФО. Как питалась во время беременности, и какая была общая прибавка веса. Нужно очень подробно выяснить состояние здоровья матери до и во время всей беременности (характер острых и хронических заболеваний – сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания, болезни почек, крови и другие заболевания, сроки их возникновения, как и чем лечилась). Уточняется также характер родовой деятельности и родов (физиологические, быстрые, затяжные, аномальное положение плода, много- и маловодие, патология плаценты, пуповины, пособия в родах), а также отягощающие его моменты (при проведении лечебных мероприятий в обменной карте должен быть указан их характер). Сведения о вредных воздействиях во время беременности и родов могут объяснить не только общую слабость, незрелость ребенка, но и помогают установить причину возникновения аномалий развития. Это связано с тем, что функциональное состояние родившегося ребенка зависит не только от длительности, но и от условий внутриутробного развития. Организм беременной женщины является биологической средой для плода. Между организмом матери и плода имеется постоянная взаимосвязь. Поэтому развитие плода зависит от состояния здоровья беременной, условий ее жизни, питания, течения беременности и родов, от факторов внешней среды и т. д.

Выясняя состояние ребенка при рождении и при выписке из родильного дома, следует уточнить исходные показатели массы и роста, шкалы Апгар, срок первого крика, время прикладывания к груди, активность акта сосания, проявления пограничных состояний (транзиторная желтуха, половой криз, токсическая эритема, транзиторная лихорадка, мочекислый инфаркт и др.). В случаях проведения любых медицинских мероприятий должен быть уточнен их характер, по поводу чего они проводились. Все эти сведения должны быть перенесены в историю развития ребенка с обязательным указанием диагноза при рождении и при выписке.

Необходимо оценить масса-ростовой показатель при рождении и динамику массы тела ребенка от рождения до выписки из родильного дома. Нормальный масса-ростовой показатель составляет 60–80. Наиболее частой причиной его уменьшения при рождении является недоношенность и внутриутробная гипотрофия. Убыль массы тела здорового новорожденного в родильном доме обыч-

но не превышает 5–9% (около 150–300 г) от первоначального значения. К моменту выписки из родильного дома должна наметиться тенденция к восстановлению массы тела. Потеря в массе более 10% наблюдается у детей, рожденных пастозными или отечными. Кроме того, такая потеря в весе может отмечаться при гипогалактии у матери, при нарушении сосания и глотания или быть проявлением какого-то заболевания. У детей, рожденных с массой тела 4500 г и более, потеря в весе может быть больше.

С помощью цифровых показателей шкалы Апгар (названной по имени ее создателя – американского доктора Вирджинии Апгар) в родильном зале оценивается состояние только что родившегося ребенка, а также вероятность развития у него неврологических нарушений. Оценка состояния ребенка проводится на 1-й и 5-й минутах жизни. Общая оценка складывается из суммы цифровых показателей пяти признаков (цвет кожных покровов, дыхание, сердцебиение, мышечный тонус, рефлекторная реакция). Максимальная оценка по каждому признаку составляет 2 балла, что выражается в виде дроби, числитель которой – данные на 1-й, а знаменатель – на 5-й минутах (табл. 1).

Состояние новорожденного считается удовлетворительным при оценке по шкале Апгар 8/10 баллов. Чем тяжелее состояние, тем ниже оценка. Наиболее часто тяжесть состояния новорожденного ребенка обусловлена асфиксией или гипоксией в ante- интра- или в раннем неонатальном периоде. Это приводит к нарушению мозгового кровообращения, отеку мозга, кровоизлияниям, а также к структурным повреждениям головного мозга, особенно наиболее высокоорганизованных его отделов – коры больших полушарий. Однако и другие неблагоприятные воздействия (травматические, токсические, инфекционные и метаболические) вызывают подобные нарушения. Клиническими проявлениями этих

Таблица 1

Шкала Апгар

Признаки	Баллы		
	0	1	2
Дыхание	Отсутствует	Слабый крик, редкие единичные дыхательные движения	Громкий крик, ритмичное дыхание
Сердцебиение	Отсутствует	Менее 100 в 1 мин	Более 100 в 1 мин
Окраска кожи	Общий цианоз или бледность кожи	Туловище розовое, конечности цианотичные	Розовая
Мышечный тонус	Отсутствует	Некоторое сгибание конечностей	Активные движения
Рефлексы (ответ при надавливании на пятку)	Отсутствует	Гримаса боли	Крик, движения

повреждений являются различные неклассифицированные по МКБ-10 неврологические синдромы, которые в практике определяют как **перинатальную энцефалопатию (ПЭП)**.

К перинатальным энцефалопатиям относятся функциональные (адапционно-метаболические, сосудистые и др.) повреждения головного мозга, возникающие в промежутке от 28 недели беременности до 7-го дня жизни, когда плод и новорожденный обладает однотипными физиологическими реакциями с повышенной ранимостью в первую очередь нервной системы.

Клинические проявления ПЭП характеризуются большим синдромологическим полиморфизмом:

1. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости – легкая форма поражения мозга. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Расстройства нервной деятельности чаще носят функциональный характер.

2. Гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром угнетения центральной нервной системы являются проявлениями среднетяжелой формы поражения мозга оцениваются по шкале Апгар от 4–6 до 6–7 баллов. Факторами риска для возникновения данного синдрома являются неблагоприятное течение беременности и родов.

3. Судорожный и коматозный синдромы относятся к тяжелым поражениям центральной нервной системы, при которых оценка по шкале Апгар 1/4 баллов.

Дети с оценкой по шкале Апгар ниже 6 по тяжести состояния должны из родильного дома направляться в стационар и только по улучшении состояния могут быть выписаны домой под наблюдение участкового педиатра и невропатолога.

(Клинические проявления перинатальной энцефалопатии см. по тексту).

У большинства детей, перенесших легкую и среднетяжелую форму перинатальной энцефалопатии, происходит полное восстановление деятельности центральной нервной системы.

Наиболее частым **исходом ПЭП** является **синдром минимальной мозговой дисфункции**. Проявлением данного синдрома является негрубое повреждение центральной нервной системы и затяжной период адаптации, превышающий 6 месяцев.

Кислородное голодание во внутриутробном периоде или в родах приводит к повреждению клеток центральной нервной системы. Результатом этого являются нарушения регуляции деятельности ряда внутренних органов, функционирование которых регулируется центральной нервной системой. Именно поэтому у этой группы детей отмечается усиленная перистальтика кишечника, клиническим проявлением которой является частые срыгивания, двигательное беспокойство, сопровождающееся криком.

II. Социальный анамнез. Включает в себя сведения о семье (полная, неполная) и психологическом климате в ней (отношения между членами семьи: дружественные, безразличные, грубые), образовательном уровне родителей (без образования, среднее, специальное, высшее), профессии, профессиональных вредностях, вредных привычках (алкоголизм, наркомания, курение). Оцениваются бытовые (отдельная квартира, комната в коммунальной квартире, общежитие), санитарно-гигиенические и материальные условия и т. д.

В случае благополучного анамнеза следует писать коротко: “Социальный анамнез благополучный”.

При неблагополучном анамнезе – “Социальный анамнез неблагополучный.....” (дать расшифровку, по каким параметрам).

III. Генеалогический анамнез. В педиатрической практике встречаются разнообразные заболевания, часть из которых может иметь наследственный (муковисцидоз, фенилкетонурия) или врожденный (пороки развития нервной системы, пороки сердца, аномалии развития почек) характер. Другие же обусловлены следствием наследственной предрасположенности (аллергия, дисметаболические нефропатии и др.).

Под наследственным заболеванием понимается патология, природа которой связана с поломкой в генетическом аппарате на любом уровне (ген, хромосома, геном).

Одни заболевания могут выявляться у детей здоровых родителей (аутосомно-рецессивный тип наследования – муковисцидоз, галактоземия, дисахаридная недостаточность и др.), другие передаются из поколения в поколение (аутосомно-доминантный тип наследования), которые наследуются только у мальчиков (X-сцепленный рецессивный тип наследования – гемофилия и др.).

Врожденные заболевания проявляются с рождения и, как правило, зависят от нарушающих эмбриогенез средовых факторов, к которым относятся:

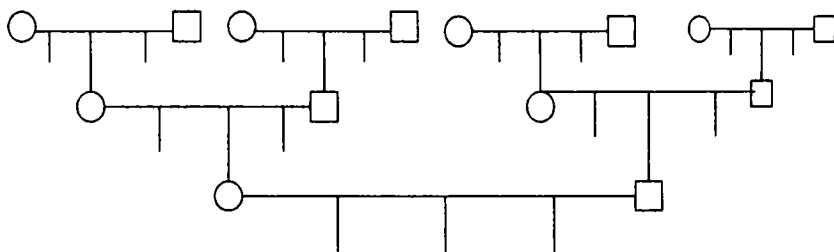
- инсоляция;
- радионуклиды;
- химические тератогены;
- инфекционные заболевания (краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др.);
- заболевания генитального аппарата и др.

Чаще всего у детей первого года жизни эта врожденная патология проявляется в виде самых разнообразных пороков развития, как со стороны внутренних органов, так и опорно-двигательного аппарата. Стремление к раннему выявлению пороков развития должно заставлять участкового педиатра в сомнительных случаях незамедлительно привлекать для консультации специалистов соответствующего профиля.

Наследственное предрасположение к болезни представляет собой более сложное понятие. Здесь может иметь место, с одной стороны, суммарное действие многих генов, приводящих к определенной патологии (полигенный эффект), а с другой стороны, определенные средовые факторы (питание, привычки, вредности) могут играть решающую роль в возникновении болезни. Суммация патологических генов и общих средовых факторов в пределах одной семьи позволяет считать эти заболевания семейными. С учетом роли множественных факторов в возникновении патологии данной группы эти болезни были названы **мультифакторными**.

Чем более подробно собран генеалогический анамнез, тем более достоверно можно определить вероятность наследования того или иного заболевания и прогнозировать его частоту в последующих поколениях. Это позволяет заблаговременно выявить детей, угрожаемых по возникновению различной патологии, и служит отборочным тестом для раннего выявления групп риска по возможным отклонениям в здоровье и развитии детей, что особенно важно при проведении первого патронажа.

На основании беседы с родителями ребенка составляют родословную с применением специальной символики (рис. 1).



* В кружках и квадратах проставляется возраст, а рядом с ними вписывается диагноз

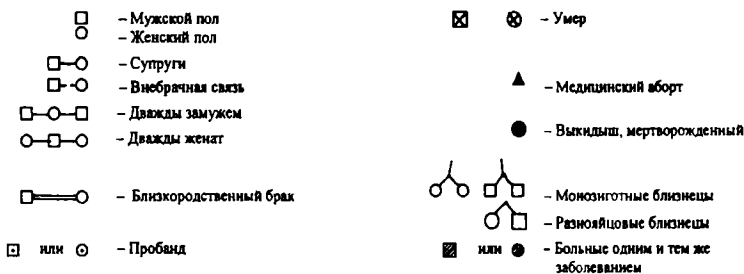


Рис. 1. Родословная и условные обозначения, используемые при ее составлении

Собираются сведения о состоянии здоровья всех родственников, о наличии у них хронических заболеваний, причинах смерти кровных родственников пробанда (т.е. лица, на которое составляется родословная). При сборе этих сведений следует придерживаться правила: целесообразно собирать данные не менее чем о трех поколениях, причем фиксировать только достоверно известные сведения, независимо от их нозологической формы.

Выясняя состояние здоровья родителей, особенно матери, особое внимание необходимо уделить наличию не только хронической патологии и рецидивам ее во время беременности, но и всем перенесенным острым заболеваниям в этот период.

Следует отмечать спонтанные аборт и мертворождения, раннюю смерть детей, т.к. это часто бывает обусловлено действием мутантных генов.

Необходимо отметить, что при составлении родословной все родственники одного поколения размещаются на одной горизонтали: 1) пробанд, его родные братья и сестры (сисбы); 2) родители пробанда; 3) тети и дяди; 4) двоюродные сисбы; 5) поколение дедов и бабок пробанда как по линии матери, так и отца; 6) прадеды, прабабки и их дети.

Каждая родословная должна содержать информацию о родственных отношениях в семье, о числе родственников в каждом поколении, состоянии их здоровья и причине смерти. Составленная родословная анализируется и решается вопрос, является ли данная аномалия (патология, заболевание) наследственной или врожденной. Если заболевание встречается во всех или в большинстве поколений, то, по-видимому, оно является генетически обусловленным. Выясняется также предрасположенность к тем или иным заболеваниям мультифакторного генеза.

Если в родословной прослеживается наследование какого-либо заболевания, то все больные этой болезнью одинаково отмечаются (штрихуются).

После того как в результате анализа родословной установлено, что заболевание генетически обусловлено, вычисляется **индекс отягощенности** по формуле: число больных родственников делится на общее число вообще учтенных родственников (без ребенка). Например, если число больных родственников одним и тем же заболеванием составляет 6, а общее количество родственников составляет 12, то индекс отягощенности равен 0,5. Индекс более 0,7 считается высоким.

Таким образом, анализ родословной позволяет прогнозировать вероятность болезни.

Все полученные сведения из обменной карты ребенка, биологического, социального и генеалогического анамнезов должны быть перенесены в историю развития ребенка с последующим их осмыслением и критической оценкой. Это должно также касаться вакцинации против туберкулеза (дата, серия, доза), гепатита В (дата, серия, доза), а также даты обследования на ФКУ и гипотиреоз.

Дети, не обследованные в родильном доме на ФКУ и гипотиреоз и не привитые вакциной БЦЖ и противогепатитной вакциной В, должны быть обследованы и вакцинированы в условиях поликлиники.

Если вакцинация вакциной БЦЖ осуществляется до двухмесячного возраста, то предварительная постановка пробы Манту не требуется, если старше двухмесячного возраста – после постановки пробы Манту и при ее отрицательном результате.

Исследование ребенка

Закончив выяснение анамнезов и приступая к осмотру ребенка, спрашивают мать об имеющихся у нее жалобах, которые она излагает самостоятельно и в произвольной форме. Если нужно уточнение, то после того, как изложение жалоб закончено, можно задавать конкретизирующие и уточняющие вопросы. Однако мать не всегда может самостоятельно четко определиться с жалобами, так как некоторые отклонения она принимает за норму или просто не придает им значения, другим же физиологическим явлениям придается большое значение как одним из проявлений болезни. Поэтому на вопрос о жалобах можно не получить четкого и однозначного ответа. В связи с этим при системном исследовании ребенка следует еще раз вернуться к жалобам, которые мать уже будет излагать после конкретно поставленного вопроса (жалобы и их характер см. по тексту и по разделам).

Изложенные матерью жалобы затем сопоставляются с данными анамнезов и результатами проведенного объективного исследования.

Кроме выяснения жалоб, следует выяснить: на каком виде и режиме вскармливания находится ребенок (естественное грудное, смешанное, искусственное; вскармливается по часам, кормится по первому требованию), как сосет и как глотает, имеются ли срыгивания или рвота (см. разделы: "Исследование желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости", "Семiotика заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости").

Температура тела

Повышение и понижение температуры тела является следствием нарушения физиологического равновесия между продукцией тепла в организме и теплоотдачей. Процессы терморегуляции управляются центральной нервной системой. Лабильность терморегуляции у доношенных и недоношенных детей первого месяца жизни объясняется незрелостью этих регуляторных структур мозга и неприспособленностью обмена веществ к повышенной нагрузке в связи с переходом к внеутробному существованию. Неустойчивость терморегуляции у них, кроме того, связана с относительно большей поверхностью тела по сравнению с детьми старших возрастных групп.

При измерении температуры тела у новорожденного не обнаруживается заметной разницы в показателях утренней, дневной и вечерней температуры. Такие различия появляются только на 2-м месяце жизни.

Врач должен знать, что температура тела новорожденного в первые две-три недели жизни весьма переменчива и может быть даже повышенной (37–37,4°C). Затем она устанавливается в пределах 36,0–37,0°C. К физиологическому повы-

шению температуры тела могут приводить повышенная температура окружающей среды, перегрев, двигательное беспокойство или длительный крик и т.д. Более стойкие и выраженные нарушения терморегуляции характерны для недоношенных детей.

Повышение температуры тела

В тех случаях, когда мать жалуется на однократное и кратковременное повышение температуры, следует, прежде всего, поинтересоваться, где производилось ее измерение. Это связано с тем, что результаты измеренной в различных местах температуры отличаются друг от друга (см. раздел: “Измерение температуры тела”). При измерении температуры во рту и в прямой кишке ее показатели выше, чем при измерении в подмышечной впадине. Кроме этого следует выяснить эпидемиологическую обстановку дома и что предшествовало повышению температуры (кашель, насморк, изменение поведения ребенка, беспричинный плач, нарушения сосания, плохой аппетит, срыгивания, рвота и т.д.). Обязательно нужно поинтересоваться, какая температура была в комнате, в чем был одет ребенок и чем был укрыт. Эти сведения помогут сразу же исключить или подтвердить инфекционный характер температурной реакции и более внимательно подойти к осмотру тех систем, которые могут быть затронуты патологическим процессом.

У новорожденного, **перенесшего черепную травму** или **внутричерепное кровоизлияние**, может отмечаться повышенная температура. Особенность данной температуры в том, что она не имеет определенного времени появления и отсутствует эффект от применения антипиретиков.

Температура инфекционного происхождения, как правило, носит стойкий и длительный характер. Она может сопровождаться отказом ребенка от еды, что указывает на серьезность заболевания. В этих случаях осмотр ребенка должен быть проведен особенно тщательно, чтобы исключить:

- менингит;
- гнойно-воспалительные заболевания, в том числе и сепсис;
- острые воспалительные заболевания органов дыхания, почек и ЛОР органов.

Если в процессе клинического обследования ребенка врач не нашел опорных симптомов, которые могли бы привести к объяснению температурной реакции, то приходится всегда исследовать кровь и мочу, показатели которых в ряде случаев дают возможность подойти к диагнозу.

Очень осторожно следует оценивать длительный субфебрилитет без нарушения общего состояния ребенка, который может быть проявлением конституциональной особенности организма ребенка или проявлением вегетоневроза.

Понижение температуры тела, как правило, связано с охлаждением ребенка. Особенно подвержены охлаждению недоношенные.

Осмотр

Фактически осмотр ребенка начинается уже в процессе беседы с матерью.

Осмотр является первым из всех методов исследования. Поэтому его надо проводить с учетом особенностей состояния центральной нервной системы у новорожденного. Проявлением этой особенности является преобладание процессов торможения над возбуждением. Результаты осмотра могут вызвать те или иные предположения, связанные с особенностями строения тела или отдельных его частей, что должно быть уточнено в ходе дальнейшего обследования ребенка.

Приступая к исследованию ребенка, следует придерживаться определенных правил, касающихся не только техники осмотра, но и последовательности его проведения. От того, как тщательно он проведен и насколько правильно дана трактовка выявленных изменений, зависит многое в судьбе ребенка.

Сама методика обследования новорожденного ребенка на первом патронаже своеобразна. Она требует от педиатра не только хорошего знания анатомо-физиологических особенностей этого возрастного периода, но и представлений о широком круге состояний и заболеваний в периоде внутриутробного развития, во время родов и в раннем неонатальном периоде. Кроме того, врач должен также уметь их дифференцировать в зависимости от периода развития и этиологии.

Исследование ребенка осуществляется в присутствии матери, в теплом помещении при естественном освещении в боковом проходящем свете. Руки во время исследования должны быть чистыми и теплыми, чтобы у ребенка не возникли неприятные ощущения. Лучше всего это осуществлять спустя 30–40 мин после кормления.

Начало осмотра желательно проводить в тот момент, когда ребенок находится в спокойном состоянии или спит в своей кроватке. В этой ситуации можно оценить положение тела и увидеть те симптомы, которые при беспокойстве и крике ребенка практически не определяются. К ним в большинстве своем относятся симптомы, которые выявляются при заболеваниях органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Обследование новорожденного должно проводиться без спешки и суетливости. От врача требуется терпение, осторожность, мягкость и нежность при применении тех или иных методических приемов. При осмотре очень важно не испугать ребенка, так как во время крика трудно оценить положение тела, выражение лица, окраску кожных покровов и т.д. Проводя пальпацию, следует избегать грубых и толчкообразных движений, которые могли бы причинить ребенку неприятные, а в ряде случаев и болезненные ощущения.

Для проведения обследования используется ровная, полужесткая поверхность (стол, покрытый одеялом). Ребенок должен быть обнаженным (если в

помещении холодно, приходится обнажать ребенка поэтапно). Это сразу дает возможность врачу выявить пороки развития, всю кожную и другую симптоматику. Последовательность объективного исследования определяет сам педиатр в силу самых разнообразных причин (кричит, спокойно лежит, поел и т.д.). Однако порядок записи и ее последовательность должны быть стандартными, что облегчает чтение.

В процессе клинического исследования ребенка при обнаружении тех или иных симптомов врач должен постоянно решать диагностические задачи, которые определяют логику и алгоритм дальнейшего хода исследования. В итоге они должны подтвердить или опровергнуть предположение. Всякая поспешность, односторонность, предвзятость, зашоренность при клиническом исследовании ребенка приводят к недооценке состояния и, как следствие этого, к неправильному диагнозу.

У новорожденного многие симптомы не являются специфичными для какого-то заболевания. И только в сочетании с анамнестическими данными и другими клиническими признаками можно поставить правильный диагноз.

При общем осмотре новорожденного необходимо правильно оценить его физическое развитие, внешний вид, состояние, крик, характер дыхания, состояние кожи и ее придатков, положение тела, мышечный тонус, активность, беспокойство, возбуждение, сонливость (угнетение) и т.д.

Физическое развитие

При внешнем осмотре новорожденного необходимо оценить его физическое развитие, которое в большей степени зависит от действия неблагоприятных факторов в антенатальном и в раннем неонатальном периодах, а также от различных заболеваний наследственного (врожденного) или приобретенного характера.

Внешний вид

При внешнем осмотре необходимо выявить **пороки развития, стигмы эмбриогенеза и хромосомные синдромы**. Совокупность изменений, которые могут развиваться при патологических условиях, накладывают отпечаток на внешний вид ребенка, который при ряде заболеваний является постоянным и потому характерным.

Врожденно-наследственные диспластические черты развития встречаются исключительно часто и обычно не требуют медико-генетических рекомендаций, так как обычно не влияют на темпы психофизического развития и процессы социальной адаптации. Они обращают на себя внимание только как конституциональные особенности. В тех случаях, когда у ребенка отмечается избыточное их накопление, это дает повод для таких синдромологических диагнозов, как **диспластический статус**.

Конституциональные диспластические черты развития нередко называются **дизэмбриогенетическими стигмами** или **малыми аномалиями развития** (микроаномалии). Они являются своеобразным микрогенетическим фоном семьи.

Диспластические черты развития чаще являются наследственно обусловленными и имеют доминантное наследование. Оценка стигматизации ребенка должна проводиться в сравнительном аспекте со стигматизацией его родителей.

Условным порогом стигматизации считается наличие у ребенка не более 5–6 стигм. Превышение этого порога следует расценивать как отклонение конституционального развития в сторону диспластического варианта является показателем повышенного риска задержки психомоторного развития.

Статус диспластикус у здорового ребенка, без какой-либо наследственной отягощенности, предрасполагает к возникновению ряда неспецифических реакций нервной системы в ответ на общеинфекционные, травматические, токсические, аллергические и другие факторы. К этим реакциям **относят**:

- явления менингизма;
- ликвородинамические нарушения в виде проходящих гипертензионных или гипотензионных состояний;
- судорожные, вегето-сосудистые и энцефалитические реакции.

При наследственных и врожденных заболеваниях нервной системы отмечается, как правило, значительное увеличение количества стигм, в два–три и более раз.

Имеется определенный параллелизм между нарастанием уровня стигматизации и тяжестью неврологических синдромов, их склонностью к судорожным реакциям, ликвородинамическим нарушениям и отеку мозга.

Поэтому оценка диспластических черт развития способствует более точной характеристике того конституционального фона, на котором развиваются как неспецифические реакции нервной системы, так и ряд наследственных заболеваний нервной системы.

Следует помнить, что диспластические конституциональные стигмы полиэтиологичны и могут быть:

- вариантом нормы;
- симптомом заболевания;
- самостоятельным синдромом или даже самостоятельной нозологической формой.

Основные дизэмбриогенетические стигмы приведены в табл. 2.

Поэтому, проводя последовательный внешний осмотр головы, лица, шеи, кожи, туловища, конечностей и половых органов новорожденного, следует иметь в виду, что в процессе его следует установить симметричность развития ребенка в целом и отдельных его параметров, особенности внешнего вида и отдельных частей туловища, конечностей и уровень стигматизации. Это поможет, еще даже

Таблица 2

Основные дизэмбриогенетические стигмы (Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова)

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

не приступая к органному исследованию, соотнести ребенка к той или иной группе здоровья.

Крик

Начало осмотра нередко сопровождается громким эмоциональным криком, который имеет определенное значение в оценке общего состояния ребенка.

Крик здорового ребенка достаточно громкий, звучный и требовательный, имеющий различные тембровые окраски, без интонационной выразительности. Он представляет собой короткий вдох и длинный выдох. **Голос достаточно звонкий**, без носового оттенка. Длительность крика адекватна действию раздражителя. Досада, гнев, голод, тугое пеленание, мокрые пеленки (подгузники) и т.д.

вызывают у ребенка крик, сопровождающийся покраснением лица или даже цианозом из-за задержки в легких воздуха на выдохе. Нередко этот крик сопровождается тремором подбородка, верхних конечностей, клонусом голеностопных суставов и появлением симптома Грефе (см.)*. Это является обычным для здорового новорожденного и обусловлено возрастным этапом развития центральной нервной системы. После устранения раздражителя крик прекращается.

Громкий, энергичный крик до некоторой степени позволяет исключить воспаление легких, плевры и брюшины, так как при этих заболеваниях дети избегают делать глубокие вдохи, вызывающие боль.

Во время крика ребенка необходимо обратить внимание на местоположение кончика языка. В случаях поражения подъязычного нерва кончик языка отклоняется от середины.

Крик больного ребенка изменяется по силе, модуляции и длительности.

Внезапно возникший резкий, **яростный крик**, сопровождающийся беспокойством и беспорядочными движениями ног (“сучит ногами”), отказом от еды, всегда подозрителен в отношении наличия у ребенка:

- метеоризма;
- отита;
- хирургических заболеваний – ущемленная грыжа, непроходимость кишечника, аппендицит и др.

Тихий, болезненный, быстро прекращающийся крик характерен для ослабленного ребенка с угнетением различных функций с быстрым истощением центральной нервной системы.

Слабый, пискливый крик может быть:

- у недоношенного ребенка;
- следствием реанимационных мероприятий (травматическое повреждение трахеи при интубации);
- при поражении центральной нервной системы;
- при внутриутробных инфекциях или тяжелом заболевании.

Раздражительный, резкий, пронзительный (“**мозговой крик**”) характерен для:

- синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости;
- субарахноидального кровоизлияния;
- повышения внутричерепного давления.

Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости может также сопровождаться частым и немотивированным плачем.

Крик при врожденной гидроцефалии и билиарной энцефалопатии часто имеет **монотонный** характер.

Гнусавый оттенок **голоса** указывает на бульбарную недостаточность (“бульбарный синдром”, парез мышц мягкого неба и слабость голосовых связок).

* здесь и далее (см.) – смотри Предметный указатель

При нарушении коронарного кровообращения ребенок внезапно начинает кричать, беспокоиться, но через небольшой промежуток времени успокаивается и длительно остается вялым и бледным.

По голосу ребенка можно судить о состоянии верхних дыхательных путей. Сиплый голос и полное его отсутствие (афония) указывают на заболевание слизистой оболочки гортани с поражением голосовых связок, при парезе небной занавески.

Мышечная слабость артикуляционной и дыхательной мускулатуры делает крик ребенка коротким, слабым, высокого тона, иногда настолько тихим, что только по мимическим реакциям можно догадаться, что ребенок плачет. При крике может отсутствовать преобладание второй фазы ("ya" вместо "ya-a-a"). Иногда изменяются и сами звуки, произносимые при крике. Крик может быть пронзительным, напоминать мычание, хрюканье, крик петуха, бляение овцы или крик кошки. Здоровый новорожденный никогда не хныкает.

Грубый низкий голос характерен для микседемы.

Знание особенностей крика новорожденного ребенка может способствовать диагностике некоторых наследственных заболеваний.

Дыхание и его оценка

Во время осмотра новорожденного необходимо дать оценку его дыханию. Она включает в себя такие показатели, как **равномерность дыхательных движений и их частоту, ритм и глубину**, а также **тип дыхания, процесс выдоха и вдоха и звуки, сопутствующие дыханию**.

Лучше всего **частоту дыхания**, так же, как и его **ритм, определять** с помощью ратруба фонендоскопа, поднесенного к носу ребенка.

Для оценки характера расстройств дыхания у новорожденного необходимо знать его нормативы (частота, ритм, глубина, соотношение вдоха и выдоха, задержка дыхания и т. д.).

Дыхание здорового новорожденного варьирует как по частоте, так и по глубине. Средняя частота дыхания в 1 минуту во время сна у него колеблется от 30 до 50 (во время бодрствования – 50–70). Ритм дыхания в течение суток не бывает регулярным. Во время сна в связи с пониженной возбудимостью дыхательного центра характер дыхания у новорожденного весьма похож на **Чейн-Стоксовское**. Оно характеризуется постепенным уменьшением глубины дыхательных экскурсий и наступлением дыхательной паузы (**апноэ**), длительность которой может колебаться от 1 до 6 секунд (у недоношенного ребенка от 5 до 12 секунд). В последующем дыхание компенсаторно учащается и постепенно восстанавливается до нормы. Подобный феномен в неонатальном периоде объясняется незрелостью дыхательного центра, регулирующего дыхание, и не рассматривается как патология.

Ребенок может периодически производить глубокий вдох, за которым следует маленькая пауза. Считается, что такие вдохи выполняют антиинтеллектуаль-

ческую функцию. Кроме того, анатомо-физиологические особенности носа у новорожденного (узость носовых ходов, недоразвитие его полостей, отсутствие нижнего носового хода и хорошее кровоснабжение) в сочетании с невозможностью дыхания через рот (язык оттесняет надгортанник кзади) создают большое сопротивление вдыхаемому и выдыхаемому через нос воздуху. Это способствует возникновению при дыхании ребенка своеобразного “храпа”, раздуванию и напряжению крыльев носа. У некоторых родителей данный феномен вызывает беспокойство. В этих случаях участковый педиатр должен объяснить матери механизм возникновения данных симптомов и успокоить ее тем, что они носят проходящий характер.

Учащение частоты дыхания более чем на 10% от среднестатистического расценивается как **одышка**, которая носит название **тахипноэ** или **полипноэ**. Тахипноэ характеризуется частыми дыхательными движениями, быстро и регулярно следующими друг за другом. Она может быть постоянной (даже в покое) или появляется во время крика или кормления.

При осмотре легко определить, есть тахипноэ или нет. Однако чтобы избежать ошибок, необходимо определять не только частоту дыхания, но и **частоту пульса** (частоту сердечной деятельности) с последующим их сопоставлением. На одно дыхание приходится 3–4 систолы. Каждое значительное учащение дыхания, которое соотносится с соответствующей тахикардией, дает основание подозревать заболевание дыхательной системы.

В норме учащение дыхания отмечается **при**:

- высокой температуре окружающей среды;
- возбуждении и плаче;
- двигательном беспокойстве;
- перегреве ребенка;
- повышении температуры тела.

Тахипноэ часто сопровождается и участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, является проявлением ряда **патологических состояний**. К ним в первую очередь относятся:

- заболевания системы органов дыхания (легочная одышка);
- заболевания сердечно-сосудистой системы (сердечная одышка). Данный вид одышки у новорожденного нередко является ранним и постоянным признаком сердечно-сосудистой недостаточности. Она бывает настолько выраженной, что воспринимается как симптом, характерный для заболевания легких. Это относится к тем заболеваниям сердца, с которыми в практической жизни может встретиться участковый педиатр (см. раздел: “Семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы).

Реже тахипноэ встречается **при**:

- нарушениях деятельности центральной нервной системы функционально-го и органического характера (нервная или центрoгенная одышка);

– остро возникших гемолитических анемиях (гематогенная одышка).

Особые виды одышки отмечаются при заболеваниях сердца:

- врожденном фиброэластозе;
- идиопатической гипертрофии сердца;
- болезни Фалло.

Особенностью одышки при данных заболеваниях являются **одышечно-цианотические приступы**, возникновение которых связано с обеднением малого круга кровообращения.

Одышка у новорожденного по своему характеру **может быть**:

- инспираторная;
- смешанная и преимущественно экспираторная.

Инспираторная одышка характеризуется затрудненным звучным вдохом и возникает при наличии препятствий в верхних дыхательных путях или при их сужении. Она встречается **при**:

- аспирации инородного тела;
- рините;
- остром ларингите (ложном крупе);
- синдроме Пьера Робена;
- врожденном стридоре (при подозрении на врожденный стридор необходимо исключить в первую очередь тимомегалию или врожденный порок сердца);
- гиперплазии вилочковой железы и др.

При одышке этого типа форсированный вдох совершается при энергичном сокращении грудино-ключично-сосковой мышцы и других вспомогательных дыхательных мышцах.

Смешанная и преимущественно экспираторная одышка. В неонатальном периоде в чистом виде экспираторная одышка не встречается. Чаще всего речь идет об одышке смешанного характера с большим или меньшим преобладанием экспираторной. При ней затруднены обе фазы дыхательных движений (вдох и выдох) с большим или меньшим преобладанием одной из них. Типична для уменьшения дыхательной поверхности легких. Встречается **при**:

- пневмонии;
- плеврите;
- пневмотораксе;
- бронхообструктивном синдроме;
- диафрагмальной грыже;
- метеоризме и т.д.

Даже легкое раздувание крыльев носа и щек (см. разделы: “Нос”; “Щеки”) указывает на появление дыхательных нарушений. Поэтому диагностическое значение этих симптомов велико.

По степени своей выраженности одышка может быть легкой и тяжелой. Легкая одышка характеризуется тем, что нарушение дыхания появляется только при беспокойстве, плаче или при кормлении ребенка (физическое напряжение). В то же время в покое она отсутствует. При тяжелой одышке нарушение дыхания отмечается уже в покое и резко усиливается при малейшем физическом напряжении. Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры и втягивание яремной ямки во время дыхания являются признаками тяжелой одышки.

Быстро развивающаяся и очень сильная одышка, при которой ребенок буквально задыхается и близок к асфиксии, называется **удушьем**. Удушье может развиваться **при**:

- острым ларингите (ложный круп);
- острым отеке легких;
- пневмотораксе;
- бронхообструктивном синдроме.

Одышка, сопровождающаяся стонущим (хрюкающим, стенотическим), аритмичным и поверхностным дыханием с втяжением уступчивых мест грудной клетки и участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, цианозом носогубного треугольника и акроцианозом, указывает на то, что у ребенка развилась **дыхательная недостаточность**.

Дыхательная недостаточность представляет собой такое состояние организма, при котором либо не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, либо последнее достигается за счет ненормальной работы аппарата внешнего дыхания, приводящей к снижению функциональных возможностей организма.

Различают четыре степени дыхательной недостаточности:

Дыхательная недостаточность **I степени** характеризуется тем, что в покое либо ее признаков нет, либо клинические проявления ее выражены незначительно и появляются при крике (беспокойстве) в виде умеренной одышки, периорального цианоза и тахикардии.

При дыхательной недостаточности **II степени** в покое отмечаются: умеренная одышка (число дыханий увеличивается 25% по сравнению с нормой), тахикардия, бледность кожи и периоральный цианоз.

Дыхательная недостаточность **III степени** характеризуется тем, что в покое дыхание не только учащено (более чем на 50%), но оно и поверхностное. Наблюдается цианоз кожи с землистым оттенком и липкий пот.

Дыхательная недостаточность **IV степени** – гипоксимическая кома. Потеря сознания. Дыхание аритмичное, периодическое, поверхностное. Наблюдается общий цианоз (акроцианоз), набухание шейных вен.

Уменьшение числа дыханий менее 30 в 1 минуту называется **брадипноз**. В норме брадипноз представляет собой физиологическое дыхание во время сна, когда дыхание становится замедленным и глубоким.

В патологических условиях брадипноэ рассматривается как тяжелое нарушение механизмов регуляции дыхания. Оно может наблюдаться самостоятельно при **заболеваниях центральной нервной системы и вегетативных расстройствах**, а также **сочетаться** с заболеваниями, сопровождающимися **одышкой**.

Патологические нарушения нормального дыхательного ритма (**типа Чейн-Стокса, Биота**) выражаются в разнообразных типах остановок дыхания. Чаще всего встречаются **при**:

- заболеваниях центральной нервной системы – энцефалите, менингите, судорогах, водянке головного мозга, абсцессах, кровоизлияниях в мозг, внутричерепной или спинальной травме;
- заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

В отличие от дыхания типа Чейн-Стокса, при котором нормальный тип дыхания восстанавливается постепенно, Биотовский тип дыхания сопровождается одномоментным восстановлением нормального ритма дыхания.

Дыхание Куссмауля характеризуется глубоким, регулярным, но редким дыханием, за счет чего организм пытается вывести через легкие избыток углекислоты (дыхание при ацидозе). Подобный тип дыхания у новорожденных встречается **при**:

- синдроме удушья;
- первичном инфекционном токсикозе.

У новорожденных может наблюдаться так называемое “дыхание загнанного зверя”, выражающееся учащением, а главное, углублением дыхательных движений без пауз. Оно может наблюдаться у новорожденного ребенка **при**:

- экзикозе III степени;
- менингите.

При патологических состояниях нарушения нормального дыхательного ритма встречаются чаще всего **при**:

- заболеваниях центральной нервной системы – энцефалите, менингите, гидроцефалии, опухоли и абсцессе мозга;
- внутричерепных кровоизлияниях.

В этих случаях дыхание приобретает часто Чейн-Стоксовский характер и реже бывает – Биотовского типа.

Приступы апноэ могут встречаться:

- у недоношенных;
- у детей с кровоизлияниями в ЦНС;
- при врожденной диафрагмальной грыже;
- при эзофаготрахеальном свище (приступы сопровождаются кашлем и цианозом при каждой попытке кормления или при приеме жидкости);
- при тяжелых формах обструктивного ринита, когда секрет совсем закладывает нос.

Когда у ребенка приступы апноэ протекают на фоне коматозного состояния при отсутствии каких-либо еще объективных данных, нужно в первую очередь подумать о **лекарственном отравлении**.

Разнообразные дыхательные нарушения в сочетании с желтухой, неврологической симптоматикой, анорексией, диарейным синдромом, рвотой, гепатоспленомегалией могут встречаться при манифестации ряда **наследственных болезней обмена веществ**.

Любые нарушения дыхания у новорожденного ребенка являются основанием для подозрения серьезного заболевания, дифференциальная диагностика которого возможна только в условиях стационара.

Кашель

Кашель представляет собой рефлекторный акт. Он возникает при раздражениях рецепторов кашлевых зон, расположенных в слизистой верхних дыхательных путей (глотка, гортань, трахея, большие бронхи) и в плевре. В качестве раздражителя рецепторов этих зон могут быть воспалительный процесс, патологический секрет, инородное тело, отек слизистой и механическое сжатие трахеи.

Если во время сбора анамнезов или осмотра ребенок кашляет или же мать сама предъявляет жалобы на кашель, то врач должен дать этому явлению правильную трактовку.

Следует помнить, что респираторные жалобы иногда могут исходить от родителей, склонных к повышенной тревоге за здоровье своего ребенка. В этих случаях даже физиологическое, редкое покашливание или одышка после двигательного беспокойства воспринимается ими как признаки тяжелого заболевания.

При наличии у ребенка кашля мать следует расспросить, когда впервые появился кашель и с чем, по ее мнению, он связан, меняется ли он в течение суток. Врачу чрезвычайно важно самому услышать кашель, чтобы составить о нем личное впечатление. В тех случаях, когда во время исследования ребенок не кашляет самопроизвольно, а мать жалуется на наличие кашля, то при осмотре ротовой полости кашель можно вызвать путем раздражения глотки шпательом. Кроме того, кашлевой рефлекс можно также получить путем легкого сдавливания или массажа трахеи в области яремной ямки. Необходимо установить наличие сопутствующих кашлю симптомов (токсикоз, насморк, одышка, температура, цианоз и т.д.), а также возможность контакта ребенка с больным респираторным заболеванием.

Кашель у новорожденного встречается **при**:

- респираторных инфекциях;
- пневмонии;
- бронхообструктивном синдроме;
- врожденных бронхоэктазах;
- остром ларингите (ложный круп);

- остром трахеите;
- аспирации инородного тела (жидкости);
- муковисцидозе;
- диафрагмальной грыже;
- спонтанном пневмотораксе;
- плеврите;
- увеличении лимфатических узлов средостения;
- некоторых пороках развития органов дыхания (синдром Мунье-Куна, синдром Вильмса-Кемпбелла и др.).

При наличии у ребенка кашля ему необходимо дать характеристику – влажный, сухой, лающий и др.

Влажный кашель

Обусловлен воспалением слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, вследствие чего происходит образование и накопление мокроты, которая и придает кашлю своеобразный тембр. Отмечается **при**:

- пневмонии;
- бронхообструктивном синдроме (при разрешении);
- диафрагмальной грыже;
- врожденных бронхоэктазах;
- муковисцидозе.

Сухой кашель (непродуктивный кашель)

Не сопровождается образованием секрета и возникает **при**:

- остром ларингите;
- остром трахеите;
- плеврите;
- бронхообструктивном синдроме (в начальной стадии);
- пневмонии (в начальной стадии);
- спонтанном пневмотораксе;
- эзофаготрахеальном свище (внезапно на фоне кормления или дачи жидкости возникает приступ кашля, который чаще всего сопровождается цианозом и приступами асфиксии);
- аспирации инородного тела (сразу после аспирации развиваются цианоз и удушье, в последующем длительное время сохраняется упорный, иногда приступообразный кашель). Встречается особенно часто у недоношенного, у которого недоразвиты сосательный и глотательный рефлекс.

Лающий кашель

Является разновидностью сухого кашля и обусловлен набуханием слизистой оболочки гортани и поражением голосовых связок. Лающий кашель сопровождается охриплостью голоса или афонией. Встречается **при**:

- острым ларингите (ложном крупе).
- Существуют и другие разновидности кашля.

Положение тела и поза

Положение тела и поза могут быть естественными (свободными) или вынужденными.

Поза новорожденного зависит от положения плода в родах. Так, при головном предлежании ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и не плотно прижаты к туловищу, а стопы находятся в умеренном тыльном сгибании (по отношению к голени под углом 120°). При тазовом предлежании ноги согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных.

Независимо от положения плода в родах у новорожденного руки всегда согнуты в локтях, а кисти сжаты в кулачок с оппонированным большим пальцем.

Результаты осмотра могут вызвать те или иные предположения, связанные с особенностями строения тела или отдельных его частей, характерных для ряда заболеваний, а при наличии стигм дизэмбриогенеза – предположить у ребенка редкие синдромные заболевания. Это первоначальное предположение должно быть уточнено в ходе осмотра.

Внутриутробные и родовые повреждения нервной системы могут приводить как к различным изменениям, так и к необычным позам ребенка, которые следует регистрировать при первом и последующих патронажах. В этих случаях требуется ранняя консультация невропатолога и ортопеда.

Поза с опущенной рукой и внутренним поворотом кисти настораживает в отношении вялого паралича (**акушерский паралич**).

Поза – выпрямленные ноги с тенденцией к их перекрещиванию, стопы находятся в варусной позиции (см. “Нижние конечности” – внутренняя косолапость) с резким тыльным сгибанием, иногда вплоть до прижатия к голени – характерна для **спастического паралича** или **синдрома миелодисплазии**.

“Поза лягушки” – руки и ноги выпрямлены с внутренним поворотом рук и раскрытыми бедрами, часто свисающими стопами, встречается при **периферических парезах** и при выраженной **мышечной гипотонии**.

“Поза легавой собаки” – голова слегка запрокинута, ноги резко согнуты в коленных и тазобедренных суставах и плотно приведены к животу. При попытке разгибания нижних конечностей – крик и беспокойство. Эта своеобразная поза возникает при раздражении мозговых оболочек (**субарахноидальное кровоизлияние, гнойный менингит**).

“Поза фехтовальщика” – голова повернута лицом к плечу, а одноименные рука и нога находятся в разгибательном положении, причем рука отведена в сторону. Другая рука отведена в плечевом суставе и согнута в локтевом. Нога же несколько отведена в тазобедренном суставе и согнута в коленном. Такая поза появляется при **внутричерепных кровоизлияниях**.

“Опистотонус” – голова запрокинута из-за ригидности затылочных мышц. Руки вытянуты вдоль туловища. Кисти сжаты в кулачки. Ноги разогнуты в тазобедренных и голеностопных суставах. Данная поза связана с резким повышением тонуса разгибательных мышц и характерна для развернутой картины **гнойного менингита, внутричерепной родовой травмы** (субарахноидальное кровоизлияние), **билирубиновой энцефалопатии**.

Двигательная активность

Проверку двигательной активности проводят при внешнем осмотре.

Начало осмотра сопровождается не только криком ребенка, но и усилением двигательной активности. Это называется **комплексом оживления**, который является одним из проявлений активных форм эмоционального поведения у здорового новорожденного. Здоровый новорожденный имеет хорошую двигательную активность. Активные движения у него спонтанные, избыточные и почти постоянные, некоординированные, нередко атлетозоподобные. Атлетоидный компонент движений особенно выражен у недоношенного ребенка. Он характеризуется гримасничаньем, высовыванием языка, отведением пальцев ног, особенно большого, пронацией кисти.

Спонтанные движения у новорожденного при нормальном тонусе мышц заключаются в периодическом сгибании и разгибании ног, их перекресте и отталкивании от опоры в положении на животе и на спине. Движения в руках совершаются главным образом в локтевых и лучезапястных суставах, без отведения в плечевых, так что руки, сжатые в кулачки, двигаются на уровне груди.

У новорожденного существует четкая корреляция двигательной активности в зависимости от температуры окружающей среды. На холодное раздражение двигательная активность уменьшается. При тепловом раздражении нарастают беспорядочные движения. Для болевых раздражений характерна недифференцированная общая двигательная активность и местная реакция с движением в противоположном раздражению направлении.

Гиподинамия, или синдром гиповозбудимости, у новорожденного проявляется в снижении либо отсутствии комплекса оживления. Движения редкие, вялые, быстро истощаются. Двигательная активность не усиливается даже при резком звуковом или болевом раздражителе. В состоянии бодрствования ребенок остается пассивным и эмоционально вялым. Синдром гиповозбудимости может проявляться в достаточно устойчивой форме или возникать эпизодически. Эпизодическое возникновение синдрома характерно для соматических заболеваний, сопровождающихся **синдромом гипотрофии, заболеваний сердечно-сосудистой системы** и др.

Наличие гиподинамии в первый месяц жизни позволяет предполагать диффузное угнетение двигательной сферы. Наиболее часто **возникает** у ребенка: – недоношенного;

- перенесшего асфиксию, внутричерепную родовую травму;
- с инфекционно-воспалительными заболеваниями;
- с наследственными болезнями обмена веществ.

Тенденция к патологическим движениям, часто в сочетании с судорожной готовностью, характерна для **синдрома повышенной возбудимости (гипервозбудимость)**, основными проявления которого являются:

- двигательное беспокойство;
- эмоциональная лабильность;
- нарушение сна;
- усиление врожденных рефлексов;
- повышенная рефлекторная возбудимость. Прикосновение к ребенку сопровождается резким пронзительным криком, вздрагиванием всем телом, миоклоническими подергиваниями и появлением спонтанных, хаотических движений конечностями.

Синдром гипервозбудимости в нозологическом отношении мало специфичен. Он может **наблюдаться у** ребенка:

- с перинатальной патологией;
- синдромом повышения внутричерепного давления;
- при некоторых наследственных болезнях обмена (лейциноз – болезнь кленового сиропа, болезнь Гирке – гликогеновая болезнь, тип I, и болезнь Помпе – гликогеновая болезнь, тип II).

Все двигательные, сенсорные и эмоциональные реакции на внешние стимулы у гипервозбудимого ребенка возникают быстро, при действии любого, даже слабого, раздражителя. Поэтому такой новорожденный мало спит, часто кричит без видимой причины, и его с трудом удастся успокоить обычными способами (взятие на руки, покачивание, кормление и т.д.). У гипервозбудимого ребенка часто не удастся вызвать и положительные эмоции. Сочетание низкого порога эмоциональных реакций с преобладанием отрицательных эмоций отличает гипервозбудимость как патологическое состояние от физиологической возбудимости.

Асимметрия движений заставляет исключать **парезы и параличи**.

Мышечный тонус (синдромы двигательных расстройств)

Синдром двигательных нарушений может проявляться как с рождения, так и с первых недель жизни. Визуально о характере мышечного тонуса можно судить по позе ребенка во время сна и бодрствования (см. раздел: “Положение тела и поза”).

При оценке мышечного тонуса необходимо его правильно определять и адекватно трактовать. В норме до 1,5–2 месяцев тонус мышц в сгибателях конечностей физиологически преобладает над тонусом в разгибателях, причем тонус в руках выше, чем в ногах, и он симметричен. Это придает ребенку флексорную

(сгибательную) позу. Тонус мышц оценивается по степени сопротивляемости, которую мышцы ребенка оказывают при осуществлении пассивных движений в суставах конечностей. При повышенном тонусе эта сопротивляемость больше нормальной, при сниженном – почти совершенно отсутствует. Однако дифференцировать физиологическое повышение тонуса от патологического, особенно если он выражен нерезко, довольно затруднительно.

Мышечный тонус может быть оценен с помощью различных приемов.

Проба на тракцию. Если здорового доношенного ребенка взять за запястья и потянуть на себя, стараясь как бы посадить его, то руки у него в первый момент слегка разгибаются в локтевых суставах. Затем разгибание прекращается, и ребенок всем телом вместе с головой подтягивается к рукам. При чрезмерном усилении сгибательного тонуса фаза разгибания отсутствует, и тело сразу движется за согнутыми руками. При гипотонии объем разгибания увеличен или ребенок вообще не подтягивает тело за руками, а голова запрокидывается.

Положение “свободного подвешивания”. В норме ребенок, находясь на ладони врача лицом вниз, удерживает голову на одной линии с туловищем, а руки и ноги – в положении полусгибания. При умеренном снижении мышечного тонуса голова и ноги пассивно свисают, и только при выраженной гипотонии опускаются и руки (“симптом мокрого белья”, “симптом мокрой тряпочки”). Мышечный гипертонус сохраняет сгибательное положение конечностей и разгибание (запрокидывание).

Мышечный тонус верхних конечностей определяется путем поднимания рук ребенка вверх, чтобы проверить, насколько он сопротивляется этому движению. Для оценки тонуса нижних конечностей необходимо развести ноги ребенка в стороны (угол между бедром и голенью должен составлять 90°).

В норме тонус мышц-сгибателей новорожденного повышен, то есть ноги и руки должны разгибаться с трудом.

Изменение мышечного тонуса проявляется мышечной гипотонией, дистонией и гипертонией.

Синдром мышечной гипотонии всегда более грозный признак, чем синдром мышечной гипертонии. Он характеризуется снижением спонтанной и произвольной двигательной активности и врожденных безусловных рефлексов новорожденного. Отмечается также снижение сопротивления пассивным движениям и увеличением их объема. Мышечная гипотония – один из наиболее часто обнаруживаемых синдромов у новорожденных детей. Она может быть выражена с рождения и носить диффузный или ограниченный характер в зависимости от характера патологического процесса. Встречается **при:**

- врожденных формах нервно-мышечных заболеваний;
- асфиксии;
- внутричерепной и спинальной родовой травме;
- поражении периферической нервной системы;

- хромосомных синдромах;
- наследственных нарушениях обмена веществ, а также у недоношенных.

Диффузная гипотония с резким ограничением подвижности, особенно в проксимальных отделах конечностей, настораживает в отношении **наследственных заболеваний нервно-мышечной системы** и некоторых **наследственных обменных нарушений**.

Мышечная гипотония может быть ограничена одной конечностью (акушерский парез руки, травматический парез ноги). В этих случаях задержка будет парциальной.

Поскольку мышечная гипотония часто сочетается с другими неврологическими нарушениями (судороги, гидроцефалия, парезы черепных нервов и др.), последние могут модифицировать характер задержки развития, определяемой гипотонией как таковой. Следует также отметить, что качество самого синдрома мышечной гипотонии и его влияние на задержку развития будут варьировать в зависимости от заболевания.

Дети с синдромом пониженной возбудимости вяло сосут, часто срыгивают.

Вялые параличи. Потеря или снижение мышечного тонуса на ограниченных участках наблюдается при травматическом параличе периферических нервов, чаще всего плечевого сплетения, а также и при **spina bifida** (см.) с параплегией.

Синдром мышечной гипертонии характеризуется увеличением сопротивления пассивным движениям, ограничением спонтанной и произвольной двигательной активности. При синдроме мышечной гипертонии следует приложить определенные усилия, чтобы раскрыть кулачки или разогнуть конечности. Причем дети достаточно часто на это реагируют плачем. Повышение мышечного тонуса может превалировать во флексорных или экстензорных группах мышц, в приводящих мышцах бедер, что выражается в определенной специфике клинической картины.

Физиологическая гипертония отмечается у детей первых месяцев жизни. Она возникает вследствие отсутствия угнетающего влияния пирамидной системы на спинномозговые рефлекторные дуги.

Выраженность синдрома мышечной гипертонии может варьировать от легкого повышения сопротивления пассивным движениям до полной скованности (поза децеребрационной ригидности), когда практически невозможны какие-либо движения.

Синдром гипертонуса встречается при:

- повышении внутричерепного давления;
- гнойном менингите;
- билиарной энцефалопатии;
- внутриутробных инфекциях с поражением центральной нервной системы;

– после внутричерепной родовой травмы.

Если при динамическом наблюдении за доношенным ребенком участковый педиатр отмечает **нарастание мышечной гипертонии** и появление односторонних очаговых симптомов, то это должно насторожить его в плане возможного развития **детского церебрального паралича (ДЦП)**.

У новорожденных детей с внутриутробным поражением центральной нервной системы отмечается повышение тонуса в аддукторах (приводящих мышцах) бедер. Это затрудняет их разведение и диктует необходимость проведения дифференциального диагноза между врожденным вывихом тазобедренного сустава или его дисплазией и спастическим напряжением мускулатуры, что требует консультации вначале невролога, а затем ортопеда.

Достаточно часто дети с гипертонусом склонны к судорожным припадкам (судорогам). У них возникают трудности при кормлении, так как нескоординированы акты сосания и глотания (поперхивания). Отмечаются срыгивания и аэрофагия.

Всякая появившаяся и нарастающая вялость, отказ от еды, вялость сосания в сочетании с повышенной рефлекторной мышечной возбудимостью указывают на серьезное заболевание и требуют дифференциальной диагностики с использованием лабораторных и радиологических (УЗИ, рентген и др.) методов исследования и при необходимости – участия специалистов различного профиля.

Синдром двигательных расстройств у новорожденных детей может сопровождаться **мышечной дистонией** (состояние сменяющихся тонусов – мышечная гипотония чередуется с гипертонией).

Дистония – проходящее повышение мышечного тонуса то в сгибателях, то в разгибателях. В покое у этих детей при пассивных движениях выражена общая мышечная гипотония. При попытке активно выполнить какое-либо движение, при положительных или отрицательных эмоциональных реакциях мышечный тонус резко нарастает. Такие состояния называются **дистоническими атаками**. Наиболее часто **мышечную дистонию** наблюдают у детей, перенесших **гемолитическую болезнь новорожденных**. Синдром легкой преходящей мышечной дистонии не оказывает существенного влияния на возрастное моторное развитие ребенка.

Судорожный синдром

У некоторых детей начало осмотра может сопровождаться не только появлением крика и комплекса оживления, но и готовностью к возникновению судорог. Под термином **“судороги”** понимается внезапное и произвольное сокращение мышц. У новорожденного судороги **могут быть:**

– минимальными;

- генерализованными фрагментарными;
- генерализованными тоническими;
- миоклоническими.

Минимальные (трудноуловимые) **судороги** могут проявляться в виде: фиксации взгляда или нистагма, закатывания глаз или их “застывания”, отклонения глаза от нормального положения, морганий, подергивания мышц лица, внезапного побледнения кожных покровов, усиленной саливации, движений губ, языка (сосание, причмокивание, жевание), тонических напряжений конечностей или педалирующих их движений, приступов апноэ или неэмоционального крика.

Генерализованные фрагментарные судороги представляют собой фрагмент генерализованных судорог. Чаще всего начинаются с локальных подергиваний мимической мускулатуры или глаз. Затем они распространяются на руку или ногу на одноименной стороне и переходят на противоположную. Клинические подергивания могут следовать беспорядочно от одной части тела к другой.

Реже у новорожденного могут наблюдаться **судороги миоклонического типа**, которые проявляются в виде одиночных или частых подергиваний верхних и нижних конечностей с тенденцией к их сгибанию. Они могут также быть в виде общих вздрагиваний с последующим крупноразмашистым тремором рук. Иногда эти судороги сопровождаются вскрикиваниями, вегетативно-сосудистыми нарушениями.

В легких случаях патологические движения, которые возникают при судорогах, можно ошибочно принять за спонтанные движения новорожденного и пропустить истинное начало судорожного синдрома.

Судорожные состояния (припадки) могут наблюдаться у новорожденного **при**:
– повреждениях центральной нервной системы гипоксического, травматического, токсического (гипербилирубинемия) или инфекционного генеза (менингиты, менингоэнцефалиты);

- наследственных нарушениях обмена веществ.

К судорогам всегда следует относиться очень серьезно, так как они увеличивают риск гипоксии мозга. Необходимо как можно быстрее выяснить их причину, с тем чтобы определить лечебную тактику.

Судорожный припадок следует разграничивать от движений новорожденного не судорожного характера. Они выражаются в треморе подбородка и рук, кратковременном клонусе стоп при нагрузке, симптоме Грефе (легкое экзофтальмирование глазных яблок без их движения). Данный феномен, как правило, отмечается при беспокойстве или возбуждении ребенка. Он обусловлен возрастным этапом развития центральной нервной системы и сохраняется в норме до 1-го месяца жизни. Этот синдром “возбуждения” легко снимается и прекращается, если изменить положение ребенка.

Голова

Участковый педиатр должен уметь производить осмотр головы у новорожденного и как ортопед. Ортопедический осмотр начинают с осмотра и исследования головы, способности удерживать ее, далее осмотр лица (отмечается его симметрия) и шеи. Особое внимание обращается на состояние грудино-ключично-сосцевидной мышцы (нет ли уплотнений, укорочения одной из их ножек).

При осмотре головы новорожденного необходимо обратить внимание на:

- положение по отношению к туловищу;
- размеры;
- форму;
- пропорции мозгового и лицевого черепа;
- размеры родничков;
- состояние черепных швов;
- плотность костей.

Осмотр головы должен сочетаться с ее пальпацией, а там, где это необходимо, следует проводить и перкуссию. Если имеются особенности, их следует отметить.

Положение головы здорового новорожденного обусловлено предлежанием в родах и наличием физиологического гипертонуса сгибателей (голова слегка приведена к груди).

Травматические повреждения в родах грудино-ключичной мышцы или нижних шейных и верхних грудных сегментов спинного мозга приводят к отклонению головы вправо или влево (см. раздел: “Шея”). Другие патологические положения головы см. в разделе: “Положение тела и поза”. Во всех этих случаях требуется консультация ортопеда и невролога.

У новорожденного мозговой череп преобладает над лицевым. Отчетливо выступают лобные и теменные бугры. Достаточно часто в области затылка на границе волосистой части головы бывают красные пятна с расплывчатыми границами, не возвышающиеся над поверхностью кожи. Границы их имеют неправильные очертания. Под давлением пальца краснота исчезает, но затем появляется вновь. Усиливается при плаче. Эти пятна (**телеангиоэктазии**) обусловлены локальным расширением рудиментарных остатков эмбриональных сосудов. Исчезают самостоятельно в течение 1–1,5 лет и являются лишь косметическим дефектом, не требующим лечения. Их не следует смешивать с **истинными сосудистыми невусами**, которые имеют более темную, насыщенную окраску и не исчезают при надавливании. Они не проходят после 1,5 лет жизни, а наоборот, иногда увеличиваются в размерах.

На волосистой части головы могут быть серебристо-блестящие или тускло-серые чешуйки (**гнейс**) – проявление **себорейного дерматита** (см. раздел “Пятнистые покраснения кожи”).

Форма и размеры головы весьма индивидуальны и могут быть проявлением как конституциональных особенностей, так и следствием родовых деформаций (вдавления, выпячивания). Различные наследственные и инфекционные заболевания в неонатальном периоде (краснуха, корь, эпидемический паротит, грипп, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз и др.), а также эндокринная патология могут приводить к изменениям формы головы или к изменению ее размеров.

Вариантами нормальной формы головы у новорожденного являются:

- брахецефалическая (голова с относительно слабым развитием продольного диаметра и сравнительно большим поперечником);
- долихоцефалическая (череп вытянут в передне-заднем направлении);
- башенная (череп вытянут вертикально). Встречается редко.

Также возможна **клиновидная деформация** вправо или влево.

У **недоношенного новорожденного** форма черепа напоминает таковую при **гидроцефалии**. Это объясняется относительно более ранним созреванием вещества мозга. Подобная большая голова бывает и у здорового доношенного ребенка, у которого в семье есть большеголовые (доминантно или рецессивно наследуемый признак) при отсутствии других стигм дисэмбриогенеза и нормальных показателей неврологического статуса. Эти случаи не рассматриваются как патологические.

К **изменениям формы головы** могут приводить и **травмы** ее во время родов, которые клинически проявляются **в виде**:

- родовой опухоли;
- кефалогематомы;
- изменений, вызванных вакуум-экстрактором или наложением щипцов.

Родовая опухоль – застойный отек, возникающий на подлежащей части тела плода во время родов (затылок, темя, лицо и др.). Она локализуется, как правило, над двумя или даже тремя костями и характеризуется отсутствием четких границ и тестоватой консистенции. Цвет ее может быть синюшным, переходящим в нормальную ткань. В области родовой опухоли почти всегда имеются кровоизлияния в кожу и подкожной клетчатке. Это особенно заметно при локализации отека в области лба и лица. Рассасывается самостоятельно к 1–2-й неделям жизни.

Кефалогематома – поднадкостничное кровоизлияние, возникшее в результате разрыва кровеносного сосуда при родах, как следствие родовой травмы (щипцы, вакуум-экстрактор, костные образования малого таза матери). Она часто локализуется в теменной или затылочной области и ограничена только одной костью, не переходя за границы шва. Имеет слегка плотноватую и флюктуирующую консистенцию. С 7–10-го дня кефалогематома начинает постепенно уменьшаться. Рассасывается очень медленно и полностью исчезает обычно после первого месяца жизни.

Изменения, вызванные вакуум-экстрактором, напоминают родовую опухоль в сочетании с гематомой под апоневрозом.

Изменения, вызванные наложением щипцов, проявляются в виде вдавления в височной или теменной областях (феномен шарика от пинг-понга см. раздел: “Лицо”).

К патологическим формам головы относятся:

– акроцефалия (“башенный череп”, высокий череп конической формы, несколько уплощенный в передне-заднем направлении). Возникает в результате преждевременного зарращения швов. Встречается **при синдромах: Крузона, Апера, Вандербурга;**

– скафоцефалия (ладьевидно удлинненный череп, удлинненный череп с выступающим гребнем на месте преждевременно заросшего сагитального шва) – **синдром Апера;**

– плагиоцефалия (косая голова, косой череп). Асимметрия черепа, обусловленная преждевременным окостенением части венечного шва.

Размер головы выражает его **окружность**. Она измеряется сантиметровой лентой, которая должна проходить через наиболее выступающие супраорбитальные и окципитальные точки. Округлость головы следует измерять при первом и последующих патронажах, и ее показатели должны быть сопоставлены с исходными (нормальная округлость головы при рождении колеблется от **34 до 36 см**). **Округлость головы** при рождении **ниже 34 см** у недоношенного или при конфигурации головы в родах (восстанавливается обычно через 2–3 недели) не рассматривается как патология.

К патологическим размерам головы относятся:

– макроцефалия – округлость головы больше 36 см (мегацефалия, большая голова). Подобная голова бывает при **гидроцефалии** как проявление самостоятельного заболевания. Кроме того, гидроцефалия может быть одним из проявлений некоторых **синдромов: Хольтер-Мюллера-Видемана, Беквита, Александера, Канавана, Пайла, Педжета** и др.;

– микроцефалия – округлость головы меньше 34 см (маленькая голова). При микроцефалии отмечается избыточность кожи на голове и повышенная плотность ее костей. Встречается при: **алкогольной эмбриопатии, токсоплазмозе, синдромах Грега и Блоха-Сульцбергера, Патау, Вольфа-Хиршхорна, Эдварса** и др.

К концу первого месяца жизни округлость головы увеличивается в среднем на 1,5–2 см. Задержка темпа роста головы может быть конституциональным признаком, о чем косвенно свидетельствуют малые размеры головы у одного или обоих родителей, либо симптомом задержки развития мозга. Ускоренный рост округлости головы в период новорожденности, если это не конституциональная особенность, свидетельствует о гидроцефалии.

Череп новорожденного представлен большим числом костей (рис. 2), плотность которых, размеры родничков и черепных швов определяют и оценивают с помощью **пальпации**.

Кости черепа здорового новорожденного достаточно плотные, за исключением мест их стыковки – будущих швов. **Уменьшение плотности костей** головы свидетельствует либо о **недоношенности**, либо о **нарушении внутриутробного окостенения**. Последнее может быть в форме **лакунарного остеопороза** (мягкий череп) или **несовершенного остеогенеза**, когда нет окостенения всех костей черепа (мембранозный череп). Чаще задерживается окостенение теменных и затылочных костей. В отличие от обычной задержки окостенения и лакунарного остеопороза, когда пораженные кости на ощупь кажутся равномерно мягкими и как бы слегка пружинят при надавливании, при так называемом **лакунарном черепе** кости пальпаторно ощущаются, как соты, поскольку при такой форме поражения участки размягчения разделены тонкими костными перегородками. Прогноз при изолированном лакунарном остеопорозе благоприятный. В возрасте 2–3 месяца очаги остеопороза исчезают. Однако лакунарный череп часто сочетается с другими пороками развития скелета и внутренних органов, с гидроцефалией.

Когда говорят о швах костей крыши черепа новорожденного, имеют в виду соединительно-тканые прослойки в местах соединения костей, на местах будущих швов – метопического, лобного, венечного, сагиттального и ламбдовидного. Метопический шов между лобными костями к рождению частично уже сформирован, так что пальпаторно определяют только ту его часть, которая прилегает к **большому родничку** (передний, лобный), расположенному на стыке метопического шва с сагиттальным и венечным. Остальные швы пальпируются на всем протяжении.

На стыке сагиттального и ламбдовидного швов расположен **малый родничок** (задний, затылочный). В местах схождения лобных костей с теменными и височными находятся два **передних боковых родничка** (передне-боковые), а между теменными, височными и затылочными – два **задних боковых** (сосцевидные). Кости черепа, прилегающие к швам, менее плотные.

Боковые роднички (передне-боковые и сосцевидные) имеют неправильную форму. Они могут быть закрытыми уже к рождению или закрываются в период новорожденности. Малый задний родничок (затылочный) может быть открытым. Форма его треугольная. Большой родничок – ромбовидной формы. Его размеры точнее характеризуют косые диаметры, которые измеряют между краями лобной и теменной костей, наиболее выступающими в

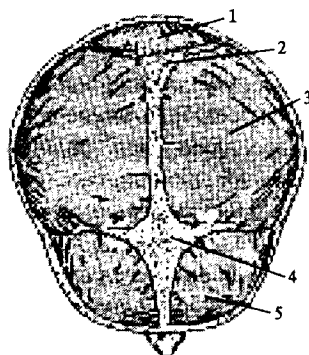


Рис.2. Кости черепа и роднички у новорожденного:

1 – чешуя затылочной кости; 2 – малый родничок; 3 – теменная кость; 4 – большой родничок; 5 – лобная кость

родничок и обозначающими границу последнего (рис. 2). Отдельно следует измерять величину родничка между правой лобной и левой теменной костями и левой лобной и правой теменной. Этот параметр у новорожденного не должен превышать 2,5х3,0 см, т.е. ширины одного–двух пальцев.

Увеличение родничков и расстояния между костями крыши черепа может быть следствием:

- недоношенности;
- нарушения окостенения;
- врожденной гидроцефалии.

Всякое увеличение размеров головы на 1–2 см и большого родничка свыше 3,0 см по сравнению с нормой с открытым сагиттальным швом более 0,5 см в сочетании с **типичной брахецефалической формой головы** с увеличенными лобными буграми или **долихоцефалической формой** с нависающим сзади затылком является характерным признаком **гипертензионно-гидроцефального синдрома**.

Полное закрытие к рождению боковых и малого родничков в сочетании с маленькими размерами большого, а иногда и уплощением краев костей вплоть до полного заращения швов – признак **врожденной микроцефалии** или **краниостеноза**. Чаще бывает заращение одного шва.

На первом месяце жизни практическое значение имеют темпы изменения размеров швов и родничков. Быстрое, неуклонно **прогрессирующее увеличение родничков и расхождение швов** – признак **повышения внутричерепного давления**. **Ускоренное закрытие родничков и швов** наблюдается при **поражении центральной нервной системы**.

При пальпации большого родничка определяют не только его размеры, но и степень напряжения покрывающей его соединительно-тканной перепонки. При этом ребенок должен находиться в расслабленном состоянии, не кричать и не напрягаться. Положение его должно быть вертикальным. Обычно как визуально, так и пальпаторно родничок плоский и слегка западает по сравнению с окружающей его поверхностью черепа. Пальцами (указательным и безымянным) определяют степень сопротивления в ответ на легкое надавливание и степень выбухания соединительно-тканной перепонки. **Выбухание большого родничка** или **повышенное его сопротивление** надавливанию свидетельствует о **повышении внутричерепного давления**.

Западение большого родничка и чрезмерная податливость перепонки обычно указывает на **обезвоженность организма** (эксикоз).

С помощью пальпации родничка можно также получить сведения о характере кровообращения. При недостаточности кровообращения, сопровождаемой повышением венозного давления, родничок напряжен, пульсация его усилена.

С помощью **перкуссии** можно выявить гидроцефалию или субдуральную гематому.

У здорового ребенка перкуторный звук равномерно тупой по всей поверхности головы. Изменение перкуторного звука по типу звука **“треснувшего горшка”** – один из симптомов **гидроцефалии**. При этом **звук может быть изменен с одной стороны или локально**, что может указывать на **субдуральную гематому**.

Сочетанная асимметрия костей черепа и лица является отражением внутриутробных нарушений, чаще всего эмбрионального периода.

Лицо

В понятие лицо входит передний отдел головы с его анатомическими образованиями: **лоб, глаза, щеки, губы, рот, верхняя и нижняя челюсти**, которые в совокупности и определяют лицо и его выражение.

При исследовании ребенка всегда надо обращать внимание на выражение его лица и глаз.

Выражение **лица** может зависеть от положения плода в родах. При разгибательных вставлениях (лобное, лицевое) лицо может быть отечное, мимика бедная, голова обычно запрокинута. Для здорового доношенного новорожденного ребенка характерны спокойное выражение лица и своеобразная мимика. Во время крика выражены носогубные складки и горизонтальные складки на лбу, придающие лицу хмурое выражение – реакция неудовольствия.

У ребенка, **перенесшего асфиксию**, на лице часто отмечаются **точечные кровоизлияния**, а при **акушерских пособиях** в родах (щипцы) – **линейно расположенные ссадины**.

Перинатальные поражения нервной системы и болезни новорожденного могут приводить к **изменениям лица**:

– беспокойное выражение и **“испуганный”** взгляд нередко являются проявлением **субарахноидального кровоизлияния** и **гипоксии головного мозга легочного генеза**;

– гипомимичное, иногда маскообразное, лицо характерно для **субдуральной гематомы** и **билиарной энцефалопатии**;

– асимметрия мимической мускулатуры лица и отвисание нижней челюсти могут иметь центральное происхождение (**синдром угнетения центральной нервной системы**), а также быть следствием **периферического повреждения 5-й (тройничного) и 7-й (лицевого) пары нервов**.

На лице (лоб, щеки, кончик и крылья носа, в носогубных складках) иногда встречаются точечные папулы перламутрово-белого или слегка желтоватого цвета. Они представляют собой сальные кисты вследствие гиперсекреции и застоя секрета сальных желез (**milia**). Сохраняются в течение не более 1,5–2 недель и исчезают бесследно.

На лице могут быть разнообразные образования (см. раздел: **“Пигментные аномалии кожи”**). Они могут быть в виде множественных мелких коричневого

или черного цвета пятнышек – **зостериформный, веснушчатый невус** или постоянных синевато-серых пятен в зонах иннервации 1-й и 2-й ветвей тройничного нерва – **невус Ота**. К этой же группе дисхромий относится и **голубой невус** в виде синеватых единичных пятен округлой или овальной формы, не резко отграниченных и слегка возвышающихся над поверхностью кожи.

Зигзагообразная гиперемия с припухлостью и инфильтрацией характерна для **рожистого воспаления** (см. раздел: “Гнойно-воспалительные заболевания кожи”).

Типичные изменения лица, как и головы, наблюдаются при некоторых наследственных или возникающих в антенальном периоде заболеваниях.

Распространенная дизморфия (патологический тип строения лица) производит впечатление чего-то чужеродного и часто позволяет опытному педиатру при первичном патронаже поставить правильный диагноз “с первого взгляда”. Наиболее часто патологические типы лица встречаются в сочетании с другими стигмами дизэмбриогенеза и являются проявлениями ряда **синдромов: Дауна, Франческетти, Крузона, Цельвегера, Апера, Пьера Робена, Ди Георге, Марфана, Хангарта, Ульриха-Фремерей-Доны, Шейтауэра-Мари-Сентона, Ульриха-Фейхтигера, Гольдененхара, Ванденбурга, алкогольной эмбриопатии и гидроцефалии.**

При осмотре лица необходимо обратить внимание на наличие цианоза (постоянного или временного, появляющегося при сосании или крике ребенка), который нередко ограничивается только пространством носогубного треугольника. Наличие этого симптома всегда подозрительно в отношении **заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.**

Обязательным компонентом осмотра переднего отдела головы является сравнительная оценка верхнего и нижнего лица, так как их соотношение отражает уровень биологического созревания. Обращается также внимание на особенности положения и размеры верхней и нижней челюсти. В случаях выступления верхней челюсти вперед (по сравнению с нижней) вследствие ее чрезмерного развития данная аномалия называется **прогнатизмом** и может встречаться **при синдроме Крузона.**

Лицо со скошенным и западающим назад подбородком при недоразвитии нижней челюсти называется **птичьим лицом**. Подобное лицо отмечается при следующих **синдромах: Франческетти, Хангарта, Ульриха-Фремерей-Доны, Марфана, аглоссии-адактилии.**

Микрогнатия (гипоплазия верхней челюсти, недоразвитие) – **синдромы: Франческетти, Крузона, Хангарта, Ульриха-Фейхтигера, Шейтауэра-Мари-Сентона, верхней ангилоглосии, Гольденхара, Пьера-Робена.**

Микрогения (гипоплазия нижней челюсти) – проявление ряда **синдромов: Ванденбурга, Ульриха-Фремерей-Доны, Пьера Робена и эмбрионального алкогольного синдрома.**

Лоб

Высокий лоб как симптом отмечается при **гидроцефалии** и **хондродистрофии**, а также как проявление следующих **синдромов: Цельвегера, Крузона, Рассела (Сильвера-Рассела)**. На лбу могут встречаться **гемангиомы**.

Глаза

Участковый педиатр на первом и последующих патронажах должен уметь проводить простейший офтальмологический осмотр и правильно трактовать выявленные изменения со стороны глаз. Это поможет в случаях необходимости привлечь к ранней консультации офтальмолога.

При офтальмологическом осмотре следует обратить внимание на размеры, форму и симметрию глазниц, разрез глазных щелей, положение и движение век, а также расположение, внешний вид, симметрию и движение глазных яблок, состояние зрачков и радужной оболочки, цвет склер, наличие признаков местного воспаления и пороков развития.

У ребенка первых недель жизни большую часть времени глаза обычно закрыты, даже во время плача. Отсутствие смыкания век настораживает в отношении повреждения зрительного нерва. Такому ребенку необходима срочная консультация окулиста.

Оценка зрительной функции (анализатор зрительный – **Аз** – см. раздел: “Семиотика и диагностика заболеваний нервной системы”).

При осмотре глаз не следует приподнимать веки. Значительно удобнее осматривать их, когда ребенок открывает глаза самостоятельно. Этого можно добиться с помощью покачивания или при наклонах ребенка.

Глаза здорового доношенного ребенка чистые, симметрично расположенные. Склеры имеют голубоватый оттенок. В случаях затянувшейся желтухи (см. раздел: “Желтуха”) происходит прокрашивание склер от желтушного до субиктеричного цвета.

У новорожденного зрачки симметричные, округлой формы, диаметр их около 2 мм.

Обычно движения глазных яблок у новорожденного не координированы или недостаточно координированы, толчкообразные. Но если ребенок в этом возрасте начинает фиксировать взор на предмете и следить за ним, движения глазных яблок, оставаясь толчкообразными, становятся координированными. В норме у ребенка можно увидеть независимые и самостоятельные движения каждого глаза. Обычно глазные яблоки движутся в направлении к носу, что создает впечатление периодически возникающего сходящегося косоглазия, которое по мере взросления ребенка исчезает. Если в период новорожденности косоглазие резко выражено и держится постоянно – это патологический симптом.

Встречающиеся **кровоизлияния** в наружные оболочки глаза следует расценивать как **родовую травму** или **проявление асфиксии**. Они быстро и самопроизвольно рассасываются.

У новорожденного могут быть **физиологический нистагм**, **сходящее косоглазие** (страбизм), **анизокория** (неравенство диаметров зрачков) и **эпикантус** (дугообразная, вертикальная складка у внутреннего угла глаза). Все они исчезают в первые месяцы жизни.

Изменения глаз приобретенного характера:

– микрофтальмия (аномально маленькое глазное яблоко одного или обоих глаз). Встречается при **токсоплазмозе** и указывает на поражение II пары n. opticus;

– птоз (опущение верхнего века, обусловленное нарушением функции мышцы поднимающей его), отсутствие движений глазного яблока, расходящееся косоглазие, мидриаз (расширение зрачка), отсутствие реакции на свет, экзофтальм, анизокория (неодинаковая расширенность зрачков), нистагм. Указывают на поражение III пары n. oculomotorius. Все эти изменения могут отмечаться **при кровоизлияниях в мозг** при вовлечении ствола мозга или отдельных ядер, а также **при врожденных поражениях глазодвигательного нерва**.

Нерезкое сходящееся косоглазие при взгляде вниз указывает на **родовую травму**, следствием чего явилось поражение IV пары n. trochlearis.

Резкое сходящееся косоглазие отмечается при:

– внутричерепной родовой травме;

– врожденном параличе отводящего нерва (n. abducens).

Расходящее косоглазие всегда является **патологическим** и требует экстренного и тщательного обследования офтальмолога и невропатолога.

К подозрительным в отношении **гипертензии** глазным симптомам относятся:

– симптом Грефе;

– симптом “заходящего солнца”.

Симптом Грефе проявляется в появлении полоски склеры над радужкой при неподвижном стоянии глазных яблок с раскрытием верхних век. При отсутствии других симптомов гипертензии симптом Грефе не может один являться отражением внутричерепного давления. Он может наблюдаться у недоношенного ребенка при наличии экзофтальма и гипотрофии.

Симптом “заходящего солнца” вызывается повторными наклонами головы кпереди и проявляется опусканием глазных яблок книзу, во время которого над радужкой появляется полоска склеры. При высокой внутричерепной гипертензии и при билирубиновой энцефалопатии (особенно у недоношенного) этот симптом может появиться спонтанно, без наклона головы.

При осмотре век и конъюнктивы необходимо полностью исключить воспалительный процесс.

Гнойно-воспалительные заболевания глаз:

– конъюнктивит – воспаление конъюнктивы. Вызывается любой бактериальной флорой. У новорожденного процесс носит двусторонний характер и сопровождается гиперемией конъюнктивы, отеком век, слизисто-гнойным от-

деляемым. Все конъюнктивиты, появившиеся позднее двух суток после рождения, являются инфекционными.

При длительном течении конъюнктивита у ребенка, в отдельных случаях, возможно развитие тяжелых **осложнений**: гнойный дакриоцистит, этмоидит, флегмона орбиты, сепсис;

– дакриоцистит – воспаление слезного мешка. Обусловлено сохранившейся мембраной. У плода выход носослезного протока в полость носа закрыт мембраной, которая после рождения рассасывается. Могут быть и другие аномалии, приводящие к воспалению. В первые дни жизни появляется слизистое и слезно-гнойное отделяемое. Могут образовываться корочки. Область слезного мешка становится припухлой, напряженной и гиперемированной. Может присоединиться эритема или мацерация кожи. Обычно при массаже слезно-носового мешка удается получить рефлюкс слезной жидкости или гноя, что подтверждает наличие препятствия нормальному оттоку. **Заболевание может осложниться флегмоной слезного мешка, свищами, остеомиелитом челюсти, метастатическими гнойными очагами.**

Учитывая возможность развития тяжелых осложнений при гнойно-воспалительных заболеваниях глаз, от участкового педиатра требуется своевременная и адекватная терапия. Там, где это необходимо, следует привлекать к консультации окулиста в домашних условиях.

Изменения глаз врожденного (наследственного) характера часто сочетаются с другими аномалиями, дающими в комплексе проявления тех или иных **синдромов**:

– монголоидизм (монголоидный разрез глаз, глазная щель направлена сверху, снаружи внутрь и вниз) – **синдромы Дауна, Корнелии де Ланга**;

– антимонголоидный разрез глаз (глазная щель идет снизу и снаружи кверху и внутрь) – **синдромы: Франческетти, Аперта, Крузона, Гольденхара, Рубинштейна-Тейби, Асекея**;

– экзофтальм (проптоз, смещение глазного яблока вперед, сопровождающееся расширением глазной щели) – **синдромы: Карпера, Крузона, Аперта, Секея**;

– микрофтальмия (малые размеры глазного яблока) – **синдромы: Ульриха-Фейхтигера, Халлерманна-Штрайффа, Мейера-Швикерата, Пастау, Гольца, Корнелии Де Ланге, Ленца, Меккеля**;

– гипертелоризм (увеличенное расстояние между внутренними углами глаз) – **синдромы: Дауна, Тернера. Крузона, Ванденбурга, Корнелии Де Ланге, Аперта, Грега, Мейр, Фримена-Шелдона, Опитца, Клайнфельтера, Рубинштейна-Тейби, Секея, Целльвегера, Гольдехара**;

– эпикантус (дугообразная вертикальная складка у внутреннего угла глаза) – **синдромы: Карпетера, Эдварса, Дауна, Фримана-Щелдона, Клайнфельтера, Элерса-Данлоса, Корнелии Де Ланге, Рубинштейна-Тейби, Целльвегера**;

– птоз – **синдромы: Фримана-Шелдона, Блоха-Сульцбергера, Маркуса Гунна, врожденный фиброз, Эдварса, Тернера, Мебиуса, Горнера, Смита-Лемме-Опитца, Целльвегера, Корнелии Де Ланге, Рубинстайна-Тейби;**

– колобома – общее название некоторых видов врожденных, реже приобретенных дефектов тканей глаза. К ним относятся:

- колобома век – этот дефект напоминает щель. Встречается при **синдроме Франческетти, Тригера-Коллинза, Гольденхара,**
- колобома радужной оболочки – аномалия развития, которая может представлять собой либо дефект участка радужной оболочки, либо щель в ее ткани, либо выемку на ее зрачковом краю – **синдромы: Патау, Вольфа-Хиршхорна, Орбели, Апера, Гольденхара, Клиппеля-Треноне и др.;**

– асимметрия зрачков – **синдром Клода – Горнера, а также при поражении глазодвигательного нерва.**

Щеки

Щеки – это часть лица, составляющая боковую стенку ротовой полости. У новорожденного щеки обычно полные за счет скопления жира, образующего жировое тело щеки, которое исчезает с прекращением сосания. У маловесного ребенка и у недоношенного полных щек не бывает. **При пневмонии** иногда можно увидеть во время выдоха раздувание щек при одновременном складывании и вытягивании губ. Это создает достаточно шумный выдох (“симптом Трубача”).

Изменение цвета щек в виде их покраснения может быть при **атопическом дерматите** (см. соответствующий раздел), а также происходит при синдромах **Дауна, Корнелии де Ланге (“лицо клоуна”)**.

Сочетание **покраснения щек с их увеличением** (кушингоидное лицо) может встречаться у ребенка, родившегося **от матери, страдающей сахарным диабетом.**

Поперечная расщелина щеки – синдром Гольденхара.

Рот

Рот – наружное отверстие полости рта, ограниченное губами. Во время осмотра рта обращают внимание на его положение, форму губ, пороки их развития, наличие герпетических высыпаний и т. д. У новорожденного ротовое отверстие имеет весьма переменные размеры, которые отражают конституциональные особенности. При этом сохраняются величинные взаимоотношения.

Во время крика ребенок широко открывает рот, что приводит к выраженным носогубным складкам, которые в норме должны быть симметричны. Особенно хорошо выражены носогубные складки у ребенка с гипотрофией. **Асимметрия носогубных складок и перетягивание рта** во время плача в одну сторону, как правило, указывает на **парез** нижнелицевой мускулатуры.

Опущение угла рта всегда подозрительно в отношении пареза лицевого нерва (VII пара) центрального или периферического происхождения.

К аномалиям развития ротового отверстия относят чрезмерно **широкую (макростомия) – синдром Франческетти, синдром Ульриха-Фейхтигера, синдром Бекунта-Видеманна** и **чрезмерно узкую (микростомия) ротовую щель – синдром Фримена-Шелдона**, а также **“рыбий рот”** (воронкообразный рот) – **синдром Франческетти**.

Губы

Губы новорожденного – розового цвета, плотно сомкнуты и симметричны. На верхней губе как физиологическое явление имеется так называемая **физиологическая мозоль** (*tuberculum labialis*). Это валикообразное образование утолщенного эпителия сероватого цвета. В связи с сосанием у ребенка сама мозоль и кожа вокруг нее могут отекать и шелушиться. Эти изменения быстро проходят и не требуют никаких лечебных мероприятий. При прекращении сосания *tuberculum labialis* исчезает.

При **пневмонии** в углах рта (под языком) иногда может быть **пенистое отделение**, которое представляет собой трансудат плазмы, образовавшийся на поверхности альвеол при нарушении ее реабсорбции (**синдром Кравеца**).

Гиперпигментные пятна на губах и слизистых – проявление **синдрома Пейтца-Егера**.

В случаях обнаружения на губах **глубоких трещин** (тонкие белые штрихи, пересекающие белую кайму) с воспалительными явлениями следует исключить **сифилис**.

Аномалия строения губ является врожденным пороком развития. Он может быть представлен в виде врожденной расщелины верхней губы – **“заячья губа”**. У ребенка с данным дефектом из-за негерметичности полости рта нарушена функция сосания.

Уши

Здоровый доношенный ребенок должен реагировать на звуки (вестибулярный нерв – VIII пара). Оценку слухового восприятия (слуховой анализатор – **Ac**) – см. раздел: **“Семиотика и диагностика заболеваний нервной системы”**.

У новорожденного ушные раковины мягкие, малоэластичные. Они располагаются по центру боковой поверхности головы. Наружное ухо состоит из ушной раковины и наружного слухового прохода. Ушная раковина представляет собой изогнутую пластинку из эластического хряща, покрытую с обеих сторон надхрящницей и кожей. Свободный край ушной раковины закруглен в виде валика-завитка. Завиток и мочка, по сравнению с детьми старшего возраста, выражены слабее, а углубления – более отчетливо.

Осматривая ушные раковины, позадишную область, область сосцевидного отростка, обращают внимание на цвет кожи ушных раковин, симметричность положения, форму, размеры, состояние входа в слуховой проход. Особого описания требуют различные патологические изменения в виде гиперемии, пастозности, изъязвлений, свищей, папиллом и т.д.

Из приобретенных заболеваний наибольшее практическое значение имеют катаральные и гнойные **воспаления уха** (отиты).

Клинические симптомы отита у новорожденного мало характерны, но при внимательном наблюдении и тщательном исследовании почти всегда можно найти данные, указывающие достаточно определенно на наличие отита: нарушается спокойный сон; ребенок кричит без видимой причины; прикладывание к груди не успокаивает его. После 2–3 сосательных движений он бросает сосок материнской груди и начинает снова плакать. Температура при гнойном отите почти всегда повышена, при катаральном отите она может быть нормальной. Иногда могут быть подергивания мышц лица и небольшая ригидность затылка, т.е. явления менингизма, а также рвота и понос. Достаточно часто отмечается реакция со стороны лимфатических узлов в заушной области. При надавливании на козелок ушной раковины ребенок начинает кричать и отворачивает голову (симптом Трагуса).

Врожденные дефекты ушных раковин могут быть как самостоятельными (единичными) дефектами и быть только косметическими, так и проявлениями ряда синдромов. Они могут быть как односторонними, так и располагаться с обеих сторон.

– Низко расположенные ушные раковины встречаются при следующих **синдромах**: **Эдварса, Дауна, Лежена (“крик кошки”), Тернера, Нол-Лаксовой-Повышиловой, Халлермана-Штрайфа, Франческетти, Вольфа-Хиршхорна, Орбели.**

– Дисплазия ушной(ых) раковины(н) (недоразвитие, деформация) является проявлением ряда **синдромов**: **Гольденхара, Дауна, Тернера, Конради, Триггер-Коллинса, Фрейзера, Рубинштейна-Тейби, Франческетти, Потау, Эдварса.**

– Анотия (полное отсутствие ушной раковины) – синдромы Робертса и Гольденхара.

– Микроотия (маленькие ушные раковины) – **синдром Франческетти.**

– Макроотия (большие ушные раковины) – **синдромы Трисомии 9 и Частичной трисомии 11g.**

– Аурикулярные придатки (незначительные образования, расположенные вблизи слухового прохода или перед ухом) – **синдром Лежена.**

– **Отсутствие наружного слухового прохода.** На месте слухового прохода обнаруживается небольшое рудиментарное углубление. Встречается при **синдроме Робертса.**

– Большие зазубрины мочек ушей – **синдром Видемана-Беквита.**

Небольшое образование перед ушной раковиной на ножке носит название **папилломы**, которая может быть одно- или двусторонней.

Нарушение процессов закрытия эктодермальных карманов нередко приводит к образованию **свищей** , открывающихся чаще всего у переднего края козелка. Свищ обычно инфицируется с образованием гнойного инфильтрата.

Нос

Различают наружный и внутренний нос, т.е. носовую полость (см. раздел: “Исследование системы органов дыхания”).

Осматривая наружный нос, обращают внимание на его цвет и состояние кожных покровов, наличие различных образований, расположение ноздрей их величину, форму, состояние (напряжение), раздувание крыльев носа, носовое дыхание и различные выделения.

На коже носа могут быть **milia** (см. раздел: “Лицо”).

На спинке носа могут встречаться **гемангиомы, телеангиоэктазии и петехиальные кровоизлияния** . Указанные образования не являются патологическими и в течение 1–2 недель проходят самостоятельно.

При наружном осмотре носа обращают внимание на наличие **выделений** .

– Прозрачные, слизистые выделения обычно наблюдаются при респираторных инфекциях.

– Слизисто-гнойные с примесью крови (сукровичные) выделения характерны для сифилиса, причем они могут быть из одной половины носа.

– Кровянистые выделения из одной половины носа наблюдаются также при попадании в нос инородного тела (косточки, зерна, пуговицы и др.).

– Повторные носовые кровотечения иногда служат признаком геморрагического диатеза.

Из врожденных доброкачественных опухолей носа наиболее часто встречаются **ангиомы** , имеющие различную форму и величину. Они развиваются из кровеносных (**гемангиома**) и лимфатических (**лимфангиома**) сосудов.

К эмбриональным порокам развития относят **дермоидные кисты и свищи** . Кисты чаще всего располагаются под кожей в середине спинки носа и имеют вид припухлости мягкой консистенции.

Деформация носа бывает следствием конституциональных особенностей у вполне здорового ребенка либо является результатом внутриутробной травмы или возникает во время родов. Кроме того, деформация носа может быть и проявлением порока развития. Отличительным признаком этих состояний является то, что порок развития носа обычно сочетается с другими аномалиями, которые в совокупности определяют тот или иной синдром.

Ключовидный нос встречается при следующих **синдромах** : **Халлермана-Штрайфа, Рубинштейна-Тейби, Секкеля, Вольфа-Хиршхорна, Крузона, Ванденбурга** .

Седловидный нос (впадина в средней части спинки носа) встречается при хондродистрофии, врожденном сифилисе, травме носа.

Широкая переносица встречается при **синдромах: Апера, Грега, Цельвегера, Дауна, Корнелии де Ланге.**

Маленький нос – синдромы Дауна, Корнелии де Ланге, Фримена-Шелдона.

Смещение ноздрей вперед – синдром Корнелии де Ланге.

Низкий корень носа – синдром Ульриха-Фейхтигера.

Расщепление носа (“нос дога”, наличие щели по средней линии спинки носа) – синдром Мейер.

Глубокий корень носа – синдром Корнелии де Ланге.

Расщепление ноздрей – синдром Фрейзера.

Шея

При осмотре области шеи необходимо оценить ее положение по отношению к туловищу и взаимоотношения между головой (нижней челюстью) и плечами. Следует также обратить внимание на возможные различные анатомические дефекты, пульсацию сосудов, состояние яремной ямки и т.д.

Для новорожденного характерна короткая шея с четко прослеживающейся границей между головой и плечами. На местах наибольшего напряжения при родах иногда наблюдаются так называемые **полосы растяжения**, бесследно исчезающие без всякого лечения.

Участки покраснения на шее могут быть признаком **опрелости** (см. раздел: “Пятнистые покраснения кожи”).

Врожденные дефекты в области шеи редки. Они могут быть представлены в виде **кист, свищей и кривошеи.**

Кисты и свищи являются следствием незаращения щитоязычного протока 1-й и 2-й жаберных дуг. Они могут быть как по средней линии шеи, так и у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы в виде ямки, коротких сухих ходов и более глубоких свищей, соединяющихся с кистами. При инфицировании появляется гиперемия.

Лимфангиомы и гемангиомы шеи рассматриваются как доброкачественные опухоли.

Лимфангиома – мягкая опухоль без четких границ, объем которой при надавливании значительно уменьшается.

Гемангиома имеет синевато-красный цвет с четкими неровными границами. Не возвышается над поверхностью кожи. При надавливании бледнеет, оставаясь видимыми только крупные сосудистые стволы.

В норме у здорового ребенка можно наблюдать слабую пульсацию сонных артерий кнаружи от грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Пальпаторно этот пульс не совпадает с систолой сердца (отрицательный).

При сердечно-сосудистой патологии осмотр шеи дает возможность обнаружить выраженную пульсацию сонных артерий и набухание шейных вен. Пульсация сосудов шеи у новорожденного может быть выражена при той сердеч-

ной патологии, которая создает условия или для застоя крови в связи с имеющимися внутрисердечными препятствиями к ее оттоку, или вследствие патологического сброса крови из аорты в желудочки сердца (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”). С помощью пальпации шеи устанавливают наличие патологического пульса и его совпадение с систолой сердца (положительный).

Закончив осмотр шеи, необходимо пропальпировать яремную ямку и лимфатические железы, расположенные в подкожной клетчатке. Пальпация лимфатических желез осуществляется указательным и средним пальцами обеих рук, которые располагают симметрично с обеих сторон шеи. Вначале пальпируют вдоль переднего и заднего края грудино-ключично-сосцевидных мышц, затем затылочную и подчелюстную области. В норме в этих областях (так же, как и в других – надключичных, подключичных и подмышечных областях) пальпируются безболезненные, подвижные, единичные, мягкие, мелкие группы лимфатических желез.

Увеличение **лимфатических узлов** на шее встречается при **железистой форме токсоплазмоза**.

При пальпации яремной ямки можно ощутить **пульсацию дуги аорты**, что встречается при открытом артериальном (баталлов) протоке (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”).

В случаях наклона головы в боковую сторону с некоторым поворотом ее вокруг своей оси и отклонением подбородка от яремной ямки или же ямкообразного западения под углом нижней челюсти следует исключить **кривошею**.

Кривошея бывает двух видов:

– врожденная, как результат укорочения грудино-ключично-сосцевидной мышцы при **нарушениях внутриутробного развития** или же как проявление наследственных дефектов, связанных с костно-суставными нарушениями – **синдром Клиппеля-Фейля и синдром Шпренгеля;**

– травматическая, вследствие разрыва мышцы во время родов с кровоизлиянием и образованием гематомы (роды в ягодичном предлежании).

Для определения кривошеи наряду с визуальной оценкой положения подбородка и головы необходимо провести пальпацию с использованием следующего приема. Ребенка следует взять на руки и держать горизонтально на боку здоровой стороной кверху. В этом случае голова свешивается книзу. При изменении положения (большая сторона кверху) голова остается почти горизонтальной, так как ее свисанию препятствует имеющееся укорочение грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Независимо от вида кривошеи ребенок должен быть проконсультирован хирургом-ортопедом для выработки наиболее рациональной терапии.

Видимые **анатомические изменения** в строении шеи наблюдаются при ряде наследственных заболеваний и сочетаются с такими аномалиями, как:

– клиновидная складка шеи (птеригиум) – продольно расположенная по боковой поверхности шеи от сосцевидного отростка к плечу. Характерна для **синдромов: Шерешевского-Тернера, Бонневи-Ульриха, Ульриха-Тернера;**

– короткая шея. Наблюдается при пороках развития шейного отдела позвоночника и плечевого пояса и является одним из проявлений **синдромов: Клиппеля-Фейля, Шпренгеля, Нол-Лаксовой-Повышиловой и Конради.**

Кожа и подкожная клетчатка

Кожа – самый обширный по площади и самый чувствительный орган тела ребенка, осуществляющий основной контакт с окружающей средой. Поэтому она в наибольшей степени подвержена различным неблагоприятным воздействиям.

Кожа новорожденного очень нежная, бархатисто-мягкая на ощупь. Она имеет выраженную реактивность и вазомоторную лабильность, в силу чего при воздействии факторов внешней среды может реагировать на это различными состояниями и заболеваниями. Кроме того, по состоянию кожи иногда можно говорить о целом ряде соматических или наследственных заболеваний. Поэтому осмотр кожи и ее придатков имеет большое значение для проведения дифференциального диагноза между физиологическими и патологическими процессами, а следовательно, и для определения состояния здоровья. Вот почему осмотр кожи должен проводиться особенно тщательно и последовательно.

При осмотре кожи необходимо обратить внимание на верхнюю треть левого плеча у дельтовидной мышцы, т.е. того места, где была произведена в родильном доме внутрикожная вакцинация вакциной БЦЖ. Обычно на месте инъекции образуется красное пятно, которое сохраняется в течение нескольких недель. Необходимо описать состояние кожи в месте введения вакцины БЦЖ. В случаях воспаления следует пропальпировать регионарные лимфатические узлы (подмышечные, кубитальные).

Путем легкого надавливания на кожу ребенка можно проверить, как быстро восстанавливается ее цвет. В норме при нормальном сосудистом тоне это восстановление занимает не больше трех секунд. При наличии на коже каких-либо элементов их необходимо пропальпировать. Элементы классифицируют на основании морфологии, размеров, цвета, плотности, конфигурации, локализации и распространенности. Врач должен решить, представляют ли собой эти изменения первичное повреждение кожи или же клинические признаки претерпели изменения под действием вторичных факторов (инфекция, травма, лечение и т.д.). В тех случаях, когда диагноз остается неясным, а состояние ребенка не вызывает опасений, требуется консультация дерматолога.

Описывается цвет кожи, ее эластичность, тургор, местная температура, степень влажности, распределение подкожно-жирового слоя, а также индивиду-

альные особенности. При наличии на коже каких-либо изменений (первичные или вторичные элементы) уточняют:

- время их появления – при рождении, в родильном доме на....день жизни или же дома;
- что, по мнению родителей, явилось причиной появления кожных изменений;
- первичную локализацию;
- первоначальный вид;
- размер и количество элементов;
- форму и цвет элементов;
- характер последующего распространения;
- если проводились лечебные мероприятия, то какие.

При описании элементов указываются все части тела, на которых они имеются, и, кроме того, преимущественная локализация (голова, туловище, сгибательные или разгибательные поверхности конечностей). Нельзя забывать осматривать поверхность ладоней и подошв. Особое внимание следует уделять складкам (за ушами, на шее, в подмышечных впадинах, носогубным, локтевым, подколенным, паховым, на бедрах, ягодичным, в межпальцевых промежутках). Выраженность складок зависит от упитанности ребенка. Асимметрия складок может свидетельствовать о неравномерности мышечного тонуса, а также о наличии костно-суставных аномалий (см. раздел: “Нижние конечности”). Для лучшего рассмотрения состояния кожи складки должны быть развернуты или растянуты.

Физиологическим явлением считается **шелушение** кожи ребенка в виде белесоватых чешуек, которые появляются в нормальных условиях на 3–5-й день жизни ребенка, а затем слущиваются. Это шелушение представляет собой процесс обновления кожи. У переносенного ребенка эти чешуйки могут быть в виде крупных пластинок, у недоношенного – они мелкие.

При наличии на коже каких-либо элементов необходимо указать их количество в виде: единичные (указывается их точное число), необильные (быстро сосчитываемые при осмотре) и обильные (множественные не сосчитываемые элементы). Размер элементов измеряется в миллиметрах или сантиметрах по наиболее развитым и преобладающим элементам. Форма элементов описывается как округлая, овальная, неправильная, звездчатая и т.д. Отмечается четкость и размытость краев. Особое внимание уделяется цвету элементов. Воспалительные элементы имеют оттенки красного цвета – от бледно-розового до синюшно-багрового.

Возникающие на коже и слизистых оболочках морфологические **элементы** делятся на **первичные и вторичные**. Часть первичных элементов претерпевает определенную эволюцию, что необходимо учитывать при постановке диагноза.

Первичные элементы возникают на неизменной ранее коже. Они подразделяются на: пятно (*macula*), волдырь (*urtica*), узелок (*papula*), бугорок

(tuberculum), узел (nodus), пузырек (vesicula), пузырь (bulla) и гнойничок (pustula).

Вторичные элементы являются результатом эволюции первичных элементов. К ним относятся: чешуйки (squama), корка (crustae), лишенификация (lichenificatio), трещина (phagades), ссадина (excoriatio), эрозия (erosio), язва (ulcus) и рубец (cicatrix).

В диагностике кожных заболеваний лучше всего идти от ведущего в клинике синдрома, от характера первичных или вторичных элементов и от их излюбленной локализации.

Для правильной трактовки выявленных морфологических особенностей элементов, отмеченных при осмотре кожи, их следует сопоставить с общим состоянием ребенка и результатами общего осмотра.

В норме цвет кожных покровов зависит от количества кожного пигмента (меланина), толщины рогового слоя, степени кровоснабжения и уровня гемоглобина, состояния мелких сосудов. У доношенного здорового ребенка образование пигмента слабое, поэтому цвет кожных покровов бледно-розовый.

Изменение цвета кожных покровов может быть как **физиологическим**, так и **патологическим** явлением и захватывать всю кожу (диффузно) или иметь ограниченный (локальный) характер.

Под влиянием патологических, а также некоторых физиологических состояний цвет кожи может изменяться.

Изменение цвета кожных покровов

Диффузная краснота кожи

Диффузная краснота кожи как **физиологическое явление** может возникать при **перегреве, длительном плаче и возбуждении**. Такая гиперемия носит временный характер и быстро проходит после устранения причины, вызвавшей ее.

У ребенка с внутриутробной гипотрофией, родовой травмой недоношенного и незрелого в течение 1–2 недель может сохраняться **физиологическая эритема** (физиологический катар, простая эритема). Она рассматривается как своеобразная реакция капилляров кожи (расширение) на факторы внешней среды и свидетельствует о несовершенной терморегуляторной способности.

Патологическая диффузная краснота, не связанная с заболеванием кожи, появляется **при**:

- фебрильных состояниях;
- эритроцитозе (увеличение числа эритроцитов).

К **кожным заболеваниям**, протекающим с генерализованным покраснением кожи, **относят**:

– десквамативную эритродермию Лейнера, которая манифестирует с лихорадочного состояния, покраснения кожи ягодиц, вокруг анального отверстия и

паховых складок, реже верхней части туловища. Пятнисто-папулезная сыпь быстро распространяется и создает ярко выраженную гиперемию. Образуются вялые пузыри и грубое крупнопластинчатое шелушение. Характерным является положительный симптом Никольского (если надавить или потереть кожу, происходит образование пузыря вследствие отслойки эпидермиса). Очень быстро практически весь кожный покров, за исключением лица, становится ярко-красным, и присоединяются диспепсические расстройства;

– эксфолиативный дерматит Риттера (токсический эпидермальный некролиз – см. раздел: “Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки”).

Пятнистые покраснения кожи

Это неоднородная группа заболеваний неинфекционного и инфекционного генеза.

К заболеваниям неинфекционного генеза относятся:

– потница. Возникает, как правило, на местах, которые плохо “вентируют”: в складках кожи, на ягодицах и задней поверхности туловища. Если ребенка плотно пеленают, потница может появиться на спине и груди. Это заболевание представляет собой высыпания на коже в виде маленьких точек размером меньше 1 мм красного цвета, которые между собой не сливаются и не повреждают кожу. Порой достаточно просто раскрыть ребенка, дав тем самым возможность коже “дышать”, и потница быстро исчезает;

– дерматит от подгузников. При использовании некачественного подгузника по его контуру кожа ребенка становится красной. В ряде случаев могут образоваться пузыри. Во избежание подобного дерматита необходимо порекомендовать маме использовать только подгузники известных фирм;

– пеленочный дерматит (интертригинозный дерматит, аммиачный дерматит, опрелости). Представляет собой пятнистое покраснение кожи, возникающее под воздействием на нее физических, химических, ферментативных и микробных факторов внутри пеленок или подгузника. В отличие от потницы, это заболевание дает нарушение целостности кожного покрова. Сначала появляется покраснение. Затем могут возникнуть эрозии, трещинки – верхний слой эпидермиса становится белесоватым, и в нем появляются разрывы, через которые виден более красный слой кожи. При прогрессировании обнажаются большие мокнущие поверхности кожи, которые доставляют ребенку большое беспокойство. Излюбленная локализация – область гениталий, ягодицы, нижние отделы живота и поясница. Может сопровождаться легким отеком кожи;

– себорейный дерматит появляется на 1–2-й неделе жизни, иногда в конце первого месяца. Характеризуется очаговой или диффузной гиперемией с инфильтрацией. Первичные элементы представлены в виде пятнисто-папулезной сыпи, вторичные – отрубевидными чешуйками. На волосистой части головы себористо-блестящие или тускло-серые чешуйки образуют корку (“чепчик”, гнейс). Может быть мацерация, мокнутие. Излюбленная локализация: лицо, во-

лосистая часть головы, естественные складки (особенно за ушами) и в тех же частях тела, что и при пеленочном дерматите;

– атопический дерматит. Возникает у детей с отягощенным аллергическим анамнезом. Для него характерны высыпания на коже, которые имеют типичную локализацию (щеки, лоб, сгибательная поверхность конечностей) и смешанный морфологический характер: пятно, папула, корка;

– токсическая эритема – доброкачественное раздражение кожи на факторы внешней среды (особенности адаптации). Первичные элементы представлены в виде везикуло-пустулезной или папулезной сыпи на эритематозном фоне, которые имеют излюбленную локализацию – разгибательные поверхности конечностей, вокруг суставов, ягодицы, грудь, реже – на лице и животе. Редко элементы токсической эритемы покрывают все тело. Исчезает самостоятельно.

Сосудистое родимое пятно, гемангиома (сосудистые невусы). Понятие “сосудистое родимое пятно” объединяет **гемангиомы и лимфангиомы.**

Гемангиомы являются наиболее частой формой доброкачественных опухолей. Поэтому ребенок с данной патологией должен наблюдаться дерматологом и хирургом.

Кавернозная гемангиома выступает над кожей. Опухоль на ощупь мягкая, преимущественно с гладкой поверхностью, но испещренная неравномерными трещинами и щелями. Цвет ее варьирует от карминово-красного до сине-красного. Характеризуется быстрым ростом на первом году жизни. Может достигать диаметра 10–15 см. На 2–3-м году опухоль может уменьшиться.

Особые формы гемангиом:

– *болезнь Рандю-Ослера* (телеангиоэктазии) наследуется по аутосомно-доминантному типу. Характерна триада симптомов: 1) телеангиоэктазии в виде точек, линейных или звездчатых пятен, локализующихся на лице (щеки, лоб, подбородок, крылья носа), ушных раковинах, на отдельных участках туловища, слизистой полости рта и внутренних органов, 2) склонность к кровотечениям, 3) отягощенная наследственность;

– *синдром Казабача-Мерритта*. Возникает сразу после рождения или в первые недели жизни. Проявляется одиночной, обширной гемангиомой (до 15 см), возвышающейся над поверхностью кожи, с нечеткими границами, отечным венчиком по периферии и плотной консистенции. Излюбленная локализация – лицо, руки (чаще правая), шея, туловище, слизистые. На коже часто появляются петехии за счет тромбоцитопении. Могут быть кровотечения;

– *синдром Клиппеля-Треноне* (невус варикозный остеогипертрофический) наследуется по аутосомно-доминантному типу. Представляет собой сочетание поверхностной гемангиомы, располагающейся односторонне на ноге, реже – на руке, и макромелии (см. раздел: “Нижние конечности”);

– *синдром Стерджа-Вебера-Краббе* (ангиоматоз энцефало-тригеминальный) Наблюдается с рождения или в первые месяцы жизни. Характеризуется соче-

танием одностороннего кожного, глазного и мозгового ангиоматоза. Излюбленная локализация – по ходу тройничного нерва на лице. Редко может располагаться на шее, грудной клетке, животе, губах, носу и деснах. Следствием внутричерепной локализации гемангиомы являются приступы судорог, иногда гемипарез на противоположной стороне;

– *синдром Гиппеля-Линдау* (ангиоматоз цереброретинальный, генерализованный гемангиоматоз). Выявляется достаточно рано. Наследуется аутосомно-доминантно. Локализуется не только на коже лица, конечностях, животе, груди в виде единичных туберозно-кавернозных гемангиом, но и во внутренних органах (печень, желудочно-кишечный тракт, центральная нервная система и др.). Осложнением данного синдрома нередко являются внутренние кровотечения.

Пятнистое покраснение кожи инфекционного генеза отмечается при грибковом дерматите (кандидоз кожи, дерматит при молочнице, кандидозный дерматит). Клинически проявляется в виде кандидозной опрелости или “сухого” кандидозного дерматита. Для кандидозной опрелости характерно развитие на гиперемированной коже в паховых, ягодичных, подмышечных и шейных складках эрозий с мокнутием. Участки мокнутия окружены фестончатым краем отслоившегося эпидермиса белого цвета. По краям пораженных участков – везикулы и пустулы, так называемые “сателлиты”. “Сухой” кандидозный дерматит (кандидоз гладкой кожи) проявляется яркой гиперемией с инфильтрацией в местах прилегания мокрых подгузников (пеленок). Эритема имеет бахромчатые границы с четко выраженным краем, обрамленным белым ободком отслоившегося эпидермиса. Пустулы – сателлиты, локализуются на окружающей коже. В анальной области часто бывают беловатые трудно отделяющиеся наложения, которые являются характерным признаком грибкового дерматита. У мальчиков может быть поражена кожа мошонки и полового члена с развитием эрозивного баланита, у девочек поражаются половые губы и влагалище. Степень поражения кожных покровов может колебаться от единичных элементов на коже до почти тотального поражения всей поверхности тела.

Рожистое воспаление, эксфолиативный дерматит Риттера, некротическая флегмона подкожной клетчатки – см. раздел: “Гнойно-воспалительные заболевания кожи”.

Бледность кожных покровов

Общая бледность кожных покровов довольно часто возникает вследствие гипоксии, которая может являться **проявлением:**

- анемического синдрома (кровотечение, гемолиз);
- врожденного порока сердца белого типа;
- угнетения дыхательного центра;
- гипогликемии;
- метаболической гипоксии;
- сепсиса;

– слабости дыхательной мускулатуры в результате повреждения шейного и верхнегрудного отделов спинного мозга.

Те же состояния могут быть причиной **изолированного цианоза** носогубного треугольника и (или) акроцианоза. Кроме того, изолированная бледность встречается при **периферических отеках, синдроме Арлекина**. В основе синдрома Арлекина лежит изменение тонуса сосудов в зависимости от положения тела. Так, если ребенок лежит на боку, то эта половина становится розовой, а противоположная – бледной.

Практически важно отличать истинную бледность кожи и слизистых, обусловленную качественным или количественным изменением состава крови, от псевдоанемии, вызванной спазмом сосудов, при которой слизистые остаются розовыми.

Анемические пятна (анемический невос) вызываются временным или постоянным прекращением тока крови на данном участке кожи вследствие спазма сосудов или врожденного отсутствия сосудов на данном участке.

Мраморность кожи

Диффузная мраморность встречается у **недоношенного** (у доношенного – при **переохлаждении**), а также при поражении вегетативного отдела центральной нервной системы. Сочетание диффузной мраморности кожи с ее дряблостью характерно для **синдрома Дауна**.

Мраморный рисунок кожи с цианотическим оттенком является частым спутником **сердечной недостаточности**.

Изолированная мраморность руки характерна для **акушерских параличей**.

Цианоз кожных покровов и слизистых

Цианоз у новорожденных встречается довольно часто.

При выявлении у новорожденного цианоза следует выяснить, какой он имеет характер:

– **периферический цианоз** (физиологический, акроцианоз, дистальный). Наблюдается у многих практически здоровых детей и считается обычным явлением в первые дни нахождения ребенка дома. Он является результатом не ликвидированных к этому времени особенностей зародышевого типа кровообращения. Локализуется только на стопах, кистях рук и вокруг рта. Усиливается во время пеленания, кормления, крика, беспокойства, охлаждения. Наиболее часто данный вид цианоза встречается у недоношенного. По мере постнатальной адаптации новорожденного периферический цианоз постепенно уменьшается, а затем полностью исчезает;

– **цианоз центрального происхождения** (постоянный). Возникает при недостаточности насыщения крови кислородом и следствии этого – гипоксии. Может быть обусловлен сердечно-сосудистой патологией и экстракардиальными

причинами (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”).

С целью уточнения характера цианоза выясняют:

– время его возникновения (в родильном доме или дома). Появление цианоза с первого дня рождения свойственно больным с пороками развития крупных сосудов, а в более позднем возрасте – с пороком сердца, при котором возможно перемена направления сброса крови – открытый артериальный (баталлов) проток, дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки и др. (см. раздел: “Семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы”);

– при каких обстоятельствах он был впервые установлен (без явной причины, при кормлении, крике, беспокойстве);

– постоянен ли он или возникает приступами;

– первичная локализация (вокруг рта, на кончиках пальцев, кончике языка, щеках, слизистых оболочках или тотальный);

– менялся ли оттенок цианоза в течение времени. Если менялся, то каким был вначале (бледно-голубой, фиолетовый, вишнево-красный, серый и др.).

Исследуя ребенка, у которого имеется цианоз, следует установить тяжесть его состояния, локализацию и характер цианоза, а также учесть сопутствующие ему состояния – тахидиспноз, втяжение уступчивых мест грудной клетки или симптом Кравеца, судороги и провоцирующие факторы – крик, кормление.

Различают цианоз:

– постоянный;

– транзиторный, который может служить клиническим признаком гипогликемии, диабетической фетопатии, сепсиса, менингита;

– тотальный (общий), захватывающий всю поверхность тела;

– региональный (местный): периоральный – вокруг рта и носогубного треугольника, акроцианоз – цианоз кистей и стоп, дистальный – цианоз кончиков пальцев, мочек ушей, губ, кончика языка и носа. Этот вид цианоза характерен для сердечной недостаточности (см. раздел: “Семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы”);

– изолированный цианоз верхней конечности возможен в случае выпадения руки в родах при поперечном положении плода. Иногда он сопровождается травму шейного отдела спинного мозга (паралич Дюшенна-Эрба и Керера).

Для правильной клинической интерпретации цианоза следует помнить об основных механизмах его происхождения.

Цианоз центрального происхождения (постоянный). Этот вид цианоза, как правило, тотальный. Встречается у детей с **внутричерепной родовой травмой, при гипертензионно-гидроцефальном синдроме**. Может также быть и в результате **незрелости дыхательного и вазомоторного центров**, что часто отмечается у **незрелого и недоношенного ребенка**. Он возникает при угнете-

нии дыхательного центра или при поражении дыхательной мускулатуры. Характеризуется, наряду с приступами апноэ или поверхностным дыханием, еще и судорогами. Иногда отмечается снижение сосательного рефлекса и напряжение большого родничка.

Цианоз легочного (дыхательного) происхождения обычно слабый. Располагается преимущественно в области носогубного треугольника и на лице (вокруг глаз). Появляется и усиливается при плаче и беспокойстве, так как при задержке дыхания на выдохе происходит еще большее снижение PO_2 . Встречается при **синдроме респираторных нарушений (пневмония, ателектаз, пневмоторакс, врожденные пороки развития легких, диафрагмальная грыжа, аспирация и др.)** и сопровождается одышкой и другими респираторными синдромами. Цианоз при этих заболеваниях может быть приступообразного характера, но всегда сочетается с бледностью кожных покровов. Чем больше дыхательная недостаточность и меньше напряжение кислорода, тем выраженнее и распространеннее цианоз. При отсутствии очаговых изменений в легких нужно иметь в виду, что к приступообразному цианозу может приводить и банальный ринит.

Цианоз сердечно-сосудистого происхождения возникает в результате повышения давления в малом и при застое в большом круге кровообращения. Тотальный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек у новорожденного почти всегда указывает на **врожденный порок сердца** синего типа со сбросом крови справа налево. Этот вид цианоза носит, как правило, постоянный характер, усиливаясь при физическом напряжении (кормление, плач). В легких случаях цианоз может быть регионального характера (акроцианоз). При сосудистой недостаточности цианоз имеет сероватый оттенок (см соответствующие разделы).

У новорожденного ребенка в связи с особенностями гемодинамики порок сердца не всегда выслушивается в первые дни и недели. В этом случае на его существование должна наводить информация о длительном цианозе и прогрессивно ухудшающемся состоянии ребенка.

Цианоз с некоторой отечностью ног встречается у ребенка, родившегося в **ножном предлежании**, а также при **повреждении спинного мозга на уровне поясничных сегментов**.

Желтуха

В практике участкового педиатра на первом или последующих патронажах мать новорожденного может пожаловаться на появление (или усиление) у ребенка желтушности кожи. Наряду с жалобой на изменение цвета кожных покровов могут быть жалобы на обесцвеченный стул и появление на пеленках (подгузниках) темных пятен с резким запахом или жалобы на изменение цвета мочи.

Под термином “желтуха” (icterus) подразумевается большая и разнообразная группа заболеваний приобретенного и наследственного характера, которые не всегда являются заболеваниями печени.

Печень – это центральный орган, который принимает участие во всех видах обмена, а также в образовании и секреции желчи и детоксикации. При нарушениях метаболизма билирубина и наследственных нарушениях углеводного и жирового обмена развивается синдром желтухи.

Одним из проявлений желтухи является желтая окраска кожи и слизистых оболочек, связанная с нарушением равновесия между образованием и выведением билирубина.

Клинически желтуха проявляется при уровне билирубина 68–120 ммоль/л и может выявляться у практически здорового ребенка.

В случаях избыточного содержания билирубина при несовершенстве и особенностях его обмена у новорожденного создаются условия для развития тяжелых, а в ряде случаев необратимых заболеваний и состояний. Вот почему от участкового педиатра в случаях наличия у ребенка желтухи требуется не только ее констатация, но и правильная трактовка.

Знание билирубинового обмена позволяет участковому педиатру понимать механизм возникновения желтухи, а следовательно, быстрее ориентироваться в клинической симптоматике и дифференциации.

Основным источником образования билирубина у новорожденных являются фетальный гемоглобин эритроцитов и гемосодержащие вещества (ферменты и миоглобин), а основным местом его метаболизма служит печень.

Печень выполняет три важнейшие функции в обмене билирубина: захват билирубина из крови печеночной клеткой, связывание билирубина с глюкуроновой кислотой и выделение связанного билирубина из печеночной клетки в желчные капилляры. В этих процессах принимают участие различные ферменты.

Билирубин, образующийся в ретикуло-гистиоцитарной системе (купферовские клетки печени, селезенка, костный мозг и т.д.) при разрушении гемоглобина и гемосодержащих веществ, является **непрямым (свободным) билирубином**. Данный вид билирубина не растворим в воде, не выводится с мочой даже при значительном его повышении в крови. В определенной концентрации свободный билирубин является токсичным для клеток центральной нервной системы.

Непрямой билирубин транспортируется в кровотоке в соединении с альбумином, что делает его нетоксичным для клеток центральной нервной системы, так как он не проникает во внутриклеточную жидкость. У новорожденного, особенно у недоношенного, отмечается относительная гипоальбуминемия.

Процесс превращения непрямого (свободного) билирубина в прямой происходит в печени. В цитоплазматической мембране отделяется прямой (свобод-

ный) билирубин от альбумина. Внутриклеточные протеины захватывают билирубин и переносят его в гепатоцит, где в присутствии микросомального печеночного фермента глюкуронилтрансферазы он соединяется с глюкуроновой кислотой, образуя **прямой билирубин (билирубин-глюкуронид, связанный билирубин)**. Этот комплекс представляет собой водорастворимое и нетоксичное соединение, что обеспечивает переход его в желчь и фильтрацию в почках. Выделение билирубина в желчь – конечный этап обмена билирубина в печеночных клетках.

Термины “непрямой” (свободный, не связанный с глюкуроновой кислотой) и “прямой” (глюкуронид-билирубина, связанный с глюкуроновой кислотой) билирубин указывают на вид химической реакции при определении их по методу Ван ден Берга.

Так прямая реакция (прямой билирубин) идет сразу же после соединения сыворотки с диазореактивом с образованием красного или розового цвета. Непрямая реакция (непрямой билирубин) в такой модификации не идет. Реакция с диазореактивом возможна только после добавления спирта.

Билирубин сыворотки крови отражает соотношение между образованием билирубина и его удалением гепатоцитами. Причиной любой желтухи является нарушение равновесия между образованием и выделением билирубина.

Таким образом, повышение несвязанного билирубина в крови объясняется увеличенным его образованием, нарушением захвата или конъюгации. Содержание связанного билирубина повышается в результате уменьшения экскреции или обратного попадания пигмента из гепатоцитов в кровоток.

По результатам биохимического исследования билирубина можно констатировать избыток свободного билирубина, если не менее 15% общего билирубина представлено связанной фракцией. Об избытке связанного билирубина следует говорить в том случае, если более чем 30% общего билирубина представлено его конъюгированной фракцией.

Обмен билирубина у новорожденного, особенно у недоношенного, отличается транзиторной недостаточностью активности системы глюкуронилтрансферазы печени, “ответственной” за конъюгацию свободного билирубина. Это приводит к его накоплению в плазме крови даже при обычно протекающем процессе разрушения эритроцитов. Нарастание активности глюкуронилтрансферазной системы происходит только к концу первой – началу второй недели жизни.

Глюкуронилтрансферазная система у новорожденного, кроме того, довольно чувствительна к воздействию целого ряда неблагоприятных факторов. Она угнетается под воздействием гипоксии, асфиксии, родовой травмы и интеркуррентных заболеваний. Ингибируется под влиянием эстрогенов материнского молока и ряда лекарств (антибиотики, гормоны, сульфаниламиды, витамин К), детоксикация которых происходит с помощью системы глюкуронилтрансфера-

зы. Все эти факторы могут способствовать накоплению непрямого (свободного) билирубина и усилению желтухи

Накопление непрямого билирубина в крови уже само по себе опасно для новорожденного ребенка, так как при определенных концентрациях свободного билирубина (у доношенного выше 308–372 мкмоль/л, у недоношенного – 163–171 мкмоль/л) начинает проявляться его токсическое действие.

При повышении пороговой концентрации прямого билирубина в крови он может появиться в моче. **Билирубинурия** указывает на **повышенный гемолиз или на поражение печени**.

После образования в печени прямого билирубина он вместе с желчными кислотами и желчными пигментами экскретируется в желчь, которая вырабатывается гепатоцитами.

Связанный билирубин в желчи образует с холестерином, фосфолипидами и солями желчных кислот липидный комплекс, на поверхности которого адсорбируются другие компоненты желчи. Липидный комплекс обеспечивает выделение желчи из печени в кишечник и эффективное пищеварение.

Желчные кислоты синтезируются из холестерина с образованием холевой и хенодезоксихолевой кислот. Большая часть их связывается с глицином или таурином с образованием тауро- и глицин-конъюгатов (до 80%) и только 20% остаются в свободном состоянии. В таком виде они поступают в желчь. В печени содержится ферменты холазы, обладающие способностью расщеплять тауро- и глицин-конъюгаты.

В нормальных условиях в сыворотке крови содержится небольшое количество неконъюгированных (свободных) желчных кислот. При увеличении желчных кислот в крови заметные количества их выделяется с мочой.

Содержание желчных кислот в крови может резко увеличиться при различных поражениях печени, при механической желтухе. Уменьшение же желчных кислот связано с понижением синтеза желчных кислот в печени.

Уровень желчных пигментов у здорового ребенка невысок. Он может повышаться за счет увеличения фекального уробилиногена (стеркобилиногена) при гемолизе, а также при повышенном содержании связанного билирубина в крови. При механической желтухе билирубин в крови отсутствует.

Желчь, вырабатываемая гепатоцитами, проходит сложную систему желчных ходов, расположенных внутри печени. Соединяясь между собой, они образуют общий печеночный проток. Последний, сливаясь с пузырным протоком, впадает в общий желчный проток, который открывается в просвет двенадцатиперстной кишки. С желчью билирубин, желчные кислоты выводятся в кишечник.

В кишечнике с помощью бактерий прямой билирубин последовательно превращается в стерко- и уробилин, а затем в стеркобилиноген и в уробилиноген. Стеркобилиноген (уробилиноген) – конечный продукт превращения билирубина в кишечнике – является основным пигментом кала.

Большая часть этих веществ вместе с желчными кислотами выделяется с калом. Содержание стеркобилина и стеркобилиногена в кале бывает повышенным (темный стул) при гемолизе эритроцитов (гемолитические анемии), при рассасывании кровоизлияний. Снижение уровня стеркобилина до полного его отсутствия (обесцвеченный, или ахоличный стул) отмечается при паренхиматозных гепатитах, при холестазах, при обтурации желчевыводящих путей.

В кишечнике не выделенные с калом стеркобилиноген, уробилиноген и желчные кислоты всасываются в воротной и геморроидальной венах. Из воротной вены эти вещества поступают в печень, где стеркобилиноген и уробилиноген частично окисляются в прямой билирубин. Часть же остается в неизменном виде. В такой форме эти два соединения поступают в желчь и далее в кишечник. Желчные кислоты захватываются печеночной клеткой и до 90–95% разрушаются ферментами – холазами.

Другая часть желчных пигментов (билирубин, биливердин, стерко- и уробилиноген) и желчных кислот, всосавшихся в геморроидальную вену, с током крови попадают в общий круг кровообращения.

Увеличение выделения уробилиногена с мочой может свидетельствовать о нарушении функции печени по задержанию или экскреции его в желчь, а также при образовании таких больших количеств билирубина и, соответственно, уробилиногена, которые не могут быть полностью реабсорбированы печенью – гемолитические анемии. В такой ситуации эти вещества поступают в общий круг кровообращения и выводятся в большом количестве с мочой (темная моча). В подобных случаях уробилинурия может сочетаться с билирубинемией в самых разнообразных количественных соотношениях.

При полном непоступлении в кишечник желчи (полная закупорка желчных путей) уробилиновые тела совершенно исчезают из мочи.

Патологическая уробилинурия – один из наиболее ранних и чувствительных признаков нарушения функции печени.

Особенностью билирубинового обмена у новорожденного является его взаимосвязь с другими видами обмена: углеводным, белковым, липидным. Известен ряд наследственных болезней обмена веществ, которые клинически проявляются накоплением билирубина в крови и появлением желтухи.

При наличии у ребенка желтухи следует исключить ее наследственный характер, уточнить время и этапность ее появления. Необходимо также поинтересоваться, какие препараты мать принимала во время беременности и после родов, а также какие лекарства получал ребенок после рождения. В тех случаях, когда новорожденный ребенок перенес гемолитическую болезнь, в обменной карте должна быть указана форма и уровень билирубина, а также все лечебные мероприятия, которые проводились ребенку.

Если мать предъявляет жалобы только на желтуху, то следует поинтересоваться аппетитом ребенка и наличием диспепсического синдрома. Снижение

аппетита и диспепсический синдром наблюдаются при многих болезнях печени и желчных путей.

При осмотре необходимо дать оценку тяжести состояния. Это является очень важным моментом, так как некоторые формы желтух протекают с вполне удовлетворительным состоянием ребенка: все формы желтух, связанные с низкой активностью фермента глюкуронилтрансферазы, нарушением экскреции глюкуронид-трансферазы, синдром сгущения желчи, дефицит α 1-антитрипсина, муковисцидоз и др. (исключение – синдром Криглера-Наяйра и наследственные болезни обмена). Все остальные формы желтух протекают с тяжелым, а в ряде случаев и с крайне тяжелым состоянием. При описании кожи и слизистых следует дать оценку их цветовой гамме (оттенку) и равномерности распределения. Желтушность на склерах лучше всего определяется в местах, прикрытых веками. Желтушная окраска кожных покровов чаще всего бывает более выраженной в тех местах, которые защищены от прямых солнечных лучей (живот, подмышечные области, складки шеи, за ушами).

Распределение билирубина происходит неравномерно. Раньше всего окрашиваются слизистые оболочки (склеры, нижняя поверхность языка, небо), затем кожные складки на лице, кожа вокруг носа и рта, ладони и подошвы. Позже окрашивается вся кожа. В легких случаях желтушное окрашивание может ограничиться только окраской склер. Такую желтуху называют *субиктеричной*.

Желтушная окраска может быть различных оттенков. **Оранжево-желтый цвет** характерен для паренхиматозных желтух и обычно наблюдается в ранние сроки заболевания, в частности, при гепатите. **Лимонно-желтый цвет** кожных покровов больше характерен для гемолитических желтух. **Зеленовато-желтый** оттенок желтухи чаще встречается при механических (застойных) желтухах.

Если склеры при дневном свете окрашены в желтый цвет, значит, уровень билирубина в сыворотке превышает 17 ммоль/л (1 мг%).

При описании желтухи следует указать степень ее выраженности (интенсивная, умеренная, слабо выраженная, иктеричность). Степень выраженности желтухи отражает уровень билирубина в крови. При резко выраженной желтухе уровень билирубина выше 300 ммоль/л, при средней – от 80 до 300 ммоль/л и при умеренной – до 80 ммоль/л. Клиническим эквивалентом умеренной желтухи является отсутствие видимой желтушной окраски кожных покровов. При резко выраженной желтухе уже отчетлива и желтизна ладоней и стоп.

Наряду с желтухой при гемолитических анемиях отмечается анемический синдром, который проявляется бледностью кожи и слизистых. Наличие данного синдрома указывает на механизм возникновения желтухи. В обязательном порядке должны быть определены размеры печени и селезенки и выяснена окраска кала и мочи (лучше всего, когда врач сам видит цвет кала и мочи).

Для ориентации в характере желтухи важно после тщательно проведенного клинического обследования ребенка правильно систематизировать симптомные проявления заболевания и проанализировать другие клинические проявления, которые часто и помогают провести дифференциальный диагноз.

В основу классификации желтух у новорожденных положен механизм их возникновения и плацдарм, на котором развивается патологический процесс.

Выделяют **надпеченочные, печеночные и подпеченочные желтухи**.

У новорожденных практическое значение имеют ограниченное количество желтух, что определяется особенностью данной возрастной группы.

Надпеченочные желтухи

Основная причина надпеченочных желтух – **наследственные и приобретенные гемолитические анемии**.

Под гемолитическими анемиями понимается группа заболеваний, объединенных единым симптомом – патологически повышенным разрушением эритроцитов. В связи с повышенным гемолизом образуется большое количество непрямого билирубина. Печеночные клетки пытаются снизить концентрацию непрямого билирубина путем повышения захвата, связывания с глюкуроновой кислотой и экскреции. Однако гепатоциты имеют определенный порог по захвату и связыванию непрямого билирубина. Не метаболизируемый клетками печени билирубин в кровотоке связывается с альбумином, приводя к неяркой билирубинемии и к снижению уровня альбумина.

Несмотря на то, что гепатоциты, хотя и экскретируют избыточное количество прямого билирубина, все же не в состоянии полностью его вывести. Поэтому прямой билирубин (связанный), но не экскретированный гепатоцитом, забрасывается в кровоток, что и приводит к его увеличению, но в меньшей степени, чем непрямого. Билирубинемия в основном за счет непрямого билирубина.

Экскретированный в большом количестве в желчь прямой билирубин образует в кишечнике избыток уро- и стеркобилина. Последний, выделяясь с калом, создает его темный цвет, а уробилин приводит к уробилинурии.

Гемолитические желтухи различного генеза имеют ряд общих симптомов. К ним относятся: 1) острое начало; 2) тяжелое состояние; 3) умеренная лимонно-желтая окраска склер и кожи наряду с более или менее выраженной бледностью; 4) увеличение селезенки; 5) отсутствие ахолического кала; 6) в моче: билирубин не обнаруживается, содержание уробилиногена (желчных пигментов) повышено; 7) в анализе крови: нормо- или гиперхромная анемия, ретикулоцитоз, морфологические изменения эритроцитов могут быть в виде анизоцитоза, макро-микроцитоза, полихроматофилии, мишеневидных эритроцитов и др.

Приобретенные гемолитические анемии:

– гемолитическая болезнь новорожденного обусловлена несоответствием крови матери и плода по системе АВ0 или Rh-фактору. Причем при несовместимости по Rh-фактору желтуха появляется в первые часы жизни ребенка, в то

время как при несовместимости по системе ABO она довольно часто появляется на 3–5-й день жизни. Это может привести в родильном доме к ошибочной трактовке ее как физиологической и к выписке ребенка под наблюдение участкового врача.

Участковый педиатр должен помнить, что ребенок, перенесший гемолитическую болезнь новорожденных, имеет фактор риска по развитию синдрома “сгущения желчи”. Поэтому стабильно сохраняющуюся иктеричность кожи и слизистых при появлении насыщенной мочи и светлого стула без изменений в состоянии ребенка следует расценивать как проявление синдрома “сгущения желчи”;

– аутоиммунные гемолитические анемии. При этих формах анемий антитела вырабатываются против антигенов собственных неизменных эритроцитов;

– желтуха при массивном кровоизлиянии (кефалогематома, ретроперитонимальная гематома, кровоизлияния в кожу обширного характера). Несмотря на то, что данный вид желтухи по механизму не относится к гемолитической анемии, его отнесли в эту группу за счет того, что при рассасывании кровоизлияний происходит усиленное образование непрямого билирубина, что может содействовать гемолизу.

Наследственные гемолитические анемии:

– микросфероцитарная гемолитическая анемия (болезнь Минковского-Шофара). При данной форме анемии имеется дефект мембраны эритроцитов%

– гемолитическая анемия, обусловленная недостаточностью глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах%

– гемоглобинопатии (талассемия, гемоглобинозы) – заболевания, в основе которых лежит нарушение структуры белковой части гемоглобина – глобина.

Печеночные желтухи

Эта достаточно большая группа желтух включает в себя нарушения метаболизма билирубина в печени изолированного или комбинированного характера: нарушение захвата, нарушение конъюгации (конъюгационные, ферментопатические желтухи) и нарушение экскреции (холестатические).

I. Изолированные нарушения метаболизма билирубина:

– нарушение захвата печеночной клеткой непрямого билирубина.

В основе данного вида желтух имеет место затрудненное отщепление билирубина от альбумина плазмы и соединение его с цитоплазматическими протеинами. В изолированном виде не встречается;

– нарушения связывания непрямого билирубина с глюкуроновой кислотой, вызванные дефицитом или низкой активностью глюкуронилтрансферазы. Такой вид нарушений встречается **при:**

1) Физиологическом дефиците физиологическая желтуха, наиболее частая форма желтухи у новорожденного. Низкая активность глюкуронилтранс-

феразы является физиологичной для данного возраста и носит транзиторный характер. Чаще всего эта желтуха появляется на 3-й день жизни ребенка и исчезает к 6–12 дню жизни. Сначала она выявляется на лице, затем на туловище, конечностях, конъюнктивах и слизистых, т.е. имеет этапность в ее появлении. Общее состояние ребенка не страдает. Кожа имеет оранжевый (апельсиновый) оттенок. У недоношенных детей физиологическая желтуха встречается чаще, при этом она более выражена и держится дольше.

2) Наследственном дефиците синдром Криглера-Найяра (пигментный гепатоз). Характер передачи наследственного дефекта по аутосомно-рецессивному или аутосомно-доминантному типу, что и проявляется в характере течения. При первом типе передачи наследственного дефекта заболевание имеет злокачественное течение с развитием ядерной желтухи.

Аутосомно-доминантное наследование характеризуется мягким течением и слабой желтухой с умеренным повышением непрямой фракции билирубина.

3) Приобретенном дефиците. Ингибирующее действие на созревание трансферазы может оказать неблагоприятное течение беременности и родов (асфиксия, внутричерепная родовая травма). Это приводит к возникновению затяжной физиологической желтухе, которая может сохраняться до 4 недель. В рассматриваемую группу входят:

– эстрогенная желтуха (“желтуха от материнского молока”, транзиторная гипербилирубинемия Ариаса-Люцея). “Желтуха от материнского молока” может встретиться у ребенка, который находится на естественном вскармливании. Интенсивность желтухи прогрессивно увеличивается к 1–2-й неделе жизни, когда ребенок начинает получать достаточное количество грудного молока, и сохраняется до 2–3 месяцев без каких-либо жалоб. Появление желтухи может совпадать с половым кризом. В основе данного состояния лежит высокий уровень эстрогенов в грудном молоке, который оказывает ингибирующее действие на глюкуронилтрансферазную систему печени ребенка;

– лекарственная желтуха. Ряд медикаментов (стероидные препараты, левомицетин, ментол, сульфаниламиды, салицилаты, витамин К и др.) в процессе детоксикации соединяются, подобно билирубину, с глюкуроновой кислотой. При даче этих медикаментов в периоде новорожденности может повыситься уровень непрямого билирубина и появиться желтуха. Особенно выражено влияние этих медикаментов на билирубиновый обмен у недоношенного ребенка;

– желтуха при гипотиреозе. Появляется на 2–3-й день жизни и сохраняется до 4–5 месяцев. Такая длительность желтухи объясняется не только недостаточностью щитовидной железы, гормон которой влияет на созревание системы глюкуронилтрансферазы, но и способностью кожи детей с гипотиреозом задерживать билирубин. В дальнейшем к желтухе присоединяются симптомы ги-

потиреоза: отечность тканей, грубый голос, сухость кожи и волос, задержка процессов окостенения, повышение уровня холестерина в крови;

– желтуха у новорожденных, рожденных от матерей, больных сахарным диабетом. У таких новорожденных отмечается повышение в крови непрямого билирубина, что сопровождается желтухой, обусловленной задержкой созревания у ребенка глюкуронилтрансферазной системы;

4) Ингибировании системы глюкуронилтрансферазы избыточным количеством веществ образующихся при наследственных болезнях обмена.

В основе этих заболеваний лежат генные мутации и, как следствие, недостаточность или полное отсутствие того или иного фермента. В группу заболеваний протекающих с желтухой у новорожденных, входят: 1) наследственные болезни обмена аминокислот – тирозинемия; 2) наследственные болезни обмена углеводов – галактоземия и фруктоземия; 3) наследственные болезни обмена липидов – болезнь Вольмана и болезнь Нимана-Пика типа А; 4) наследственные дефекты цикла образования мочевины – гипераммониемия, тип I; 5) генетически обусловленная задержка экскреции желчи (пигментные гепатозы) – синдромы Дабина-Джонсона и Ротора. Желтуха при данных синдромах связана с нарушением экскреции конъюгированного билирубина (внутрипеченочная холестатическая желтуха). В основе этой желтухи лежат нарушения экскреции желчи непосредственно из гепатоцита или внутрипеченочных желчных протоков.

Холестатическая желтуха сопровождается повышением содержания в сыворотке крови как прямого, так и непрямого билирубина. Выделение уробилиновых тел с калом и мочой понижено или отсутствует. Выявляется характерный клиничко-биохимический симптомокомплекс: повышение активности ферментов холестаза, желчных кислот, холестерина.

Внутрипеченочный холестаз может развиваться при синдроме сгущения желчи, муковисцидозе и дефиците α 1-антитрипсина.

II. Желтухи, связанные с нарушением всех видов метаболизма билирубина (печеночно-клеточные, гепатоцеллюлярные, паренхиматозные).

Печеночно-клеточные желтухи у новорожденного возникают при внутриутробном или постнатальном инфицировании различными инфекционными агентами, воздействующими на структуры печени (вирусы гепатита, цитомегалии, герпеса, краснухи; бактериями листериоза, сифилиса, а также простейшими – токсоплазмоз).

В основе данного вида желтух лежит сочетанное поражение печеночных клеток, приводящее к нарушению захвата непрямого билирубина и его конъюгации, что и определяет увеличение в крови концентрации свободного билирубина. Задержка выведения образовавшегося билирубин-глюкуронида в сочетании с отеком перипортальных пространств создают внутрипеченочный холестатический компонент и застой желчи в печени. В результате этого свя-

занный билирубин сбрасывается через синусоидальный полюс гепатоцита и поступает в общий кровоток, повышая тем самым уровень прямого билирубина. Невозможность печеночной клетки захватить не только свободный билирубин, но и связанный приводит к преимущественной прямой билирубинемии. За счет этого моча приобретает темно-желтый цвет и дает положительную реакцию на желчные пигменты и уробилиноген. Стул слабо окрашен или обесцвечен.

При внутриутробном инфицировании (врожденный или фетальный гепатит) болезнь выявляется уже с рождения или на 3–5-й день жизни. Большая часть внутриутробных инфекций наряду с желтухой характеризуется наличием патномоничных синдромов, в виде пороков развития, поражения центральной нервной системы и органов чувств.

При постнатальном инфицировании желтуха появляется значительно позднее, на второй-третьей неделе жизни. Желтуха имеет серовато-зеленоватый оттенок и сопровождается интоксикацией (вялость, анорексия, срыгивания, рвота), гепатоспленомегалией и иногда геморрагическим синдромом.

Подпеченочные желтухи

(обтурационная, механическая, внепеченочная холестатическая)

При подпеченочных желтухах внутриклеточный метаболизм билирубина и экскреция его из печеночных клеток не нарушены. Данный тип желтух возникает при обструкции желчных протоков и нарушении оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Встречается **при**:

- атрезии желчевыводящих путей;
- кисте общего желчного протока;
- гипоплазии внутривнутрипеченочных протоков;
- синдроме сгущения желчи;
- пилоростенозе;
- высокой кишечной непроходимости.

Для подпеченочной желтухи характерно нарастание желтухи и повышение содержания в сыворотке крови преимущественно прямого и в меньшей степени непрямого билирубина. Стул при полной непроходимости протоков – ахоличный (цвет белой глины), уробилиноген (стеркобилиноген) не определяется. Моча интенсивно окрашена в желтый цвет и содержит в большом количестве желчные пигмента и желчные кислоты.

Желтуха у новорожденного ребенка, протекающая на фоне повышения температуры, вялости, сонливости, отказа от еды, появления или усиления срыгиваний, рвоты, гепатоспленомегалии требует немедленной госпитализации.

После осмотра ребенка с желтухой, если позволяет его состояние и не требуется экстренная госпитализация, необходимо:

1. Определить тип гипербилирубинемий – конъюгированная или неконъюгированная желтуха.

2. При конъюгированной гипербилирубинемии решить, с чем она связана – с холестаазом или с печеночно-клеточной патологией.

3. При неконъюгированной гипербилирубинемии установить этиологию заболевания.

При неконъюгированной гипербилирубинемии содержание общего билирубина в плазме крови увеличено и более 85 % его составляет несвязанный билирубин; билирубинурия отсутствует.

При конъюгированной гипербилирубинемии содержание общего билирубина в плазме крови увеличено и более 50 % его составляет связанный билирубин; характерна билирубинурия.

Кроме того, следует провести лабораторную скрининг-дифференциальную диагностику, которая в сочетании с полученными клиническими данными поможет определиться в диагнозе. В лабораторный скрининг должны быть включены: 1) клинический анализ крови с обязательным подсчетом количества ретикулоцитов; 2) биохимический анализ крови с определением холестерина, билирубина и его фракций, общего белка и отдельных его фракций, а также печеночных ферментов, участвующих в интермедиарном обмене – трансаминазы, альдолазы, щелочная фосфатаза, дегидрогеназы и пептидазы; 3) анализ мочи с определением желчных пигментов; 4) определение австралийского антигена – HBs Ag.

Пигментные аномалии кожи (дисхромии)

Дисхромии могут быть проявлением расового или национального признака, а также являться наследственными или врожденными заболеваниями. В основе этих состояний лежит избыток (гиперхромия) или недостаток (гипохромия) вплоть до полного отсутствия (ахромия) в коже и в волосах пигмента – меланина. Наличие у новорожденного ребенка одного-трех пятен цвета кофе с молоком не рассматривается как патология. Дисхромии могут быть одним из симптомов кожного или общего заболевания и проявляться в генерализованной (диффузной) форме или отдельных рассеянных пятен гипер- или гипопигментации.

В диффузной (генерализованной) форме протекает диффузный **врожденный меланоз**. Диффузная гиперпигментация кожи отмечается уже при рождении. Позднее присоединяется гиперкератоз кистей рук. Патологии со стороны внутренних органов не выявляется. Такой же формой характеризуется и болезнь Нимана-Пика – заболевание с нарушенным липидным обменом. Проявляется коричневой генерализованной пигментацией кожи, желтухой, диспепсическими расстройствами, гипотрофией и гепатомегалией.

Отдельные гиперпигментированные пятна (пигментные невусы). Выявляются как при рождении, так и позже и имеют кожную локализацию в виде

плоских четко очерченных пятен разнообразной окраски и без воспалительных явлений. Отмечается предрасположенность к малигнизации. В случаях усиления окраски, увеличения размеров и уплотнения пигментного пятна необходима консультация онколога.

Встречается несколько клинических **разновидностей пигментных невусов:**

– гигантский пигментный невус (врожденный пигментный невус) имеет эмбриональное происхождение и обнаруживается при рождении. Занимает большие участки тела, располагаясь симметрично или односторонне, и заметно выступает над ее поверхностью. Имеет черный цвет и выраженное оволосение. Иногда эта форма невуса сочетается с эпилептиформными припадками, гидроцефалией;

– зостероформный, веснучатый невус. Представляет собой одностороннее линейное образование, состоящее из множественных мелких, коричневатого или черного цвета пятнышек на лице, туловище и конечностях;

– невус Ота – постоянное синевато-серое пятно на лице с одной стороны. Располагается в зонах иннервации 1-й и 2-й ветвей тройничного нерва. У некоторых детей отмечается пятнистое поражение склер и других тканей глаза, слизистой оболочки носа и щек;

– голубой невус – представляет собой группу пигментных клеток, скопившихся в дерме и просвечивающихся через покрывающий их эпидермис. Выглядят как синеватые единичные пятна округлой или овальной формы, не резко отграниченные и слегка возвышающиеся над поверхностью кожи. Располагается голубой невус чаще на лице и верхних конечностях. Редко – на туловище, иногда на слизистой рта. Подобные невусы в области крестца и ягодич называются **монгольскими пятнами**. К 5–6 годам жизни эти пятна исчезают самопроизвольно.

Рассеянные пятна гиперпигментации:

– синдром Пейтца-Егера проявляется в виде гиперпигментных пятен на губах и слизистых оболочках в сочетании с полипозом кишечника;

– синдром Мак-Кьюна-Олбрайта – представлен в виде крупных, часто односторонних, пятен с неправильными границами и эндокринными нарушениями;

– нейрофиброматоз (болезнь Реклинхаузена) характеризуется наличием на коже не менее шести пятен цвета кофе с молоком и имеющих диаметр более 1,5 см. Дополнительным ранним диагностическим признаком являются веснушки в подмышечных областях и пятнистая гиперпигментация кожи верхней трети туловища, паховых складок промежности. В последующем на коже появляются нейрофибромы, а также неврологическая симптоматика.

Гипопигментации

Недостаток (отсутствие) меланина, как и его избыток, может быть генерализованным (диффузным) и локальным в виде рассеянных или отдельных пятен.

– *Диффузная гипопигментация* проявляется в виде светлой слабо пигментированной кожи (фенилкетонурия) или цвет кожи белый (альбинизм полный). Для фенилкетонурии также характерно наличие голубых глаз и склонность к atopическому дерматиту. Альбинизм полный, кроме отсутствия пигмента в коже, волосах, бровях, ресницах и в радужной оболочке, отчего глаза приобретают красновато-розовый цвет, проявляется также спонтанным нистагмом, светобоязнью и различными пороками развития.

– *Рассеянные (отдельные) гипопигментированные пятна* представляют собой отдельные участки кожной депигментации. В эту группу дисхромий входят: 1) альбинизм частичный (парциальный). Считается легкой формой болезни и выражается в депигментированных, разбросанных по всему телу участках, что придает ей пестрый вид. Отсутствие пигмента отмечается и в волосах; 2) витилиго – белые пятна на любом участке тела, окруженные пигментированной полоской, переходящей постепенно в нормальную кожу; 3) ахроматический невус – локализованное пятно или полосы гипопигментации часто с причудливыми, неправильными границами.

Геморрагический синдром

Геморрагический синдром у новорожденного может быть представлен в виде петехиальной сыпи, кровоизлияний и кровотечений **вследствие:**

- родовой травмы;
- асфиксии;
- транс- и изоимунной тромбоцитопении;
- заболеваний печени и желчевыводящих путей;
- геморрагической болезни новорожденных;
- сепсиса.

Геморрагическая сыпь меняется в процессе эволюции. Поэтому она может приобретать различные цвета в зависимости от ее давности (синий, фиолетовый, пурпурный, желтый), что необходимо учитывать при ее описании.

Припухлость в паховой области

При выявлении припухлости в паховой области необходимо уточнить, когда она появилась и что ей предшествовало. Особое внимание следует уделить поведению ребенка, его аппетиту. При описании припухлости необходимо описать ее цвет, а при пальпации уточнить кожную температуру, плотность, смещаемость, болезненность, напряженность. Все эти данные в сочетании с общим состоянием ребенка помогут в проведении диагностического алгоритма.

К припухlostям в этой области могут **приводить:**

- паховый крипторхизм (см.);
- паховая грыжа (см.);
- водянка оболочек яичка (гидроцеле – см.);

- перекрут яичка (см.);
- водянка семенного канатика (см.);
- лимфаденит паховый. Увеличение паховых лимфатических узлов у новорожденных часто обусловлено воспалительным процессом неспецифической этиологии в рядом находящейся области и в большинстве своем носит реактивный характер. К таким заболеваниям относятся: пеленочный (интертригиозный дерматит), импентиго, локализованная гнойная инфекция и др.

Патологические образования на ягодицах

На ягодицах могут быть синеватые единичные пятна округлой или овальной формы без четких границ и слегка возвышающиеся над поверхностью кожи, которые называются **монгольскими пятнами**. Эти пятна являются дисхромиями (см.).

Западения ягодицы характерно для поражения поясничного отдела спинного мозга – симптом “проколотого мяча”.

Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки (пиодермии)

Диагноз пиодермия у новорожденного всегда ответственен, так как требует от участкового педиатра не только установления формы заболевания, но и оценки тяжести состояния с учетом преморбидного фона и факторов риска. Кроме того, врач должен предвидеть возможность прогрессирования развития болезни, с тем чтобы своевременно госпитализировать ребенка. В случаях, когда ребенок по состоянию оставлен дома, педиатр должен посещать его ежедневно до полного выздоровления с проведением всего комплекса лечебных и санитарно-гигиенических мероприятий.

Поражения кожи

Гнойничковые поражения кожи встречаются наиболее часто. Они чаще локализуются в естественных складках, на шее, в области пупка, в местах наибольшего загрязнения.

Везикулопустулез – наиболее распространенная и наиболее легкая форма локализованной гнойной инфекции. Первичными морфологическими элементами везикулопустулеза являются пузырьки до 5 мм в диаметре, возникающие чаще на неизменной вокруг элементов коже. Они наполнены вначале серозным экссудатом (везикула), а затем гноем (пустула). Локализация элементов везикулопустулеза самая разнообразная (волосистая часть головы, естественные складки, нижняя часть живота, ягодицы, бедра). Общее состояние, как правило, без изменений, температура нормальная.

У недоношенного, маловесного ребенка и у ребенка с морфофункциональной незрелостью, родовой травмой процесс может распространяться не только

по поверхности кожи, но и в глубину ее. В этих случаях возможна трансформация везикулопустулеза в множественные абсцессы, флегмону, пемфигус.

Пузырчатка новорожденных эпидемическая (пемфигус, импентиго). Это поверхностные пустулы в виде вялых пузырей (волдырей) от 0,2–0,5 см до 2–3 см, наполненных серозным или серозно-гнойным содержимым и окруженные венчиком гиперемии, имеющей инфильтративное основание. Данная форма пиодермии может быть следствием прогрессирования везикулопустулеза или же возникать самостоятельно.

Первичная излюбленная локализация элементов пузырчатки – в области пупка, нижней части живота, конечностей, в паховых и шейных складках.

В зависимости от степени распространенности данной формы пиодермии и величины фликтен заболевание может протекать в легкой форме, при которой общее состояние ребенка страдает незначительно. Если заболевание протекает в тяжелой форме, то оно сопровождается токсикозом, фебрильной температурой, срыгиваниями, анорексией и т.д. и заканчивается, как правило, сепсисом.

Большое практическое значение для участкового педиатра имеет дифференциация пузырчатки новорожденного с сифилитической пузырчаткой. Дифференциальный диагноз весьма прост: при **сифилитической пузырчатке** ребенок обычно рождается с сыпью – пузырями на малиново-красном фоне или же она появляется на 2–3-й день жизни и имеет определенную локализацию – на ладонях и подошвах. Наряду с пузырями при сифилитической пузырчатке имеются яркие пятна розово-красного цвета и папулы. Кроме того, она, как правило, сопровождается и другими симптомами врожденного сифилиса: специфическим насморком, трещинами в уголках рта и глаз, увеличением селезенки.

В сомнительных случаях ребенка и мать следует обследовать на сифилис.

Псевдофурункулез Фингера (абсцесс потовых желез) – гнойное воспаление потовых желез с образованием абсцессов.

Заболеванию может предшествовать потница или везикулопустулез. Обычно процесс начинается с образования гнойничков устьев волосяных фолликулов, расположенных на волосистой части головы, ягодицах, в естественных складках. По мере прогрессирования процесса происходит постепенное гнойное расплавление всей потовой железы с образованием абсцесса и развитие регионарного лимфаденита.

Процесс может переходить в сепсис.

Рожистое воспаление. Вызывается гемолитическим стрептококком и манифестирует чаще всего с появления в области пупка или на лице зигзагообразной гиперемии с припухлостью и инфильтрацией. Общее состояние ребенка прогрессивно ухудшается, отмечается фебрильная температура 39–40°C, анорексия, рвота, понос.

Рожистое воспаление, как правило, мигрирует и может привести к развитию сепсиса.

Эксфолиативный дерматит Риттера (токсический эпидермальный некролиз) – генерализованная форма стафилококковой инфекции у новорожденно-го ребенка.

В начале заболевания появляется ограниченная гиперемия и мацерация кожи вокруг пупка или углов рта. В дальнейшем отмечается быстрая распространенность процесса по всему телу и отслойка эпидермиса с образованием эрозивных участков кожи багрово-красного цвета (ожог кипятком). На слизистой полости рта могут быть язвенные поражения.

При проведении пальцем по неизменной коже возникает отслойка эпидермиса с образованием вялых пузырей (положительный симптом Никольского).

Чем раньше начинается заболевание, тем серьезнее прогноз, так как развивается обезвоживание, сепсис и различные септические осложнения (абсцессы, флегмоны, отит, гнойный конъюнктивит, пневмония, омфалит, менингит).

Гнойничковые поражения клетчатки

Некротическая флегмона подкожной клетчатки. Рассматривается как проявление сепсиса. Она характеризуется острым и тяжелым течением. Процесс быстро распространяется с ягодично-крестцовой области или с грудной клетки на прилежащие участки.

Первичным элементом является красное пятно с четкими границами, на ощупь горячее и болезненное. Пятно быстро увеличивается в размерах и приобретает синюшный (цианотичный) оттенок с размягчением в центре за счет образования гноя и некротических масс. По мере увеличения некроза кожа приобретает черный цвет и отторгается, обнажая подлежащие ткани. Общее состояние ребенка тяжелое, фебрильная температура, рвота, понос, анорексия и т.д.

Диагноз “флегмона новорожденного” вначале представляет затруднения. В этот период нередко ставится диагноз “рожа”. Однако внимательный осмотр, выявляющий наличие характерной локализации с уплотнением кожи в центре, позволяет исключить рожу.

Абсцесс подкожной клетчатки. Представляет собой полость, наполненную гноем и ограниченную от окружающих тканей и органов пиогенной мембраной. Чаще всего является исходом острого гнойного процесса при лимфадените, флегмоне, реже развивается после повреждений кожных покровов. Гнойник может возникнуть также вследствие гематогенного метастазирования при наличии других очагов гнойной инфекции (метастатический процесс).

Локализация абсцессов самая разнообразная и соответствует первичной локализации гнойной инфекции.

Клинически абсцесс характеризуется ограниченной припухлостью, гиперемией кожи, местным и общим повышением температуры, токсикозом, резкой болезненностью. Характерным признаком абсцесса является феномен зыбления (флюктуации) при пальпации.

Острый парапроктит – острое воспаление клетчатки, расположенной около прямой кишки и ануса. Может протекать локализовано и в виде диффузного флегмонозного процесса.

Внедрению инфекции способствуют поврежденная (мацерированная) кожа промежности, а также врожденные параректальные свищи и местное отложение солей кальция (кальциноз).

Клинически острый парапроктит в начале проявляется в виде гиперемии и болезненной инфильтрации ректальной области, субфебрильной температурой, беспокойством ребенка, особенно при дефекации и мочеиспусканиях. Затем отмечается размягчение бывшего уплотнения с возможным самопроизвольным вскрытием гнойника и постепенным заживлением.

При вовлечении в процесс глубоких слоев клетчатки развивается флегмона.

Другие локализации гнойно-воспалительных заболеваний см. в соответствующих разделах: **Конъюнктивит и дакриоцистит** (раздел: “Глаза”); **Паронихий и панариций** (раздел: “Конечности”); **Омфалит, фунгус пупка** (раздел: “Пупок”).

Эластичность и тургор кожи

На ощупь кожа у ребенка первого месяца жизни бархатистая, мягкая с хорошим тургором, но очень нежная и поэтому легко ранима.

Для определения эластичности кожи необходимо указательным и большим пальцами захватить кожу там, где мало подкожно-жирового слоя (на тыльной поверхности кисти, на передней поверхности грудной клетки над ребрами, в локтевом сгибе) в небольшую складку, после чего пальцы отнять. Если кожная складка расправляется сразу же после отнятия пальцев, то эластичность кожи считается нормальной. Если расправление кожной складки происходит постепенно, это указывает на **снижение эластичности кожи**, что отмечается у **недоношенных, у детей с внутриутробной гипотрофией и другими соматовегетативными расстройствами**. При этом обычно эластичность страдает в меньшей степени, чем тургор тканей. Помимо снижения эластичности такого генеза, встречается наследственно обусловленное снижение эластичности кожи при синдроме преждевременного старения (прогерия). Своеобразное изменение растяжимости кожи бывает при наследственно обусловленных изменениях структуры коллагена или эластических волокон, когда кожа легко отделяется от подкожной клетчатки и легко собирается в длинные складки, а иногда просто висит в виде складок (**синдром Элерса-Данлоса**). Подобные изменения бывают и при некоторых хромосомных синдромах (**синдром Эдварса**).

Общее нарушение эластичности и растяжимости кожи необходимо отличать от локальных кожных складок, например, от крыловидных складок на шее у девочек с **синдромом Шерешевского-Тернера**; от избыточности кожи на го-

лове при **микроцефалии** (см). Морщинистая, в складках кожа наблюдается и при **гипофизарном нанизме**.

Отеки кожи и подкожной клетчатки

Отечность кожи и подкожной клетчатки значительно изменяют эластичность и тургор тканей.

Отек (oedema) – опухание ткани вследствие увеличенного скопления жидкости в тканевых пространствах. Отечная жидкость в отличие от жидкости воспалительного происхождения называется транссудатом (воспалительная жидкость – экссудат).

В механизме развития отека определенное значение имеет сосудистый фактор, так как он определяет степень проницаемости сосудистой стенки.

Целенаправленное выявление отеков включает осмотр и пальпацию тыла стоп и кистей, передней поверхности голеней над большеберцовой костью и области крестца, наружных половых органов, под глазами, брюшной стенки, а также лопаточных областей.

Семиотика отека складывается из увеличения объема тканей и органов с изменением их контуров, побледнением, похолоданием, повышенного блеска поверхности (вследствие сглаживания складок). Для отечной кожи очень характерным признаком является образование даже при легком давлении пальцем (указательным или большим) медленно сглаживающейся ямки. Взятая же складка отечной кожи между пальцами всегда толще обычной кожи и расправляется с трудом. Пальпаторно отечная кожа ощущается мягкой и тестоватой.

Отеки у новорожденного ребенка могут носить **физиологический характер**, а также быть проявлением многих заболеваний, особенно **почечных, сердечно-сосудистых и эндокринно-обменных**. Особое диагностическое значение имеет длительно сохраняющаяся отечность кистей и стоп у девочек как один из наиболее ранних симптомов **синдрома Шерешевского-Тернера** или **врожденного гипотиреоза**.

Легкая пастозность физиологична для неонатального периода и для недоношенного ребенка. Она может располагаться на дистальных отделах конечностей (запястья, стопы), пояснице, передней брюшной стенке. Отеки половых губ и мошонки (лобка) появляются при **гормональном кризе**. При разгибательных вставлениях (лобное, лицевое) отмечается отечность лица, степень выраженности которой может быть различной. Локальная отечность в низу живота в виде тая бывает при тугом пеленании ребенка.

Отеки разделяют на ограниченные (местные) и **распространенные** (общие, генерализованные).

К **отекам местного** характера относят **инфекционно-токсические** отеки, в основе которых лежит повреждение капилляров. Этот вид отеков встречается

при **аллергических состояниях и механических препятствиях** (застойные) – **тромбофлебит, лимфангиома, при затруднении оттока по лимфатическим сосудам на почве неопластических или воспалительных поражений**. Отеки при застое лимфы редко имеют большие размеры, так как лимфатические сосуды изобилуют коллатералиями (см. раздел: “Конечности”). Небольшой отек в области лопаточной кости может быть следствием перелома ее, что подтверждается рентгенологически.

Отечный синдром при аномалиях почек и сердечно-сосудистой системы может появиться и после выписки из родильного дома. Почечные отеки имеют ряд характерных особенностей, которые дают основание уже при обычном клиническом обследовании заподозрить их происхождение. Отеки часто развиваются быстро или даже внезапно и обычно мягкие, белесые. Нередко они оказываются первым признаком почечного заболевания (**врожденный нефротический синдром, псевдогипоальдостеронизм**) и имеют излюбленную локализацию в области век, надлобковой области, спине и конечностях, т. е. в тех местах, где имеется рыхлая подкожная клетчатка.

Изменения кожи, напоминающие отеки. По первому впечатлению, за отек кожи и подкожной клетчатки можно принять изменения кожи при недостаточности щитовидной железы (микседема – слизистый отек) и при эмфиземе подкожной клетчатки (скопление воздуха в подкожной клетчатке). Часто весьма схожие при осмотре, они без труда различаются при пальпации. Обычный отек при давлении пальцем легко дает характерную ямку. Слизистый же отек или совсем не дает ямки, или она получается с большим трудом. При эмфиземе подкожной клетчатки ямка образуется так же легко, как и при обычном отеке, но при этом слышится и ощущается своеобразный треск или крепитация вследствие лопания воздушных пузырьков.

У незначительной группы детей встречается **особая форма отечности** кожи и подкожной клетчатки, не имеющей ни застойного, ни воспалительного характера. Такая форма отека называется **склередемой**. Отек появляется в первые 3–4 дня жизни и обнаруживается чаще всего в области тыла стоп, голеней, икроножных мышц, лобковой области и половых органов. В некоторых случаях он может распространяться на ягодицы. Склонность к генерализации отсутствует. Кожа напряженная и холодная, бледная, иногда красновато-багрового цвета. При надавливании на кожу пальцем остается ямка, очень медленно исчезающая.

Волосы и ногти

Осмотр придатков кожи новорожденного может дать ценную информацию о состоянии здоровья обследуемого. При исследовании ребенка необходимо дать описательную характеристику волос и ногтей. Их изменения часто сопутствуют различным формам генодерматозов или являются одним из проявлений экто-

дермальной дисплазии. Между тем могут встречаться и изолированные формы поражения волос и ногтей.

Волосы

У доношенного новорожденного на туловище всегда имеется умеренная пушковая растительность (**лануго**), которая особенно выражена на плечах и спине. Впоследствии эти волосы выпадают и заменяются постоянными. У недоношенного лануго выражено особенно. При описании волос следует обращать внимание на отклонения в локализации роста волос. Таким отклонением, например, является наличие значительной растительности на небольшом участке в пояснично-крестцовой области. В этом месте часто определяют **spina bifida** (см.). Избыточное оволосение на любом участке кожи, имеющем черный цвет, характерно для **гигантского пигментного невуса**.

Волосы на голове у новорожденного могут быть различной длины и густоты, но могут и отсутствовать, что вызывает беспокойство родителей. В этом случае их необходимо успокоить, подчеркнув, что качество волосяного покрова в данный момент не определяют рост волос и качество их в дальнейшем. Характер постоянного волосяного покрова выявляется лишь к началу второго года жизни.

Брови развиты сравнительно мало и часто светлого цвета.

Ресницы развиты значительно лучше, чем брови, и у брюнетов они нередко богаты пигментом.

Врожденная алопеция – наследственное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования. Проявляется при рождении в виде **отсутствия волос на голове, отсутствия ресниц и бровей**. Иногда **алопеция** бывает на ограниченном участке (гипотрихия). Отсутствие волос может сочетаться с отсутствием ногтей (анонихия врожденная) либо с дистрофическими изменениями их (**деформация, ломкость**), что обусловлено внутриутробными нарушениями развития матрицы ногтей.

Кроме врожденной алопеции, существует и **приобретенная**. Она характеризуется равномерным или гнездным (локальным) **выпадением волос на голове ребенка** на фоне тяжелых заболеваний или после них.

Избыточное оволосение (гипертрихоз, гирсутизм) выявляется уже при рождении в виде волосатости всего кожного покрова и во многих случаях является **конституциональной особенностью**. Волосы распределены по всей поверхности тела, особенно на плечах, спине. Они представляют собой мягкий пушок (lanugo). В течение 7–10 дней этот пушок выпадает. Для недоношенного ребенка характерно обильное оволосение.

Гипертрихоз и низкий рост волос на лбу и шее может быть признаком **дисэмбриогенеза** различной этиологии. Иногда гипертрихоз имеет ограниченный характер (конечности, лицо).

Перекрученные волосы (трихокинез) – врожденная дистрофия волос. Наблюдается у девочек со светлыми волосами, в виде очагового поражения волос, которые как бы повернуты вокруг своей оси. В первые недели жизни ребенка отмечается рост тонких, сухих, тусклых, хрупких, пушистых, различной длины волос, имеющих сероватый или белый цвет. Отмечается пестрота цвета в виде участков темных и светлых, блестящих и матовых волос.

Трихокинез иногда сочетается с **узловой ломкостью волос** (трихоптилоз), являющейся **врожденной** или **приобретенной дистрофией**. Вдоль стержня волос на некотором расстоянии друг от друга образуются сероватые узелки волос. В области узелка волос легко обламывается, образуя на конце кисточку или метелку.

Ногти

Ногти на руках и ногах у новорожденного хорошо развиты и доходят до кончиков пальцев. Однако их слабое развитие не является непременным признаком незрелости ребенка. В первые дни жизни наступает временная задержка роста ногтей, что в последующем проявляется образованием на ногтевой пластинке поперечной “физиологической полосы”.

Когтеобразные ногти (онихогрифоз) отмечаются с рождения и являются результатом трофических нарушений в области ногтевого ложа. Поражаются как отдельные ногти, так и все ногтевые пластинки. Ногти выглядят утолщенными за счет подногтевого гиперкератоза. Имеют каменистую плотность. Цвет серый или желто-коричневый. На поверхности ногтей видны продольные и поперечные борозды.

Врожденная пахионихия. Отмечается с рождения. Представляет собой либо **самостоятельное заболевание**, либо является одним из симптомов некоторых **врожденных эктодермальных дисплазий**. Наблюдается поражение большинства или всех ногтей на руках и ногах. Ногтевые пластинки тусклые, серовато-желтого или коричневого цвета, они утолщены иногда до степени онихогрифоза.

Онихошизис – пластинчатое расщепление ногтей.

Онихорексис – повышенная ломкость ногтевых пластинок.

Койлонихия – дистрофия ногтей в виде истончения их с ладьеобразным вдавлением в центре.

Онихогетеропия – аномальное расположение ногтей в области боковых поверхностей пальцев рук и ног, связанное с экто- и мезодермальной дисплазией.

Позвоночник

Оценив мышечный тонус и проведя ортопедический осмотр головы и шеи, участковый педиатр продолжает осмотр, исследуя позвоночник, конечности и грудную клетку.

При осмотре позвоночника следует обратить внимание на его форму, подвижность различных отделов, наличие патологических образований в поясничной или крестцовой области.

Обычно позвоночник новорожденного ребенка прямой и имеет хорошую подвижность во всех отделах.

Искривление позвоночника вперед носит название **лордоза**, назад – **кифоза**, в сторону (в бок) – **сколиоза**.

Неправильные изгибы позвоночника в виде кифоза и/или сколиоза (кифосколиоза) вследствие деформации отдельных позвонков в сочетании с малоподвижным шейным отделом позвоночника характерны для **синдрома Клиппеля-Фейля**.

Spina bifida (спинно-мозговая грыжа) – врожденное расщепление в теле позвонка в крестцовой или поясничной области. В подкожной клетчатке при закрытой спинно-мозговой грыже в пояснично-крестцовой области пальпируется опухолевидное образование, а на коже – гипертрихоз, пигментация, врожденные рубцы и углубления в виде ямки.

Синеватые пятна округлой или овальной формы без четких границ и слегка возвышающиеся над поверхностью кожи в крестцовой области носят название **монгольских пятен** (см. раздел: “Пигментные аномалии кожи”).

Асимметрия поясничной области (небольшой отек мягких тканей) подозрительна в отношении **кровоизлияния в надпочечник**.

Конечности

Осматривая конечности, необходимо описать их положение во время сна и бодрствования с учетом предлежания ребенка в родах (см. раздел: “Положение тела и поза”). Обращают внимание на симметричность строения конечностей, установку стоп и кистей рук, пальцев. Обязательно должны быть осмотрены околоногтевые валики, ногти и ладонная поверхность пальцев рук для исключения локализованной гнойной инфекции (паронихий, панариций). При наличии поперечной ладонной борозды следует исключить другие стигмы дизэмбриогенеза. Для характеристики состояния тазобедренных суставов участковый педиатр должен определять симметричность кожных складок на передней и задней поверхности бедер, ягодицах, симптом “щелчка”.

В случаях выявленных патологических изменений со стороны верхних или нижних конечностей (врожденные или приобретенные) следует дать им правильную характеристику и привлечь к консультации хирурга-ортопеда и невролога.

Особенностью строения нижних конечностей у новорожденного является некоторое искривление их, что является физиологичным. Пальцы на руках и ногах отделены друг от друга; смыкаясь с кистью, они образуют небольшую складку на ладонной поверхности.

Различные образования на конечностях – см. раздел: “Пигментные аномалии кожи”.

Отклонения в строении конечностей

Мягкие ткани и костные структуры определяют форму и размер конечностей. Изменения конечностей могут касаться их объема (увеличение или уменьшение), зависящего в основном от мягких тканей, их длины и формы, которые обусловлены костными структурами.

Увеличение объема конечностей может быть вызвано такими причинами, как **отек, варикозное расширение вен, гемангиомы, лимфангиомы.**

Дисмелия – отсутствие конечности.

Микромелия – уменьшение размеров конечности из-за укорочения или отсутствия одной из костей.

Эктомелия – дефект развития конечностей, вызванный лучевым воздействием.

Перомелия – культя конечности, напоминающая ампутационную культю.

Верхние конечности

Гнойно-воспалительные заболевания:

паронихий – воспаление околоногтевого валика с гнойным отделяемым и резкой болезненностью;

панариций – собирательное понятие, включающее различного рода острые гнойные воспаления тканей пальцев, чаще встречающиеся на ладонной поверхности. Является более тяжелым заболеванием, чем паронихий.

Клинически заболевание характеризуется болезненностью и нарушением функции, припухлостью, краснотой, повышением местной и общей температуры. Часто под ногтем скапливается гной, нередко с поражением или отслойкой ногтя, регионарным тендовагинитом, гнойным артритом, лимфангоитом.

В тех случаях, когда у ребенка выявлены очаги локализованной гнойной инфекции, должны быть очень внимательно осмотрены конечности на предмет ранней диагностики **остеомиелита.**

При подозрении на остеомиелит действия участкового педиатра при обследовании ребенка должны быть щадящими. Пальпацию и перкуссию пораженной кости следует проводить очень осторожно. Достоверные сведения о процессе можно получить при нагрузке по оси конечности (поколачивание по оси усиливает боль).

Основным местным симптомом является спонтанная боль пораженной конечности различной интенсивности. Вначале появляется ограничение подвижности конечности и вынужденное ее положение, вплоть до сгибательной контрактуры с резкой болезненностью при пассивных движениях. Вскоре появляется гиперемия, отек, повышение местной температуры.

Пороки развития

Пороки развития пальцев **разнообразны и не особенно редки. К ним относятся:**

– синдактилия – сращения пальцев;

- олигодактилия (адактилия) – уменьшенное количество пальцев;
- полидактилия – наличие одного или нескольких дополнительных пальцев;
- макродактилия – короткие пальцы;
- гипоплазия (аплазия) – недоразвитие (отсутствие) большого пальца на руке, один из признаков **синдрома Фанкони**;
- клинодактилия – укорочение и искривление внутрь V пальца на руке, наблюдается при **синдромах Дауна, Бонневи-Ульриха** и др.;
- штыковидный палец – признак нарушенной моторики при **минимальной церебральной дисфункции**;
- арахнодактилия (“паучья кисть”) – удлиненные и утонченные пальцы на руках, один из признаков **синдрома Марфана**.

Пороки кисти:

- *кисть в виде лапы* – широкая короткая кисть формируется при следующих **синдромах: Дауна, Пфаундлера-Гурлер**;
- *поперечная ладонная борозда*. Встречается при **синдромах Дауна и Корнели де Лонге**, но может быть и у вполне здорового ребенка. Поэтому, изолированный, этот симптом сам по себе не имеет диагностического значения;
- *“висячая рука”* (“ластовидная кисть”, симптом “тюленьей лапки”, паралич Дежерин-Клюмпке) – свисание кисти при горизонтальном положении предплечья. **Признак поражения спинного мозга** на уровне нижних шейных сегментов;
- *симптом “когтистой”* или *“птичьей лапки”*. Характерен для поражения **центральной нервной системы** и проявляется в виде разгибания пальцев рук;
- *симптом “обезьяньей кисти”* – приведение большого пальца к ладонной поверхности при сгибательном положении первых фаланг остальных четырех пальцев. Встречается при **поражении центральной нервной системы**.

Нижние конечности

Врожденные и приобретенные аномалии нижних конечностей встречаются чаще, чем аномалии верхних.

Косолапость – патологическое положение стоп:

- конская стопа (*pes equinus*) – стойкое подошвенное сгибание. Может возникать в результате **родовой травмы**, но чаще – при **болезни Литтля** (детский церебральный паралич);
- внутренняя косолапость (*pes varus*) – приподнимание медиального края стопы (супинация) с поворотом пальцев ног к средней линии (аддукция). Довольно часто **сочетается** с другими **врожденными аномалиями**: *spina bifida*, *hydrocephalus*, заячья губа, волчья пасть (см. соответствующие разделы) и другими пороками развития;
- наружная косолапость (*pes valgus*) – приподнимание латерального края стопы с его отведением. Может быть связана как с **ортопедическими**, так и с **неврологическими повреждениями**;

– пяточная стопа (*pes calcaneus*) – разгибательная контрактура;
– свисающая стопа (*pes excavatus*, полая стопа). Непосредственной причиной деформации является **нарушение мышечного равновесия** в результате паретического ослабления отдельных мышц или их гипертонии. Типично ослабление или полное функциональное выпадение передней большеберцовой мышцы, так что перевес берут антагонисты ее – длинная малоберцовая и трехглавая мышцы голени. Длинная малоберцовая мышца, прикрепляясь к основанию I плюсневой кости на подошвенной поверхности, оттягивает ее головку книзу;

– дисплазия и врожденный вывих тазобедренного сустава. Встречаются достаточно часто. Заподозрить наличие данной патологии у ребенка еще до осмотра помогают указания на наследственную предрасположенность недоразвития тазобедренного сустава, а также рождение ребенка в ягодичном предлежании, недоношенность и другие факторы.

При **обследовании тазобедренных суставов** обращают внимание на:

– сравнительную длину нижних конечностей, количество и глубину складок на бедрах и на ягодичках. При измерении симметрично вытянутых ног от срединного ориентира (пупок, лон, мечевидный отросток) в нормальных условиях они не должны различаться по длине, а складки должны быть симметричными на обеих ногах;

– определение величины угла пассивного отведения бедер. При врожденном вывихе отмечается ограничение разведения ног, согнутых под прямым углом. В норме величина угла отведения должна быть не менее 70–90° с каждой стороны;

– выявление симптома “щелчка” (симптом вправления и вывихивания, симптом Маркса – Ортолани, симптом соскальзывания). Характерный щелчок соскальзывания головки бедра в вертлужную впадину при сгибании ног в коленных и тазобедренных суставах с последующим равномерным отведением бедер;

– наружно ротационную установку нижней конечности (стопа как бы вывернута наружу, это хорошо заметно во время сна). Особенно характерна при одностороннем вывихе.

При одностороннем вывихе тазобедренного сустава внешняя симптоматика проявляется в виде укорочения бедра, увеличения количества и глубины складок на бедре, имеющем патологию. В положении на животе – разное расположение поперечных складок, более высокое расположение ягодичной складки на стороне патологии.

Для определения величины угла пассивного отведения бедер ребенок должен лежать на спине (рис. 3).

Нижние конечности, согнутые под углом 90° в тазобедренных и коленных суставах, постепенно, без насилия отводятся в сторону. При наличии физио-

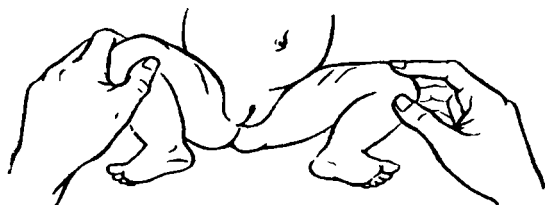


Рис. 3. Определение величины угла пассивного отведения бедер (пояснение в тексте)

дает его отведение. При дисплазии величина угла пассивного отведения бедер у новорожденного не превышает $50-60^\circ$. Для выявления дисплазии тазобедренного сустава большое значение имеет симптом "щелчка". Ребенок находится на спине, и его конечности сгибают на 90° в тазобедренных и коленных суставах. В этом положении головка бедра выводится из вертлужной впадины кзади. Руки обследующего охватывают область коленных суставов – большие пальцы располагаются на внутренней поверхности бедер, указательные – в области большого вертела, а остальные пальцы – вдоль наружной поверхности бедер (рис. 4, а).

В следующий момент обследования (например, при обследовании правого тазобедренного сустава) левое бедро фиксируют, а на область правого коленного сустава оказывают давящие сверху, по оси диафиза бедра (рис. 4, б). Уже в этот момент обследования головка бедра может войти в вертлужную впадину с характерным щелчком.

Затем правое бедро постепенно отводят в сторону, продолжая оказывать давление на область коленного сустава (рис. 4, в). Когда величина угла пассивного отведения бедер достигает $50-60^\circ$, указательным пальцем надавливают на область

логической флексорной гипертонии, которая наблюдается у новорожденного в норме, бедра ребенка легко отводятся до угла $80-90^\circ$.

В случаях дисплазии всегда ощущается пружинящее сопротивление при попытке произвести отведение бедра, что и ограничивает его отведение.

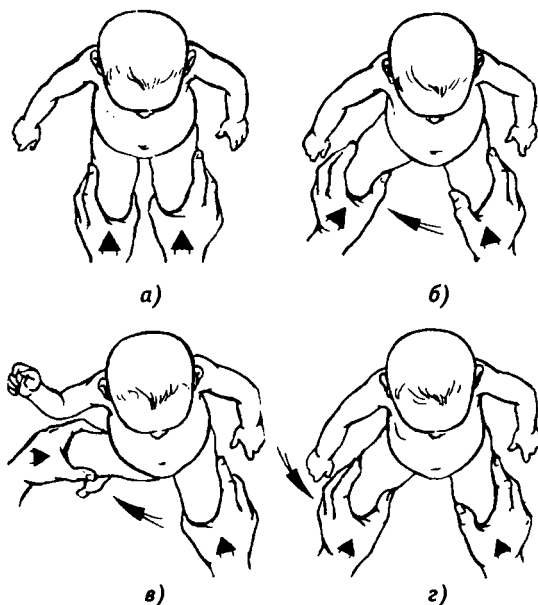


Рис. 4. Последовательность приемов обследования для выявления симптома "щелчка" (пояснение в тексте)

большого вертела, и в этот момент ощущается отчетливый щелчок. Постепенно бедро вновь приводят в исходное положение (рис. 4, г). В той же последовательности производят обследование левого тазобедренного сустава.

В случаях отсутствия патологии запись в истории развития может иметь следующую форму: "Верхние и нижние конечности без особенностей. Складки на нижних конечностях и ягодичные симметричные. Разведение ног в тазобедренных суставах в полном объеме, симптом "щелчка" отрицателен.

При подозрении, а тем более при выявлении врожденного вывиха бедра ребенок должен быть проконсультирован ортопедом.

Исследование грудной клетки

Исследование грудной клетки у новорожденного производится со всех сторон с помощью внешнего осмотра и пальпации. Во время осмотра обращают внимание на ее форму, строение, симметричность обеих ее половин, дыхательные движения, их тип и качество, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, положение ребер и ключиц, состояние межреберных промежутков, яремной ямки и надключичных областей.

Пальпация грудной клетки производится обеими руками, которые кладут ладонями симметрично на исследуемые участки с обеих сторон. С ее помощью уточняют полученные при осмотре данные о размерах и форме грудной клетки, ее экскурсии. При выявлении пульсации в области сердца необходимо дать ей правильную трактовку (см. раздел: "Исследование сердечно-сосудистой системы"). Выявляют также болезненные участки грудной клетки, которые могут встречаться при воспалительных процессах в мягких тканях, костных деформациях. При переломах ребер и ключиц может отмечаться хруст и крепитация.

Отдельно осматриваются и пальпируются грудные железы.

У здорового новорожденного форма грудной клетки коническая или приближается к цилиндрической. Обе ее половины симметрично участвуют в дыхании. Мускулатура ее развита слабо.

Характерной особенностью грудной клетки новорожденного является положение ребер – почти горизонтально и под прямым углом к позвоночнику. Движения их во время дыхания минимальные. Межреберные промежутки узкие и сглажены. Все это создает впечатление постоянного вдоха и объясняет диафрагмальный (брюшной) тип дыхания.

При спокойном дыхании в норме отмечается небольшое втяжение межреберных промежутков в области прикрепления диафрагмы. Этот феномен связан с дыханием новорожденного ребенка через нос и прохождением воздуха с большим сопротивлением.

У новорожденного передне-задний и боковой диаметры грудной клетки почти равны, а эпигастральный угол тупой. Мечевидный отросток у некоторых детей может находиться в приподнятом состоянии, приподнимая тем самым кожу.

Ключицы симметрично расположены и имеют одинаковый размер по длине с хорошо выраженными надключичными ямками.

Грудная клетка, имеющая нормальное строение, может быть описана так: "Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания".

Патологические деформации грудной клетки:

– килевидная грудь ("куриная грудь") – грудина выпячивается вперед в виде киля;

– воронкообразная грудь ("грудь сапожника") – западение грудины;

– сердечный горб (выпячивания грудной клетки в области сердца). Отмечается при врожденных пороках сердца и указывает на значительное увеличение размеров сердца. Если сердечный горб расположен парастернально, то это больше указывает на дилатацию правых отделов сердца; если же он располагается более латерально, то это свидетельствует об увеличении левых отделов сердца;

– перелом ключицы у новорожденного. Относится к наиболее частым переломам. Диагноз может быть установлен при пальпации ключиц. В зависимости от возраста ребенка при пальпации выявляют отек, крепитацию или костную мозоль. Нередко на перелом ключицы указывает сглаженность надключичной ямки и ограничение движений руки с больной стороны (определяется при вызывании рефлекса Моро, см. раздел: "Безусловные рефлексы новорожденных"), а также появление болевой реакции при поднимании ребенка за руку или при свободном свисании руки.

Небольшой отек в области **лопаточной кости** подозрителен в отношении ее **перелома**. При подозрении на перелом лопаточной кости или ключицы необходима консультация хирурга-ортопеда;

– частичная или полная аплазия ключиц. Может быть изолированным пороком развития скелета либо одним из проявлений синдрома дизморфии (синдром Шейтауэра-Мари-Сентона). При двусторонней аплазии ключиц особое внимание привлекают свисающие плечи ребенка. Оба плеча могут быть сведены перед грудью без большого усилия.

Пальпация яремной ямки при незаращенном баталловом протоке дает пальпаторное ощущение пульсации дуги аорты.

Молочные железы независимо от пола новорожденного представлены в виде двух симметрично расположенных с обеих сторон грудной клетки сосков, окруженных ореолами. Они располагаются чаще всего по среднеключичной линии в V межреберье.

Врожденные изменения со стороны молочных желез разнообразны. Они могут касаться отсутствия одного или обоих сосков (**ателия**). Достаточно часто

встречается избыточное количество сосков (**полителя, гипертелия**), которые представляют собой рудименты примитивных закладок молочных желез. Они, как правило, располагаются по так называемой “молочной линии”, тянущейся от подмышечной впадины к паховой складке. Могут располагаться асимметрично. Ареола соска обычно очень маленькая, сосок лишь слегка намечен, железистая ткань под ним может отсутствовать. Маленькие **кисты ареолы** – небольшие образования диаметром 1–2 мм с беловатым содержимым, безвредные ретенционные кисты экзокринных кожных желез.

– **Физиологическая мастопатия** – симметричное нагрубание (увеличение) молочных желез без признаков воспаления. Относится к проявлениям **гормонального криза**. Первые проявления отмечаются к 3–5 дню жизни. Размеры молочных желез в течение первой и второй недели постепенно увеличиваются. В редких случаях величина их достигает 5–6 см (чаще – 1,5–2 см). Общее состояние ребенка не страдает. Нередко самостоятельно или при надавливании на молочную железу из нее выделяется беловатый секрет (“ведьмино молоко”). По составу этот секрет приближается к молозиву матери. Такая форма проявления гормонального криза ликвидируется к концу первого месяца жизни.

– **Гнойный мастит**. Относится к гнойно-воспалительным заболеваниям и является следствием инфицирования грудной железы у новорожденного в период физиологической мастопатии. В первые сутки болезни, несмотря на увеличивающуюся грудную железу, отсутствует выраженная гиперемия кожи. В последующем появляется выраженная гиперемия, инфильтрация, болезненность и, наконец, флюктуация.

Общее состояние ребенка по мере прогрессирования процесса ухудшается – нарастает токсикоз и температура. Ребенок становится беспокойным, отказывается от еды.

Процесс может распространяться и перейти во флегмону грудной клетки с септико-пиемическими осложнениями.

Грудная клетка является как бы футляром, в котором помещаются органы грудной полости – легкие и сердце. Оценив строение грудной клетки, участковый педиатр получает общее представление об их пространственных “взаимотношениях” и об условиях их функционирования. Поэтому логикой дальнейшего обследования должны стать органы дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Исследование системы органов дыхания

К аппарату внешнего дыхания, обеспечивающему газообмен между организмом и внешней средой, относятся: 1) воздухоносные пути (верхние дыхательные пути – внутренний нос, носоглотка, гортань и нижние дыхательные пути – трахея, бронхи и легкие; 2) плевральные полости; 3) грудная клетка вместе с дыхательными мышцами.

Исследование органов дыхания проводят с учетом особенностей биологического, генеалогического, социального и эпидемиологического анамнезов. Особое внимание уделяется первым дням жизни в родильном доме (синдром дыхательных расстройств, приступы апноэ, цианоз, особенности сосания и т.д.). Эти данные необходимы участковому педиатру при подозрении на внутриутробную патологию.

Учитываются также данные, полученные ранее в процессе исследования ребенка и жалоб матери на момент осмотра. Они касаются активности сосания, анорексии, срыгиваний или рвоты, наличия или отсутствия кашля, свободы дыхания через нос, выделений из носа и их характеристики, наружного осмотра носа, лица, шеи и грудной клетки, участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (раздувание и напряжение крыльев носа, кивания головой в такт дыхания), признаков наличия одышки (постоянно или периодически), нарушения ритма дыхания, особенностей поведения ребенка, его реакции на окружающих (возбуждение, судороги, безразличие и т.д.), цвета кожных покровов в покое и при беспокойстве, наличия очагов локализованной гнойной инфекции и другие симптомы.

Большое значение для объективной оценки состояния органов дыхания, помимо тщательно собранных анамнезов, жалоб, а также результатов ранее проведенного клинического осмотра, имеет правильно проводимое объективное исследование с использованием адекватных состоянию здоровья ребенка клинико-диагностических методов и правильная их трактовка. В тех случаях, когда это необходимо, должен быть произведен подсчет дыхания. Стандартным набором клинико-диагностических методов исследования органов дыхания у новорожденного является: 1) исследование дыхательных движений; 2) осмотр внутреннего носа и зева; 3) перкуссия и аускультация грудной клетки.

Участковый педиатр должен уметь производить простейший отоларингологический осмотр. Осмотр полости носа и зева производится следующим образом. Мать заворачивает ребенка с руками в пеленку и берет его на руки. Врач садится напротив ребенка, поворачивает его лицо к свету (источнику света). Откинув голову ребенка назад, приподнимает кончик носа и осматривает внутреннюю поверхность носовой полости. Если вход в нос заложен выделениями или корками, их необходимо удалить ватным тампоном, смоченным в 2%-ном растворе борной кислоты. Однако в связи с тем, что осмотр полости носа и зева вызывает у ребенка весьма негативную реакцию, которая мешает в проведении дальнейшего исследования, следует отложить его на самый конец клинического обследования ребенка и совместить с осмотром полости рта.

Пальпация грудной клетки у новорожденных детей, как метод диагностики заболеваний органов дыхания, имеет очень ограниченное значение.

Перкуссия легких является одним из основных методов исследования легких. Большое значение при перкуссии легких имеет правильное положение ребенка. Необходимо расположить ребенка таким образом, чтобы плечи его находились на одном уровне, положение лопаток было одинаковым с обеих сторон, а руки были бы разведены в стороны или согнуты в локтях и подведены под живот. Это требование связано с тем, что у новорожденного органы средостения легко смещаются, что может привести к неправильной трактовке данных перкуссии. Перкуссию начинают в положении ребенка на спине. Перкуссию задних отделов легочных полей целесообразно проводить, положив ребенка на ладонь при поддержке за подмышечные области.

Необходимо помнить, что во время крика ребенка при перкуссии несимметричных участков может изменяться перкуторный звук, что приводит к неправильной трактовке полученных данных.

Несмотря на обилие методов, видов и способов перкуссии у новорожденного целесообразно применять непосредственную тихую перкуссию, т.е. выстукивание согнутым пальцем, чаще средним, по ребрам или указательным пальцем правой руки при соскальзывании его со среднего (метод щелчка). При этом методе участвует чувство осязания в оценке сопротивления тканей. В некоторых случаях обнаруживается притупление перкуторного звука. Однако у большинства новорожденных относительное вздутие легких (эмфизема) и высокий тимпанит не позволяют отчетливо услышать притупление даже при пневмонии.

Начинают перкуссию со сравнительной, которая позволяет более четко определить изменение звука. При различных заболеваниях органов дыхания меняется и характеристика перкуторного звука. Он имеет три основные **разновидности**:

- ясный (легочный);
- тупой (укороченный);
- коробочный (тимпанический).

При перкуссии здоровых легких не везде определяется одинаковый легочный звук. Ясный легочный тон получается при перкуссии тех мест грудной клетки, где непосредственно за грудной клеткой лежит неизменная легочная ткань, содержащая определенное количество воздуха. Тупой или притупленный тон выслушивается там, где к грудной клетке прилегают плотные паренхиматозные органы – сердце, печень, селезенка.

Проводя перкуссию грудной клетки, следует перкуторно определить **размеры вилочковой железы**. Для зобной железы характерно притупление на самой груди (слева сверху у ее рукоятки и на двух первых межреберных промежутках), не выходящее за край грудины или же выходящее на 0,5–1 см влево. При патологическом увеличении зобной железы тупой звук выражен на самой груди.

Аускультация легких. С помощью аускультации получают информацию о состоянии легких и бронхов, которую нельзя получить никакими другими, в том числе и инструментальными, методами.

Выслушивание легких у новорожденного производят в таком же положении ребенка, что и при проведении перкуссии (см. раздел: “Перкуссия легких”).

Качественная оценка аускультативной картины характера дыхания и хрипов у новорожденного, когда он находится в спокойном состоянии и не плачет, представляет определенные трудности. Это связано со слабой экскурсией грудной клетки и с особенностью дыхания у этой группы детей – только через нос. Для того чтобы определить характер дыхательного шума и хрипы, ребенок должен хорошо дышать, делая глубокие вдохи. Однако новорожденный в спокойном состоянии этого сделать не может, особенно когда во рту у него соска. Эффект глубокого вдоха можно получить только на высоте крика ребенка. Поэтому если ребенок кричит, его не следует успокаивать. Если же ребенок во время аускультации молчит, его необходимо растормозить, зажать нос или слабо надавить пальцем на трахею для получения полного вдоха, кашля или плача. **Лучше всего, когда это делает мать, так как любая манипуляция со стороны врача, вызывающая крик у ребенка, негативно воспринимается матерью, что, безусловно, мешает контакту с ней.**

Начальное выслушивание грудной клетки производят на симметричных участках, выясняя при этом характер основного дыхательного шума. В случаях наличия побочных шумов им дается характеристика. Особое внимание при аускультации обращают на те места грудной клетки, где наиболее часто и наиболее рано появляется **звуковая симптоматика, характерная для пневмонии:**

- подмышечные области;
- пространства по обеим сторонам от позвоночника (паравerteбральные пространства);
- между позвоночником и лопаткой (область корня легкого);
- подлопаточные области.

У новорожденного аускультативной нормой является несколько ослабленное и более жесткое дыхание, которое в этом возрасте имеет название пузырного. Оно характеризуется более четким выдохом, чем вдохом.

В тех случаях, когда информации, полученной с помощью физикальных методов обследования, недостаточно для предположительного диагноза легочной патологии, большую помощь могут оказать общее состояние ребенка, активность сосания и его внешний вид.

Если после исследования грудной клетки и органов дыхания не выявлено патологии, то запись в истории развития может быть следующей:

“Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание через нос свободное, одышки и кашля нет. Перкуторно над легкими легочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно – пузырьное дыхание, хрипы не выслушиваются.”

Семиотика заболеваний органов дыхания

При исследовании новорожденного с подозрением на заболевание органов дыхания, помимо тщательно собранного анамнеза и жалоб, большое значение имеет правильно проводимое объективное исследование с использованием адекватных характеру заболевания клинико-диагностических методов исследований с обязательным подсчетом частоты дыхания и правильной их трактовкой.

Клиническими критериями заболеваний органов дыхания являются:

- синдром дыхательных расстройств: одышка (см.), кашель (см.);
- синдром локальных (очаговых) физикальных изменений в легких: перкуторно – притупление (укорочение) или коробочный (тимпанит) тон; аускультативно – ослабленное или жесткое дыхание, влажные или сухие хрипы;
- синдром дыхательной недостаточности (см.).

Выявленное с помощью перкуссии качественное изменение перкуторного тона в большинстве случаев соответствует характеру патологического процесса.

В патологических условиях **притупленный (укороченный)** перкуторный тон наблюдается во всех случаях уменьшения воздушности легкого или заполнения плевральной полости жидкостью. Это встречается **при:**

- пневмонии;
- кровоизлиянии в легкие;
- отеке легкого;
- ателектазе;
- плевральном выпоте;
- диафрагмальной грыже;
- пио- и гемотораксе.

Коробочный (тимпанический) **оттенок** перкуторного звука встречается **при:**

- эмфиземе легких;
- пневмонии (в начале).

Хрипы являются добавочными шумами и образуются при передвижении или колебании в воздухоносных полостях секрета, слизи и т. д. При наличии хрипов **следует указать:**

- локализацию;
- звучность (звучные, незвучные);
- постоянство и изменчивость;
- частотную характеристику (низко- или высокочастотные);
- характер (сухие, влажные);
- калибр (мелко-, средне- или крупнопузырчатые).

Сухие хрипы – свистящие дискантовые, высокие и басовые, низкие, более музыкальные. Они отличаются непостоянством и изменчивостью. Встречаются **при:**

- ларингите;
- бронхообструктивном синдроме. Заболевание начинается обычно с катаральных явлений, повышения температуры и сухого кашля. В последующем появляется экспираторная одышка, а в легких обнаруживаются признаки эмфиземы, свистящие сухие хрипы, как правило, с обеих сторон. Иногда на выходе из этого состояния в легких могут выслушиваться влажные проводные хрипы без оформленного очага.

Влажные хрипы образуются при прохождении воздуха через жидкость. Их важно подразделять на **звонкие и незвонкие**. **Звонкие хрипы** прослушиваются при уплотнении легочной ткани, лежащей рядом с бронхом, что наблюдается при **пневмонии**. **Незвонкие хрипы** встречаются **при**:

- бронхите;
- отеке легких;
- ателектазе.

Учитывая многообразие этиологических факторов, приводящих к заболеваниям органов дыхания, при определении диагноза необходимо принимать во внимание не только совокупность респираторных расстройств, но и данные целостного исследования ребенка. Особенно это важно учитывать у недоношенного и у ребенка с внутриутробной гипотрофией, у которых опорные признаки ряда заболеваний органов дыхания могут отсутствовать, а на первом плане – симптомы токсикоза.

Нарушения дыхания и аритмии сердечной деятельности представляют риск возникновения **синдрома внезапной смерти**.

Своевременная диагностика заболевания органов дыхания у новорожденного позволит участковому педиатру обеспечить проведение адекватных состоянию ребенка мероприятий, включая и госпитализацию.

Исследование сердечно-сосудистой системы

Исследование сердечно-сосудистой системы у новорожденного участковый педиатр должен проводить с учетом специфических жалоб и полученных ранее результатов обследования. Кроме того, он должен хорошо ориентироваться в характерной симптоматике заболеваний сердца в данной возрастной группе. В тех случаях, когда имеются подозрения на заболевание сердца, обследование ребенка должно производиться в полном объеме пропедевтических кардиологических методов и приемов.

У большинства новорожденных верхушечный толчок в норме можно видеть в виде слабой пульсации. Сердечный толчок обычно отчетливо не выявляется.

Выраженная пульсация в области верхушки указывает на усиленную сердечную деятельность. Это может быть одним из проявлений нормальной реакции сердечно-сосудистой системы на экстракардиальные факторы. В других

случаях эта пульсация является патологической, так как отражает заболевание сердца.

Пульсация вне сердечной области – см. раздел: “Семиотика заболеваний органов желудочно-кишечного тракта”.

Данные, полученные при осмотре грудной клетки и сердечной области, дополняются за счет **пальпаторного исследования** области сердца и, особенно, верхушечного и сердечного толчков.

При пальпации верхушечного и сердечного толчка ладонь накладывается на левую половину грудной клетки у основания грудины таким образом, чтобы пальцы, располагаясь вдоль межреберий, были направлены к аксиллярной линии. В тех случаях, когда определяются верхушечный и сердечный толчок, уже можно говорить о наличии какой-то патологии. Затем ладонь накладывается параллельно грудине слева вдоль ее левого края. При этом уточняется сила и распространенность сердечного толчка, наличие толчка основания сердца. Далее проводят пальпацию верхушки сердца кончиками двух-трех согнутых пальцев правой руки в межреберьях, где предварительно определен верхушечный толчок.

Верхушечный толчок в норме пальпируется в четвертом межреберье снару- жи от сосковой линии или на ней. Толчок считается разлитым, если он пальпируется в двух и более межреберьях или занимает по площади более 1–2 см.

Верхушечный толчок следует оценить по:

- силе;
- локализации;
- распространенности (локализованный или разлитой).

С помощью пальцевой или ладонной пальпации определяется также наличие или отсутствие **“кошачьего мурлыканья”** (дрожание), которое имеет диагностическое значение и встречается при пороках сердечных клапанов и перегородок (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”). Оно представляет собой своеобразное ощущение, сходное с тем, которое испытывает человек, положив руку на спину мурлыкающей кошки.

Пальпаторно исследуется печень и дается ей характеристика (см. раздел: “Семиотика заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости”).

С помощью **перкуссии** определяют только **относительную сердечную тупость**, так как определение абсолютной тупости в данной возрастной группе затруднено. Следует помнить, что повторное определение границ сердечной тупости всегда производят в одном и том же положении ребенка, так как при изменении его туловища меняется и положение сердца.

Перкутировать надо тихо, в направлении от ясного легочного звука к сердечной тупости. Удар, наносимый при выстукивании левой границы сердца, должен иметь направление спереди назад, а не слева направо, так как в после-

днем случае определяется не левая, а задняя граница сердца и создается ошибочное представление о расширении границы сердца влево.

В норме у новорожденного левая граница относительной сердечной тупости находится на уровне IV межреберья на 0,75–1,5 см кнаружи от сосковой линии. Правая граница – по правой парастернальной линии и верхняя – на уровне II ребра.

Увеличение границ относительной сердечной тупости, как правило, возникает при самых разнообразных заболеваниях сердечно-сосудистой системы (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”). Однако следует иметь в виду, что величина и форма сердечной тупости могут изменяться и под влиянием некоторых экстракардиальных причин. Так, при метеоризме, скоплении жидкости в брюшной полости, увеличении печени происходит поднятие диафрагмы вверх, что ведет к смещению толчка сердца и верхушки кнаружи и вверх.

Аускультация сердца является наиболее важным методом физического исследования ребенка, так как имеет большое диагностическое значение.

Ее следует проводить при спокойном поведении новорожденного. Беспокойство ребенка или его крик значительно затрудняют отчетливое выслушивание сердечных тонов и возможных шумов.

Выслушивание сердца производится в пяти классических точках (рис. 5): у верхушки сердца (1), на грудице внизу (4), на легочной артерии – во втором межреберье слева (2), на аорте – во втором межреберье справа (3), у места прикрепления III ребра к грудице слева (5).

Значение классических точек выслушивания заключается лишь в том, что в них имеется оптимальная слышимость (*punctum maximum*) отдельных тонов и шумов

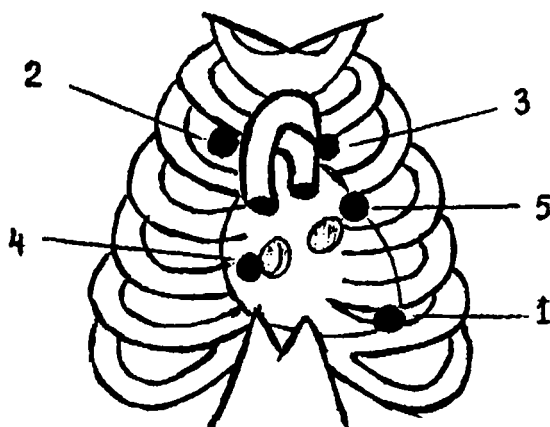


Рис. 5. Классические точки аускультации сердца
(пояснения в тексте)

сердца. Однако эти места не обязательно совпадают с местами возникновения тонов и шумов. Поэтому в некоторых случаях аускультация тонов сердца у новорожденных проводится не только в классических точках. При выраженном их приглушении аускультацию следует проводить и над эпигастральной областью, там тоны сердца выслушиваются отчетливее.

При выслушивании сердца в тех случаях, когда это

необходимо, вначале следует подсчитать частоту сердечных сокращений – **ритм сердечной деятельности** (систола) в 1 минуту. Это связано с тем, что у ребенка первых месяцев жизни пальпаторно достоверно оценить пульс не представляется возможным.

В норме у здорового новорожденного частота сердечных сокращений составляет в среднем в покое 110–140 уд./мин и имеет значительную лабильность в разнообразных непатологических ситуациях (двигательное беспокойство, высокая температура помещения, крик и т.д.). Отклонение частоты сердечных сокращений на 10–15% может быть вариантом нормы (см. также раздел: “Нарушения сердечного ритма”).

После оценки частоты сердечной деятельности приступают к выслушиванию сердечных тонов, а если есть, то и шумов, сначала в классических точках, а затем над всей сердечной областью (особенно при выявленном шуме).

При выслушивании сердца у детей в норме выслушиваются оба тона. **I тон** обусловлен захлопыванием митрального и трикуспидального клапанов (клапанный тон). У детей он воспринимается как единый тон, следует после продолжительной (большой) паузы сердца и совпадает с верхушечным толчком. Лучше всего I тон сердца выслушивается над верхушкой (закрытие митрального клапана).

В создании **II тона** участвуют клапаны аорты и легочной артерии, которые в норме закрываются не одновременно, что акультативно и воспринимается как расщепление тона. Однако у детей первых месяцев жизни в норме из-за частых сердечных сокращений это расщепление не улавливается. Отчетливое расщепление II тона у этой возрастной группы может встречаться при существенном сдвиге по времени закрытия клапанов аорты по отношению к клапанам легочной артерии (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”).

У новорожденного ребенка, особенно у недоношенного, нормой является эмбриокардия, когда пауза между I и II тоном не отличается от паузы между II тоном и последующим I. В этих случаях тоны следуют друг за другом, как удары маятника или метронома. Такая эмбриокардия считается нормой только в первые дни жизни. У детей старше двух недель **эмбриокардия** – явление патологическое и наблюдается **при:**

- анатомических поражениях сердца;
- различных инфекционных заболеваний;
- тахикардиях различного происхождения.

Аускультативная характеристика сердечных тонов у новорожденных имеет некоторые **особенности**. К ним **относятся:**

- глухость сердечных тонов;
- I и II тон на верхушке не различаются по степени громкости;
- I тон у основания сердца громче, чем II;
- часто выслушивается III тон;

– акцент и раздвоение I и II тона.

При изменении тонов сердца вначале необходимо указать, какого тона это касается, и лишь затем следует дать ему характеристику, касающуюся изменения **СИЛЫ** (нормальные, усиленные, приглушенные), **тембра, чистоты** (ясные, чистые), **расщепления** или **раздвоения**, а также **места** наилучшего **выслушивания** (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”).

Сердечные шумы имеют большое диагностическое значение. У новорожденного наличие шумов чаще говорит в пользу врожденного порока (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”). В случае выявленного шума дается ему характеристика. Шум, возникающий внутри сердца при дефектах перегородок, лучше всего выслушивается в пределах сердца и резко ослабевает за его пределами. Шумы, возникающие при выходе из сердца, в области клапанов аорты и легочной артерии, имеют точку максимального звучания вне границ сердца и проводятся далеко по току крови (сонные и бедренные артерии, межлопаточное пространство, подключичная ямка, левая подмышечная область, область печени, межлопаточное пространство).

При **оценке шума** для суждения о локализации и характере органических изменений в сердце имеют **значение**:

- сила (интенсивность) и тембр шума – слабый, громкий и мягкий;
- продолжительность шума – длинный, короткий;
- характер шума – систолический, диастолический, систоло-диастолический и др.;
- звуковая характеристика шума – музыкальный, свистящий, дующий, скребущий, жужжащий, грубый и др.;
- связь его с сердечными тонами;
- **места наилучшего выслушивания – зоны проведения (punctum maximum).**

На органический характер шума указывает постепенное в течение времени его нарастание. Однако выслушиваемый в первые недели жизни ребенка систолический шум у левого края грудины или в области легочной артерии, который имеет тенденцию к уменьшению, может определяться как у клинически здорового новорожденного за счет функционирующих шунтов (артериальный проток, овальное окно), так и у ребенка с гипертензией малого круга кровообращения (пневмония).

Если после объективного исследования сердечно-сосудистой системы не выявлено каких-либо отклонений от нормы, то запись следует производить в очень короткой и емкой по содержанию форме, например:

“Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок не усилен, не разлитой. Пальпируется в четвертом межреберье по сосковой линии. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны достаточной громкости, ритмичные. Шум не выслушивается”.

Семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы

Сердечно-сосудистая патология у новорожденного может быть **представлена:**

- врожденными пороками сердца и крупных сосудов;
- врожденным миокардитом и фиброэластозом эндомиокарда;
- расстройствами ритма.

Врожденные пороки сердца

При проведении патронажей новорожденного участковый педиатр может встретиться с клинической симптоматикой, указывающей на наличие у ребенка заболевания сердца. Однако, перечень таких заболеваний, в том числе и пороков сердца, имеет для участкового педиатра практическое значение небольшое. Это связано с тем, что многие врожденные пороки сердца в силу ранней их декомпенсации приводят к летальному исходу еще в родильном доме или переводу ребенка по витальным показаниям в кардиохирургическое отделение для хирургической коррекции.

Врожденные пороки сердца весьма часто обнаруживаются в неонатальном возрасте в результате действия неблагоприятных факторов в антенатальном периоде. К числу таких факторов относятся алкоголизм матери, диабет. Кроме того, врожденные пороки сердца нередко встречаются у недоношенных. Они достаточно часто сочетаются с пороками развития и уродствами (волчья пасть, *spina bifida*, уродства пальцев и т.д.), аномалиями развития желудочно-кишечного тракта, легких, синдромами, обусловленными нарушениями хромосомного набора, наследственными заболеваниями обмена веществ (см. соответствующие разделы).

Врожденные пороки сердца в зависимости от анатомических и гемодинамических расстройств подразделяются на три основные группы:

I. Врожденные аномалии развития сердца с ранним цианозом (врожденные пороки сердца с обеднением малого круга кровообращения, врожденные пороки сердца с первичным шунтом справа налево, т.е. со смешением венозной и артериальной крови). Обеднение малого круга кровообращения – результат препятствия на пути оттока крови из правого желудочка. Для наступающих изменений гемодинамики при таких пороках важен не только характер, сколько степень сужения. Возможно наличие изолированного препятствия, но чаще этот порок сочетается с другими аномалиями, определяющими заброс крови из правого отдела сердца в левый, т.е. смешение венозной и артериальной крови и тем самым уменьшение артериализации крови, поступающей в ткани.

Болезнь Фалло (триада, тетрада, пентада). Наиболее распространенной формой является тетрада Фалло – комбинированный порок развития сердца: стеноз легочной артерии, дефект (высокий) межжелудочковой перегородки, транспозиция аорты вправо и гипертрофия правого желудочка (рис. 6). Признаками

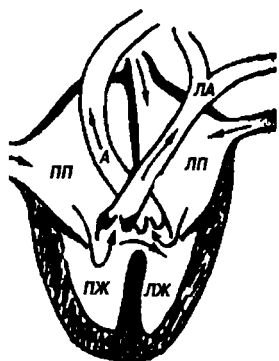


Рис. 6. Схема нарушений внутрисудистой гемодинамики при тетраде Фалло

Обозначения, принятые здесь и на рис. 7, 8, 9 и 10: А – аорта; ЛА – легочная артерия; ПП – правое предсердие; ЛП – левое предсердие; ПЖ – правый желудочек; ЛЖ – левый желудочек. Стрелками показаны направления тока крови и шунты

левой подключичной артерии и впадением артериального протока (рис. 7).

Степень сужения и протяженность могут быть различными. В связи с сужением аорты повышается нагрузка на левый желудочек, что приводит к его перегрузке и соответствующим изменениям сердечной мышцы (гипертрофия, дегенерация, склероз). Болезнь протекает с выраженной дыхательной недостаточностью, что нередко ошибочно воспринимается как пневмония или респираторное заболевание. Аускультативные проявления данного порока слабо выражены и нехарактерны.

Поскольку аускультативная симптоматика порока часто слабо выражена, большое значение для диагностики имеет определенное характера пульса: усиление его на руках и резкое ослабление или отсутствие на бедренной артерии.

этого порока являются цианоз и одышечно-цианотические приступы, которые могут носить угрожающий жизни характер.

При пентаде Фалло помимо четырех признаков тетрады Фалло имеется также и дефект межпредсердной перегородки.

Триада Фалло характеризуется стенозом устья легочного ствола, дефектом межпредсердной перегородки и гипертрофией правого желудочка.

II. Врожденные аномалии сердца с ранней сердечной недостаточностью (врожденные пороки сердца с обеднением большого круга кровообращения).

Коарктация аорты (сужение аорты) – аномальное местное сужение, вплоть до полного закрытия, просвета аорты в любом месте на протяжении ее грудного или брюшного отдела. Наиболее часто коарктация располагается в области перешейка аорты, то есть короткого отрезка аортальной дуги между местом отхождения

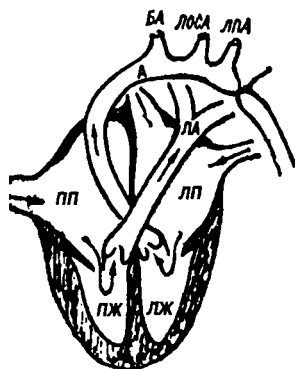


Рис. 7. Схема нарушений гемодинамики при коарктации аорты: БА – безымянная артерия; ЛОСА – левая общая сонная артерия; ЛПА – левая подключичная артерия

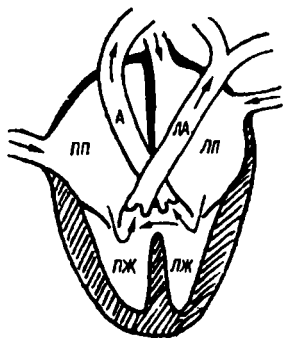


Рис. 8. Схема нарушений внутрисердечной гемодинамики при дефекте межжелудочковой перегородки

точностью, склонностью к пневмониям или респираторным инфекциям.

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). При этом пороке сердца имеется сообщение между двумя одновременно сокращающимися полостями (камерами) – правым и левым желудочками (рис. 8).

Через это сообщение происходит сброс крови из левого желудочка в правый. Это приводит к переполнению малого круга кровообращения и перегрузке обоих желудочков, что и является причиной развития сердечной недостаточности в возрасте 2–3 месяца. Дефект может располагаться в мембранозной или мышечной части (болезнь Толочинова-Роже) межжелудочковой перегородки.

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП). Характеризуется наличием сообщения правого предсердия с левым через отверстие в перегородке предсердий (рис. 9).

Нарушения гемодинамики при этом пороке определяются сбросом артериальной крови из левого предсердия в правое, что в итоге приводит к гипертрофии правого желудочка и появлению относительного стеноза легочной артерии.

Признаки застойной сердечной недостаточности появляются в возрасте 2–3 месяца жизни.

Открытый артериальный (баталлов) проток (ОАП). Этот проток соединяет начальную

Коарктация аорты может вызвать развитие сердечной недостаточности (см. раздел: “Сердечная недостаточность”) в первые дни и недели жизни.

III. Пороки сердца, не создающие критической ситуации в период новорожденности, но рано выявляемые (врожденные пороки сердца с обогащением малого круга кровообращения). Для данной группы пороков характерны сходные нарушения гемодинамики, когда в малый круг кровообращения поступает больше крови, чем в большой круг. Клинические особенности при этих нарушениях гемодинамики определяются развитием гиперволемии и гипертензии в малом круге кровообращения и ранней сердечной недоста-

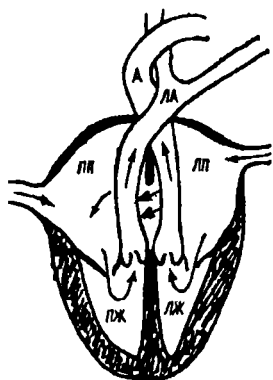


Рис. 9. Схема нарушений внутрисердечной гемодинамики при дефекте межпредсердной перегородки

часть нисходящей дуги аорты с легочной артерией в области ее бифуркации (рис. 10).

Во внутриутробном периоде большая часть крови зародыша через проток поступает из легочного ствола в системную циркуляцию. В норме после рождения проток закрывается в сроки от 15–20 часов до нескольких дней, вначале функционально, а затем анатомически. Об открытом артериальном протоке принято говорить, если он продолжает функционировать через 1–2 недели после рождения.

Гемодинамические расстройства и клинические проявления этого порока зависят от величины сброса. Чем больше величина протока, тем больше сброс крови через него, а следовательно, более выражены гемодинамические расстройства и клинические проявления. При выраженном сбросе крови из аорты в легочную артерию происходит переполнение малого круга кровообращения и перегрузка левых отделов сердца.

Сердечная недостаточность при этом виде порока развивается, как правило, при достижении ребенком возраста 2–3 месяца.

Раннее выявление порока сердца у ребенка первых месяцев жизни позволяет своевременно поставить его на учет у кардиохирурга с выработкой тактики ведения и определения сроков хирургической коррекции.

Нередко у больных с врожденными пороками сердца имеются сопутствующие аномалии развития кистей и стоп: сращения пальцев, шестипалость, отсутствие первых пальцев кистей, врожденные уродства суставов, заячья губа, волчья пасть, врожденная диафрагмальная грыжа и др.

Неревматические кардиты

Это неоднородная группа воспалительных поражений сердца, включающая внутриутробные и приобретенные формы заболеваний. К ним относятся:

- миокардит;
- фиброэластоз эндомикарда.

Миокардит – воспалительное заболевание миокарда, преимущественно левого желудочка и, как правило, с поражением проводящей системы сердца, что сопровождается разнообразными нарушениями ритма (см. далее). Основным этиологическим фактором миокардита у новорожденных являются вирусы: Коксаки А и В, ЕСНО, гриппа, аденовирусы, краснухи, цитомегалии и др.

Фиброэластоз эндомикарда – разрастание эластических волокон и фиброзной ткани в эндокарде и подэндокардиальных слоях миокарда, что приводит

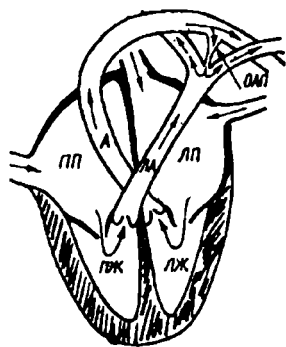


Рис. 10. Схема нарушений гемодинамики при открытом артериальном (баталлове) протоке

к снижению сократительной способности, уменьшению ударного и минутного объема, развитию сердечной дилатации и недостаточности кровообращения.

Клиническая симптоматика включает тахикардию, тахипноэ, усиленное потоотделение, плохую прибавку массы тела с последующим развитием гипотрофии.

Нарушения сердечного ритма (аритмии)

Проводящая система сердца представлена различными структурами: синусный узел, атриовентрикулярный узел, пучок Гиса, ножки Шафара и волокна Пуркинье.

Водителем сердечного ритма в физиологических условиях является синусный узел, деятельность которого обеспечивает нормальный сердечный ритм. К возникновению аритмий приводят нарушения локализации и формирования возбуждения, а также его распространения.

Нарушения сердечного ритма представляют достаточно большую и неоднородную группу нарушений сердечной деятельности (сердечного ритма), в основе которых могут быть как органические заболевания сердца, так и внесердечные причины (электролитные и обменные нарушения, токсико-аллергические состояния, сепсис, пневмония, перинатальная энцефалопатия, родовая травма, кровоизлияния в ЦНС и т. д.). Кроме того, в некоторых случаях нарушения ритма могут иметь функциональный характер или быть проявлением врожденных дефектов проводящей системы. Однако для участкового педиатра при проведении патронажей имеют практическое значение те формы нарушений сердечного ритма, диагностика которых возможна на этапе клинического обследования и базируется на данных аускультации сердца. К таким нарушениям относятся:

- брадикардия;
- тахикардия;
- пароксизмальная тахикардия, при которой меняется только частота сердечной деятельности без изменения ритма;
- экстрасистолия, особенностью которой является то, что наряду с изменением частоты сердечных сокращений становится неправильным и ритм.

Брадикардия у новорожденных характеризуется частотой сердечных сокращений менее 100 уд/мин и не приводит сама по себе к недостаточности кровообращения. В неонатальном периоде она встречается **при**:

- вирусных заболеваниях (гепатит, ОРВИ);
- родовой травме;
- внутричерепных кровоизлияниях;
- билирубиновой энцефалопатии;
- заболеваниях сердца (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”).

Брадикардия у новорожденного может наблюдаться во время приступа апноэ или предшествовать ему.

Частота сердечных сокращений менее 70 уд/мин указывает на врожденную блокаду проводящей системы и является достаточно серьезным прогностическим признаком.

Тахикардия сопровождается учащением сердечного ритма более 160 уд/мин и может носить как **функциональный характер** – двигательное беспокойство, крик, повышение температуры тела или помещения, болевые раздражения, кормление, пневмония (как следствие гипоксемии), – так и быть **органического** (сердечного) **происхождения** (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”).

Пароксизмальная тахикардия протекает в виде внезапно возникающих приступов выраженной тахикардии самой различной продолжительности (от нескольких секунд до нескольких часов) и также внезапно оканчивающихся. В основе ее лежат **кардиальные** (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”) и **экстракардиальные факторы** – перинатальная энцефалопатия (см.), гипертензионно-гидроцефальный синдром (см.) и др.

Клинически этот вид нарушения ритма в период новорожденности почти всегда сопровождается тяжелым состоянием ребенка и нарушениями гемодинамики, а при длительном его существовании развивается сердечная недостаточность.

Экстрасистолия – внеочередное (преждевременное) сердечное сокращение. В ее возникновении большую роль играют различные экстракардиальные причины и в меньшей степени – органические повреждения миокарда (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”).

Ребенок с нарушением ритма сердца при поражении проводящей системы может внезапно перестать дышать и потерять сознание. Кроме того, аритмии сердечной деятельности в сочетании с нарушениями дыхания представляют собой риск развития **синдрома внезапной смерти**.

При всех видах аритмий обязательно электрокардиографическое исследование, которое уточняет локализацию ведущего ритм-очага, причину, характер нарушения сердечного ритма и т.д., что является основополагающим в трактовке выявленных изменений и позволяет поставить не только клинический, но и топический диагноз!

Сердечная недостаточность

У новорожденного с заболеванием сердца может развиваться сердечная недостаточность. Из **поражений сердца**, которые могут привести к развитию сердечно-сосудистой недостаточности и с которыми может встретиться участковый педиатр, **это**:

- коарктация аорты;
- дефект межжелудочковой перегородки;

- открытый артериальный (баталлов) проток;
- пароксизмальная тахикардия;
- миокардит;
- фиброэластоз эндомиокарда и др.

Вторичное повреждение сердечно-сосудистой системы новорожденного является результатом ряда заболеваний, которые и приводят к развитию ее недостаточности. К ним в первую очередь относятся:

- патология ЦНС;
- септицемия;
- пневмония и др.

При пневмонии и сепсисе сердечно-сосудистая недостаточность бывает в виде **кардиоваскулярного синдрома** – одного из проявлений нейротоксикоза.

Сердечная недостаточность может быть левожелудочковой и правожелудочковой, причем выраженная форма левожелудочковой недостаточности может привести к возникновению правожелудочковой недостаточности, и наоборот.

Клинически левожелудочковая недостаточность проявляется наличием влажных хрипов, тахикардией, ритма галопа. Для расстройств в малом круге кровообращения наиболее характерны увеличение печени, периферические отеки, тахипноэ.

Наряду с ведущими симптомами недостаточности кровообращения (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”) его клиническими признаками являются: беспокойство, гиперкинезия, тревожный испуганный взгляд, расширенные ноздри, одутловатое лицо, скрытые отеки (пастозность), вздутие живота, сопорозное состояние, мышечная гипотония.

Различают четыре стадии недостаточности кровообращения (НК).

I стадия характеризуется появлением признаков НК после нагрузки: одышка и тахикардия после беспокойства, затруднение при кормлении – ребенок не может сосать грудь более 1–2 минут; нарушение сна.

IIa стадия по левожелудочковому типу характеризуется появлением одышки и тахикардии в покое (на 15–30% учащение числа сердечных сокращений и на 30–50% учащение числа дыханий по сравнению с нормой). Правожелудочковая недостаточность кровообращения в этой стадии представлена вздутием живота, умеренной гепатомегалией (до 3 см ниже края реберной дуги).

IIб стадия по левожелудочковому типу выражается в увеличении числа сердечных сокращений на 30–50% по сравнению с нормой и тахипноэ – превышение нормального числа дыханий на 50–70%; появляются акроцианоз, навязчи-

вый кашель, иногда мелкие влажные хрипы в легких. Правожелудочковая НК в этой стадии манифестирует выраженной гепатомегалией (на 3–5 см ниже края реберной дуги), появлением пастозности на лице, в поясничной области и на передней брюшной стенке; у мальчиков – отечностью мошонки.

III стадия по левожелудочковому типу манифестирует предотеком и отеком легкого; по правожелудочковому типу – отчетливо выраженным отечным синдромом.

Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы

В неонатальном периоде многие некардиологические болезни протекают с изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы, которые имеют неспецифический характер. Это необходимо учитывать, трактуя выявленные изменения.

Симптоматика заболеваний сердечно-сосудистой системы у новорожденных полиморфна. Она определяется тремя основными факторами: анатомическими и морфологическими особенностями поражения, степенью повреждения и компенсации, возникающими осложнениями. От сочетания этих факторов и глубины повреждения зависит выраженность специфических кардиологических симптомов – от их отсутствия в первые месяцы жизни до яркой клинической симптоматики в неонатальном периоде.

Поэтому участковый педиатр должен знать, что отсутствие опорных кардиологических признаков при наличии общих неспецифических клинических симптомов не исключает заболевание сердечно-сосудистой системы.

К **общим неспецифическим клиническим симптомам** относится часть тех симптомов, которые были выявлены задолго до исследования сердечно-сосудистой системы (см. предшествующие разделы, а также раздел: “Семиотика заболеваний желудочно-кишечного тракта”).

Наличие этих симптомов, в сочетании с сердечно-сосудистыми, усиливает их клиническую значимость, а следовательно, и практическое значение.

Сердечно-сосудистые симптомы

- Деформация грудной клетки (сердечный горб) – **дефект межжелудочковой перегородки, внутриутробный миокардит, фиброэластоз миокарда.**
- Отеки (пастозность) – **миокардит.**
- Набухание шейных вен – **сердечная недостаточность.**
- Выраженный верхушечный толчок – **дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки.**
- Увеличение печени – **миокардит (иногда), фиброэластоз эндомиокарда (иногда), недостаточность кровообращения.**

- **Патологическая пульсация:**
 - сосудов шеи (см. раздел: “Шея”) – **миокардит (иногда), открытый артериальный проток (баталлов), коартация аорты, приступ пароксизмальной тахикардии, недостаточность кровообращения;**
 - яремной ямки – **открытый артериальный проток (баталлов), коартация аорты;**
 - эпигастральной области – **короткая грудная клетка, усиленная деятельность правого желудочка.**
 - “Кошачье мурлыканье” (дрожание) – **коартация аорты, открытый артериальный проток (баталлов), дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, болезнь Фалло.**
 - **Расширение границ сердца:**
 - влево – **фиброзластоз эндомиокарда;**
 - влево и вверх – **открытый артериальный проток;**
 - влево и вниз – **коартация аорты;**
 - в поперечном размере и вверх – **дефект межжелудочковой перегородки;**
 - в поперечном размере и вправо – **дефект межпредсердной перегородки;**
 - в обе стороны – **миокардит (больше влево до передней или средней аксиллярной линии), дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки.**
 - расширение сосудистого пучка влево – **дефект межпредсердной перегородки.**
 - **Пульсация бедренных артерий:**
 - отсутствие пульсации – **коартация аорты.**
 - **Нарушения ритма:**
 - тахикардия – **миокардит, фиброзластоз эндомиокарда, пороки сердца, сердечная недостаточность;**
 - брадикардия – **миокардит, дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки;**
 - пароксизмальная тахикардия – **миокардит, фиброзластоз эндомиокарда, недостаточность кровообращения;**
 - экстрасистолия – **миокардит, дефект межпредсердной перегородки;**
 - трехчленный ритм (ритм галопа) – **миокардит, дефект межжелудочковой перегородки.** Появление этого ритма имеет серьезное прогностическое значение.
 - Изменение тонов сердца (необычные). При изменении тонов сердца необходимо вначале установить, какого тона это касается, и лишь после этого указать локализацию и характеристику (усилен, ослаблен, расщеплен и т.д.).
 - **Верхушка:**

I тон:

- усилен (акцент) – признак **усиленной сердечной деятельности** при повышении температуры, беспокойстве ребенка, крике; **дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток (баталлов), тахикардия;**
- ослаблен (приглушен) – **миокардит, фиброэластоз эндомиокарда;**
- расщеплен – **внутрижелудочковые расстройства проводимости.**

II тон:

- ослаблен (приглушен) – **миокардит, фиброэластоз эндомиокарда.**
- **На а. pulmonalis (II межреберье слева):**
 - усилен – **открытый артериальный проток (баталлов), миокардиты;**
 - усилен и – расщеплен – **дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки (высокий);**
 - ослаблен – **болезнь Фалло;**
 - раздвоен – **норма.**
 - **На аорте (II межреберье справа):**
 - усилен – **коартация аорты, болезнь Фалло.**
- **Сердечные шумы**
- **Систолический:**
 - верхушка – **миокардит (иногда), фиброэластоз эндомиокарда (иногда), дефект межжелудочковой перегородки, коартация аорты;**
 - III–IV межреберье слева от грудины (5 точка) – **дефект межжелудочковой перегородки;**
 - вдоль левого края грудины – **болезнь Фалло;**
 - II–III межреберье справа от грудины (аорта) – **открытый артериальный проток (баталлов), дефект межпредсердной перегородки (негрубый), коартация аорты, болезнь Фалло;**
 - II межреберье слева (легочная артерия) – **плач ребенка, коартация аорты, брадикардия;**
 - рукоятка грудины – **коартация аорты.**
- **Диастолический:**
 - на верхушке – **дефект межжелудочковой перегородки (иногда), дефект межпредсердной перегородки – шум Грехема-Стилла (иногда).**
- **Систо-диастолический:**
 - II межреберье слева – **открытый артериальный проток (баталлов);**
 - под левой ключицей – **открытый артериальный проток (баталлов).**
- **Проведение шума:**
 - на спину:
 - систолический – **дефект межпредсердной перегородки, коартация аорты;**
 - систоло-диастолический – **открытый артериальный проток (баталлов).**
 - в область печени:

- систолический – **дефект межжелудочковой перегородки;**
- сосуды шеи:
- систолический – **коартация аорты;**
- систоло-диастолический – **открытый артериальный проток (баталлов);**
- яремная ямка – **коартация аорты;**
- паховая область:
- систоло-диастолический – **открытый артериальный проток (баталлов).**

В тех случаях, когда у участкового педиатра после проведенного исследования сердечно-сосудистой системы появляются подозрения на заболевание сердца необходимо уточнить анамнез и жалобы. Матери должны быть заданы вопросы, которые бы дополнили клинические данные необходимыми сведениями, помогающими в постановке диагноза. Учитывая то, что врожденные пороки сердца формируются в результате нарушения эмбриогенеза в период 2–8-й недели беременности, а внутриутробные неревматические кардиты возникают в ранний фетальный период (4–7-й месяц внутриутробного развития), необходимо уточнить, не перенесла ли мать ребенка в эти сроки беременности заболеваний, которые могли бы привести к формированию у ребенка этих патологий; не подвергалась ли мать в первые 4 месяца беременности травмам, действию радионуклидов; не обнаруживались ли в последние месяцы беременности какие-нибудь изменения в сердечной деятельности плода и т.д. Наряду с неблагоприятными в этот период воздействиями на сердце плода определенное значение для формирования порока имеет также и неблагоприятная наследственность (полигенный тип наследования). Поэтому в некоторых случаях следует вернуться к уточнению генеалогии.

Любые данные по осмотру, пальпации, перкуссии и аускультации,стораживающие участкового педиатра в отношении возможного наличия у ребенка патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, являются основанием для консультации кардиолога или кардиохирурга. Это связано с тем, что данные, полученные даже опытным участковым педиатром в результате клинического исследования, не могут претендовать на кардиологический диагноз, так как представляют собой не более чем симптом.

Исследование желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости

Закончив исследование органов грудной клетки, переходят к исследованию желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости.

Приступая к исследованию системы органов пищеварения, необходимо поинтересоваться аппетитом ребенка и жалобами, которые при гастроэнтероло-

гических заболеваниях имеют свою специфику (см. раздел: “Семиотика заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости”).

Аппетит здорового ребенка в течение дня подвержен значительным колебаниям и может сопровождаться кратковременным снижением без существенного изменения в поведении и самочувствии. Особенно часто это отмечается при значительном повышении температуры в помещении и в жаркое время года. Об аппетите новорожденного ребенка судят по тому, как он берет и сосет грудь (или соску), а также сколько времени он проводит за сосанием груди. Активность сосания легко определить путем контрольного взвешивания или контролируемого кормления.

Нечастые и необильные срыгивания в неонатальном периоде не рассматриваются как патология.

Сосание – физиологический акт, при котором происходит прием пищи (молока или смеси). Акт сосания – врожденный, сложный безусловный пищевой рефлекс. Анатомические образования, участвующие в сосании, иннервируются лицевым, подъязычным, языкоглоточным, тройничными и блуждающим нервами.

При сосании в охватывании и сжатии грудного соска участвуют не только губы, но и валики – поперечные складки на губах новорожденного, образованные вдоль альвеолярных отростков дубликатурой слизистой (складки Робена-Мажито), а также поперечные складки – валики на твердом небе. Облегчает сосание наличие жировых комочков Биша в щеках. Во время сосания молоко (смесь, питье) не должно выливаться изо рта и ребенок не должен поперхиваться. Сосание происходит ритмично, на каждые два сосательных движения – два глотательных и одно-два дыхательных движения.

По тому, сколько ребенок проводит времени за сосанием груди, как активно и интенсивно он сосет и ритмично глотает и как эти процессы сочетаются с дыханием, можно судить о функции тройничного, лицевого, подъязычного (сосание), языкоглоточного и блуждающего (глотание) нервов, а также об общем функциональном развитии ребенка (его силе) и аппетите. Чтобы получить достоверную информацию об активности сосания, а также увидеть, насколько правильно прикладывают ребенка к груди, целесообразно во время осмотра (в начале или в конце) приложить его к груди. Здоровый ребенок активно захватывает у матери сосок и при попытке отнять грудь активно сопротивляется.

С помощью контрольного взвешивания или контролируемого кормления из бутылочки можно получить информацию о разовом объеме пищи.

Особенностью некоторых детей является быстрая **утомляемость** при сосании. В одних случаях это действительно **слабый**, быстро утомляющийся

ребенок, у которого быстро исчезает сосательный рефлекс, несмотря на то, что он не получил достаточного для насыщения количества молока. В других случаях – это так называемые “ленивые сосуны”, а также получающие по тем или иным причинам раннее кормление из бутылочки через соску.

При затруднениях в кормлении ребенка необходимо осмотреть у матери молочные железы для выяснения анатомо-физиологических особенностей их строения, а, возможно, и воспалительных заболеваний.

Любой отказ ребенка от кормления даже в течение короткого промежутка времени является серьезным симптомом какого-то заболевания (см. раздел: “Семиотика заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости”). **Это необходимо учитывать педиатру.**

Методика клинического исследования желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости у новорожденного, базируется на традиционных методах – жалобах, внешнем осмотре ротовой полости, передней брюшной стенки и пальпации. При необходимости уточнения данных визуального и пальпаторного исследования используют еще перкуссию и аускультацию.

Осмотр желудочно-кишечного тракта должен начинаться с осмотра ротовой полости, так как ротовая полость является началом пищеварительного тракта. При осмотре полости рта вначале дается характеристика цвету, влажности и чистоты слизистых оболочек. Затем осматриваются десны, язык с его уздечкой, твердое и мягкое небо. В случае выявления пороков развития или каких-либо патологических процессов их следует описать и дать им диагноз (см. раздел: “Семиотика заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости”).

Ротовая полость

При исследовании рта и зева важными условиями являются правильное положение ребенка и достаточное освещение. При дневном освещении ребенка помещают лицом против окна, а при искусственном – переносную лампу (фонарик) держат сзади от врача. Вначале с помощью шпателя или чайной ложки осматриваются десны, затем слизистая щек, язык, твердое небо и, наконец, зев, миндалины и задняя стенка глотки.

Ротовая полость новорожденного относительно небольшая и суховатая, так как процесс слюноотделения еще не сформировался. Она состоит из преддверия рта и собственно полости рта. Полость рта отделяется от преддверия рта десневыми валиками, являющимися уплотнением слизистой оболочки. Все элементы жевательного аппарата новорожденного – хоботообразные губы, десневая мембрана, выраженные небные поперечные складки и жировая подстилка щек – приспособлены для процесса сосания материнской груди. Этому же про-

цессу способствует дистальное положение нижней челюсти (физиологическая младенческая ретрогнатия).

При **осмотре десен** у новорожденного очень редко можно увидеть преждевременно прорезавшиеся зубы. Эти зубы затем выпадают, и на их месте появляются молочные. Обычно данный феномен не рассматривается как патология, однако преждевременное прорезывание зубов встречается и при **синдромах: Эллиса-Ван Кревельда, Халлермана-Штрайфа**.

Язык. При осмотре языка обращают внимание на его цвет, влажность, размер, налеты, патологические элементы (эрозии, язвы и др.). У новорожденного ребенка язык обычно розового цвета, имеет влажную бархатистую поверхность, относительно большого размера, но уместается во рту. Многие заболевания пищеварительного тракта сопровождаются появлением на языке налета различного характера, который, однако, не считается патогномичным (см. раздел: “Семиотика заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости”).

Нередко цвет языка, особенно сразу же после кормления, беловатый, что связано с принятой пищей – женским молоком (молочной смесью). У большинства новорожденных уздечка языка короткая, натянутая, что не считается патологией. Только в исключительных случаях требуется экстренное хирургическое вмешательство (подрезание). Это связано с тем, что язык не принимает особого участия в акте сосания. Поэтому участковый педиатр в случаях недокармливания ребенка должен искать причину этого в другом и не связывать недокорм с короткой уздечкой языка. Иногда слизистая оболочка под языком образует значительную складку.

Форма верхнего купола **твердого неба** индивидуальна. Высокое небо чаще всего комбинируется с узкими формами лицевого скелета, узкой носовой полостью и близко расположенными глазницами. На твердом небе по обеим сторонам от средней линии могут появляться временные **скопления клеток эпителия**, называемые **жемчужинами Эпштейна**. Сходная по внешнему виду ретенционная киста может быть локализована **на деснах**. Обычно эти образования исчезают в течение первых недель жизни.

Положение и форма **мягкого неба** постоянно меняются в зависимости от движений, которые совершают небные дужки и мягкое небо во время дыхания, крика, глотания и т.д.

Зев новорожденных трудно поддается осмотру из-за небной дуги. Миндалины обычно не выходят за передние дужки.

Глоточное лимфатическое кольцо развито слабо. Обе миндалины находятся глубоко между дужками и не выступают в полость зева. Сама глотка относительно узка и мала.

Осмотр полости рта как неприятную процедуру лучше всего отложить в конец объективного обследования и совместить его с осмотром внутреннего носа и зева.

Осматривая живот у новорожденного, следует обратить внимание на:

- пупок, его расположение, состояние пупочной ранки и состояние близлежащей кожи;
- цвет кожных покровов;
- симметричность, форму живота;
- участие передней брюшной стенки в акте дыхания;
- состояние поверхностных сосудов;
- перистальтику;
- пастозность, отечность, признаки воспаления и т.д.

Специального осмотра требует область заднего прохода. У новорожденного осмотр ее можно проводить на левом боку или на спине при поднятых вверх ногами.

Живот у здорового доношенного ребенка округлой формы, умеренно вздут, симметричен. Он активно принимает участие в акте дыхания, что и определяет брюшной (диафрагмальный) тип дыхания вне зависимости от пола ребенка. В норме передняя брюшная стенка должна находиться не выше уровня грудной клетки. Однако небольшое его выпячивание не рассматривается как патология. Кожа брюшной стенки обычного цвета. Поверхностные сосуды и перистальтика кишечника не определяются (исключение составляют дети с внутриутробной гипотрофией и недоношенные). К физиологическому явлению относится **Linea fusca**, которая проявляется локальной гиперпигментацией в виде тонкой полоски по средней линии живота. Эта полоска может появляться между второй и восьмой неделями жизни. В дальнейшем она бесследно исчезает.

Особого внимания требует осмотр и правильное описание **пупка**. Это связано с тем, что пупочная ранка представляет собой весьма удобные входные ворота для патогенных микроорганизмов. Поэтому всякое неблагополучие со стороны пупочной ранки чревато развитием пупочного сепсиса. При описании **пупка** следует **дать оценку состояния кожи вокруг него, указать тип и местоположение, степень эпителизации, наличие различных выделений с их характеристикой**. Необходимо обязательно осмотреть дно пупочной ранки для исключения на ее дне гноя. Только после этого можно дать объективную и достоверную оценку состояния дна пупочной ранки. Эпителизация и рубцевание пупочной ранки наступают только к 12–15 дню жизни.

Местоположение пупка колеблется. Он находится приблизительно по средней линии живота на середине расстояния между мечевидным отростком и лобком. Чем больше вес тела новорожденного, тем выше располагается пупок по отношению к длине тела. Пупок у девочек стоит по отношению к длине тела выше, чем у мальчиков. У недоношенного, как правило, отмечается низкое стояние пупка.

В большинстве случаев пупок втянут, однако может и несколько выбухать. Это зависит от того, насколько значителен у новорожденного переход кожного покрова на пуповину. Чаще этот переход не превышает 0,5–1 см, что и создает втяжение пупка.

Пупочная ранка обычно к первому патронажу (5–6 день жизни) не заживает, и из нее достаточно часто выделяется серозное отделяемое с примесью сукровицы. На дне пупочной ранки может быть кровянистая корочка, которую следует вначале размочить перекисью водорода, а затем удалить с помощью ваты и только после этого осмотреть дно пупочной ранки.

Пальпация живота является основным клиническим методом исследования состояния брюшной стенки и органов брюшной полости. Во время пальпации живота врач должен сидеть справа от ребенка и производить ее теплой рукой. Движения должны быть нежными и не резкими.

Вначале производится **поверхностная пальпация** (ориентировочная). Она осуществляется путем легкого последовательного поверхностного касания пальцами руки всех отделов живота. С помощью этого вида пальпации **определяют**:

- степень напряжения брюшной стенки;
- болезненность живота;
- гиперестезию кожи передней брюшной стенки;
- анатомическое состояние брюшной стенки (степень закрытия пупочного и пахового колец, а также белой линии живота, состояние пупка и пупочных сосудов, наличие уплотнений, грыж, выпячиваний и др.).

По окончании поверхностной пальпации проводится **глубокая скользящая пальпация** живота, которая является наиболее информативным методом исследования органов брюшной полости. Ее следует производить перпендикулярно прощупываемому органу. С помощью пальпации **можно**:

- пропальпировать большинство органов брюшной полости и провести их топографическое разграничение;
- оценить размеры печени и селезенки и дать пальпаторную характеристику состояния их нижнего края (мягкий, уплотненный, плотный, ровный, неровный, острый, закругленный, болезненный и т.д.);
- выявить патологические образования и дать им подробную характеристику (локализация, размеры, консистенция, форма, подвижность и т.д.).

Так как проведению глубокой пальпации часто мешает крик ребенка или метеоризм, она должна осуществляться на высоте вдоха с постепенным углублением. Во время проведения пальпации следует внимательно следить за реакцией ребенка, так как это позволит выявить болевые ощущения.

Глубокая пальпация проводится в следующем порядке: сигмовидная кишка, слепая, червеобразный отросток, подвздошная кишка, восходящий и нисходящий отделы толстого кишечника. Затем проводится пальпация поперечно-обо-

дочной кишки и желудка. Завершается глубокая пальпация прощупыванием поджелудочной железы, печени и селезенки.

У здорового ребенка при поверхностной и глубокой пальпации живота не выявляется болезненности и дефанса.

Передняя брюшная стенка эластична и упруга. При спокойном поведении ребенка живот доступен глубокой пальпации. Незначительная пастозность в области лобка может быть проявлением гормонального криза. Кроме того, пастозность передней брюшной стенки возможна у недоношенного ребенка. Локальная отечность в низу живота в виде тяжа бывает при тугом пеленании ребенка. У некоторых детей, чаще у недоношенных, может иметь место небольшое расхождение прямых мышц живота и незакрытие пупочного кольца, которые после курса массажа и гимнастики проходят самостоятельно.

Пальпацию пупочных сосудов следует проводить у верхнего (вена) и нижнего (артерии) полюса пупочной ранки. В норме пупочные сосуды не пальпируются. В тех случаях, когда участковый педиатр пропальпировал пупочные сосуды, следует с помощью массирующих движений, проводимых по направлению к пупочной ранке, убедиться в отсутствии появления гноя на ее дне.

Пальпацию печени у новорожденного обычно проводят по срединно-ключичной и передне-подмышечной линиям методом "скользящей пальпации". Рука участкового педиатра должна соскальзывать с нижнего края печени, что позволяет определить не только размеры, но и дать пальпаторную характеристику ее нижнему краю.

У новорожденного в норме нижний край печени может выступать из-под края реберной дуги по среднеключичной линии не более чем на 2 см. Край ее острый, гладкий, мягко-эластичной консистенции, безболезненный.

Желчный пузырь у детей не прощупывается. Его пальпация возможна лишь иногда при аномалиях развития билиарной системы. Одним из признаков заболеваний желчного пузыря и желчных ходов является локальная болезненность в правом подреберье.

Однако пальпаторно не всегда удается определить размеры печени. В этих случаях следует использовать перкуссию.

Пальпацию селезенки проводят в двух положениях ребенка – на спине и на правом боку. Методика пальпации селезенки на спине соответствует методике прощупывания печени. Если в этом положении селезенку не удастся определить, то ее следует пропальпировать в положении ребенка на правом боку. Пальпация селезенки в этом положении осуществляется следующим образом. Ладонь левой руки кладется на нижнюю часть левой половины грудной клетки в области VIII ребра и несколько надавливает на нее. Такая методика позволяет, хотя и редко, пропальпировать нижний край селезенки.

Перкуссия. При проведении перкуссии в норме в области слепой и сигмовидной кишок определяется ясный звук.

Перкуссия печени у новорожденных детей имеет ограниченное применение. Она применяется при наличии асцита или резкого вздутия живота для дифференциальной диагностики.

Аускультация брюшной полости. Этот метод исследования применяется редко. С помощью аускультации живота у здорового ребенка выявляются звуковые явления (урчание) за счет кишечной перистальтики, которая называется **кишечными тонами**. Они возникают самостоятельно, но могут быть вызваны и искусственно при пальпации. Иногда урчание может быть слышно на расстоянии.

Диагностической значимостью обладает метод исследования желудка, получивший название “шум плеска”: при сотрясении в желудке, где одновременно находятся воздух и жидкость, возникает своеобразный шум.

В конце клинического исследования желудочно-кишечного тракта врач выясняет у матери характер (цвет, консистенция, запах, количество) и частоту стула ребенка с учетом вида вскармливания (лучше всего, когда участковый педиатр сам видит стул).

Всякое отклонение от нормы или от возрастных особенностей желудочно-кишечного тракта и органов брюшной полости должно найти у участкового педиатра объяснение, с тем чтобы достаточно рано определиться с диагнозом (хотя бы и предварительным), а следовательно, и в тактике ведения данного ребенка.

Семиотика заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов, расположенных в брюшной полости

Расстройство основных функций желудочно-кишечного тракта ведет к целому ряду характерных болезненных симптомов. Однако особенностью неонатального периода является своеобразная неспецифическая реакция органов пищеварения на любое негастроэнтерологическое заболевание. Это выражается не только в разнообразных жалобах, но и в достаточно пестрой клинической симптоматике.

Наиболее частые **жалобы**, с которыми встречается участковый педиатр на патронажах, проводя исследование желудочно-кишечного тракта:

- срыгивания (рвота);
- икота;
- снижение активности сосания;
- боли в животе, сопровождающиеся криком и двигательным беспокойством;
- нарушения характера и частоты стула.

Диспепсический синдром

Диспепсический синдром у новорожденного проявляется в виде рвоты и срыгиваний. К возникновению этого синдрома в данной возрастной группе

предрасполагают анатомо-физиологические особенности строения пищевода и желудка, а также особенности функционирования рвотного центра, который получает раздражение с самых различных мест организма. Эти особенности создают определенные предпосылки, которые могут реализоваться в виде рвоты (срыгиваний) не только при заболеваниях пищеварительного тракта, а также при многих других заболеваниях.

Если мать предъявляет жалобы на рвоту (срыгивания), у нее необходимо **выяснить:**

- когда у ребенка впервые появилась рвота (срыгивания);
- **связь рвоты (срыгиваний) с приемом пищи: во время кормления, сразу же после кормления, спустя несколько минут после кормления, вне связи с приемом пищи;**
- как ведет себя ребенок во время рвоты (срыгиваний) и после нее;
- количество рвотных масс (обильное, необильное, “фонтаном”, подтекает) и их характер – цельное или створоженное молоко; примеси – желчь, слизь, кровь; запах;
- какими еще симптомами характеризуется рвота (срыгивания) – понос, запор, подъем температуры, отказ от еды, беспокойство и т.д.;
- **наличие болевого синдрома.**

Уточнение этих характеристик рвоты (срыгивания) помогает в постановке правильного диагноза, а также в выборе адекватного обследования.

Срыгивание является разновидностью рвоты. Возникает легко, без усилий, т.е. без напряжения брюшного пресса и без изменения общего состояния, оно характеризуется выделением небольшого количества (5–30 мл) молока (смеси) через небольшой промежуток времени после кормления в виде слабого извержения или вялого вытекания (подтекания) пищи.

Рвота – сложный рефлекторный акт, обусловленный возбуждением рвотного центра. Во время рвоты происходит произвольное толчкообразное извержение содержимого желудка через рот под значительным давлением в виде струи (фонтана) на расстояние до 0,5 м. Факторы, вызывающие рвотный рефлекс, многообразны.

Срыгивания у новорожденного могут быть следствием **физиологических особенностей**, так как они не приводят к существенному изменению общего состояния ребенка и достаточно легко купируются. Срыгивания возникают, как правило, в связи с приемом пищи и вскоре после кормления. К таким состояниям **относятся:**

- перекорм, который приводит к растяжению желудка;
- аэрофагия. Возникает в тех случаях, когда во время сосания вместе с молоком происходит заглатывание и воздуха. Воздушный пузырь, выделяясь из желудка, выталкивает молоко. Это сопровождается при вертикальном положении туловища отрыжкой воздухом и срыгиванием небольшого количества мо-

лока. Из-за растяжения желудка воздухом ребенок во время срыгивания может кричать или быть беспокойным;

– метеоризм. Скопление газов в кишечнике ребенка повышает давление в брюшной полости и в желудке, приводя тем самым к срыгиваниям;

– быстрая перемена горизонтального положения тела ребенка после кормления на вертикальное;

– тормошение ребенка сразу же после кормления;

– тугое пеленание.

Упорные и постоянные рвоты и срыгивания, которые появляются достаточно рано и не поддаются антиспастической терапии, почти всегда указывают на **пороки развития пищевода, желудка или начальных отделов кишечника.**

Аномалии пищевода:

– недостаточность кардии (халазия кардии) – врожденная недостаточность кардии, которая характеризуется неполным смыканием кардиального отдела пищевода. Это приводит к постоянному или эпизодическому забросу в пищевод содержимого желудка. Характеризуется отрыжкой, частыми срыгиваниями в виде вытекания молока, режой рвотой потоком, створоженным молоком. В отличие от пилоростеноза и пилороспазма в вертикальном положении эти симптомы уменьшаются, а при наполненном желудке вновь усиливаются, особенно в положении лежа.

Неполное закрытие кардиального отверстия желудка в первые три недели жизни – явление физиологическое. У многих детей в этом возрасте в положении на спине или на левом боку бывает рефлекторная рвота непосредственно после кормления, при крике или при пальпации живота;

– врожденный стеноз пищевода. Рвота (срыгивания) обычно возникает в начале 2-й недели жизни ребенка;

– короткий пищевод (грудной желудок, брахиэзофагус). Кардиальный отдел желудка подтягивается, как на уздечке, в грудную полость и остается там постоянно. Рвота упорная.

Аномалии желудка:

– пилоростеноз (гипертрофический стеноз привратника). При этом пороке имеется гипертрофия циркулярных мышечных волокон привратника, благодаря чему просвет привратника сужен и нарушена эвакуация желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку. Рвота вначале достаточно частая и носит характер срыгиваний. Возникает на 2–4-й неделе жизни сразу же после кормления или спустя небольшой промежуток времени. По мере растяжения желудка рвота урежается до 2–3 раз в сутки и становится обильной струей (фонтаном). Количество рвотных масс превосходит количество высосанного молока при последнем кормлении, что указывает на задержку пищи в желудке. Наличие постоянной рвоты ведет к ежедневной потере в весе. Ребенок из-за голода беспокоен, с жадностью пьет. Водно-электролитные нарушения приводят к сни-

жению тургора тканей, вялости и адинамии. Нарастает гипотрофия, вялость и адинамия, ухудшается общее состояние;

– врожденная диафрагмальная грыжа. Желудок и отделы кишечника могут проникать в грудную полость не только через пищеводное отверстие, но и через другие отверстия в диафрагме. Диафрагмальная грыжа характеризуется рвотой обычно сразу после кормления, которая появляется на 1-й неделе жизни и сочетается с расстройствами дыхания.

Аномалии двенадцатиперстной кишки и кишечника:

– атрезия и стеноз двенадцатиперстной кишки. Наиболее часто эти аномалии отмечаются у детей с болезнью Дауна. Симптомы заболевания возникают в разные сроки, которые определяются степенью стеноза. При выраженном стенозе рвота появляется в первые дни и недели жизни и носит постоянный характер. При не резко выраженном стенозе рвота возникает позже и характеризуется периодичностью возникновения. Независимо от степени стеноза рвота всегда связана с кормлением.

Причиной атрезии и стеноза двенадцатиперстной кишки может быть **кольцевидная поджелудочная железа**, которая рассматривается как своеобразный анатомический вариант ее развития;

– незавершенный поворот кишечника (мальротация кишечника, синдром Ледда) – эмбриональный порок развития, при котором начальный отдел тонкой кишки остается в левой половине верхнего отдела живота, а не перемещается в правую половину. Из-за этого между двенадцатиперстной кишкой и тощей создается крутой переход, что приводит к частичной перемежающейся или полной обтурации в этой области. При полной обтурации рвота появляется после каждого кормления в первые дни жизни ребенка. В случаях частичной непроходимости первые симптомы в виде периодической рвоты могут появиться на 3-й неделе жизни ребенка или в более поздние сроки. Рвота обильная, но не фонтаном; в дальнейшем может стать постоянной;

– долихосигма – удлинение сигмовидной кишки, при котором отмечаются значительные нарушения моторной функции. Рвота, как правило, сопровождается болями и вздутием живота.

Распознавание рвоты и срыгиваний органического происхождения у новорожденного и своевременная соответствующая хирургическая коррекция порока развития являются профилактикой развития ряда тяжелых осложнений.

Диспепсический синдром, кроме пороков развития желудочно-кишечного тракта, может быть одним из проявлений целого ряда других заболеваний.

Упорная рвота является почти постоянным и ранним симптомом заболеваний центральной нервной системы. В этих случаях она носит **неврогенный характер** и обусловлена непосредственным поражением центральной нервной системы. К таким заболеваниям **относятся:**

- энцефалит;
- менингит;
- гидроцефалия;
- нарушение мозгового кровообращения;
- внутричерепные кровоизлияния;
- перинатальная энцефалопатия;
- билиарная энцефалопатия.

Особенностью инфекционных поражений центральной нервной системы является то, что синдром рвоты и срыгивания появляется внезапно и он не связан с приемом пищи. Состояние ребенка в большинстве случаев тяжелое и сопровождается неврологической симптоматикой.

Достаточно часто у детей, перенесших гемолитическую болезнь новорожденных и родовую травму, а также имеющих перинатальную энцефалопатию, отмечаются упорные срыгивания и рвота. Основная причина этого – нарушения со стороны вегетативной и центральной нервной системы, которые могут приводить к **пилороспазму, кардиоспазму, халазии кардии, дискинетическим нарушениям, или гастроэзофагальным и дуоденогастральным рефлюксам**. Рвота при этих заболеваниях достаточно постоянна и без лечения держится долго. Первые проявления данного вида диспепсических расстройств отмечаются вскоре после рождения в виде медленного вытекания изо рта молока или толчкообразного выделения пищи различными по объему порциями. Как правило, этот синдром возникает вскоре после кормления и сопровождается аэрофагией.

Синдром рвоты присутствует практически при всех **острых кишечных инфекциях**.

Рвоту (срыгивания) также могут вызвать разнообразные бактериальные токсины **при следующих инфекционных, инфекционно-воспалительных и гнойно-воспалительных заболеваниях:**

- респираторная инфекция;
- пневмония;
- отит;
- пиелонефрит;
- гнойно-воспалительные заболевания, в том числе и сепсис.

В этих случаях рвота носит как бы сопутствующий характер, так как сопровождается основным заболеванием. С приемом пищи, как правило, не связана.

Следующие **острые хирургические заболевания** могут привести к возникновению синдрома рвоты и срыгивания:

- аппендицит;
- перитонит;
- ущемленная грыжа;
- перекрут яичка.

При этих заболеваниях рвота носит рефлекторный (висцеральный) характер и диагностируется по основному заболеванию.

Рвота может быть одним из проявлений некоторых **наследственных метаболических нарушений обмена веществ и электролитов**. Она возникает при воздействии на рвотный центр продуктов патологического обмена, образующихся при этих заболеваниях. Рвота упорная, частая, без видимых причин и вне связи с приемом пищи.

Наследственные болезни обмена аминокислот:

- фенилкетонурия;
- гиперлизинемия;
- гиперметионинемия;
- гиперлизинемия;
- тирозинемия.

Наследственные болезни обмена углеводов:

- галактоземия;
- непереносимость фруктозы;
- непереносимость лактозы.

Наследственные болезни обмена липидов:

- болезнь Вольмана.

Смешанная группа наследственных болезней обмена веществ:

– адреногенитальный синдром, сольтеряющая форма (псевдопилороспазм, синдром Дебре-Фибигера).

В связи с тем, что многие заболевания у новорожденного сопровождаются синдромом рвоты и срыгивания, при проведении дифференциального диагноза в домашних условиях помогает оценка свойств рвотных масс – **внешний вид, запах, наличие различных примесей (кровь, желчь, каловый запах)**.

Рвота несвернувшимся молоком (не створоженным):

- кардиоспазм;
- атрезия пищевода.

Рвота свернувшимся молоком (створоженным):

- пилоростеноз.

Кислый запах рвотных масс указывает на желудочное их происхождение:

- пилоростеноз;
- пилороспазм.

Каловый запах рвотных масс – признак кишечной непроходимости в нижних отрезках тонкой или толстой кишок.

Отсутствие в рвотных массах желчи всегда указывает на:

- непроходимость желчных путей;
- стеноз (атрезию) двенадцатиперстной кишки выше места впадения желчного протока;

- пилоростеноз;
- пилороспазм.

Примесь желчи характерна для рвоты из среднего отдела двенадцатиперстной кишки. При высоко расположенном стенозе кишки примесь желчи указывает на сужение ниже места впадения общего желчного протока:

- атрезия и стеноз двенадцатиперстной кишки;
- незавершенный поворот кишечника;
- аденогенитальный синдром, сольтеряющая форма.

Примесь крови в рвотных массах является обычно проявлением **эзофагита**, возникшего как следствие воспалительного процесса или застойных явлений. Встречается **при**:

- диафрагмальной грыже;
- коротком пищеводе.

Примесь крови в рвотных массах может появиться в результате насасывания ее ребенком из **трещин на материнском соске**.

Икота

Икота у новорожденного обычно беспокоит родителей едва ли не больше, чем самих детей. Икота (икание) возникает в результате внезапного клонического спазма диафрагмы (быстрое инспираторное опускание диафрагмы) с одновременным спазмом голосовых связок. Это вызывает внезапный вдох в виде своеобразного всхлипывающего звука. Икота может возникнуть и у совершенно здорового ребенка. Сохраняясь в течение непродолжительного времени, она не причиняет ребенку каких-либо неудобств. В этом случае икота рассматривается как нормальное явление и встречается **при**:

- переохлаждении;
- перекорме;
- метеоризме.

Икота приобретает патологический характер лишь в тех случаях, когда она становится продолжительной, упорной, болезненной, а иногда очень мучительной. Причиной происхождения икоты в этих случаях могут быть самые разнообразные раздражения центральной и периферической нервной системы, рефлекторные раздражения *n.phrenicі* или непосредственно самой мышцы диафрагмы. К этой патологической группе заболеваний **относятся**:

- кишечная непроходимость;
- диафрагмальная грыжа;
- менингит;
- энцефалит;
- кровоизлияние в мозг;
- гидроцефалия и др.

Анорексия

Анорексия – снижение аппетита, которое у новорожденного проявляется в виде снижения активности сосания и не является чисто специфическим симптомом, характерным только для заболеваний органов пищеварения, т.к. может встречаться как у практически здорового ребенка, так и при многих заболеваниях и состояниях.

При различных заболеваниях функция сосания часто извращается. **Спонтанное сосание** наблюдается при **общем возбуждении** ребенка и особенно – при патологических процессах в головном мозгу (**внутричерепная травма, микроцефалия, энцефалопатия** и др.). Общие заболевания приводят к существенному снижению силы сосания. Больной ребенок нередко отказывается от груди, делает частые перерывы во время сосания.

При **заболеваниях органов дыхания и сердечно-сосудистой системы** во время кормления может отмечаться или усиливаться **цианоз**, появляться **одышка**. По тому, как ребенок сосет, можно определить, что этот процесс ему дается с большим трудом; он быстро **устаёт**, что и приводит к частым прекращением сосания, которые могут сопровождаться плачем.

Если ребенок **неплотно захватывает сосок** (или соску), **вяло сосет, быстро утомляется, поперхивается**, кричит при попытке присосаться, долго держит молоко во рту, наблюдается **носовой оттенок голоса**, – все это свидетельствует о **бульбарных** или **псевдобульбарных нарушениях**.

Патологическое снижение аппетита у новорожденного может быть **обусловлено**:

- ринитом;
- отитом;
- стоматитом;
- общей незрелостью организма и ослаблением сосательного и глотательно-го рефлексов;
- родовой и внутричерепной травмой;
- билирубиновой энцефалопатией;
- соматической и инфекционной патологией;
- врожденными дефектами полости рта (волчья пасть, прогнатизм, заячья губа и др.);
- наследственными болезнями обмена аминокислот (болезнь кленового сиропа, гиперметионинемия, тирозинемия).

Внезапное и значительное снижение аппетита – один из ранних признаков сепсиса.

По реакции ребенка на голод можно предварительно предположить возможную причину снижения аппетита.

Дети с общей незрелостью, недоношенные, с тяжелыми родовыми травмами, перенесшие гемолитическую болезнь новорожденных, с дефектами развития

центральной нервной системы, наследственными болезнями обмена аминокислот и т.д. отличаются сонливостью, быстрой утомляемостью во время сосания, безучастным и вялым поведением. Анорексия у них, как правило, возникает с рождения и достаточно упорная. Дети с ринитом, отитом, стоматитом, пороками развития желудочно-кишечного тракта, врожденными дефектами полости рта крайне беспокойны, криком проявляют свой голод, жадно хватают грудь, но сразу же от нее отказываются.

Любой отказ ребенка от кормления даже в течение короткого промежутка времени является серьезным симптомом какого-то заболевания.

Жажда

В нормальных условиях жажда может отмечаться у совершенно здорового ребенка, который находится на искусственном вскармливании и не получает в достаточном количестве воды. Кроме того, потребность в воде увеличивается при повышении температуры в помещении и в жаркое время года.

В патологических условиях жажда отмечается у детей, страдающих рвотой или частыми и обильными срыгиваниями. Кроме того, она встречается при диарейном синдроме как проявление обезвоживания.

Боли в животе

Боли в области живота у новорожденного могут возникать у совершенно здорового ребенка и быть кардинальным симптомом многих заболеваний. Проявляются в виде общего двигательного беспокойства, "сучения" ногами (ребенок беспорядочно сгибает и разгибает ноги), внезапного крика с покраснением лица, отказом от груди.

При наличии болевого синдрома следует **выяснить**:

- время появления и периодичность болей;
- провоцирующие факторы;
- связь с приемом пищи;
- характер болей – схваткообразные, длительные, постоянные;
- поведение ребенка во время болей;
- наличие рвоты и повышения температуры;
- характер стула;
- отхождение газов;
- что уменьшает боли;
- как ведет себя ребенок после прекращения болей;
- состояние передней брюшной стенки во время приступа болей – обычная, вздутая, напряженная.

Выяснение этих вопросов, как правило, помогает определиться в причине болевого синдрома и провести целенаправленное клиническое обследование.

Наиболее часто боли в животе имеют **функциональный характер** и отмечаются **при**:

- метеоризме (недостаточность лактазы и др.);
- перекорме;
- аэрофагии;
- назначении неадекватной для данного ребенка молочной смеси;
- пищевой аллергии;
- запоре и т.д.
- **кишечных инфекциях.**

При этих состояниях боли обозначаются как “пупочные (кишечные, абдоминальные) колики”. Длительность таких приступов переменчива. После симптоматической коррекции и устранения выявленной причины они не беспокоят ребенка.

Боли в животе могут возникать при **хирургической патологии**:

- стеноз двенадцатиперстной кишки. Боли носят постоянный характер и чаще локализуются в верхнем квадранте живота; после рвоты затихают;
- ущемление грыжи;
- незавершенный поворот кишок;
- долихосигма;
- аппендицит и др.

У новорожденных с внутриутробной инфекцией и внутриутробной гипотрофией острые воспалительные и хирургические заболевания могут протекать “асимптомно”, без классических признаков острого живота.

Ребенок с болями в животе должен быть очень тщательно обследован для исключения хирургической патологии.

С болями в животе протекают все **острые кишечные инфекции.**

Правильное дифференцирование болей в брюшной полости возможно лишь при учете всех дополнительных данных, данных визуального осмотра передней стенки живота (изменение цвета, перистальтика, вздутие, выпячивание, западение и т.д.), пальпации, а при необходимости и перкуссии живота. Кроме того, следует оценивать все клинические данные, полученные ранее.

Запор

Запор – отсутствие самостоятельного стула более двух суток. Особенностью запора является то, что он независимо от причины его вызвавшей имеет тенденцию к самоподдержанию. Запор, как и понос, чаще является признаком функциональных нарушений деятельности кишечника.

Кроме жалобы на задержку стула у ребенка, родители могут жаловаться на отхождение стула “не из того места”, например, из половой щели или отверстия у корня мошонки, что бывает при **аноректальных аномалиях.**

Перед участковым врачом иногда возникает нелегкая задача выяснения истинной причины запора у ребенка. Установлению правильного диагноза во

многим способствует хорошо собранный анамнез и детальное клиническое обследование, включая и визуальный осмотр аноректальной области.

В анамнезе необходимо уточнить:

- время, когда появился запор;
- характер и режим вскармливания;
- при искусственном вскармливании – регулярность приема жидкости и ее количество;
- характер и вид стула;
- длительность запоров;
- **что и как применяется с целью вызывания акта дефекации и др.**

Следует осмотреть область ануса (имеется ли раздражение, трещины и т.д.). Если ребенок страдает запорами с рождения или вскоре после него, показано пальцевое исследование ануса и прямой кишки. Причиной запора в этом случае может быть спазмированный сфинктер ануса.

Запоры нередко отмечаются у совершенно здорового новорожденного. Этому способствует относительно большая длина кишечника, сниженная двигательная активность толстой кишки и сократительных мышц, принимающих участие в акте дефекации. У новорожденного, находящегося на грудном вскармливании, запор может иметь **алиментарный характер** вследствие недостаточного поступления грудного молока – недоедание (гипогалактия у матери, анатомические дефекты грудных желез). При искусственном вскармливании к запору может приводить **недостаточный прием жидкости**. В ряде случаев причиной запора является большая заботливость родителей о ежедневном стуле ребенка, которая проявляется в том, что при малейшей задержке стула (что может быть и в норме) они применяют газоотводную трубку или клизму, которые при регулярном применении подавляют нормальный дефекационный акт.

Большое влияние на возможность возникновения запора оказывает характер питания матери и задержка стула у нее.

Запоры имеют различное происхождение: функциональное, органическое, эндокринное и медикаментозное.

Запоры функционального характера (нейрогенный, дискинетический) по механизму возникновения представляют гетерогенную группу. Они возникают у детей с **родовой травмой, недоношенных, с задержкой развития центральной нервной системы** и связаны с атонией кишечника и дискинетическими расстройствами. При **болезни Дауна, миастении, внутриутробной гипотрофии** запор возникает в результате снижения тонуса кишечной стенки и скелетных мышц.

У детей с синдромом гипервозбудимости в основе возникновения запора лежат спастические явления.

Если же отсутствие стула отмечено с рождения и носит упорный характер, то следует думать об **органических запорах**, которые связаны с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта:

- болезнь Гиршпрунга (врожденный мегаколон) – характеризуется расширением ободочной кишки с гипертрофией ее стенки;
- пилоростеноз (см.);
- пилороспазм (см.);
- долихосигма (см.).

Другая группа запоров связана с гормональной недостаточностью (**эндокринные запоры**), при которой отмечается не только гипотония кишечника, но и снижение чувствительности его нервного аппарата. Подобный тип запоров может быть при гипотиреозе у ребенка, находящемся на искусственном вскармливании.

Причиной запоров может быть и **дисбиоз** кишечника, в возникновении которого участвуют многие факторы.

К **медикаментозным запорам** относятся запоры, которые обусловлены **приемом анестетиков, нейролептиков, миорелаксантов, противоконвульсивных, седативных** (сироп от кашля) **препаратов**.

Однако далеко не во всех случаях с помощью анамнеза и объективных данных можно выявить причину запора. В этих случаях показаны дополнительные обследования и консультации.

Диарейный синдром

Диарейный синдром (понос) – частый жидкий стул при усиленной перистальтике кишечника и изменении его характеристик. В основе поноса лежит ускоренный пассаж содержимого по кишечнику, замедление всасывания жидкости, а также повышенное слизеобразование.

При наличии у ребенка поноса врач должен **выяснить**:

- эпидемиологическую обстановку дома;
- на каком виде вскармливания находится ребенок;
- что, кроме расстройства у ребенка стула, беспокоит родителей (температура, рвота, беспокойство, анорексия и т.д.);
- когда появился понос, и что ему предшествовало (в родильном доме, дома);
- вид стула, цвет, объем, запах, примеси;
- возможная причина.

С практической точки зрения, важно различать учащение стула без изменения общего состояния ребенка и действительно понос, сопровождающийся самой разнообразной дополнительной симптоматикой.

К учащению стула у здорового новорожденного ребенка могут приводить:

- грубые нарушения диететики кормящей матери;
- голодание ребенка (гипогалактия, плоские соски, тугая грудь);

- перегрев;
- перекорм;
- дефекты ухода;
- дисбиоз кишечника.

Особенностью клинической картины во всех этих случаях является то, что общее состояние ребенка не страдает и после устранения неблагоприятного фактора почти всегда нормализуется пищеварение и стул.

Диарейный синдром, так же, как и синдром рвоты и срыгивания у новорожденного, не всегда является специфичным только для заболеваний желудочно-кишечного тракта. Основными **причинами**, вызывающими его, могут быть **кишечные инфекции**, ряд **соматических заболеваний**, **обменные, токсические, гормональные** и др. факторы, которые приводят к воспалительной реакции со стороны желудочно-кишечного тракта.

Кишечные инфекции в зависимости от локализации и характера поражения подразделяются на инвазивные и секреторные. При инвазивных кишечных инфекциях возбудители (шигеллы, сальмонеллы, кампилобактерии, энтероинвазивные эшерихии) проникают в эпителиоциты, вызывая воспалительное поражение слизистой оболочки тонкой и толстой кишки.

Секреторные диареи характеризуются функциональными нарушениями эпителия тонкой кишки, что сопровождается появлением обильного водянистого стула и развитием обезвоживания. Наиболее часто диарея развивается в результате нарушения различных механизмов, обеспечивающих процессы гидролиза и всасывания в тонкой кишке. Секреторные диареи наиболее часто вызывают ротавирусы, аденовирусы и другие вирусные патогены. Следует помнить, что этот же патогенез связан с воздействием некоторых эшерихий, сальмонелл и холерного вибриона.

В диагностике причины поноса в домашних условиях большое значение имеет правильная трактовка жалоб, получение достоверных эпидемиологических сведений и правильная оценка состояния ребенка и его стула.

Все острые кишечные инфекции имеют общие симптомы: остро возникший понос, патологический характер стула, рвота и срыгивания, повышение температуры. Нередко болезнь сопровождается развитием эксикоза. При развитии данного состояния нарушаются все виды обмена веществ и микроциркуляция, что приводит к нарушению периферического кровообращения. Кишечные инфекции у новорожденного всегда представляют серьезную угрозу его жизни.

Эксикоз – обезвоживание организма – происходит вследствие потери жидкости с патологическим стулом и рвотой. Клинически проявляется отказом от еды, вялостью или беспокойством, срыгиваниями или рвотой, отсутствием прибавки веса, угнетением физиологических рефлексов и нарушением функций различных органов и систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, центральной нервной).

В неонатальном периоде эксикоз встречается наиболее часто, так как этому способствуют большой объем внеклеточной жидкости, значительное выделение воды через легкие, кожу и незрелость почек. При эксикозе вода и соли теряются в разных соотношениях. Поэтому различают **изотоническую, гипотоническую и гипертоническую дегидратации**.

При изотонической дегидратации потеря солей соответствует потерям воды. Этот вариант обезвоживания встречается достаточно часто и протекает наиболее легко. Однако, несмотря на легкость течения, в клинической картине присутствуют: жажда, вялость, сонливость, сухость кожных покров и слизистых, снижение тургора тканей и эластичности кожи, олигурия.

При гипотонической (сольдефицитная, внеклеточная) дегидратации потери солей превышают потери воды, ведущим симптомом является рвота. Потеря солей приводит к снижению осмомолярности плазмы и перемещению жидкости из сосудистого русла в клетки, что влечет за собой быстрое снижение объема циркулирующей плазмы и нарушение реологических свойств крови. Вследствие отека и набухания мозга развиваются судороги. Может быть потеря сознания. Кожа бледная с цианотичным или с мраморным оттенком. Конечности холодные. Язык и слизистые полости рта сухие. Крик слабый. Большой родничок запавший. Кожная складка расправляется плохо. Олигоанурия. При развитии гипокалиемии отмечается повторная рвота, мышечная гипотония, парез кишечника, отсутствие стула, метеоризм, поверхностное дыхание, глухие сердечные тоны.

При гипертонической (вододефицитная, внутриклеточная) дегидратации потери воды превышают потери солей. Данный тип дегидратации развивается при выраженном диарейном синдроме, особенно в сочетании с гипертермией и одышкой, когда теряется практически чистая вода. Повышение уровня натрия в плазме приводит к потере воды клетками – возникает внутриклеточное обезвоживание. Объективно ребенок возбужден, выражена жажда. Кожа и слизистые сухие, большой родничок не изменен. Артериальное давление и диурез на начальных этапах остаются в пределах нормы. Выраженность клинической картины эксикоза зависит от степени тяжести.

Клинически выделяют три степени эксикоза (табл. 3).

I степень (компенсированная) соответствует потере массы тела до 5%. Ребенок возбужден, отмечается выраженная жажда. На фоне гипертермии наблюдается бледность кожных покровов. Эластичность и влажность кожи не меняются. Саливация и тургор мягких тканей сохранены. Появляется тахикардия, артериальное давление нормальное или даже повышено. Диурез снижен.

II степень (субкомпенсированная) – потеря массы тела до 10%. Ребенок вял, адинамичен. Температура субфебрильная или нормальная. На фоне бледности кожных покровов появляется акроцианоз. Кожа сухая. Саливация и тургор тканей снижены. Большой родничок запавший. Отмечаются одышка, тахикардия, снижение артериального давления, олигурия.

Таблица 3

Клиническая картина степеней эксикоза

Признаки	Степени		
	I (возникает при нечастом стуле и редкой рвоте)	II (возникает при частом стуле и повторной рвоте)	III (развивается при частом стуле и неукротимой рвоте)
Потеря массы тела	до 5%	до 10%	свыше 10%
Рвота	1 – 2 раза в сутки	многократная	неукротимая
Жажда	умеренная	выраженная	выраженная
Голос	обычный	слабый	слабый
Лицо	обычное	осунувшееся	осунувшееся
Тургор тканей	не изменен	снижен	значительно снижен
Температура тела	38–39°C	норма	гипотермия
Поражение ЦНС	возбуждение	вялость, адинамия	нарушение сознания
Кожный покров: окраска влажность эластичность	бледность не изменена не нарушена	бледность снижена снижена	цианоз сухие кожа и слизистые собирается в складки
Большой родничок	не изменен	западает	втянут
Дыхание	норма	тахипноз	патологическое
Сердцебиение	тахикардия	тахикардия	брадикардия
Тоны сердца	громкие	приглушены	глухие
Диурез	олигурия	олигоанурия	анурия

III степень (декомпенсированная) характеризуется потерей массы тела свыше 10%. Сознание нарушено от заторможенности до комы. Температура тела чаще всего субнормальная. Кожа сухая, цианотичная, собирается в труднорасправимые складки. Слизистые сухие яркие. Тургор мягких тканей резко снижен. Глазные яблоки мягкие, запавшие. Большой родничок втянут. Выраженный тахипноз, могут отмечаться патологические типы дыхания. Брадикардия. Артериальное давление может не определяться. Наблюдаются парез кишечника, олигоанурия или анурия.

Частый жидкий стул бывает не только при кишечных инфекциях. Острый диарейный синдром может возникать вторично при различных не гастроэнтерологических инфекционно-воспалительных заболеваниях. Токсическое поражение кишечника (парентеральный энтерит) в этих случаях наступает вторично, как своеобразная неспецифическая реакция на воспалительный процесс. К этим заболеваниям наиболее часто **относятся**:

- отит;
- пневмония;
- пиелонефрит;
- гнойно-воспалительные заболевания, в том числе и сепсис.

Наряду с остро возникшим диарейным синдромом у новорожденного возможен и **длительный понос**. Длительный понос (длительная диарея, затяжная диарея, хроническая диарея) характеризуется стойко выраженным изменением консистенции и объема (полифекалия) стула, нарушением его состава и частоты, продолжающимся более 3 недель. К длительным диарейам следует относить и состояния, при которых периодически появляются кишечные расстройства, обозначаемые обычно в практике термином “неустойчивый стул”. Особенностью таких состояний является то, что они не имеют тенденции к излечению в течение 3–4 недель. Степень выраженности эксикоза может быть различной.

Чаще всего длительная диарея связана с **неинфекционными факторами**. В эту группу диарей **входят**:

- мальабсорбция;
- мальдигестия;
- наследственные нарушения обмена веществ;
- первичные иммунодефициты (синдром Ди-Георге, синдром Вискотта-Олдрича);
- болезни эндокринной системы (адреногенитальный синдром, сольтеряющая форма).

Мальабсорбция – наследственная патология, связанная с нарушением кишечного всасывания отдельных или нескольких составных частей пищи (белков, жиров, углеводов, и электролитов) при сохраненном ферментативном их расщеплении. В неонатальном периоде она встречается **при**:

- кишечной форме муковисцидоза;
- непереносимости белков коровьего молока (аллергия к коровьему молоку, молочная энтеропатия, аллергический энтерит).

Мальдигестия – наследственная и приобретенная патология, возникающая при нарушении расщепления полимеров пищи до состояния, необходимого для всасывания в кишечнике. В эту группу диарей **входят**:

- наследственные болезни обмена веществ;
- адреногенитальный синдром, сольтеряющая форма;
- дисбиоз кишечника.

Наиболее частой причиной длительной диареи в группе **наследственных болезней обмена веществ** является **лактазная недостаточность**, которая может возникнуть и вторично под влиянием кишечных инфекций (ротавирусная). При лактазной недостаточности в эпителиальных клетках тонкой кишки отсутствует фермент лактоза, расщепляющий в норме лактазу (молочный сахар) до конечных продуктов – моносахаридов, которые и всасываются в кишечнике. Отсутствие такого расщепления приводит к накоплению в кишечнике дисахаридаз. Дисахаридазы способствуют росту бродильной флоры, накоплению газов, стимуляции моторики, повышению осмотического давления в кишечнике и

увеличивают содержание в нем жидкости. Все это и приводит вторично к возникновению поноса.

Стул и его характеристика

У новорожденного стул устанавливается с 5-го дня жизни. В норме характер стула и его частота зависят от вида вскармливания и возраста ребенка. У детей, находящихся на грудном вскармливании, стул в ряде случаев соответствует количеству кормлений или несколько меньше. Он золотисто-желтого цвета в виде жидкой сметаны с кисловатым запахом. У некоторых детей в результате хорошего усвоения материнского молока стул может быть 3–5 раз в сутки.

При искусственном вскармливании стул замазкообразной консистенции, светло-желтого цвета с гнилостным запахом до 3–4 раз в сутки.

Расстройства в деятельности кишечника проявляются в виде **запоров** или **поносов**.

Независимо от характера стула участковый педиатр в обязательном порядке должен видеть стул ребенка, характер которого может дать важную информацию о возможной причине болезни.

Вид стула, его характер и количество позволяют иногда сделать предположение о диагнозе.

При рассмотрении стула следует **оценить**:

- консистенцию (обычный, жидкий, оформленный – колбасовидный, ленто-видный; овечий, пенистый, кашицеобразный, водянистый и пр.),
- количество (обычное, обильное, необильное, скудное, “ректальный плевок”);
- примеси (отсутствие, кровь, слизь, гной, слизисто-гнойные);
- цвет (обычный, зеленый, обесцвеченный, бурый дегтеобразный);
- запах.

Запоры. Известны два типа запоров: **атонический** (гипокинетический, гипомоторный) и **спастический** (гиперкинетический, гипермоторный).

Стул при **атоническом запоре** достаточно объемистый и представлен в виде каловой пробки, вслед за которой идет густая каша (см. раздел: “Запор”).

При органических запорах стул зловонный, обильный, в виде отдельных истонченных конгломератов или в виде мелких шариков, частично спрессованных в орешки (“овечий” стул). Характер данного стула указывает на **спастический запор**. Он может быть также неустойчивым, то плотным и обильным, то скудным и водянистым (см. раздел: “Запор”).

Поносы. Различают поносы с **большим** (обильные) и малым количеством каловых масс. Первые наблюдаются при **кишечной форме муковисцидоза**.

Поносы с **уменьшенным количеством кала** (скудные, “ректальный плевок”) могут быть при дизентерии, при которой поражается толстая кишка.

При поносах необходимо составить характеристику стула, касающуюся: **консистенции** – кашицеобразная, жидкая, водянистая; **цвета** – зеленый, буро-зеленый, оранжевый, желтый; **запаха** – кислый, гнилостный; **примесей** – белые комочки, слизь, кровь, гной.

Независимо от причины, вызвавшей диарею, степень ее выраженности может быть различной. Так, выраженный **водянистый стул** указывает на поражение тонкой кишки, которое вызывают вирусные инфекции (**рота- и аденовирусы**), протекающие с характерными для каждого из этих вирусов симптомами (поражение глаз – аденовирусы, ротавирусы – явления респираторной инфекции).

Жидкий стул встречается при **всех бактериальных кишечных инфекциях** и при **всех диареях неинфекционной природы**. Особенно жидкий стул (“брызжащий”) бывает при коли-инфекции.

Кашицеобразный стул может быть и при **сальмонеллезе**, и при кишечной форме **муковисцидоза**.

Наличие в кале **слизи** указывает на толстокишечную **бактериальную диарею** (дизентерия, сальмонеллез, эшерихозы), на **лактазную недостаточность** или на **дисбиоз кишечника**.

Пенистый стул встречается при **ротавирусной инфекции, дисбиозах** кишечника и при **синдроме мальабсорбции**.

Жирный кал (с блеском) – **кишечная форма муковисцидоза**.

Причиной **алой крови** в стуле при **запорах** могут быть **трещины ануса**, механическое **повреждение слизистой прямой кишки** газоотводной трубкой или наконечником клизмы. Кровь или ее прожилки находятся в центре и на поверхности плотного нормально окрашенного кала.

Кровь в кале при **диареях** встречается при:

- непереносимости белков коровьего молока (аллергический энтерит);
- лактазной недостаточности;
- дизентерии;
- ротавирусной инфекции;
- сальмонеллезе (“мясные помои”);
- эшерихозах (редко);
- первичном иммунодефиците (синдром Вискотта-Олдрича).

Изменения запаха кала:

- кислый запах – лактазная недостаточность;
- зловонный запах (гнилостный, вонючий) – кишечная форма муковисцидоза, вирусные диареи – ротавирусная и аденовирусная инфекция (вследствие гниения нерасщепленных белков).

Изменение характера стула встречается не только при запорах или поносах, но и при других заболеваниях.

Изменение цвета стула:

- **зеленый стул** – **дизентерия, сальмонеллез** (“болотная тина”);

- **желтый или желто-зеленый стул** – ротавирусная инфекция;
- **желто-оранжевый** (золотистый) – эшерихозы;
- **ахоличный стул** (обесцвеченный):
 - пороки и аномалии развития желчевыводящих путей;
 - “синдром сгущения желчи” (после перенесенной гемолитической болезни новорожденного). Первые симптомы могут появиться на 5–28-й день жизни.

Дегтеобразный кал – синдром Пейтца-Егера (полипоз кишечника в сочетании с пигментными пятнами).

Несмотря на столь выраженные визуальные клинические различия в характеристике стула при поносах и запорах, опорные их признаки теряют свою значимость при дефекации в подгузники или в пеленки.

Так, описанный стул при различных видах запоров становится однотипным, т.е. представляет собой густую, иногда плотную, вязкую массу. При жидком стуле о степени его водянистости можно судить по площади водянистого пятна.

О наличии крови в кале при поносах у новорожденного судят по периферийному окрашиванию кала в виде красного ободка.

При **патологии осмотра живота** иногда дает ценную диагностическую информацию.

Изменения пупка и пупочной области

Представляют большую группу заболеваний врожденного (не воспалительного) и приобретенного (гнойно-воспалительного) характера. В случае гнойно-воспалительного процесса пупка он может быть входными воротами для возникновения сепсиса.

Врожденные дефекты пупка и пупочной области:

– *кожный пупок*. Представляет собой **аномалию развития**, при которой эпителий кожи живота переходит на остаток пупочного канатика. Это создает культю, которая увеличивает размеры пупка и приводит к его взбуханию над поверхностью живота, создавая тем самым косметический дефект.

– *амниотический пупок*. Амниотический эпителий после формирования пупка сохраняется на брюшной стенке, что приводит к отсутствию в данном месте нормального кожного покрова.

Гнойно-воспалительные заболевания пупка

Воспаление пупка (омфалит) – воспаление кожи и подкожной клетчатки в области пупка и окружающих тканей, которое возникает в период заживления пупочной ранки в результате ее инфицирования.

Омфалит может протекать в трех формах:

- простая;
- флегмонозная;
- некротическая.

Простая форма (мокнущий пупок, доброкачественная форма) характеризуется длительным незаживлением пупочной ранки и скудным серозным или серозно-гнойным отделяемым с ее дна. Со временем это отделяемое образует корочку. Воспалительные явления вокруг пупка отсутствуют. Иногда на дне ранки может наблюдаться избыточное разрастание грануляций в виде грибовидного разрастания – **фунгус пупка** (см.).

Длительное мокнутие пупочной ранки при лечении простого омфалита более 4–8 недель подозрительно в отношении наличия **пупочных свищей**, которые возникают вследствие полного или частичного незаращения желточно-кишечного или мочевого протока. Такой ребенок нуждается в консультации хирурга.

Флегмонозная форма протекает тяжело. Процесс переходит на ткани вокруг пупка, появляется гиперемия и припухлость окружающих тканей, взбухающая над поверхностью живота. Пупочная ранка представляет собой язву, покрытую фибринозным налетом и окруженную уплотненным кожным валиком. При надавливании на околопупочную область из пупочной ранки выделяется гной.

Общее состояние ребенка вначале страдает незначительно. При переходе процесса во флегмону передней брюшной стенки резко ухудшается состояние – повышается температура, появляется беспокойство и нарастают явления токсикоза.

Если инфекция остается локализованной, то образуется периаумбиликальный абсцесс. Чаще инфекция распространяется по пупочным сосудам и лимфатическим путям выше или ниже пупка. Это может приводить к отеку различных областей – подмышечной области, грудной клетки или наружных половых органов.

Некротическая форма чаще развивается у недоношенного, ребенка с гипотрофией, с морфофункциональной незрелостью, внутриутробной гипоксией, асфиксией в родах. Процесс распространяется не только в стороны, как при флегмоне, но и вглубь. Наступает некроз кожи и отслойка ее от подлежащих тканей. Почти всегда в воспалительный процесс вовлекаются сосуды на передней брюшной стенке, что и приводит к гиперемии кожи в этой области и к появлению своеобразного тяжа, выявляемого пальпаторно.

Процесс может распространяться на всю толщу передней брюшной стенки и вызвать эвентрацию кишок или же распространиться на всю брюшину, вызывая перитонит.

У недоношенного ребенка изменения вокруг пупка при некротической форме омфалита минимальные. Диагноз ставится на основании пальпации утолщенных и уплотненных пупочной артерии и вены, а также отделения гноя из пупка.

Флебит и артериит пупочных сосудов. При омфалите довольно часто в патологический процесс вовлекаются пупочные сосуды. На передней брюшной стенке визуально определяются **полосы лимфангита** – расширенные **поверх-**

ностные вены. Пальпаторно сосуды представлены в виде тяжа. При **тромбофлебите** пупочной вены круглый тяж пальпируется по средней линии живота над пупком, а при **тромбоартериите** – с двух сторон ниже и сбоку пупка.

При перифлебите и периаартериите кожа над пораженными сосудами отекает, гиперемирована. Может быть напряжение передней брюшной стенки.

При поглаживающих движениях пораженного сосуда по направлению к пупку на дне ранки появляется гной.

Омфалит достаточно часто осложняется появлением гнойных метастатических очагов (остеомиелит, деструктивные пневмонии, энтероколит и др.), а также развитием сепсиса. При этом необходимо иметь в виду, что тяжесть местного поражения не всегда совпадает с характером общесептической реакции. Иногда при ярко выраженном местном процессе состояние ребенка остается удовлетворительным. В других же случаях при самых незначительных локальных изменениях наблюдаются признаки тяжелой септической реакции.

Сепсис – это наиболее тяжелая форма генерализованного гнойно-воспалительного процесса у ребенка первых месяцев жизни, имеющего различные входные ворота (часто пупок).

В условиях поликлиники диагноз сепсиса помогают поставить ряд критериев, которые хотя и не являются специфичными, но у детей с локализованной гнойной инфекцией предполагают переход местного процесса в генерализованный.

По развитию сепсиса наиболее угрожаемыми являются дети:

- родившиеся от матерей с различными соматическими болезнями и воспалительными заболеваниями генитальной сферы;
- родившиеся при длительном безводном периоде и грязных околоплодных водах;
- недоношенные;
- с внутриутробной гипотрофией;
- с различными дефектами развития;
- перенесшие гемолитическую болезнь;
- перенесшие родовую травму;
- перенесшие асфиксию.

Признаки сепсиса:

- наличие нескольких очагов наиболее легких форм локализованной гнойной инфекции или же тяжелая пиемическая форма;
- наличие общих симптомов токсикоза: повышение температуры тела, землисто-сероватый оттенок кожи, анорексия, срыгивания, рвота, вздутие живота, остановка прибавки веса, вялость, тахикардия, приглушение тонов сердца, токсическое дыхание;
- реакция со стороны паренхиматозных органов в виде увеличения печени и селезенки;

– изменения в гемограмме – анемия нормохромная, лейкоцитоз нейтрофильный с резким сдвигом влево, ускорение СОЭ.

Кровотечения из пупка могут быть обусловлены:

- травмой пупка при его обработке;
- транзиторным нарушением гемостаза;
- неполноценным тромбообразованием (тромбоцитопения или тромбоцитопатия, гемофилия);
- инфекцией пупка (омфалит, флебит);
- сепсисом;
- сифилисом.

Фунгус пупка – это разрастание грануляционной ткани на дне пупочной ямки в виде достаточно плотного опухолевого образования диаметром до 1–5 мм. со скудным отделяемым. Цвет у него бледно-розовый, что необходимо иметь в виду, проводя дифференциальный диагноз между выпадением слизистой оболочки незарощенного желточного протока, для которого характерна окраска ярко-красного цвета. Общее состояние ребенка не страдает, он нормально развивается и хорошо прибавляет в весе.

При острых воспалительных процессах в брюшной полости движения брюшной стенки резко ограничены.

При **увеличении размеров** живота кожа передней стенки живота становится блестящей, вены просвечиваются, а пупок делается сглаженным.

Для выяснения причины увеличения живота следует **узнать**:

- как возникло увеличение (внезапно, постепенно);
- как давно (*в родильном доме, дома*);
- сопровождается ли увеличение живота болями. Если да, то, что приносит облегчение.

Медленное и **постепенное увеличение размеров живота** наблюдается при:

- асците;
- новообразованиях;
- кардиоспазме;
- мальабсорбции.

Внезапное увеличение живота при метеоризме, запорах различного происхождения. Как правило, сопровождается болями в животе. Отхождение газов и появление стула в этих случаях приносят ребенку облегчение, и он успокаивается.

Увеличение всего живота может отмечаться при инфекциях, вызванных бактериями, продуцирующими токсины (стафилококк) – **пневмония, сепсис, перитонит, язвенно-некротический энтероколит** и т.д. Вздутие живота в этих случаях наступает вследствие токсического пареза кишечной перистальтики. Внутриутробные инфекции также сопровождаются увеличением размеров живота.

Асимметричное увеличение живота встречается при ограниченном увеличении отдельных органов брюшной полости (печень, селезенка, почки), новооб-

разованиях, при диафрагмальной грыже и параличе диафрагмального нерва (на стороне поражения живот втянут), аномалиях развития передней брюшной стенки (на стороне дефекта – выпячивание), а также в случаях переполненного мочевого пузыря. Пальпация и перкуссия поможет определиться с топической диагностикой и с характеристикой образования.

При патологии может отмечаться не только увеличение живота, но и изменение его формы.

“Лягушачий живот” – увеличенный и распластаный в обе стороны живот является признаком **незрелости** и значительной гипотонии мышц брюшной стенки. Часто наблюдается **при**:

- внутриутробной гипотрофии;
- аномалиях развития;
- наследственной патологии.

“Ладьевидная” форма живота у новорожденного возможна **при**:

- диафрагмальной грыже.

Втянутый живот может быть **при**:

- постнатальной гипотрофии;
- обезвоживании;
- пилороспазме;
- стенозе двенадцатиперстной кишки или начального отдела тонкой кишки.

При осмотре живота, особенно вскоре после приема пищи и легкого массажа передней брюшной стенки, при различных заболеваниях можно отметить перистальтическую волну, которая указывает на препятствия, мешающие нормальному прохождению пищи по желудочно-кишечному тракту. Она встречается **при**:

- пилоростенозе;
- пилороспазме;
- атрезии и стенозе двенадцатиперстной кишки;
- незавершенном повороте кишечника.

Пульсация в подложечной области сравнительно часто наблюдается у детей с короткой грудной клеткой при срединном положении сердца и не имеет патологического значения. Для пульсации эпигастральной области сердечного происхождения (**гипертрофия правого желудочка**) характерно ее направление сверху вниз из-под мечевидного отростка (см. раздел: “Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы”).

Пальпаторное исследование передней брюшной стенки и органов брюшной полости дает ценную информацию о характере патологического процесса.

Гиперестезия кожи живота может отмечаться у детей **при**:

- пневмонии;
- менингите;
- перитоните.

При перечисленных заболеваниях это проявление общей гиперестезии.

Острые процессы в брюшной полости сопровождаются болезненностью и ригидностью мышц живота, что является проявлением висцеро-моторного рефлекса при воспалении брюшины.

Пальпаторное исследование живота требует исключения **грыж**, которые нередко встречаются в неонатальном периоде. В зависимости от происхождения и анатомической локализации в этом возрасте различают несколько видов грыж.

Пупочная грыжа возникает при врожденной слабости пупочного кольца и характеризуется наличием в нем дефекта (дырка – грыжевое отверстие), который может иметь различный размер. Проявлением такого дефекта является грыжевое выпячивание в виде овальных или округлых образований брюшной стенки в области пупка, появляющихся и увеличивающихся в размерах при крике и беспокойстве. В спокойном состоянии данное образование исчезает или уменьшается, редко – ущемляется и имеет склонность к самоизлечению в первые годы жизни ребенка. Может сочетаться с небольшим расхождением прямых мышц живота. Наиболее часто такая грыжа встречается у недоношенных, маловесных и незрелых детей.

Паховая грыжа проявляется в виде припухлости (выпячивания) обычного цвета и температуры кожи в паховой области, которая появляется при крике и натуживании. В спокойном состоянии данное выпячивание исчезает или уменьшается. Пальпаторно грыжевое отверстие определяется в виде расширенного пахового кольца, свободно пропускающего палец. При вправлении отчетливо слышно характерное урчание. У мальчиков грыжевое содержимое может спускаться в мошонку.

При наблюдении за ребенком, имеющим грыжу, необходимо помнить о возможности ущемления ее. Клиническая картина ущемления грыжи проявляется внезапным беспокойством ребенка, криком, беспорядочными движениями ног (“сучит ногами”). Иногда могут появиться срыгивания, рвота. Грыжевое выпячивание становится напряженным, болезненным и не вправляется. Живот вздут, напряжен и болезнен. Кишечная перистальтика усилена. Стул и отхождение газов могут быть задержаны. В данной ситуации требуется срочная госпитализация.

Все дети, наблюдающиеся в поликлинике с наличием грыж, должны быть проконсультированы у хирурга для решения вопроса о наиболее рациональном методе лечения.

Необходима глубокая пальпация всех отделов кишечника. Особое внимание следует уделить слепой кишке и привратнику. Отсутствие слепой кишки на ее обычном месте может указывать на незавершенный поворот. Тщательная пальпация живота позволяет прощупать утолщенный пилорический отдел желудка.

При атоническом запоре может пальпироваться сигмовидная кишка (слева в низу живота), содержащая твердый кал.

Ощущения переливания и урчания в животе при пальпации встречаются при заболеваниях кишечника, поджелудочной железы, когда вследствие нарушения процессов резорбции различных пищевых веществ (углеводы, жиры) в просвете кишки одновременно скапливаются газ и жидкость. Подобная симптоматика встречается при синдроме мальабсорбции, пищевой аллергии.

Увеличение печени – (**гепатомегалия**) вызывают следующие **причины**:

- аномалии желчных путей;
- внутриутробные инфекции;
- некоторые формы желтух (см. раздел: “Желтуха”);
- наследственные болезни обмена (болезнь Ниманна-Пика, генерализованный ганглиозидоз, сфинголипидистрофия, болезнь Вольмана, синдром Гурлера, синдром Гунтера и др.);
- некоторые виды гемолитических анемий;
- пороки сердца;
- первичные опухоли печени;
- сепсис;
- пневмония и др.

Увеличение печени может сопровождаться ее болезненностью, появлением достаточно плотного нижнего края, а в ряде случаев – и бугристости.

Спленомегалия – увеличение селезенки у новорожденного – один из наиболее частых симптомов многочисленных заболеваний как инфекционной, так и неинфекционной этиологии. Основными **причинами** спленомегалии в этом возрасте **являются**:

- заболевания печени;
- гемолитические анемии;
- наследственные болезни обмена веществ;
- внутриутробные инфекции;
- сепсис и др.

При патологическом увеличении печени и селезенки у новорожденного в большинстве случаев имеются и другие специфические синдромы, позволяющие поставить правильный диагноз.

Правильная пальпация живота позволяет **выявить увеличение размеров почек**, что встречается **при**:

- врожденном гидронефрозе;
- мультикистозной почке;
- нефробластоме – опухоль Вильямса.

При необходимости проводят **перкуссиию** передней брюшной стенки и ее **аускультацию**.

В случаях **гепато-** и **спленомегалии**, при **увеличении** размеров **почек** над ними выслушивается **тупой перкуторный звук**.

Наличие высокого тимпанического звука облегчает распознавание атонии кишечника, кишечной непроходимости.

Аускультативно можно определить усиление перистальтики кишечника, что наблюдается при энтеритах. Полное отсутствие кишечных шумов характерно для атонии кишечника. В случаях наличия у ребенка грыжи с помощью аускультации можно определиться в характере грыжевого содержимого.

Осматривая полость рта, можно увидеть на слизистой щек синевато-серые пятна – проявление дисхромии, называемое **невусом Ота** (см.).

Желтушная окраска слизистой оболочки твердого неба, зева иногда выявляется раньше, чем на коже и склерах (см. раздел: “Желтуха”). При наличии каких-либо несвойственных слизистой полости рта элементов их необходимо описать и дать им морфологическую характеристику (изъязвления, кровоизлияния, афты, бляшки, молочница и др.). Кроме того, во время осмотра дается оценка строения твердого неба на предмет наличия или отсутствия стигм дизэмбриогенеза (высокое узкое небо, высокое уплощенное небо, аркообразное небо), а если есть, то и пороков развития.

Анатомические нарушения строения неба могут быть представлены в виде: **расщелины неба, расщелины челюсти, укороченного мягкого неба и расширенного среднего отдела глотки**. В большинстве случаев эти анатомические нарушения сочетаются с расщелиной губы. Все они являются врожденными пороками развития.

Расщелины челюсти и неба значительно варьируют по степени тяжести и могут представлять как самостоятельный и единственный порок развития, так и сочетаться с другими пороками развития. Расщелина челюсти может быть от легкой выемки до глубокого дефекта.

Расщелина неба по средней линии может захватывать только язычок (раздвоенный язычок), мягкое небо (**синдром Пьера-Робена**) или распространяться вплоть до десен.

Врожденная расщелина неба является тяжелым анатомическим нарушением, при котором нарушается не только акт сосания и глотания, но и внешнее дыхание. У некоторых детей с врожденной расщелиной неба наблюдается врожденное недоразвитие всех отделов верхней челюсти (микрогнатия). Кроме того, у них имеются органические и функциональные нарушения в полости носа, зева и органов слуха. Эти дети должны быть проконсультированы ЛОР-врачом.

Комбинированная расщелина губ, челюсти и неба (хейлогнатопалатосхизис) либо **губы и челюсти**. Щель губы и челюсти может быть как с одной стороны, так и двусторонней. Подобная аномалия называется **“волчья пасть”** и может встречаться при **синдроме Ульриха-Фейхтигера**.

Самую большую группу воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта составляют **стоматиты**. В эту группу **входят:**

– *травматический стоматит* (афты Бернара). Наиболее часто может встречаться у детей с внутриутробной гипотрофией, недоношенных, находящихся на искусственном вскармливании. Основная причина его – травматизация слизистой рта ребенка грубым соском груди матери, грубой соской или обыкновенной металлической ложкой. Морфологическим проявлением этого вида стоматита являются чаще округлые эрозии, хотя могут быть и другой формы. Поверхность эрозий покрыта фибриновым налетом. Располагаются они чаще всего симметрично на границе твердого и мягкого неба, на языке, на внутренней стороне щек;

– *аллергический стоматит* (десквамативный глоссит, географический язык). Наиболее часто встречающийся вид стоматита, когда на языке появляется покраснение или, наоборот, белесые пятна – “географический язык”. Данный вид стоматита является проявлением аллергии;

– *грибковый стоматит* (кандидозный стоматит, молочница). Часто встречается у новорожденных детей, особенно у недоношенных. Вызывается грибом *candida albicans*, который присутствует и в здоровой полости рта. При сниженном иммунитете, травмировании слизистой оболочки полости рта и т.д. грибок активизируется и начинает разрастаться. Заразиться молочницей можно через поцелуй, сосок груди матери, если на нем есть трещина или ссадина, через предметы ухода за ребенком. Заболевание начинается с появления единичных, располагающихся поверхностно, беловатых наложений размером с булавочную головку, напоминающих свернувшееся молоко или творожистую массу, которые легко снимаются. Этот налет покрывает различные участки слизистой оболочки полости рта. Затем элементы сливаются, образуя белую пленку, которая отторгается с трудом. Процесс может стать генерализованным с поражением слизистой оболочки всего пищеварительного тракта и нарушением общего состояния ребенка.

Язык при стоматитах поражается достаточно часто. Однако при некоторых заболеваниях поражается только язык. Воспаление языка носит название *глоссит*.

К порокам развития языка относят:

– глоссоптоз (недоразвитие и западение языка) – синдром Пьера-Робена. Западение языка приводит к асфиксии и затруднениям при кормлениях. Выведение языка сразу облегчает состояние ребенка. Кормить его следует из соски в вертикальном положении;

– макроглоссия (большой язык) – синдромы Видемана-Беквита и Дауна;

– микроглоссия (маленький язык) – синдром аглоссии-адактилии;

– складчатый язык – на поверхности языка имеются продольные и поперечные достаточно глубокие невоспалительного характера борозды;

– ромбовидный глоссит. Встречается у детей очень редко. По средней линии спинки языка в заднем отделе имеется участок ромбовидной формы, лишенный нитевидных сосочков и поэтому выделяющийся на общем фоне более яркой розовой окраской;

– аномалия уздечки верхней губы. Характеризуется прикреплением ее не в промежутке между луночковыми возвышениями верхних центральных резцов, а гораздо ниже, иногда у самого основания межзубного сосочка этих резцов;

– аномалия уздечки языка (короткая уздечка языка). Уздечка укорочена в передней части, что ограничивает подвижность не только кончика языка, но и всего языка. Кончик языка фиксирован ко дну ротовой полости и не выводится за ее пределы. При осмотре следует обратить внимание на дугообразную деформацию языка во время попытки ребенка высунуть язык. Насильственно приподнять кончик языка не удастся, при этом уздечка натягивается и как бы раздваивает кончик языка.

К воспалительным заболеваниям слюнных желез относится

– паротит новорожденных – острое воспаление околоушной железы, имеющее вирусное происхождение. Заболевание сопровождается температурной реакцией, затруднением сосания и глотания вследствие болезненности. В околоушно-жевательной области появляется болезненная припухлость и гиперемия. При пальпации этой области удастся отметить выделение капель гноя из выводного отверстия стенового протока. Очень быстро развивается абсцесс околоушно-жевательной области.

Исследование почек и мочевых путей

Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей у новорожденного базируется на традиционных клинических данных, однако решающее значение в диагностическом процессе имеют лабораторные и специальные исследования. Это связано с тем, что интерпретация многих клинических симптомов при заболеваниях почек и мочевыводящих путей у новорожденного представляет определенные трудности, так как могут встречаться не только при заболевании почек, а вызываться различными экстраренальными причинами.

Приступая к исследованию мочеобразующих органов и мочевыводящих путей, следует выяснить у матери:

- как мочится ребенок;
- не плачет ли во время акта мочеиспускания;
- приблизительное количество мочи за сутки и количество мочеиспусканий (количество пеленок или количество подгузников);
- характер струи;
- цвет и запах мочи.

В тех случаях, когда мать предъявляет жалобы на изменение характера мочи, участковому педиатру для объективной оценки целесообразно самому осмотреть мочу для определения ее прозрачности, цвета, запаха.

В абсолютных цифрах суточный диурез ребенка первого месяца жизни может составлять от 100–150 мл до 250–300 мл (диурез в мл/кг массы тела на

первой неделе жизни составляет 75, а в возрасте 1 месяц – 80). На величину диуреза оказывает влияние температура воздуха. При высокой температуре диурез уменьшается, а при низкой – увеличивается.

Приблизительное количество мочеиспусканий составляет около 20–22 раз в сутки.

Поведение ребенка во время мочеиспусканий обычное, и для окружающих они происходят незаметно, поэтому в домашних условиях ориентируются на приблизительный диурез. Он рассчитывается по количеству сменных пеленок (подгузников). Если их количество более 6, то диурез считается положительным.

Причиной беспокойства ребенка во время мочеиспускания могут чаще всего быть воспалительные процессы в мочевом пузыре или мочеиспускательном канале. Для исключения заболеваний этих органов показано исследование мочи. Лейкоцитурия – признак бактериальной инфекции мочевых путей. Однако она может появиться и при острых инфекционных заболеваниях.

Изменение количества мочи проявляется увеличением (полиурия) или уменьшением (олигурия) диуреза вплоть до полного прекращения выделения мочи (олигоанурия).

Увеличение диуреза (**полиурия**) является результатом дефекта концентрационной способности почек. Обнаруживается, как правило, к концу 1-го месяца жизни и является **симптомом** таких **заболеваний, как:**

- почечная глюкозурия;
- тубулопатии;
- почечный несахарный диабет;
- почечный солевой диабет (псевдогипоальдостеронизм);
- адреногенитальный синдром, сольтеряющая форма;
- заболевания центральной нервной системы;
- гипоальдостеронизм.

Стойкое снижение диуреза до 1/3 возрастной нормы рассматривается как **олигурия**. Она может быть связана как с **почечными заболеваниями** (поликистозная болезнь младенческого типа, микрокистоз почек, острый кортикальный и канальцевый некроз), так и с **общими заболеваниями**, приводящим и к дегидратации. К таким заболеваниям **относятся:**

- кишечные инфекции;
- пилоростеноз;
- повышение температуры тела;
- заболевания центральной нервной системы.

Струя мочи зависит от силы сокращений мочевого пузыря и состояния мочеиспускательного канала. В норме при акте мочеиспускания наблюдается широкая дугообразная струя мочи. Напор струи мочи зависит также и от степени

наполнения мочевого пузыря. При малом количестве мочи в мочевом пузыре струя становится более вялой.

Прозрачность мочи. У новорожденного моча в норме прозрачная. Она остается прозрачной и после пребывания на воздухе, так как бедна солями. Помутнение мочи после ее охлаждения можно наблюдать при большом содержании солей мочевой кислоты, какое может появиться при повышении температуры тела.

На практике более или менее мутная моча наблюдается чаще всего при содержании в нее большого количества форменных элементов.

Цвет мочи. О цвете мочи можно судить по окраске пеленок (подгузников), впитавших мочу ребенка. В норме цвет мочи может колебаться от соломенно-желтого (светло-желтого) до насыщенного желтого. Это зависит от содержания пигментов. Степень окраски меняется в зависимости от удельного веса и количества выделенной мочи. Интенсивный желтый цвет – высокий удельный вес. Бледная моча чаще имеет низкий удельный вес. В конце первой недели жизни возможно изменение цвета мочи. Моча становится желто-кирпичного цвета, на пеленке (подгузниках) остается соответствующего цвета пятно (инфарктная моча). Это связано с развившимся **мочекислым инфарктом**, который наблюдается практически у всех новорожденных детей.

Всякое **ненормальное прокрашивание** пеленок (подгузников), особенно в сочетании со специфическим запахом, должно настораживать участкового педиатра в отношении **наследственных заболеваний обмена веществ**:

- зеленый – **фенилкетонурия**;
- зеленый, быстро отцветающий – **тирозинемия**;
- серо-зеленый – **болезнь кленового листа**;
- лиловый – **мальабсорбция метионина**;
- голубовато-зеленый – **гистидинемия, феохромоцитома**;
- темно-коричневый – **алкаптонурия**;
- вишнево-красный – **диабетический кетоацидоз**;
- лиловый – **формиминотрансферазная недостаточность**.

Кроме этих заболеваний, цвет мочи изменяется при заболеваниях почек, протекающих с гематурией (**коричнево-красная окраска**):

- поликистоз;
- мегауретер;
- нефроптоз;
- злокачественные опухоли.

Эти заболевания протекают с длительной и постоянной гематурией.

Наряду с ренальной гематурией встречаются и **экстраренальные гематурии**, которые могут встречаться при таких заболеваниях, как:

- генерализованные гнойно-воспалительные заболевания и сепсис;
- кишечные инфекции;
- острые респираторно-вирусные инфекции.

При **гепатоцеллюлярной и механической желтухе** моча **темно-коричневая. Буровато-красный оттенок** мочи отмечается при некоторых формах **гемолитических анемий**, протекающих с внутрисосудистым гемолизом.

Запах мочи. Свежевыпущенная моча имеет характерный ароматический запах, который зависит от присутствия летучих кислот.

Изменение запаха мочи отмечается при некоторых **наследственных болезнях обмена веществ**:

- затхлый запах – **фенилкетонурия, тирозинемия**;
- запах кленового сиропа или жженного сахара – **болезнь кленового сиропа**;
- запах сухого солода или имбирного пива – **мальабсорбция метионина**;
- запах отварной капусты или прогорклого масла – **гиперметионинемия**;
- запах сыра или потных ног – **изовалериановая ацидемия**;
- запах кошачьей мочи – **β -метилкротонил-СоА карбоксилазная недостаточность**.

Наиболее частым из острых заболеваний почек в неонатальном периоде является инфекция мочевыводящих путей и пиелонефрит.

У доношенного новорожденного пиелонефрит протекает с общесептическими явлениями, характерными для токсикоза: серовато-желтоватый оттенок кожи, беспокойство, вздутие живота, диспепсические расстройства и понос, приступы цианоза, менингеальные симптомы. Местные признаки и расстройства мочеиспускания нередко отступают на второй план. Кроме того, в ряде случаев отсутствует корреляция между клиническими проявлениями заболевания и анализами мочи. Так, при тяжелых симптомах заболевания может быть лишь небольшая лейкоцитурия.

У недоношенного новорожденного заболевание протекает достаточно вяло. В клинике доминируют симптомы общего снижения рефлексов, вялое сосание, срыгивания, периодическое беспокойство, вздутие живота, неустойчивый стул. Иногда могут отмечаться признаки дегидратации.

Исследование половых органов

Исследование половых органов у новорожденного проводят путем осмотра и пальпации.

Вначале по внешним признакам оценивается половая принадлежность ребенка, которая и определяет специфику методики обследования.

Осмотр наружных половых органов девочки лучше всего проводить, когда она находится в позиции “лягушки”. В этой позе бедра в согнутом положении и стопы находятся на столе (та же поза, что и при определении состояния тазобедренных суставов – см. раздел: “Нижние конечности”).

При визуальном осмотре необходимо осмотреть большие, малые половые губы, клитор и его уздечку, наружное отверстие мочеиспускательного канала, состояние девственной плевы и преддверия влагалища.

У доношенной девочки большие половые губы прикрывают малые. У недоношенной – половая щель зияет, так как большие половые губы не прикрывают малые, а клитор на этом фоне кажется увеличенным.

Клитор считается нормальных размеров, если он не выступает за срамную щель.

Форма и строение девственной плевы в норме подвержены значительным индивидуальным колебаниям. Она может иметь вид кольцевидной пленки, окружающей единственное отверстие, или же сплошной пленки с множественными мелкими отверстиями.

У девочек наружный **мочеиспускательный канал** расположен под клитором между срамными губами (соответственно задней поверхности симфиза). Наружное отверстие уретры у входа в преддверие влагалища окружено валикообразными краями. В некоторых случаях у наружного отверстия мочеиспускательного канала могут быть отложения кристаллов бурого цвета (соли мочевой кислоты), что является проявлением мочекишечного инфаркта и не рассматривается как патология.

Поверхностная пальпация половых губ и влагалища лучше всего выполняется надавливанием на область промежности с каждой стороны от половых губ большими пальцами обеих рук или осторожным оттягиванием половых губ в стороны.

Небольшой отек половых губ или выделения (слизистые или кровянисто-слизистые – как проявления десквамативного вульвовагинита), появившиеся на первой неделе жизни, не рассматриваются как патология, а считаются проявлением гормонального криза, который носит транзиторный характер и не требует никаких вмешательств.

В случае выявления каких-либо изменений или пороков развития их необходимо описать.

Пороки развития:

– пороки развития клитора – **аплазия** (врожденное недоразвитие), **гипертрофия** (увеличенный размер);

– гипертрофия клитора (увеличенный размер). Необходимо определить половой хроматин, так как это может быть признаком **адреногенитального синдрома** (у девочек – вирильная форма женского псевдогермафродитизма);

– синехии малых половых губ (сращение). Между малыми губами может быть нежная кожистая перемычка, имитирующая атрезию влагалища;

– атрезия влагалища. Полное закрытие входа во влагалище может быть связано с мембранозной атрезией или с атрезией влагалища на более протяженном участке;

– эписпадия. Проявляется в виде расщепления верхней стенки уретры в области наружного отверстия. Клитор расположен ниже уретры. При расщепле-

нии клитора и при отсутствии верхней спайки малых и больших половых губ следует предполагать **epispadia subsymphyseale** или **epispadia totalis**. В этих ситуациях требуется консультация уролога.

Осмотр наружных половых органов мальчика следует производить в горизонтальном и вертикальном положениях, обращая внимание на размеры и форму полового члена, состояние крайней плоти. Описывая мошонку, следует обратить внимание на ее размеры, пигментацию, отек, а при пальпации определить наличие яичек в мошонке, их размер, консистенцию, подвижность, патологические образования, состояние семенного канатика.

Размеры **полового члена** и мошонки сугубо индивидуальны. Половой член у новорожденного обычно имеет длину 2,0–2,5 см. Эрекция полового члена у новорожденных мальчиков обычна особенно перед или во время мочеиспускания и не свидетельствует о патологии.

Размеры **крайней плоти** у новорожденных мальчиков весьма переменные. У большинства она соответствует размеру головки и покрывает ее полностью. В других случаях она спускается с головки в виде хоботка. Очень редко головка полового члена может быть не прикрыта крайней плотью, что обусловлено недоразвитием последней (вариант нормы). В этом случае необходимо убедиться в отсутствии гипоспадии (см.). Обычно головка полового члена из-за плотного сращения с белочной оболочкой полностью не выводится. Такое состояние называется **физиологическим фимозом**. Насильственно полностью открывать головку полового члена в этом возрасте не рекомендуется. Данную манипуляцию производят только по **медицинским показаниям**. К этим показаниям относятся:

- затрудненное мочеиспускание, когда моча идет тонкой струей и крайняя плоть при этом раздувается;
- воспалительный процесс крайней плоти (см. баланопостит).

Обязательным считается приоткрытие головки полового члена, с тем чтобы определить местоположение наружного отверстия мочеиспускательного канала и его состояние (ширина, гиперемия, выделения, отложения).

Для осмотра наружного **отверстия мочеиспускательного канала** следует несколько отвести назад крайнюю плоть головки полового члена (это делается двумя руками с упором на промежность с помощью указательных и больших пальцев). На свободном конце открывшейся головки полового члена почти по центру располагается наружное отверстие мочеиспускательного канала, которое имеет различную ширину.

Мошонка в норме у новорожденного относительно увеличена в размерах. Значительное **увеличение** мошонки в размерах может быть **связано с:**

- тазовым предлежанием;
- водянкой яичек (яичка), обычно не требующей лечения;
- пахово-мошоночной грыжей;

– перекрутом яичка и его отеком.

Небольшой отек мошонки, как и небольшая пигментация, свидетельствуют о гормональном кризе.

Выраженная пигментация мошонки в этом возрасте обычна у ребенка негроидной расы, как проявление этнической особенности.

Яички. К моменту рождения у ребенка в норме оба яичка должны быть в мошонке. У недоношенного мальчика яички могут находиться в паховом канале. В дальнейшем они самостоятельно опускаются в мошонку. В процессе генитального осмотра участковый педиатр в обязательном порядке должен пропальпировать яички. Он должен это сделать, когда ребенок не возбужден, при комфортной температуре в комнате. При невыполнении этих правил может возникнуть кремастерный рефлекс. Пальпацию яичек следует производить последовательно указательным и большим пальцами кисти одной руки. В тех случаях, когда требуется сопоставление размеров яичек, пальпацию можно производить одновременно двумя руками. Пальпаторно яички эластичны. В среднем их размер по длине к ширине составляет (8–11)х(6–8) мм. Правое яичко обычно немного больше левого. В тех случаях, когда яички (яичко) отсутствуют в мошонке, а у врача имеется предположение, объясняющее их (его) отсутствие (кремастерный рефлекс или расположены в паховом канале), следует использовать соответствующую методику, которая бы помогла убедиться в их наличии. Осмотр проводят в положении ребенка на спине. При этом левой рукой снизу охватывают мошонку, а ладонью второй руки осторожно проводят поглаживающими движениями сверху вниз по ходу пахового канала слегка, нажимая на него от корня мошонки вниз, как бы опуская яичко. Если яички (яичко) находятся в паховом канале, то они будут низведены в мошонку, что позволит участковому врачу сразу же исключить задержку в развитии яичек.

В тех случаях, когда с помощью данной методики яички (яичко) все же не были пропальпированы, можно порекомендовать матери пропальпировать яички во время купания ребенка, предварительно объяснив ей, как это следует сделать.

Отсутствие яичек (яичка) в мошонке у новорожденного мальчика не может служить основанием для постановки диагноза крипторхизма, так как паховый канал у новорожденного имеет ряд анатомических особенностей (широкий, короткий и прямой), которые могут способствовать неполному опущению яичек (яичка) в мошонку за счет высокого их расположения. При отсутствии яичек в мошонке ставится диагноз **неопущение яичек** (яичка), и ребенок должен быть проконсультирован хирургом-урологом, а при необходимости – и эндокринологом.

Если к моменту рождения не произошло опущения яичек (яичка) в мошонку, в большинстве случаев яички (яичко) опускаются самостоятельно в течение первого года жизни.

Пороки развития (рис. 11):

– **мочеиспускательного канала – гипоспадия**, когда наружное отверстие уретры находится не на верхушке головки полового члена, а на вентральной (передней) поверхности его или на промежности, и **эписпадия**, когда устье мочеиспускательного канала расположено на дорсальной поверхности полового члена.

Различают следующие формы гипоспадий:

- головчатую – 3;
- стволовую – 4;
- стволово-мошоночную – 5;
- мошоночную – 6;
- промежностную – 7.

Укорочение мочеиспускательного канала при гипоспадии приводит к искривлению полового члена, который оказывается в виде крючка подтянутым к мошонке. Несомкнутая часть крайней плоти мешком свисает с его дорсальной части. У некоторых детей наблюдается сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала, приводящее к задержке мочи;

– **полового члена – недоразвитие полового члена**, которое обычно связано с эндокринными расстройствами и общим гипогенитализмом, **мегалопенис** (гигантский половой член);

– **мошонки**. Обычно наблюдаются как одно из проявлений аномалий мочеполовой системы – при гипоспадии, эписпадии, эктопии мочевого пузыря, моноорхизме. Помимо уродств конфигурации мошонки, нередко наблюдается неполное срастание ее половин с образованием двухкамерной мошонки. В случае полного несрастания половин мошонки, сопровождаемого крипторхизмом, создается сходство с женскими наружными половыми органами. **Пальмура** (*virga palmata*) – врожденный порок развития, при котором кожа мошонки располагается не только у корня члена, как обычно, а простирается до середины полового члена, иногда даже до борозды на головке члена.

Наличие пигментации мошонки и мегалопенис иногда встречается при сольте-ряющей форме аденогенитального синдрома;

– **яичек – гипоплазия** (недоразвитие – размер яичка составляет всего несколько миллиметров); **атрофия**; **анорхизм** (отсутствие одного или обоих яичек); **эктопия** (смещение яичка на переднебрюшную стенку, на бедро, в промежность в области лобка или корня полового члена); **водянка яичек** (яичка); **водянка семенного канатика**.

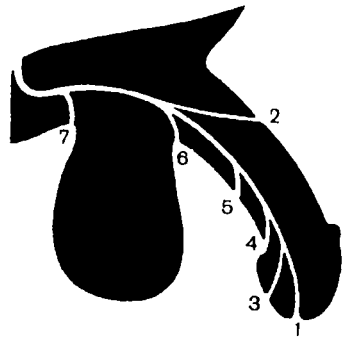


Рис. 11. Эпи- и гипоспадия:

1 – нормальное расположение уретры;
2 – эписпадия; 3–7 – гипоспадии

Воспалительные заболевания – воспаление крайней плоти и головки полового члена носит название баланопостит. Сопровождается беспокойством ребенка, гиперемией и отеком крайней плоти.

Хирургические заболевания – перекрут яичка и семенного канатика. Может быть вызвано пороками развития, которые способствуют повышенной подвижности яичка вокруг собственной оси. В первые шесть часов характерно неадекватное беспокойство ребенка, отказ от груди. При пальпации яичко болезненно и подтянуто кверху. В дальнейшем появляются вялость, повышение температуры тела, тахикардия, рвота. При осмотре отмечаются выраженный отек и гиперемия мошонки. Иногда она представляется в виде “стекловидного шара”, т.е. отек и гиперемия распространяются на обе половины мошонки. При пальпации пораженное яичко резко болезненно, плотной консистенции, равномерно увеличено в размерах, подтянуто к корню мошонки и расположено вертикально, а не горизонтально.

Перекрут яичка при его неопущении характеризуется наряду с общими симптомами припухлостью, отеком и гиперемией паховой области, резкой болезненностью яичка и семенного канатика, располагающихся в этой области. Состояние мошонки не изменено.

В случаях отсутствия патологии делается короткая запись:

“Дизурических расстройств не выявлено. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому (мужскому) типу”.

Для мальчиков делается дополнительная запись: “Яички в мошонке”.

Семiotика и диагностика заболеваний нервной системы

Участковый педиатр должен уметь проводить неврологический осмотр ребенка и правильно его оценивать.

Оценка состояния нервной системы новорожденного начинается уже с первых минут клинического исследования. О состоянии центральной нервной системы участковый врач мог судить по общему виду ребенка, активности сосания, крику, позе и поведению, двигательной сфере, общим движениям (До – способности удерживать голову), мышечному тону, размерам и форме головы, состоянию большого родничка и черепных швов и т.д.

Следующим этапом обследования новорожденного является оценка его анализаторов, безусловно-рефлекторной деятельности и двигательных функций.

Новорожденный обладает большим арсеналом физиологических рефлекторных реакций, обеспечивающих в основном функции питания и защиты (рефлексы врожденного автоматизма), которые присущи только этому возрасту. Физиологические рефлексы могут быть вызваны в первые часы после рождения и в последующие два месяца, затем начинают ослабевать, часть из них пол-

ностью исчезает к 4–5 месяцам жизни, а часть – только к году. При трактовке выпадения или недостаточной выраженности рефлексов следует помнить, что результаты их исследования не имеют самостоятельного значения и могут быть использованы для диагностики только в комплексе с другими клиническими и лабораторными методами.

Однако надо иметь в виду, что отсутствие физиологических рефлексов может указывать на “заинтересованность” нервной системы в патологическом процессе. Перед проверкой физиологических рефлексов следует проверить с помощью скринингового исследования слуховой и зрительные анализаторы. В конце 1-й, начале 2-й недели после рождения реакции на свет и звук носят отчетливый ориентировочно-исследовательский характер.

Слуховой анализатор (Ac) проверяется с помощью звукового раздражителя (резкий и громкий хлопок в ладоши, удар по столу, звонок или громкий голос). В норме новорожденный на звуковой раздражитель отвечает различными рефлекторными поведенческими реакциями: испуг (плач), вздрагивание, наморщивание лба или зажмуривание глаз (смыкание век), усиление двигательной активности или изменение ритма дыхания. Многие рефлекторные реакции на звук выражаются в виде кратковременного “замирания” или “застывания”.

Смыкание век является нормальной реакцией новорожденного при проверке всех дистанционных чувствительных анализаторов: обонятельного, зрительного, слухового.

При исследовании слухового анализатора новорожденный должен лежать на твердой поверхности таким образом, чтобы голова его лежала свободно и прямо, а руки были разведены. Следует помнить, что новорожденному ребенку трудно поворачивать голову с одной стороны на другую, так как ему мешает затылочный бугорок. Поэтому после каждого поворота головы на звук необходимо уложить голову ребенка вновь на затылок. Исходя из того, что большинство детей чаще реагирует на звук правым ухом, а затем уже левым, тест следует проводить в такой же последовательности. Если же ребенок не поворачивает голову на звук, для окончательного заключения необходимо исследование других реакций, возникающих на акустическую стимуляцию.

Отсутствие перечисленных реакций ставит под сомнение сохранность слуха, что отмечается **при:**

- врожденной глухонемоте;
- последствия перенесенной гемолитической болезни новорожденных;
- синдроме Христ-Сименса (кожная гипоплазия, аномалия глаз и глухота);
- мукополисахаридозах, ганглиозидозах, муколипидозах.

Резкое вздрагивание при слуховых раздражениях может указывать на повышенную **судорожную готовность**.

Зрительный анализатор (Аз) у новорожденного еще достаточно примитивен. Он оценивается с помощью яркого света, на который ребенок должен среагировать в виде реакции зрачков на свет (уменьшение зрачков) и зажмуривания глаз (смыкание век).

На очень сильный свет ребенок реагирует беспокойством и громким криком. Иногда при этом, особенно у недоношенного ребенка, суживаются зрачки, смыкаются веки и голова запрокидывается – **рефлекс Пейпера**.

Отсутствие адекватной ответной реакции на световой раздражитель подозрительно в отношении сохранности зрительного анализатора.

В случаях отсутствия отклонений в исследуемых анализаторах запись может иметь следующий вид:

“Зрительный и слуховой анализаторы сохранены”.

Оценка безусловно-рефлекторной деятельности

При исследовании безусловно-рефлекторной деятельности ребенок должен находиться в состоянии бодрствования, не быть мокрым и голодным, чтобы рефлекторные реакции не подавлялись реакцией на дискомфорт. Исследуя безусловные рефлексы, необходимо следить за тем, чтобы наносимые раздражения не причиняли боли ребенку. Безусловные рефлексы и движения исследуют в трех положениях: на спине, на животе и в состоянии вертикального подвешивания. Оценивая результаты обследования, необходимо учитывать не только наличие, но и степень выраженности того или иного рефлекса (ярко, умеренно, слабо, отсутствует), равномерность и время его появления с момента нанесения раздражения (быстро, запаздывает), полноту, силу ответа и быстроту угасания.

У здорового доношенного и даже недоношенного с массой тела не менее 2100 г безусловные рефлексы могут быть выражены в различной степени, что определяется типом нервной деятельности ребенка, временем суток, когда определяются рефлексы, и физиологическим состоянием. Если, несмотря на неоднократные попытки, вызвать рефлекс не удастся, можно констатировать его угнетение. Вместе с тем безусловные рефлексы, особенно рефлексы орального автоматизма (поисковый, сосательный, хоботковый), а также рефлекс Бабкина и рефлекс Моро могут возникать при малейшем раздражении, что иногда создает впечатление спонтанного рефлекса. В таких случаях обычно расширена зона рефлекса, укорочен латентный период и при повторных раздражениях не наблюдается тенденции к его угасанию. Тогда говорят о патологическом усилении рефлекса.

Угнетение безусловных рефлексов или их чрезмерная выраженность свидетельствуют о поражении нервной системы. В ранний период новорожденности **угнетение безусловных рефлексов** наиболее часто обусловлено:

– внутриутробной гипоксией;

- асфиксией в родах;
- внутричерепной родовой травмой;
- аномалиями развития мозга;
- наследственными заболеваниями обмена веществ;
- токсико-инфекционными заболеваниями.

Отсутствие или резкое угнетение безусловных рефлексов может быть связано также непосредственно с нарушением мышечного тонуса – его резким повышением (некоторые пороки развития мозга, асфиксия в родах) или с его выраженным снижением (спинальная амиотрофия, врожденная миопатия и др.). При этом может быть неравномерное снижение безусловных рефлексов. Так, при спинальной амиотрофии на фоне общего снижения активности безусловных рефлексов относительно сохранными остаются рефлексы орального автоматизма. Активация рефлексов орального автоматизма характерна для псевдобульбарных нарушений.

Выраженная асимметрия рефлексов (нормально вызываются с одной стороны и отсутствуют или угнетены – с другой) связана, как правило, с периферическим поражением нервов, корешков, клеток передних рогов спинного мозга. Реже асимметрия рефлексов обусловлена центральными гемипарезами. При акушерском парезе руки могут отсутствовать рефлекс Бабкина и рефлекс Робинсона. Паретичная рука не принимает участия в рефлексе Моро. При парезе лицевого нерва поисковый рефлекс на пораженной стороне выражен не полностью – угол рта не принимает участия в рефлекторном ответе. Асимметрия рефлекса Галанта наблюдается при одностороннем поражении спинного мозга, при гемигипоплазиях. При поперечном повреждении спинного мозга ниже уровня повреждения будут отсутствовать ответная реакция, характерная для этого рефлекса, а также перекрестный рефлекс экстензоров и рефлекс одергивания.

Среди многих физиологических рефлексов наибольшее диагностическое значение имеют следующие.

Рефлекс сосательный (рис. 12). Если вложить в рот ребенка соску, то он начинает совершать активные сосательные движения. **Исчезает** к концу первого года. **Рефлекс отсутствует:** парез лицевых нервов, глубокая умственная отсталость, тяжелое состояние.



Рис. 12. Рефлекс сосательный

Рефлекс Куссмауля (поисковый рефлекс – рис. 13) – при штриховом раздражении кожи в области угла рта (не следует прикасаться к губам) происходит опускание угла рта, отклонение языка и поворот головы в сторону раздражителя (поиск груди матери). Рефлекс особенно хорошо выражен перед кормлением. **Угасает** в 6–7 недель, **исчезает** к концу первого



Рис. 13. Рефлекс Куссмауля

года. **Асимметрия рефлекса:** односторонний парез лицевого нерва. **Рефлекс отсутствует:** двухсторонний парез лицевого нерва, поражение центральной нервной системы.

Рефлекс хоботковый. Вызывается легким постукиванием пальцем по щеке в области угла рта. Происходит сокращение круговой мышцы рта, вызывающей вытягивание губ хоботком.

Рефлекс Бабкина (рефлекс ладонно-рото-головной, руко-ротовой – рис. 14). Вызывается надавливанием пальцем на ладонную поверхность в области тенора (возвышение большого пальца) новорожденного. В ответ новорожденный производит хватательное движение, открывает рот и пригибает голову с поворотом ее в сторону раздражителя. **Исчезает** рефлекс к 3–4 месяцам. При гидроцефалии, ДЦП с недостаточностью психического развития и становления речи может вызываться в возрасте старше 5 месяцев.



Рис. 14. Рефлекс Бабкина

Асимметрия рефлекса: акушерский парез руки. **Рефлекс отсутствует или снижен:** повреждение плечевого сплетения, асфиксия, кровоизлияние в мозг, поражения ствола мозга (спонтанный нистагм, отсутствие реакции зрачков на свет, симптом плавающего взгляда, нарушение глотания), парез сгибателей пальцев.

Рефлекс асимметричный шейно-тонический. Вызывается у новорожденного, лежащего на спине, поворотом головы в сторону. При этом тонус разгибателей верхних и нижних конечностей повышается на стороне, обращенной к лицу, и снижается на другой стороне (“поза фехтовальщика”).

Рефлекс запаздывает: внутриутробные и родовые нарушения.

Рефлекс Робинсона (хватательный рефлекс, тонический хватательный рефлекс – рис. 15) – продолжение рефлекса Бабкина. Ребенок должен захватить пальцы врача так, чтобы его можно было бы приподнять. Можно вызвать рефлекс и с нижних конечностей, если надавливать пальцем на подошву у основания II–III пальцев – это вызывает подошвенное сгибание пальцев.



Рис. 15. Рефлекс Робинсона

Рефлекс ослабевает к 3–4 месяцам жизни и к году полностью исчезает. **Асимметрия рефлекса:** акушерский парез руки. **Рефлекс отсутствует:** тяжелая родовая травма, ДЦП, поражение периферических нервов (парез обеих рук).

Рефлекс Бабинского. Штриховое раздражение подошвы у ребенка первых месяцев жизни вызывает разгибание и веерообразное расхождение пальцев. Физиологический рефлекс Бабинского сопровождается сгибанием бедра, голени и тыльным сгибанием стопы.

Рефлекс Моро вызывается различными способами: 1) ребенка, находящегося на руках врача, резко опускают вниз на расстояние 20–30 см, а затем поднимают вверх до исходного уровня; 2) быстро распрямляют нижние конечности; 3) резко ударяют по столу, на котором лежит ребенок, на расстоянии 15–20 см от головы с двух сторон. В ответ на эти действия ребенок откидывается назад, у него разгибаются плечи и разводятся в стороны руки (первая фаза рефлекса – рис. 16). Во второй фазе рефлекса (рефлекс объятия) руки возвращаются в исходное положение. В норме сохраняется до 4-х месяцев. **Ослабевает** к 2–3 месяцам. **Асимметрия рефлекса:** акушерский парез руки, перелом ключицы. **Рефлекс ослаблен:** кро-



Рис. 16. Рефлекс Моро

Рефлекс отсутствует: гипертонус, детский церебральный паралич (ДЦП).

Рефлекс автоматической ходьбы (рис. 17). Является продолжением рефлексов выпрямления и опоры. Если ребенка, стоящего на столе, слегка наклонить вперед, то он делает шаговые движения, не сопровождающиеся движением рук. Иногда при ходьбе ноги перекрещиваются на уровне нижней трети голени или стоп. **Рефлекс отсутствует:** (скрещивание ног и стояние на пальцах – “поза балерины”): гипертонус, спастический парез, ДЦП.

Рефлекс Бауэра (рефлекс ползания – рис. 18). Вызывается при положении ребенка на животе и создании опоры для его подошв с помощью ладони. Ребенок, отталкиваясь от опоры, начинает ползти.

Рефлекс Галанта (околопозвоночный рефлекс, рис. 19) – при штриховом раздражении кожи около и вдоль позвоночника происходит дугообразное сгибание туловища и поворот головы в сторону раздражителя. Иногда разгибается и отводится нога. **Асимметрия рефлекса:** одностороннее поражение

воизлияния в мозг. **Рефлекс отсутствует:** парез обеих рук, церебральные повреждения, отек мозга.

Рефлекс выпрямления и рефлекс опоры (рис. 17). Ребенок, поднятый за подмышки, сгибает ноги во всех суставах. Поставленный же на опору, разгибает ноги, выпрямляет туловище, шею и стоит на полусогнутых ногах на полной



Рис. 17. Рефлекс опоры и рефлекс автоматической ходьбы



Рис. 18. Рефлекс Бауэра



Рис. 19. Рефлекс Галанта



Рис. 20. Рефлекс Переса

спинного мозга, гемигипоплазии. **Рефлекс отсутствует:** парез мышц спины, тяжелая родовая травма.

Рефлекс Переса (рис. 20) вызывается легким надавливанием пальцем на остистые позвонки от копчика до шеи. Проявляется громким криком, поднятием головы, выгибанием туловища (поясничный лордоз), поднятием таза, сгибанием нижних и верхних конечностей, общей мышечной гипертонией. Иногда отмечается мочеиспускание и дефекация. Этот рефлекс следует исследовать последним, так как ребенок на него реагирует отрицательно (плач). **Ослабевает и исчезает рефлекс** к 2–3 месяцам жизни. **Рефлекс отсутствует:** тяжелое поражение центральной нервной системы.

Оценивая результаты исследования безусловных рефлексов у новорожденных, необходимо учитывать, что они имеют диагностическое значение лишь в комплексе с другими симптомами. Изменение одного какого-либо рефлекса при отсутствии других неврологических нарушений не имеет самостоятельного диагностического значения.

Умеренное усиление основных врожденных рефлек-

сов может отмечаться при легкой форме **перинатальной энцефалопатии** (синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости).

Значительное снижение основных врожденных рефлексов может быть **проявлением:**

- гипертензионно-гидроцефального синдрома;
- синдрома угнетения центральной нервной системы.

Результаты проведенного исследования состояния нервной системы у ребенка на первом месяце жизни дают только качественную характеристику. **Количественная же характеристика** выявленных нарушений нервно-психического развития с помощью **балльных оценок** дает возможность участковому врачу рано прогнозировать вероятность отклонений в деятельности центральной нервной системы и в дальнейшем развитии ребенка. Кроме того, количественная оценка помогает дифференцировать причины отклонения в развитии, так как позволяет более четко установить, развитие каких именно функций страдает в первую очередь и в наибольшей степени (Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова) (табл. 4).

По предлагаемой методике, количественная оценка проводится на основе показателей, которые оцениваются по четырехбалльной системе (оптимальное развитие функции – 3 балла, ее отсутствие – 0 баллов) с учетом динамики нормального возрастного развития. **Оптимальная оценка** по шкале возрастного развития соответствует **30 баллам**.

Оценку в 27–29 баллов можно рассматривать как вариант **возрастной нормы**, но необходимо учитывать, что если ребенок теряет 3 балла по показателям какой-либо одной функции или из-за наличия факторов риска, его следует отнести к категории риска в отношении нарушений дальнейшего развития или возможности выявления локальных нарушений (зрения, слуха и др.). Такой ребенок нуждается в обязательном динамическом наблюдении невропатолога.

При **оценке 23–26 баллов** ребенка относят к **группе риска**.

Оценка 13–22 балла четко свидетельствует о **задержке развития**.

Ребенок с **оценкой ниже 13 баллов** имеет тяжелую общую **задержку развития** в результате **органического поражения центральной нервной системы**.

Для большей достоверности полученной оценки при первом патронаже необходимо повторить исследование при повторных патронажах.

Количественная оценка возрастного развития новорожденного по всем параметрам в комбинации с клиническими данными позволит, если это необходимо, рано проконсультировать ребенка у невропатолога, а значит, и подойти к постановке нозологического диагноза и назначить не только адекватную реабилитационную терапию, но и определиться со сроками динамического наблюдения невропатологом. В тех случаях, когда это необходимо, ребенок госпитализируется.

Таблица 4

Количественная оценка развития новорожденного (1-я неделя)

(Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова)

№ п/п	Показатель	Оценка ответа, баллы			
		3	2	1	0
Динамические функции					
1	Соотношение сна и бодрствования (коммуникабельность)	Спит спокойно, просыпается только для кормления или когда мокрый, быстро засыпает	Спит спокойно, не просыпается мокрый и для кормления или сытый и сухой не засыпает	Не просыпается голодный и мокрый, а сытый и сухой не засыпает или часто беспричинно кричит	Очень трудно разбудить или мало спит, но и не кричит, или кричит постоянно
2	Голосовые реакции	Крик громкий, чистый с коротким вдохом и удлиненным выдохом	Крик тихий, слабый, но с коротким вдохом и удлиненным выдохом	Крик болезненный, пронзительный или отдельные всхлипывания на вдохе	Крик отсутствует или отдельные вскрикивания, или крик афоничный
3	Безусловные рефлексы	Все безусловные рефлексы вызываются, симметричны	Требуют более длительной стимуляции или быстро истощаются, или непостоянно асимметричны	Вызываются не все или после длительного латентного периода и повторной стимуляции, быстро истощаются, или стойко асимметричны	Не вызываются большинство рефлексов
4	Мышечный тонус	Симметричный флексорный тонус, преодолеваемый при пассивных движениях	Легкая асимметрия или тенденция к гипотонии или гипертонии, не влияющие на позу и движения	Постоянные асимметрии, гипо- или гипертония, ограничивающие спонтанные движения	Позы опистотонуса или эмбриона, или лягушки
5	Асимметричный шейный тонический рефлекс	При повороте головы в сторону постоянно разгибает "лицевую" руку	—	Постоянные разгибания или отсутствие разгибания руки при повороте головы в сторону	Поза фехтовальщика
6	Цепной симметричный рефлекс	Отсутствует	—	—	—
7	Сенсорные реакции	Жмурится и беспокоится при ярком свете; поворачивает глаза к источнику света; вздрагивает при громком звуке	Одна из реакций сомнительна	Одна из реакций оценки 3 отсутствует или две-три реакции сомнительны	Все реакции из оценки 3 отсутствуют
Факторы риска					
8	Стигмы	Отсутствуют	Не более 5-6	Более 6 и расположены главным образом в области лица	Более 8 или наличие грубых пороков развития

Таблица 4 (окончание)

№ п/п	Показатель	Оценка ответа, баллы			
		3	2	1	0
9	Черепные нервы	Патологии нет или непостоянное легкое сходящееся косоглазие, или непостоянный легкий симптом Грефе	Сочетание 2 признаков из оценки 3 или легкая асимметрия лица, или непостоянный горизонтальный нистагм	Постоянное косоглазие или выраженный нистагм, или постоянный симптом Грефе, или бульбарный, или псевдобульбарный синдром	Сочетание симптомов, перечисленных в оценке 1
10	Патологические движения	Отсутствуют или единичные редкие атетоидные движения пальцами, или редкий высокочастотный тремор подбородка, рук при крике, кормлении, пассивных движениях	Частые атетоидные движения пальцами или мелкоразмашистый высокочастотный тремор, не связанный с беспокойством	Сочетание 2 симптомов в оценке 2, или крупноразмашистый спонтанный тремор, или единичные подергивания мышц лица	Судороги

Заключительная часть

После описательной части объективного клинического обследования ребенка участковый педиатр (специалист) с учетом данных анамнезов, жалоб и данных объективного обследования должен **сформулировать диагноз, определить группу здоровья и группу риска**. Эти данные помогут в даче индивидуальных рекомендаций и в разработке принципов первичной профилактики групп риска. Все это должно быть записано в истории развития ребенка.

Группа здоровья новорожденного определяется с помощью критериев здоровья данной возрастной группы.

Критерии оценки состояния здоровья новорожденного

Первый критерий – наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе (под онтогенезом понимается все то, что происходило от момента зачатия до настоящего времени).

Второй критерий – уровень функционального состояния организма (рост, вес при рождении, оценка по шкале Апгар, время прикладывания к груди, активность сосания, различные медицинские мероприятия, крик, сон, бодрствование и т.д.).

Третий критерий – уровень и гармоничность развития (оценивается с помощью безусловных рефлексов новорожденного, а также развития анализаторов: зрительного – Аз, слухового – Ас и общих движений – До).

Четвертый критерий – наличие или отсутствие наследственной (врожденной) патологии.

С учетом этих показателей дается **комплексная оценка состояния здоровья новорожденного** путем отнесения его к одной из трех групп здоровья.

Группы здоровья

Первая группа – здоровые дети без отклонений в критериях здоровья по всем параметрам.

Вторая группа – дети из группы риска, имеющие факторы риска по возможному возникновению у них ряда заболеваний (состояний). К отягощающим факторам относятся неблагополучный биологический и/или генеалогический и/или социальный анамнез(ы), а также неблагоприятный ранний неонатальный период и наличие некоторых функциональных или морфологических (врожденных) изменений, которые не требуют в данный момент оперативных вмешательств.

В эту группу входят дети с так называемой перинатальной патологией, которая должна рассматриваться как группа адаптации, связанной с воздействием гравитационного поля и ликвидацией контрактур вынужденных положений у новорожденных.

Необходимость выделения группы риска определяется высокой частотой ее среди новорожденных (около 70–80%). Эти дети наиболее часто страдают различными заболеваниями.

По своему составу вторая группа не является однородной, так как значимость факторов риска у разных детей варьирует, что и создает у них различную степень вероятности реализации факторов риска.

Группа риска IIA – дети, не развившие после рождения явной клинической картины заболевания, но имеющие:

– отягощенный биологический и/или генеалогический и/или социальный анамнез (ы);

– в пренатальном периоде – профессиональные вредности, вредные привычки и алкоголизм родителей, экстрагенитальные заболевания матери, отягощенный акушерский анамнез, возраст матери на момент родов моложе 16 или старше 30 лет, патология настоящей беременности (угроза выкидыша, кровотечения, токсикозы, инфекции), нарушения режима и питания в период беременности;

– отклонения в интранатальном периоде – затяжные, быстрые, стремительные роды, раннее излитие околоплодных вод, длительный безводный промежуток, оперативные вмешательства, патология плаценты и пуповины, крупный плод, неправильное положение плода и др.;

– некоторые функциональные и морфологические (врожденные) изменения, не требующие в данный момент оперативных вмешательств (расширение пупочного кольца, расхождение прямых мышц живота, недоопущение яичек в мошонку).

Группа высокого риска IIB – дети, перенесшие внутриутробно, во время родов или в первые дни жизни какое-то заболевание (состояние) и имеющие после выписки из роддома различные отклонения в состоянии здоровья: **недоношенные, незрелые и перенесенные, с врожденной гипотрофией, двойни, с внутриутробным инфицированием, после асфиксии, родовой травмы (НМКII-IIIc), гемолитической болезни новорожденных, пневмопатии, реанимационных мероприятий** и других состояний.

В тех случаях, когда выставлена II группа здоровья, следует указать все группы риска, которые имеются у ребенка. В зависимости от факторов риска и их направленности у новорожденных различают следующие **группы риска по развитию** (табл. 5):

- рахита;
- железодефицитной анемии;
- поражения центральной нервной системы;
- аллергии;
- постнатальной гипотрофии;
- гнойно-воспалительных заболеваний;
- частой заболеваемости;
- дисбиозу.

Таблица 5

**Поисковая таблица направленности факторов риска
для детей раннего возраста**

Факторы риска	Группы риска							
	Гнойно-воспалительные заболевания	Аллергия	Рахит	Постнатальная гипотрофия	Поражение ЦНС	Часто болеющий ребенок	Железодифицитная анемия	Дисбиоз
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I. Наследственная отягощенность по:								
– иммунодефицитным состояниям;	.					+		+
– аллергии;		+					+	+
– психическим и неврологическим заболеваниям					+			
II. Неблагоприятный антенатальный период								
1. Экстрагенитальная патология у беременной:								
– острые и обострения хронических соматических заболеваний;	.	+	+					
– гнойно-воспалительные заболевания;	.		+					+
– врожденные пороки сердца	.		+		+	+	+	
2. Неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез:								
– спонтанные аборт (выкидыши);	.	+						
– мертворождения в анамнезе;	.	+			+			
– попытка прерывания настоящей беременности;	+	+			+			
– множественные мед.аборты (более двух);		+						
– острые и обострения хронических заболеваний гениталий;	+	+		+				+
– лечение от бесплодия	+	+						
3. Неблагоприятное течение настоящей беременности и родов:								
– возраст менее 16 и старше 35 лет;					+			
– токсикоз с нарушением маточно-плацентарного кровообращения;	+	+	+	+	+	+	+	+
– угроза выкидыша;	+	+	+	+	+	+	+	
– ОРВИ повторные;	+	+		+		+		+
– железодифицитная анемия;	+				+	+		+
– прием антибиотиков и сульфаниламидов;		+						+
– прием глюкокортикоидов;	+	+			+			+
– злоупотребления облигатными аллергенами;		+						

Таблица 5 (продолжение)

**Поисковая таблица направленности факторов риска
для детей раннего возраста**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
- профессиональные вредности (пыль, вибрация, химические вещества и др.);		+			+	+		
- голодание;				+	+			
- затяжные или стремительные роды;					+			
- длительный безводный период (свыше 6 часов);	+	+						+
- инфицированные воды;	+							+
- акушерские пособия в родах;	+				+			
- кесарево сечение;	+							+
- кровотечения в родах							+	
III. Неблагоприятный постнатальный период:								
- ранняя перевязка пуповины;							+	
- катетеризация пупочных вен;	+							
- реанимационные мероприятия;	+				+	+	+	+
- хроническая гипоксия плода;	+		+		+	+		+
- асфиксия в родах;	+	+	+	+	+	+	+	+
- двойня;			+				+	
- недоношенность;	+	+	+	+	+	+	+	+
- переношенность (свыше двух недель);	+				+			
- морфофункциональная незрелость;	+	+	+	+	+	+	+	+
- гемолитическая болезнь новорожденных;	+		+	+	+	+	+	
- гипотрофия внутриутробная;	+		+		+	+	+	+
- родовая травма;	+		+	+	+	+		+
- нарушение мозгового кровообращения;					+			
- уровень стигматизации более 5;					+			
- врожденные пороки развития;	+	+	+	+	+	+	+	+
- токсическая эритема новорожденных;		+						
- раздельное пребывание матери и ребенка в родильном доме;								+
- длительное пребывание в роддоме или в больнице;	+							+
- раннее искусственное вскармливание;	+	+	+	+		+	+	+
- срыгивания (рвота) частые;				+				
- недокорм длительный;				+				
- "вялые сосуны";				+				
- неправильная организация вскармливания (избыток сахара, белка, трофаллергенов);		+						+
- длительные опрелости, потница;	+							

Таблица 5 (окончание)

**Поисковая таблица направленности факторов риска
для детей раннего возраста**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
- гнойно-воспалительные заболевания;		+	+	+	+	+	+	+
- муковисцидоз, лактазная недостаточность, целиакия;				+		+	+	+
- ложный круп;		+						
- рахит II-III ст.;				+	+	+	+	+
- анемия II-III ст.;			+	+	+	+		+
- дисбиоз;		+	+	+		+	+	
- гипотрофия постнатальная II-III ст.;	+		+		+	+	+	+
- паратрофия;						+	+	
- аллергия;						+		+
- тимомегалия;						+		
- прием барбитуратов;			+				+	
- гиподинамия;			+			+		+
- иммобилизация тазобедренных суставов;			+			+		
- гиповитаминоз;			+			+		+
- раннее и частое применение антибиотиков;		+						+
- мало гуляющий ребенок;			+			+		
- организованные дети;						+		
- кишечные инфекции;								
- часто болеющий ребенок;		+	+	+	+		+	+
- неблагоприятная экология;		+				+		+
- врожденная патология гепато-билиарной системы;			+	+				+
- нерациональное питание;								
- иммунодефициты;	+	+				+		+
- хронические заболевания;							+	+
- гормонотерапия;					+			+
- лечение цитостатиками;								+
- воздействие радионуклидов								+
IV. Неблагоприятный социальный анамнез:								
- дефекты ухода, воспитания, кормления;	+	+	+	+	+	+	+	+
- курение дома;		+				+		
- неудовлетворительные материально-бытовые условия;	+	+	+	+		+		
- алкоголизм, наркомания родителей;	+			+	+	+		
- жестокость родителей				+	+			

Такое деление позволяет более дифференцированно проводить профилактику заболеваний, уделяя большее внимание детям из группы "высокого риска", проводя с ними не только специальные оздоровительные, но и специальные медикаментозные мероприятия.

Третья группа – дети с верифицированными врожденными или наследственными заболеваниями, в соответствии с классификатором болезней человека МКБ-10.

Для удобства целесообразно на корешок истории развития наклеивать бумажную полоску цвета, соответствующего определенной группе здоровья (зеленая – I группа, желтая – II группа и красная – III группа).

Рекомендации (назначения)

Период новорожденности продолжается в течение четырех недель. В этот период происходит процесс адаптации к новым условиям жизни и становление многих физиологических функций. Однако в силу первоначальной их несостоятельности любое, даже незначительное, нарушение в кормлении или в гигиеническом уходе может привести к развитию ряда заболеваний. Поэтому от данных рекомендаций зависит качество адаптационного периода и правильность формирования физиологических процессов.

В рекомендациях должны быть отражены:

- санитарно-гигиенический режим (температурный режим помещения, туалет ребенка, правила купания, прогулки, одежда дома и во время прогулок, режим прогулок и т.д.);

- вскармливание ребенка (правила вскармливания и прикладывания к груди, частота, длительность, приблизительный объем высасываемого молока и т.д.). Если ребенок находится на искусственном вскармливании, то даются соответствующие рекомендации;

- диететика кормящей матери, рекомендации по сохранению лактации и профилактике лактостаза, трещин сосков и мастита и т.д.;

- физическое воспитание;

- закаливание;

- при подозрении на отклонения в состоянии здоровья новорожденного участковый педиатр должен при необходимости привлечь к консультации заведующего педиатрическим отделением, специалиста (указать специальность) и провести лабораторное исследование (указать наименование исследования);

- при необходимости назначаются профилактические мероприятия;

- в тех случаях, когда у ребенка выявляется заболевание, лечение проводится на дому или в стационаре в зависимости от характера патологического процесса;

- дата второго врачебного патронажа.

Вскармливание

Рациональное питание новорожденного – одна из самых актуальных и волнующих проблем для мамы. Обилие в продаже самых разнообразных искусственных смесей ставит многих матерей перед проблемой выбора между кормлением грудью и искусственным вскармливанием. И это несмотря на то, что во многих рекламных проспектах указывается на незаменимость материнского молока и преимущества грудного вскармливания. Кроме того, существующий у некоторых мам постоянный страх по поводу хронического недоедания ребенка приводит их к желанию использовать искусственные смеси. Другая категория женщин из-за боязни испортить фигуру и форму груди также прибегает к раннему искусственному вскармливанию.

Поэтому участковой педиатр должен уделить всем этим вопросам особое внимание, с тем чтобы обеспечить ребенку естественное вскармливание, а маме – комфортное состояние.

Естественное вскармливание

Под естественным вскармливанием понимается такой вид вскармливания, когда ребенок первых 4,5–5 месяцев получает женское молоко в полном суточном объеме или его доля в общем объеме питания составляет не менее 80% (4/5).

В процессе беседы с матерью участковый педиатр должен усилить позитивные связи между матерью и ребенком. С целью мотивации преимущества грудного вскармливания и формирования у матери стойкой установки на лактацию необходимо убедить ее в том, что материнское молоко является самым лучшим из всего того, что она может дать своему ребенку, это уникальный и непревзойденный биологический продукт, придуманный самой природой. Нужно подчеркнуть, что соматическое, физическое и нервно-психическое здоровье ребенка зависит от того, как долго он находится на естественном вскармливании. Поэтому так важно как можно дольше кормить ребенка грудным молоком. Выполнение определенных правил естественного вскармливания, рационального питания и режима самой женщиной позволит ей сохранить фигуру и избежать существенной деформации груди.

Кроме того, мать из разговора с педиатром должна понять, что сосание молочных желез – это не только прием пищи, но и способ общения с ней ее ребенка, начало развития его личности.

Во многом успешное решение задачи грудного вскармливания определяется доверием матери ребенка к врачу. Очень важно, чтобы родители прониклись сознанием и пониманием того, что в первую очередь они несут ответственность за здоровье своего ребенка. Сохранение грудного вскармливания бывает успешным лишь тогда, когда мать уверена, что прежде всего именно она может дать собственному ребенку все необходимое. И поэтому она принимает все меры для поддержания лактации.

Женское молоко имеет неоспоримые преимущества перед искусственными смесями. Древние называли материнское молоко **эликсиром жиз-**

ни. В XIX веке американский педиатр Оливер Уэнделл Холмс-старший писал: **“В искусстве составления питательной смеси для младенцев пара материнских молочных желез имеет неоспоримое превосходство над двумя полушариями мозга самого ученого профессора”**. В наши дни женское молоко получило название **“эликсир интеллекта”** или **“золотой стандарт”**.

Уникальность и незаменимость женского молока связана с его биологической характеристикой:

- оптимальный и сбалансированный состав;
- высокая усвояемость;
- широкий спектр биологически активных веществ – ферменты, гормоны, антитела, лактоферин и другие вещества, которые предохраняют от различных заболеваний;
- наличие бифидогенных факторов, формирующих нормальный биоценоз кишечника;
- защитное действие по отношению к риску развития аллергической патологии;
- низкая осмолярность;
- углеводы представлены в виде бета-лактоза (в коровьем – альфа-лактоза), остальные ди- и моносахариды (сахароза, глюкоза, галактоза и фруктоза) содержатся в небольшом количестве;
- стерильность;
- оптимальная температура.

Кроме того, психоэмоциональный контакт между матерью и ребенком во время грудного вскармливания создает благоприятное воздействие на выработку в дальнейшем у ребенка поведенческих реакций и влияет на его интеллектуальное развитие. Сам процесс кормления с его атмосферой любви и заботы благоприятен для психического и физического здоровья ребенка. Материнское молоко, по образному выражению Ю.П.Нарциссова, является **“материализованной нежностью матери”**.

Очень часто матери, которые только что выписались из родильного дома, жалуются на то, что у них мало молока. В этих случаях педиатр после повторного мытья рук должен осмотреть грудные железы – состояние сосков (выпяченные, втянутые, ссадины, трещины), пигментацию сосков и ареол, величину железы, ее форму и плотность. Путем надавливания на грудную железу можно определить наличие в ней молока до и после кормления, что позволит установить достаточную способность матери к лактации. Если нет анатомических особенностей грудной железы, воспалительных процессов, следует подробно рассказать об этапах становления лактации, о правилах грудного вскармливания, об особенностях поведения голодного новорожденного, о методах расчета питания и т. д. Весьма желательно присутствовать при кормлении ребенка, так как можно увидеть все ошибки, кото-

рые допускает мать. Это поможет участковому педиатру дать целенаправленные рекомендации.

Расчет питания и показатели хорошей лактации

Суточное количество пищи новорожденному в возрасте до 10 дней рассчитывается, исходя из дня его жизни, который умножается на 70 (при массе тела при рождении не более 3200 г) или на 80 (при массе тела более 3200 г).

Существует и расчет разового кормления, при котором день жизни умножается на коэффициент 10. Объем питания ребенка первых двух недель считается удовлетворительным, если уменьшение массы тела прекращается к 5–7 дню, и она начинает увеличиваться к 12–14 дню жизни.

Для расчета суточного объема пищи ребенку старше 14 дней жизни используется объемный метод. При расчете по объемному методу учитывается фактическая масса тела. Так, ребенок от двух недель до двух месяцев жизни должен получать 1/5 часть от существующей массы тела.

Суточное количество молока на первом месяце жизни: к концу 1-й недели жизни новорожденный высасывает около 400 мл; к концу 2-й недели – 500 мл; к концу 1-го месяца – 600–700 мл молока.

Существует средний объем разового кормления на первом месяце жизни: 1–2 неделя – 60–90 мл, 3–4 неделя – 90–100 мл.

Для определения разового объема высосанного молока можно воспользоваться контрольным кормлением, с помощью которого узнается вес ребенка до кормления и после него. По разнице этих весов можно судить о том, сколько ребенок высосал.

Мысль о том, что ребенок голодает, приходит в голову почти всем матерям, кормящим ребенка грудью. Поэтому участковый врач должен предусмотреть возможность появления такого вопроса и рассказать матери о способах проверки достаточности лактации, а следовательно, о достаточности молока у нее и показателях насыщения ребенка. Это сделать необходимо, так как, во-первых, у матери пройдет постоянный страх, а во-вторых, ее покинет мысль о необходимости докармливания ребенка смесями.

О хорошей лактации, а следовательно, и о достаточности молока можно судить по:

- выраженной венозной сети и хорошем развитии долек молочной железы;
- самопроизвольному истечению грудного молока;
- рефлексу молокоотдачи. При кормлении молоко начинает вытекать из противоположной груди;
- ощущению тяжести и покалывания в груди;
- спокойному поведению ребенка после кормления;
- температурной разнице в 0,1–0,5 °С в подмышечной впадине и под молочной железой;
- мягкости груди после кормления;

– контрольному кормлению, с помощью которого узнается вес ребенка до кормления и после него. По разнице этих весов можно судить о том, сколько ребенок высосал;

– интенсивности нарастания веса за тот или иной отрезок времени. Здоровый ребенок на первом месяце жизни при достаточном питании может прибавлять в сутки в весе от 30 до 50 г, а в неделю – от 120 г;

– количеству мокрых пеленок (подгузников), которых должно быть не менее 6 шт.

Определить, что ребенок голоден, достаточно легко. Это проявляется по сосательным движениям его рта, по тому, как он крутит головой в поисках соска груди, или по жалобному плачу.

Режим вскармливания

Частота прикладывания новорожденного к груди определяется самим ребенком, его реальными потребностями, т.е. он должен кормиться по первому требованию и даже в ночные часы. При этом новорожденный в течение суток может прикладываться к груди 8–10 и более раз. Такой режим имеет определенные **преимущества**:

- лучшее становление лактации у кормящей женщины;
- не надо сцеживаться;
- спокойное поведение ребенка;
- полное удовлетворение потребностей в пищевых веществах;
- лучшее физическое и нервно-психическое развитие.

В последующем ребенок сам устанавливает свой индивидуальный режим кормлений, который чаще всего совпадает с традиционным режимом.

Положение матери и ребенка во время кормления грудью

Независимо от вида вскармливания кормление новорожденного можно проводить в положении лежа или сидя. Кормление ребенка лучше всего производить в уединении, так как присутствие других членов семьи может вызвать беспокойство матери и ребенка, что может неблагоприятно сказаться на лактации.

Выбор наиболее удобного положения матери во время кормления определяет она сама или ребенок.

При кормлении ребенка в положении лежа он должен всем телом быть повернут к матери. Мать должна находиться в таком положении, чтобы обеспечить возможность полного захвата ребенком соска грудной железы. Это достигается с помощью положения матери на боку, с поворотом ее туловища до такой степени, чтобы сосок грудной железы находился перед ртом ребенка. Мать рукой слегка приподнимает грудь, придерживая ее между I и остальными пальцами (грудь лежит на ладони), и вкладывает сосок в рот ребенка таким образом, чтобы его губы и десны были прижаты к ареоле, а сосок и околососковый кружок были хорошо захвачены губами, больше снизу, чем сверху. Такой зах-

ват губами и деснами соска обеспечивает достаточное сжатие протоков молочной железы, что способствует хорошему истечению молока.

Кормление, в положении сидя, производится при лежащем ребенке на руке матери ровно, без всяких изгибов и поворотов. Правильным считается такое положение ребенка, когда его голова находится в локтевом сгибе матери на такой высоте, чтобы он мог удобно доставать губами сосок (при этом мать должна сидеть прямо и не наклоняться). Чтобы не уставала рука от долгого держания, ее можно подпереть ногой, под которую следует подставить маленькую скамеечку. Подставленная нога поддерживает также грудную часть позвоночника ребенка. Свободной рукой мать вкладывает сосок в рот ребенка, отводит грудь, если она мешает его дыханию.

Правила кормления ребенка грудью:

– ребенок, находящийся на грудном вскармливании, не нуждается в дополнительном введении воды вне зависимости от температуры окружающей среды, так как около 90% массы грудного молока составляет чистейшая вода;

– кормление грудным молоком следует производить по первому требованию ребенка, а не по расписанию, так как чем чаще ребенок берет грудь, тем будет больше вырабатываться молока;

– перед каждым кормлением ребенка необходимо вначале вымыть руки с мылом, а затем очень аккуратно обмыть без мыла сосок и околососковый кружок грудной железы кипяченой или минеральной негазированной водой;

– перед началом каждого кормления необходимо сцедить несколько капель молока;

– принять удобное для кормления положение;

– в рот ребенка вложить сосок и часть околососочного кружка;

– следить, чтобы грудь не закрывала нос ребенка и дыхание его не нарушалось;

– при каждом кормлении прикладывать ребенка только к одной груди, при последующем кормлении – к другой. В некоторых случаях впервые 5–10 дней, пока не наладится выработка молока, следует рекомендовать матери по мере опустошения одной груди давать другую. Сцеживать остатки молока только из той груди, с которой начиналось кормление. Следующее кормление следует начинать той грудью, на которой закончилось предыдущее кормление. Как только ребенок начинает наедаться с помощью одной груди, можно переходить на последовательное раздельное кормление каждой грудью;

– если возникла необходимость кормить ребенка через накладку-предохранитель, лучше использовать силиконовые предохранители (они не бьются, мягкие, хорошо моделируют форму соска, хорошо моются);

– длительность нахождения ребенка у груди определяется самим ребенком. Показателем насыщения здорового ребенка является его “отпадение” от груди, как отпадают пиявки;

– по завершении кормления не следует извлекать насильно сосок изо рта ребенка. Для этого нужно нажать на угол рта, с тем чтобы впустить туда воздух или же зажать ноздри носа ребенка, после чего он сразу же откроет рот;

– после завершения кормления грудь следует обмыть, обсушить и только после этого ее можно убрать в бюстгалтер. В некоторых случаях после каждого кормления кожу соска и ореолы можно обрабатывать 2%-ным раствором борной кислоты.

Показатели правильного прикладывания ребенка к груди:

- рот ребенка широко открыт;
- нижняя губа вывернута наружу;
- околососковый кружок виден частично над верхней губой;
- ребенок сосет медленно и ритмично;
- нет втягивания воздуха (со звуком) и раздувания щек;
- во время сосания у ребенка двигаются уши;
- во время сосания слышатся глотающие и булькающие звуки.

При неправильном захвате соска необходимо отобрать грудь и заставить ребенка взять ее правильно. Это будет способствовать лучшему опорожнению молочной железы, исключит травмирование сосков и аэрофагию.

Слабого и недоношенного ребенка с быстро истощающимся рефлексом на сосание в первые дни нахождения дома прикладывают к груди на 5–10 минут. До необходимого объема докармливают с ложечки сцеженным грудным молоком. Об этом следует сказать матери и научить ее этому. Следует строго следить за количеством высасываемого ребенком молока. Поэтому недоношенный ребенок должен быть обеспечен весами, которые ему должна предоставить поликлиника.

“Ленивого сосуна” следует очень настойчиво приучать к продолжению сосания грудной железы, не давая ему засыпать.

Определенные трудности возникают при **вскармливании близнецов**. В этом случае детей прикладывают к груди поочередно. Первым кормят более спокойного ребенка. Второго ребенка сначала следует приложить к той же молочной железе на которой было закончено кормление первого ребенка для более полного ее опорожнения, а затем кормить другой грудью. Следующее кормление надо начинать с той молочной железы, из которой кормился второй ребенок. Как правило, при вскармливании двойни у матери не хватает молока, их дети нуждаются в докорме. При этом следует учитывать, что более слабый ребенок нуждается в большем количестве грудного молока.

Кормление ребенка с повышенной возбудимостью и мышечным гипертонусом производят только в сидячем положении, так как кормление такого ребенка в положении лежа повышает тонус разгибателей, что делает невозможным сосание и глотание. Во время кормления ребенка держат на коленях в расслабляющей позе (поза “клубочком”).

В случаях невозможности кормления ребенка грудью (выход на работу, госпитализация матери и др.) кормление следует продолжить сцеженным грудным молоком. Для этого мать необходимо научить сцеживанию и хранению молока.

Правила сцеживания и хранения грудного молока

Сцеживание грудного молока можно производить вручную или с помощью разнообразных моделей грудных молокоотсосов. Независимо от того, каким методом производится сцеживание, необходимо соблюдать следующие **правила**:

- перед сцеживанием тщательно вымыть руки с мылом и приложить к груди горячий компресс на 5–10 минут или принять комфортный душ и сделать массаж груди;

- перед сцеживанием выпить теплое молоко, чай с молоком (сгущенкой), сок или съесть тарелку супа;

- во время сцеживания положение тела должно быть комфортным, состояние спокойное;

- первое сцеживание лучше всего производить в утренние часы;

- последующие сцеживания производятся 1 раз каждые 3–4 часа;

- сцеживание производят в пластмассовые или стеклянные бутылочки, предварительно простерилизованные, или в стерильные пакеты для сбора грудного молока (фирма Medela, Швейцария).

Грудное сцеженное молоко при комнатной температуре хранится несколько часов, а в холодильнике – до трех суток. Чтобы молоко сохранило свои целебные свойства, перед помещением его в холодильник его охлаждают при комнатной температуре в закрытом сосуде в течение 30 минут.

Используя морозильную камеру, срок хранения молока можно довести до 6 месяцев, а при температуре -20°C – до 1 года.

Размораживание молока может производиться: 1) в холодильнике – за день до предполагаемого использования. После размораживания молоко может храниться в холодильнике не более 24 часов и повторно не замораживается; 2) под струей холодной воды. Для размораживания не применяется горячая вода или микроволновая печь, т.к. это приводит к разрушению некоторых важных иммунных компонентов молока.

Перед кормлением бутылочку с молоком подогревают на водяной бане или под струей теплой воды до температуры $36,5\text{--}37^{\circ}\text{C}$. После энергичного встряхивания и перемешивания для получения однородности грудное молоко можно предложить ребенку.

Диететика кормящей матери

Давая рекомендации по вскармливанию ребенка, нельзя обойти и характер питания матери.

Рациональное питание кормящей матери компенсирует ее энергетические расходы, обеспечивает полноценный состав грудного молока, сохраняет достаточную лактацию и здоровье самой женщины. Пища должна быть вкусной и разнообразной.

Женщина в период кормления ребенка должна получать питание с большей калорийностью, чем в обычной жизни (3200–3500 ккал).

В примерный суточный набор продуктов для кормящей матери в домашних условиях входят: кефир – 500 мл, молоко – 300 мл, масло сливочное – 35 г, творог – 80 г, сметана – 20 г, сыр – 10 г, яйцо – 1 шт., масло растительное – 20 мл, мясо – 150–200 г, рыба – 100 г, крупы – 60 г, сахар (кондитерские изделия) – 60 г, картофель – 200 г, овощи (зелень) – 500 г, соки – 200 мл, фрукты свежие (ягоды) – 300 г, сухофрукты – 20 г.

При недостаточном количестве свежих фруктов и овощей, особенно в зимне-весенний период, можно использовать овощные и фруктовые консервы, замороженные фрукты и овощи, сухофрукты, а также принимать витаминные препараты.

Принимать пищу целесообразно 5–6 раз перед каждым кормлением и в теплом виде.

Кормящая женщина должна знать, что из ее питания необходимо полностью исключить все продукты, являющиеся трофаллергенами (особенно это касается детей, имеющих факторы риска по развитию аллергии). Кроме того, ей необходимо избегать употребления избыточного количества пряностей, лука, чеснока, так как они могут придавать неприятный привкус молоку. Категорически запрещается употребление алкогольных напитков, в том числе и пива.

При наличии у матери двойни количество пищевых компонентов и витаминов в суточном рационе повышается.

Для продуцирования молока кормящая мать нуждается в значительном количестве жидкости (до двух литров) в сутки. С целью повышения жажды можно порекомендовать в течение дня жевать поджаренную и подсоленную геркулесовую крупу. Можно также между приемами пищи перед кормлением или сразу после него пить сладкий чай со сгущенным молоком.

Кормящей женщине нужны витамины и микроэлементы. Фруктовые соки фирмы ХипП для кормящих матерей обогащены витаминами: V_1 , V_2 , V_6 , С, Е, фолиевой кислотой и железом. Они полезны для кормящих матерей и обеспечивают нормальное развитие ребенка.

Для улучшения качества питания кормящей женщины хорошо себя зарекомендовал биокомплекс “Матерна” (США), представляющий собой таблетированный комплекс поливитаминов и микроэлементов.

Полезно также включать в рацион специальный сухой молочный продукт “Фемилак-2”, приготовленный на основе высококачественного обезжиренного коровьего молока с добавлением кукурузного масла, широкого спектра вита-

минов, каротина, пищевых волокон, таурина. Применяют его как напиток или в виде добавок к любому блюду.

Можно использовать также **сухие молочные смеси для кормящих женщин** с высоким содержанием легко усваиваемого белка, комплексов витаминов, минеральных веществ, в том числе железа, кальция, йода и цинка. К ним **относятся**:

- “Фемилак” (Россия);
- “Олимгин” (Россия);
- “Энна Мама” (США);
- “Думил Мама Плюс” (Дания).

Существует и специальная **“Мамина каша”** (Россия) двух видов: гречневая с абрикосом и яблоком, овсяная с алычой и абрикосом. В состав каш входит растительный белок, они обогащены белком сои, содержат таурин, необходимый для развития головного мозга ребенка, витамины, 9 минеральных веществ. Продукт не нужно варить, его разводят молоком, водой или соками.

Лактостаз. Трещины сосков. Мастит. Профилактика и лечение

С профилактической целью кормящую женщину необходимо научить выбору оптимального положения тела во время кормления, правильно прикладывать ребенка к груди и соблюдению правил гигиены содержания и ухода за молочными железами (см. соответствующие разделы).

В первый месяц у женщины при прибывании молока груди могут набухать и становиться болезненными. Для того чтобы снять болезненные ощущения, следует начинать кормление с более набухшей груди, так как в начале кормления ребенок сосет более интенсивно, а затем следует предложить вторую грудь. Оставшееся молоко в первой груди после кормления необходимо сцедить до последней капли. Кроме того, можно порекомендовать сцеживать часть молока между кормлениями.

При закупорке молочных протоков и избыточном количестве молока может возникнуть лактостаз (застой молока), который сопровождается уплотнением (затвердением) в молочной железе и болезненностью. Кормящая мать должна знать об этом и уметь проводить весь профилактический комплекс мероприятий. В этот период необходимо:

- ограничить питье и еду;
- чаще прикладывать ребенка к больной груди;
- в течение дня несколько раз делать массаж затвердевших участков молочной железы в сторону ареолы;
- после каждого кормления следует тщательно сцеживать остатки молока, используя разные положения: стоя, лежа на спине, на боку, на четвереньках;
- если молоко прибывает ночью, а ребенок не пробуждается, лучше сцеживать молоко.

Если уплотнение образовалось в таком труднодоступном месте, как, например, у основания правой груди, ближе к подмышке, следует посоветовать: во время кормления этой грудью лечь на левый бок – это создаст свободный отток молока.

Можно использовать и народные средства в виде различных компрессов на грудь: с капустным листом, разрезанной пополам печеной луковицей, творогом, медом и водкой, облепиховым или камфорным маслом, мазью “Арника”. Компресс снимается только на время кормления и держится до полного рассасывания инфильтрата.

В качестве эффективного рассасывающего средства используется моча ребенка. Промоченная пеленка накладывается на место уплотнения в груди под бюстгальтер.

При неэффективности перечисленных мероприятий можно посоветовать применить окситоцин в сочетании с питуитрином непосредственно перед кормлением. Эти препараты вводятся внутримышечно в дозе 0,5 мл 2 раза в день в течение 5–6 дней.

Лактостаз является одной из причин трещин сосков. Трещины у кормящих женщин нарушают нормальное функционирование молочной железы.

Наиболее часто трещины сосков возникают у женщин со светлой кожей и светлыми волосами. Избежать лактостаза и образования трещин сосков помогают **профилактические мероприятия**, о которых целесообразно рассказать матери (см. ранее: “Правила кормления ребенка грудью” и “Показатели правильного прикладывания ребенка к груди”).

При **возникновении трещин** используются медикаментозные **средства**.

Перед их применением по окончании кормления ребенка следует хорошо просушить грудь на воздухе и смазать соски. Специально предназначены для заживления трещин на сосках:

- аэрозоли (спреи) “Ротерсепт”, “Пурелан”, “Олазоль” и др.;
- мази: “Борно-вазелиновая”, “3% Борно-вазелиново-ланолиновая”, “Календула”, “Арника”, “Солкосериловая”, “Траумель” и др.;
- масла: облепиховое, шиповниковое, с витамином А;
- ультрафиолетовое облучение местное и общее.

В лечении трещин используются и народные средства: нужно очистить и отшлифовать изнутри две половинки скорлупы грецкого ореха и надеть их на соски под бюстгальтер.

Наличие трещин на сосках и различных гнойно-воспалительных очагов у матери требует обязательного бактериологического исследования грудного молока из обеих молочных желез на стафилококк. Обнаружение массивного обсеменения молока как золотистым, так и эпидермальным стафилококком (250 КОЕ/мл и более) служит основанием для временного перевода ребенка на искусственное вскармливание.

При обнаружении немассивного обсеменения кормление должно производиться сцеженным пастеризованным грудным молоком. Молоко пастерилизуют в молочных бутылочках, предварительно прокипяченных. Бутылочки с налитым в них грудным молоком (желательно не более 50–100 мл) закрывают чистыми ватными пробочками и помещают в кастрюлю с водой (уровень воды в кастрюле должен быть выше молока в бутылочке), после чего производят кипячение в течение 5–7 минут. Пастеризованное молоко желательно готовить непосредственно перед кормлением. При отсутствии такой возможности и необходимости хранения бутылочки с пастеризованным молоком остужают и хранят в холодильнике не более суток. Перед кормлением молоко подогревают на водяной бане.

Для уменьшения обсеменения молока стафилококком кормящей матери назначают внутрь 1%-ный спиртовой раствор хлорфилипта по 25 капель 3 раза в день за 40 минут до еды на 10 дней с последующим повторным бактериологическим исследованием молока на обнаружение стафилококка. После получения результата обследования решается вопрос о возможности возобновления грудного вскармливания.

Лактостаз и трещины сосков провоцируют воспаление молочной железы – мастит. Он характеризуется высокой температурой, ознобом. В груди появляются твердые бугристые образования, кожа над которыми краснеет и становится горячей на ощупь. В подмышечной области увеличиваются лимфатические узлы. При наличии симптоматики мастита необходима консультация хирурга.

В этот период следует кормить ребенка из здоровой грудной железы, а из больной упорно сцеживать молоко, несмотря на сильную боль.

Профилактика и лечение гипогалактии

Гипогалактия – пониженное образование молочными железами молока.

Недостаточное образование молока может наблюдаться или сразу после родов (первичная гипогалактия), или спустя какое-то время – вторичная гипогалактия, которая встречается наиболее часто. Она возникает после операции кесарево сечение, преждевременных родов, при использовании в родах стимуляторов родовой деятельности. Кроме того, возникновению ее способствуют физическое и эмоциональное переутомление матери и нерациональное питание, дефекты вскармливания и ухода за лактирующими молочными железами, лактостаз, трещины сосков, мастит.

Однако фактически ведущее место в неспособности матери кормить грудью принадлежит психологическому фактору – отсутствие у матери твердой настроенности на необходимость кормить своего ребенка грудью и уверенности в способности сделать это. В этих случаях участковый педиатр совместно с членами семьи должен психологически поддержать мать;

внушить ей уверенность в возможность успешного выполнения своей материнской функции; рассказать об основных комплексах и методах стимуляции лактации.

Профилактика гипогалактии должна начинаться с рационального питания кормящей женщины (см. раздел: “Диететика кормящей матери”), режима дня, достаточного отдыха и положительного психологического и эмоционального состояния.

Что нужно делать для сохранения хорошей лактации и чтобы ребенок не отказался от груди:

– за 15 минут до кормления выпить стакан любой жидкости: чай с молоком (сгущенкой), сок, минеральная вода или съесть тарелку теплого супа. Следует пить и во время самого процесса кормления;

– делать несколько раз в день воздушные ванны для груди на 10–15 минут;
– принимать контрастный душ два раза в день, делать массаж груди с помощью душа по часовой стрелке;

– бюстгальтер должен быть удобным, соответствовать размеру и хорошо поддерживать грудь. При необходимости используются прокладки;

– при плоских сосках разрабатывать сосок пальцами, вытягивая его;

– регулярно тренировать ареолярно-сосковую мышцу;

– растирать соски после мытья жестким полотенцем;

– новорожденному не следует давать никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски, пустышки);

– избегать необоснованного введения любого кормления или питья с помощью бутылочки. Если возникла такая необходимость – кормить с чайной ложки.

Нельзя:

– делать химическую завивку;

– пользоваться дезодорантами и духами.

Снижение лактации, возникшее без видимой причины, требует со стороны участкового педиатра исключения **лактационного криза**. В этот период нужно порекомендовать матери чаще прикладывать ребенка к груди. Эффект, как правило, отмечается уже через 4–7 дней.

При истинном снижении лактации в первую очередь необходимо успокоить мать и исключить неврогенный фактор. Спокойным голосом ей следует рассказать об особенностях лактации; что для восстановления лактации необходимо время, а вместе с ним – терпение и настойчивость; что не надо паниковать и сразу переводить ребенка на искусственное вскармливание. Необходимо попытаться выявить ошибки в диететике матери и в ее питьевом режиме, в технике и в правилах естественного вскармливания (см. соответствующие разделы). В случаях возникновения трещин сосков или мастита их следует лечить (см. соответствующие разделы).

Если педиатр не выявил ошибок в организации естественного вскармливания, а у матери имеется физический и эмоциональный дискомфорт, следует прибегнуть к помощи близких. Они должны по возможности освободить женщину от домашней работы, обеспечить ей полноценный сон и отдых, проявить к ней участие и внимание, создать дома положительный эмоциональный климат.

Матери необходимо объяснить, что частое прикладывание ребенка к груди является мощным стимулом для выработки молока. Поэтому, как только появились первые признаки снижения лактации, нужно порекомендовать кормить ребенка чаще (каждый раз, когда он этого потребует) или прикладывать его поочередно сначала к одной, а затем к другой груди. При этом вторую грудь следует давать только после того, как ребенок все высосал из первой. Это правило необходимо выполнять, так как первые порции молока высасываются ребенком легче, чем последующие, а более частое прикладывание стимулирует функцию молочной железы. Если с самого начала не следовать этому правилу, ребенок к этому быстро привыкает и не досасывает, что вызывает застой молока и еще больше уменьшает лактацию. Кроме того, необходимо соблюдать порядок прикладывания, чтобы обе молочные железы полностью опорожнялись. После кормления остатки молока должны быть сцежены.

Если после 7–8 дней проведения указанных мероприятий лактация не восстановилась, необходимо обсудить с матерью вопрос о целесообразности использования фитопрепаратов.

К **лактогонным лекарственным растениям** относятся: укроп, душица, тмин, тысячелистник, фенхель, анис, крапива, клевер, одуванчик, Melissa и другие.

Укроп: зеленый укроп принимать в пищу в любом виде.

Флоды укропа: по 1 чайной ложке сухих (зрелых) плодoв 2 раза в день, запивать теплой водой.

Настой семян укропа: 1 столовую ложку семян укропа заливают 1 стаканом кипятка. Настаивают в течение 2 часов. Процеживают. Принимают по 0,5 стакана 2 раза в день или (в зависимости от переносимости) по 1 столовой ложке 6 раз в день. Пьют маленькими глотками, задерживая жидкость во рту на некоторое время.

Пион уклоняющийся (марьин корень – аптечная настойка): принимать по 30–40 капель 3 раза в день до еды.

Тысячелистник: на один стакан теплой воды берут 15–20 г сухой измельченной травы. Кипятят 15 минут и настаивают 1 час. Принимают по столовой ложке 3 раза в день до еды.

Клевер: на 1 стакан кипятка берут 5 г сухих соцветий. Настаивают 30 минут. Принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день.

Зеленая крапива (весной): щи, настои, салаты.

Сухая крапива: 3 чайные ложки сухой крапивы заваривают 2 стаканами кипятка. Настаивают в течение 10–15 минут (свежую траву настаивают 2 минуты). Выпивают в течение дня.

Грецкие орехи: съесть в течение дня 2–3 шт. (не больше).

Настой из грецких орехов: 0,5 стакана очищенных грецких орехов заливают в термосе 0,5 л кипящего молока. Настаивают 12 часов. Принимают через день по 1/2–1/3 стакана за 20 минут до каждого кормления.

Тмин: 3 чайные ложки сухих семян заливают 1 стаканом кипятка. Настаивают 30–40 минут. Принимают по 1 стакану утром и вечером.

Тминный напиток: 15 г семян тмина заливают 1 литром горячей воды. Добавляют очищенный и нарезанный кусочками лимон и 100 г сахара. Полученную смесь варят на очень слабом огне 5–10 минут. Охлаждают. Процеживают. Принимают по 0,5 стакана 2–3 раза в день.

Напиток из аниса, фенхеля и душицы: готовится сбор из растертых плодов аниса, фенхеля и травы душицы, которые берут по 10 г каждой. Заливают 1 стаканом кипятка. Настаивают 2 часа. Принимают по 0,5 стакана 2–3 раза в день.

Морковь:

– морковный сок. Принимают по 0,5 стакана 2–3 раза в день. Для улучшения вкуса в сок можно добавить 1–2 столовые ложки сливок, молока или фруктово-ягодный сок;

– морковь тертая с молоком: 3–4 столовые ложки тертой моркови залить 1 стаканом молока. Принимать по 1 стакану 2–3 раза в день.

В продаже имеются **фиточаи** – **Лактовит**, **Лактогон**, в состав которых входит сбор из аниса, фенхеля, душицы и укропа. Фирма «НіРР» для кормящих матерей выпускает различные чаи и фруктовые соки. В чае для кормящих матерей (лактогонный сбор) есть традиционные для России экстракты трав – тмина, фенхеля, Melissa, аниса, крапивы и, самое главное, – экстракт травы галеги, которая действует именно на выработку молока, увеличение лактации.

Травы также благоприятно влияют на организм матери, помогая ей восстановиться после родов. Так, например, анис регулирует деятельность кишечника, крапива укрепляет стенки сосудов, Melissa оказывает успокаивающее действие, улучшает сон.

Хорошо себя зарекомендовали при гипогалактии и гомеопатические препараты, например, “Млекоин”. Используется также гидролизат сухих пивных дрожжей по 1 чайной ложке 2 раза в день в течение всего периода лактации.

Если после применения всех рекомендованных средств лактация не восстановилась, то можно порекомендовать **медикаментозный комплекс**, длительность использования которого не менее двух недель. Он включает в себя:

– никотиновую кислоту. Принимают по 0,05 за 15–20 минут до кормления и через 1–1,5 часа после приема пищи 3–4 раза в день;

– глутаминовую кислоту – по 1,0 3 раза в день через 20 минут после еды. Запивать теплым чаем, глотать не разжевывая. Если препарат в порошках, то полоскать рот 2–3%-ным раствором соды;

– апилак – по 0,01 3 раза в день под язык до полного рассасывания;

– комплекс поливитаминов (с учетом возраста).

Наряду с медикаментозным комплексом применяется **физиотерапия, иглоукалывание**, а также **точечный массаж**.

Однако не всегда случаях можно добиться существенного увеличения количества грудного молока. В этих случаях ребенок должен быть переведен на смешанное или искусственное вскармливание адаптированными смесями.

К смешанному или искусственному вскармливанию прибегают не только при гипогалактии, но и при наличии противопоказаний к грудному вскармливанию.

От грудного вскармливания, так же, как и от обычных смесей следует отказаться в случаях непереносимости их.

Дефекты развития ребенка – заячья губа, волчья пасть, а также измененные формы соска у матери представляют затруднения для кормления грудью, технически обычно преодолеваемые.

При естественном вскармливании необходимо иметь в запасе несколько градуированных бутылочек для сцеженного грудного молока и пустышки. Пустышки не следует предлагать для постоянного сосания, так как ребенок может отказаться от груди. В случаях плохого засыпания ребенка, беспокойства и т.д. можно предложить ему пустышку (но не насильно!).

Искусственное и смешанное вскармливание

Смешанное и, особенно, искусственное вскармливание назначается только в случаях стойкой гипогалактии. Однако существуют и **абсолютные медицинские противопоказания к естественному вскармливанию**. Они определяются состоянием здоровья женщины и самого ребенка.

Со стороны матери это:

- открытая форма туберкулеза;
- тяжелые формы психических заболеваний;
- злокачественные опухоли;
- тяжелые эндокринные заболевания;
- декомпенсированные пороки сердца;
- токсические состояния;
- сифилис, заражение которым произошло в последние 3 месяца беременности, и у ребенка нет никаких проявлений этой болезни;
- СПИД;
- гепатит В;

– постоянный прием медикаментов: транквилизаторов, барбитуратов, противораковых, гипотензивных, антииреодных, болеутоляющих, антибиотиков и др.

Со стороны ребенка это: наследственные заболевания обмена веществ – галактоземия, фенилкетонурия, болезнь кленового сиропа.

При искусственном вскармливании ребенок получает только молочные смеси или же доля женского молока в общем объеме питания составляет менее 20% (1/5).

Смешанное вскармливание предусматривает сочетание в кормлении ребенка женского молока в объеме менее 80% (4/5) и более 20% (1/5) с докормом до необходимого объема молочными смесями.

Педиатр должен рассказать матери о смесях и дать им характеристику. Очень подробно следует остановиться на той смеси, которую он рекомендует. Рассказать, как правильно ее готовить и использовать и о показателях хорошей ее усвояемости и переносимости. Обязательно нужно подчеркнуть о необходимости строгого соблюдения указанной дозировки на коробке.

Большинство современных сухих заменителей женского молока относится к числу инстантных (быстрорастворимых) продуктов и не требует кипячения. При кипячении они теряют многие свои полезные свойства.

При использовании смеси следует придерживаться рекомендованной дозировки сухого порошка на одно кормление. Увеличение дозы сухого порошка с целью приготовления более концентрированной смеси может принести ребенку вред, так как его желудочно-кишечный тракт не в состоянии справиться с такой нагрузкой. С другой стороны, использование малого количества порошка при приготовлении разведенной смеси может привести к развитию гипотрофии.

Неудовлетворительная переносимость смеси проявляется в виде: изменения характера стула, проявления пищевой аллергии, метеоризма, кишечных колик, появления или усиления срыгиваний. Если та или иная смесь употребляется впервые, то не следует закупать больше одной коробки, так как необходимо выяснить, как ребенок ее переносит.

Сухие смеси после вскрытия упаковки хранят в течение трех недель вне холодильника – там порошок может отсыреть.

При переводе ребенка первого месяца жизни на **смешанное или искусственное вскармливание** следует **учитывать**:

– степень адаптированности смеси. Чем меньше возраст ребенка, тем в большей степени адаптированности смеси он нуждается;

– возраст ребенка. В первые 2–3 недели жизни предпочтение следует отдавать пресным смесям. В последующем в рационе здорового ребенка могут присутствовать и кисломолочные смеси, их объем не должен превышать 30–35% суточного рациона. Кисломолочные смеси лучше усваиваются, обладают способностью улучшать кишечную микрофлору, стимулируют иммунитет и т.д.;

- индивидуальную переносимость (подбор) смеси;
- диагноз при рождении (недоношенность, внутриутробная гипотрофия и т.д.);
- группу риска.

Нужно стараться использовать наиболее современные заменители женского молока, максимально приближенные по составу и свойствам к материнскому молоку (если позволяет материальное положение).

Правила приготовления смесей и техника кормления

- Для каждого кормления используется простерилизованная бутылочка и соска.

- Приготавливая смесь, следует точно придерживаться количественных рекомендаций производителя, которые коррелируются с возрастом, и указаны на коробке.

- Для разведения смесей в первые 2 недели используют кипяченую воду, а в дальнейшем – специальную детскую питьевую воду, которая характеризуется нейтральным вкусом, отсутствием газов, низкой минерализацией и постоянным минеральным составом: “Винни Пух”, “Чип-Топ”, “Бабушкино лукошко”, “Семь ручьев” или “Окуловская”, “Расти большой” и др. Многие из этих вод не требуют кипячения.

При выборе воды важно обращать особое внимание на содержание в ней фтора. Дефицит этого микроэлемента обычно способствует возникновению кариеса. Рекомендуется фторированная вода “Бич-Наг” (США).

Детская вода особенно рекомендуется для детей, проживающих в регионах с неблагоприятной экологической обстановкой, с дефицитом фтора, для профилактики кариеса и аллергических реакций.

- Постепенность выхода на разовый объем питания. В первые 2–3 дня следует давать несколько меньший, чем положено ребенку, объем питания (примерно 2/3 от нормы), дополняя недостающее количество водой или овощным (фруктовым) отваром.

- При хорошей переносимости данного объема смеси в течение последующих 3–5 дней суточный объем питания доводится до возрастной нормы.

- Во время кормления смесью необходимо правильно держать бутылочку. Смесь должна полностью заполнять соску, чтобы ребенок не засасывал воздух.

- Смесь из бутылочки должна вытекать не очень частыми и не очень редкими каплями.

- Категорически запрещается оставлять ребенка одного во время кормления из бутылочки!

- Кормление по аппетиту, т.е. не заставлять ребенка насильно доедать и не отказывать в дополнительном количестве.

- Соблюдение режима кормлений. На первом месяце – не менее 7 раз в сутки.

- Необходимость обеспечения достаточным количеством жидкости. Это связано с тем, что в искусственных смесях, по сравнению с женским молоком, со-

держится больше белка, для усвоения которого требуется больше воды. В жаркое время года количество потребляемой жидкости можно увеличить в 1,5–2 раза. В ночное время, если воздух в помещении сухой, ребенку следует предлагать воду, так как сухость во рту может мешать ему спать.

Искусственные смеси для вскармливания здорового новорожденного готовятся на основе коровьего молока. Они подразделяются на сухие и жидкие, которые, в свою очередь, делятся на пресные и кисломолочные. Те, в свою очередь, – на максимально адаптированные, то есть наиболее приближенные к составу женского молока, и далее по порядку, все более удаленные от состава: на адаптированные, частично адаптированные и последующие смеси.

Начинать искусственное или смешанное питание ребенка первого месяца жизни рекомендуется только с адаптированных молочных смесей (если позволяет материальное положение), которые содержат все витамины, минеральные соли и микроэлементы, необходимые для нормального роста и развития ребенка.

Появилась новая группа **высокоадаптированных пресных сухих и жидких смесей**, которые применяются дифференцированно, в соответствии с возрастом ребенка. Так, наиболее оптимальными смесями для питания детей первого полугодия являются смеси, после названия которых, стоит цифра “1” (“стартовые”). Эти смеси максимально приближены по всем компонентам к женскому молоку, что, безусловно, способствует оптимальному росту и развитию ребенка этого возрастного периода. В них содержится также таурин – свободная аминокислота, необходимая детям первых месяцев жизни для формирования центральной нервной системы, построения сетчатки глаза, конъюгации желчных кислот, осморегуляции, поддержания структур клеточных и субклеточных мембран и др. В последующем эта аминокислота синтезируется организмом самостоятельно из других аминокислот. Кроме таурина, в состав смесей входит карнитин, который способствует транспорту жирных кислот в митохондриях и их окислению, и лецитин – эмульгатор жира, а также нуклеотиды – иммуномодуляторы.

К “стартовым” смесям относятся:

- “Агуша-1” (Россия) – жидкая смесь;
- “АГУ-1” (Россия) – жидкая смесь;
- “Галлия-1” (Данон, Франция);
- “Бебилак-1” (Нидерланды);
- “Хумана-1” (Хумана, Германия);
- “Нан-1” (Нестле, Швейцария);
- “Хип-1” (Хип, Австрия);
- “Бэби Сэмп-1” (Семпер, Швейцария);
- “Энфамил-1” (Мид Джонсон, США) и др.

Кроме пресных высокоадаптированных заменителей женского молока существуют и кисломолочные сухие и жидкие смеси. Учитывая кислую pH такой

смеси, целесообразнее рекомендовать детям не ранее двух–трехнедельного возраста, так как у новорожденных, в особенности у недоношенных, детей она может вызвать (или усилить) срыгивания. Примером жидких готовых к употреблению кисломолочных смесей (стерилизованных) отечественного производства являются смеси:

- “Малютка” ацидофильная;
- “АГУ-1”;
- “Агуша-1”;
- “Бифилин”;
- “Бифилакт” и др.

К **сухим кисломолочным** заменителям относятся “**Лактофидус**” (Данон, Франция), “Нан” (Нестле, Швейцария) и др. смеси. Они предназначены для вспомогательного кормления. Наряду с гарантированной лактазной активностью, они сквашены различными полезными для организма ребенка бактериями (ацидофильные палочки, бифидо- и молочнокислые бактерии). Эти бактерии улучшают переваривание пищи, нормализуют кишечную флору и увеличивают моторику желудочно-кишечного тракта.

Качественно новой молочной смесью для детей с рождения до 6 месяцев является “Мамекс Плюс” (Интернэшнл Нутришн Компани, Дания). В отличие от других смесей в ее составе содержатся олигосахариды, которые способствуют росту полезной микрофлоры кишечника и снижению риска запоров, и нуклеотиды, которые повышают иммунитет и предупреждают риск развития диареи. В настоящее время “Мамекс Плюс” является единственной в России смесью, содержащей бета-каротин, нуклеотиды и олигосахариды.

Наиболее распространены также сухие и жидкие **адаптированные заменители** женского молока (они значительно дешевле, высокоадаптированных смесей). Их применяют у детей в возрасте от 0 до 12 месяцев:

- “Бэби-милк” (Россия);
- “Микамилк” (Россия);
- “Импресс” (Вологда/Крюгер, Россия/Германия);
- “Туттели” (Валио, Финляндия);
- “Бона” (Нестле, Финляндия);
- “Ням-ням” (Оверсел, Франция);
- “Энфамил” (Мид Джонсон, Голландия/США);
- “Нан” (Нестле Швейцария);
- “Пре-ХиПП” (ХиПП, Австрия);
- “Фрисолак” (Фризленд Нутришн, Голландия);
- “Нутрилон” (Нутриция, Голландия).

Несколько менее адаптированными являются так называемые «казеиновые формулы». Эти смеси изготавливаются на основе сухого коровьего молока, ос-

новым белком в котором служит казеин, без добавления деминерализованной молочной сыворотки. Вследствие этого такие смеси менее близки к белковому составу женского молока. В то же время по всем остальным компонентам – углеводному, жировому, витаминному и минеральному – эти смеси, как и адаптированные смеси, максимально приближены к составу женского молока.

К числу «казеиновых формул» относятся смеси:

- “Симилак” (Аббот Лабораториз, Дания/США);
- “Нестожен” (Нестле, Швейцария) и др.

К **частично адаптированным** молочным смесям, которыми можно кормить с рождения, относятся:

- “Малютка” (Россия);
- “Малыш” (Россия);
- “Детолакт” (Украина);
- “Солнышко” (Украина) и др.

Состав этих смесей лишь частично приближен к составу женского молока. В них отсутствует деминерализованная молочная сыворотка, не полностью сбалансирован жирно-кислотный состав, а в качестве углеводного компонента используется не только лактоза, но также сахароза и крахмал.

При смешанном вскармливании очень важно каждое кормление начинать с прикладывания ребенка к груди и лишь затем докармливать необходимым объемом смеси. Такая последовательность, во-первых, стимулирует лактацию у матери, а во-вторых, помогает переварить и усвоить полученную позднее смесь. Если количество смеси по объему невелико, докорм смесью следует производить с помощью ложечки. В случаях же использования бутылочки соска на ней должна быть упругой с маленькими дырочками, чтобы смесь вытекала каплями, а не струей.

Особенности вскармливания недоношенных детей и новорожденных с низкой массой тела при рождении

Лучшей пищей для этих групп детей является материнское молоко. При невозможности естественного вскармливания следует использовать **специальные смеси**. Особенностью этих смесей является не только хорошая перевариваемость. Они сбалансированы таким образом, что обеспечивают высокие потребности организма этих групп детей в основных ингредиентах (белках, жирах, углеводах, витаминах, минералах), биохимический состав которых наиболее близок к женскому молоку, способствуя тем самым хорошей усвояемости их в условиях функциональной неполноценности и незрелости желудочно-кишечного тракта. В состав этих смесей обязательно входит аминокислота таурин.

На педиатрический участок из стационара недоношенный и ребенок с низкой массой при рождении должны поступать со стойко сформированным рефлексом сосания и режимом питания. Обычно это семь кормлений с 6-часовым

ночным перерывом. На шестиразовое кормление можно переводить по достижению ими массы тела в 3000 г.

Метод свободного вскармливания у недоношенного ребенка и новорожденного с низкой массой тела недопустим.

Расчет питания при естественном вскармливании и вскармливании смесями, не предназначенными для этих групп детей, производят по объемному методу с поправкой на приблизительно должествующий вес ($M + 20\% M$). Ребенку с I степенью недоношенности и с внутриутробной гипотрофией I степени объем питания на должествующую массу считают с 11-го дня жизни. При недоношенности II степени – с 15-го дня, а с III и IV степенью – с одного месяца.

К **специальным смесям**, используемых для вскармливания этих групп детей, предъявляют особые требования. Прежде всего они должны быть высокоадаптированы к особенностям пищеварительной системы и обменных процессов этих групп детей. Особенностью этих смесей является более высокое, по сравнению с обычными адаптированными смесями, содержание белка и углеводов и, соответственно, повышенная калорийность. К этим смесям **относятся:**

- “Пре-Нутрилак” (Россия);
- “Алпрем” (Нестле, Швейцария);
- “Ненатал” (Нутриция, Голландия);
- “Пре-Нан” (Нестле, Швейцария);
- “СМА низкий вес” (Вайт Ледерле, США);
- “Фрисопре” (Фрисленд, Голландия);
- “Хумана 0” (Хумана, Германия);
- “Энфалак” (Мид Джонсон, США) и др.

Специальные адаптированные смеси следует применять по достижении ребенком веса 4 кг, а затем переходить на обычные адаптированные смеси (см. раздел: “Искусственное вскармливание”).

При искусственном вскармливании необходимо приобрести **градуированные бутылочки, соски и пустышки**. Количество бутылочек емкостью 200–250 мл должно быть 5–6. Бутылочек емкостью 120–150 мл обычно бывает достаточно в количестве 2–3.

Пустышка для ребенка, находящегося на искусственном вскармливании, необходима, так как с ее помощью он удовлетворяет свой сосательный рефлекс, который не может удовлетворить посредством сосания бутылочки со смесью.

Мамы часто интересуются, как выбрать соску или пустышку .

Соски и пустышки изготавливаются из силикона (прозрачные) или латекса (желтые). Первые более тугие и лучше стерилизуются. Правильно подобранная соска должна иметь выемку для носа и плотно прижиматься к губам.

Выбор размера пустышки и соски должен осуществляться строго с учетом массы тела и возраста ребенка. Это связано с тем, что сосание большой соски (пустышки) требует приложения значительных усилий, в особенности мышц рта и щек. С первых дней жизни до полугода лучше использовать силиконовые пустышки и соски в виде вишенки (круглая). Другой оптимальной формой пустышек-сосок для этого возраста является овальная – она симметрична и самостоятельно переворачивается во рту ребенка. Ряд фирм выпускает “дентальные” (анатомические) пустышки. Для недоношенных и маловесных при рождении детей целесообразно использовать “мини-пустышки”. Специальные формы и дизайн анатомических пустышек способствуют правильному расположению в полости рта ребенка, что создает максимальный комфорт как во время сна, так и в период бодрствования. Для ребенка с чутким и беспокойным сном можно порекомендовать ночные или светящиеся в темноте пустышки. При использовании ночных пустышек ребенок не выдернет ее во сне изо рта, а имеющиеся пупырышки на арматуре (пластмассовая часть пустышки), примыкающей к лицу, обеспечивают циркуляцию воздуха и не дают скапливаться слюне. Светящиеся пустышки смогут предотвратить лишние хлопоты родителей и беспокойство ребенка – такая пустышка в темноте будет быстро найдена.

Лучше всего пользоваться пустышками-сосками, которые имеют специальные колпачки, позволяющие сохранять стерильность до начала пользования.

После использования бутылочек, сосок, пустышек они должны быть простерилизованы и храниться в специальных сосудах с закрывающимися крышками.

Закончив дачу рекомендаций по вскармливанию, участковый педиатр должен в популярной форме рассказать о санитарно-гигиеническом режиме и о его особенностях у новорожденного.

Санитарно-гигиенический режим

В период новорожденности основными задачами родителей является строгое выполнение санитарно-гигиенического режима и правил ухода за ребенком.

Говоря о санитарно-гигиеническом режиме, следует порекомендовать родителям не приглашать гостей хотя бы в первый месяц жизни. Это связано с тем, что каждый гость несет с собой угрозу инфицирования ребенка, так как на первом месяце жизни ребенок весьма подвержен различным респираторным инфекциям. Чем меньше людей в этот период побывает у ребенка, тем лучше для него.

Если кто-нибудь из членов семьи переносит респираторную инфекцию, то ему не следует подходить к ребенку. Он должен быть изолирован и непременно носить маску, а в квартире нужно чаще делать проветривание. В нос ребен-

ку с профилактической целью (особенно в эпидемический период) можно рекомендовать закапывать женское молоко несколько раз в день.

Необходимо запретить курение в квартире!

Требования, предъявляемые к помещению, где находится новорожденный:

- помещение должно быть чистым, светлым и сухим;
- необходима ежедневная влажная уборка;
- регулярные проветривания независимо от времени года;
- влажность воздуха в комнате должна быть в пределах 50–60%. Для определения влажности в помещении существует специальный прибор. При пониженной влажности воздуха помещение следует увлажнять;
- сократить до минимума количество ненужных вещей и мебели, комнатных растений, животных, птиц, рыб, а также коллекторов пыли (ковры, паласы, открытые стеллажи книг, диваны, кресла и т.д.);
- температура воздуха, в течение первых 3-х месяцев жизни должна быть в пределах +22,0–23,0°C. Температурный режим помещения для детей из группы высокого риска (недоношенные, маловесные, перенесшие гемолитическую болезнь новорожденных и т.д.) выше: +23–24°C;
- нельзя использовать в комнате обогреватели с открытой спиралью, “дующие”, “каминные” модели, так как они сжигают кислород и, кроме того, небезопасны. Если имеется необходимость обогрева воздуха в комнате, то следует использовать только масляный обогреватель.

Кроватка должна соответствовать определенным требованиям:

- в комплекте с кроваткой должен быть жесткий матрас. Использовать матрас из пуха или пера не рекомендуется, так как он способствует перегреву ребенка и респираторной аллергии;
- зазор между матрасом и нижним краем кроватки не должен превышать 3–4 см;
- расстояние от верхнего края матраса до верхнего края кроватки должно быть не менее 50 см или верхний край боковой стенки должен доходить у стоящего в кроватке ребенка до сосковой линии;
- промежутки между вертикальными рейками боковых стенок кроватки должны быть не более 5–6 см;
- высота боковых вертикальных реек не должна выходить за горизонтальную боковую рейку;
- поверхность дерева кроватки должна быть идеально гладкой.

Кроватка должна находиться в хорошо освещенном месте, но не слишком близко к окну, чтобы поток воздуха при проветривании не попадал на ребенка и к отопительной батарее, так как сухой и теплый воздух от нее может вызвать перегревание ребенка и сухость слизистых дыхательных путей. К кроватке должен быть обеспечен хороший (удобный) подход. Если в комплекте с кроваткой

не имеется столика для пелинания, то рядом следует поставить любой столик, который имеется дома. Его застилают мягким байковым одеялом, а сверху – клеенкой. Необходимость такого столика рядом с кроваткой продиктована удобствами при пеленании ребенка и при проведении различных гигиенических мероприятий, а также занятий массажем и гимнастикой.

В комплекте с некоторыми кроватями имеется матерчатый балахон. Использование его нежелательно, так как он, с одной стороны, собирает пыль, а с другой – нарушает циркуляцию воздуха при проветривании.

Под головой у ребенка не должно быть подушки. Вместо подушки и с гигиенической целью используют простую пеленку, сложенную в 4 раза. В кроватке во избежание асфиксии ребенка не должно быть игрушек или других предметов.

Постельные принадлежности проветриваются ежедневно.

Как следует одевать ребенка дома? Если позволяют температурные и жилищные условия, то одежда должна быть одно- или двухслойная и включать в себя хлопчатобумажные ползунки и распашонку.

Купания

Ежедневные купания не только поддерживают чистоту тела, но и стимулируют функции кожи, а также циркуляцию крови в ней.

В тех случаях, когда у мамы нет уверенности в себе, вместо купаний в ванночке можно порекомендовать в первые несколько дней не купать ребенка, а ограничиться только протиранием лица и подмыванием.

Чтобы первые купания прошли удачно, нужно заранее позаботиться обо всем необходимом.

Для купания ребенка нужны: детская ванночка, водяной термометр, мягкая губка или рукавичка из байки, детское мыло, детский шампунь, кувшин для обливания ребенка в конце купания, простерилизованное или специальное детское масло. Идеальным выбором для ребенка первых шести месяцев жизни будет ванночка так называемой анатомической формы, снабженная специальными выемками и выступами, которые поддерживают его тело и значительно облегчают процесс купания. Точно такую же функцию – удержание ребенка выполняют и специальные приспособления для ванночек: матерчатый гамачок, натянутый на проволочную основу или специальную подставку в виде своеобразной горки (салазок). С помощью таких приспособлений ребенку придается в ванне полулежачее положение и освобождаются руки матери. Это создает у нее больше уверенности и меньше страха.

В первые десять дней, пока пупочная ранка не зажила полностью, ребенка купают или в кипяченой воде, или в воде, в которую добавлен раствор марганцовокислого калия, чтобы цвет воды стал бледно-розовым. Кипяченая вода ис-

пользуется до 3-х месяцев жизни. Гигиенические ванны в течение первого года жизни делают ежедневно, а моют с мылом 1–2 раза в неделю.

Лучшее время для проведения гигиенической ванны – 18–20 часов, т.е. время перед предпоследним кормлением, хотя сами родители могут выбирать то время, которое им наиболее удобно.

Температура помещения, где купают ребенка, должна быть в пределах +22–23°C (для детей из группы высокого риска в течение первого месяца жизни +23–24°C). Температура воды в ванночке +36,5–37°C (для детей из группы высокого риска +38°C).

Продолжительность ванны на первом году жизни не более 5–7 минут.

Необходимо научить маму надежно держать ребенка в ванночке. Для этого она должна левой рукой поддерживать голову и шейный отдел позвоночника ребенка так, чтобы ее большой палец лежал на шее под его левым плечом, а остальные пальцы – в левой подмышке. Голова при такой поддержке прочно лежит на конце предплечья левой руки. Правая рука матери является рабочей, ею и моют ребенка.

Чтобы ребенок не испугался первой ванны, его следует опустить в воду в распашонке или в пеленке, а затем их снять. Процесс опускания должен быть медленным, до тех пор, пока вода не покроет грудь и плечи. Так следует поступать в течение нескольких дней.

Во время мытья необходимо соблюдать определенную последовательность. Вначале моется лицо без мыла. Затем, используя детский шампунь (детское мыло), моют голову и туловище (особенно тщательно все складки). При неуверенности и страхе матери намыливать ребенка можно не в ванночке, а на столе (указанную процедуру следует делать быстро), затем осторожно перенести его в ванночку и обмыть.

В последнюю очередь моют между ногами ребенка. Девочек моют (подмывают) и вытирают всегда по направлению спереди назад, т.е. по направлению от устья мочеиспускательного канала к заднему проходу. У мальчиков ограничиваются простым обмыванием наружных половых органов. С целью профилактики инфицирования крайней плоти можно порекомендовать во время купания слегка отодвинуть кожу крайней плоти и промыть складки слабо-розовым раствором марганцовки, а при незначительном покраснении использовать детский крем или синтомициновую эмульсию.

По окончании ванны ребенка со стороны спины нужно облить чистой водой из кувшина, температура которой на 1–2°C ниже той, в которой производилось купание, а затем завернуть в пеленку. Вытирание следует производить промокательными движениями, после чего естественные кожные складки должны быть обработаны растительным простерилизованным маслом или детским кремом или маслом.

Ребенка, который легко охлаждается, первое время купают и одевают под рефлектором или заворачивают в теплые пеленки.

После купания нос и уши прочищают сухим ватным фитильком с помощью винтообразных движений.

Если вода жесткая и на коже есть раздражения рекомендуется делать крахмальные ванны (100–150 г крахмала разводят теплой водой до однородной взвеси и добавляют в ванну).

В случаях повышенной ломкости и сухости волос после ванны их можно смазать смесью касторового и растительного масла в соотношении 1:3, а спустя 1–2 часа протереть насухо ватным тампоном.

Туалет новорожденного проводится ежедневно утром. О технике его проведения педиатр должен рассказать матери.

Умывания

Ребенка первого месяца жизни следует умывать кипяченой теплой водой (32–34 °С) 2–3 раза в день.

Подмывания

Подмывать ребенка надо под струей теплой проточной воды с использованием детского мыла или эмульсионной пены. Подмывание производится утром, после каждого опорожнения кишечника и перед каждым кормлением. Во время подмывания ребенка необходимо крепко и удобно держать. Подмывание производится спереди назад, от половых органов к заднему проходу. После подмывания кожу ребенка следует промокнуть легко впитывающей тканью и тщательно просушить на воздухе, а затем с помощью ватного тампона смазать складки кожи детским кремом или простерилизованным растительным маслом.

При отсутствии возможности подмыть ребенка (в поликлинике, при прогулке) можно воспользоваться влажными салфетками для детей. Могут понадобиться и масляные салфетки.

Промывания глаз производят утром с помощью двух стерильных марлевых салфеток (ватных шариков), смоченных кипяченой водой, спитым чаем, отваром ромашки, физиологическим раствором, 0,02%-ным раствором фурациллина (1 таблетка фурациллина на 200 мл кипяченой воды) или 2%-ным раствором борной кислоты и др. Протирать глаза следует от наружного угла к переносице, используя для каждого глаза свою салфетку (вату).

Туалет носа также лучше производить утром. Носовые ходы прочищают по отдельности по мере необходимости (сухие корочки в носу) с помощью гибких ватных фитильков, смоченных в простерилизованном растительном масле. Осторожно вращательными движениями жгутик продвигается в глубь носового хода на 1–1,5 см и оставляется там на несколько секунд. Затем удаляется также с помощью вращательных движений.

Туалет пупочной ранки. После выписки новорожденного домой пупочная ранка может какое-то время оставаться влажной, поэтому она требует определенного туалета в первые 2–3 недели. Правила обработки пупочной ранки зак-

лючаются в следующем: чистыми руками, при строгом соблюдении правил асептики, несколько раз в день и после купания ее промывают раствором перекиси водорода (от центра к периферии) и смазывают палочкой с ватным тампоном 5%-ным раствором перманганата калия или 1–2%-ным спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

Стрижка ногтей у новорожденного производится специальными ножницами с закругленными и тупыми концами каждые 2–3 дня. Ее лучше всего производить во время сна ребенка в один-два приема.

Подгузники. Говоря об уходе за ребенком, следует остановиться на современных предметах ухода за кожей ребенка – одноразовых подгузниках, которые, наряду с большой популярностью, вызывают у родителей много вопросов. Это связано с тем, что в продаже имеется большой ассортимент разных подгузников. Кроме того, в средствах массовой информации появляются сообщения об отрицательном влиянии одноразовых подгузников на репродуктивную функцию мальчиков. Поэтому участковый педиатр должен рассказать, какие подгузник нужно выбирать, как лучше всего их использовать и т.д.

Одна из основных функций одноразового подгузника – сохранять кожу ребенка сухой и здоровой. Влажная кожа является благоприятной основой для развития пеленочного дерматита (см. раздел: “Пеленочный дерматит”). Поэтому хорошим подгузником считается тот, который больше и быстрее впитывает жидкость, не давая ей выходить за его пределы. Это достигается с помощью использования в подгузниках влагопоглощающего гелеобразующего материала, который способствует сохранению нормальной pH кожи, ее влажности и температуры. В настоящее время этим требованиям отвечают подгузники Pampers с дополнительным слоем Extra (Pampers Baby Dry Extra, Дышащие Pampers Premiums). Использовать памперсы следует во время ночного сна, прогулок и при посещении поликлиники. В остальное время суток целесообразно использовать обычные хлопчатобумажные или марлевые подгузники. При таком режиме ношения памперсов гарантируется безопасность их применения.

Прогулки

Ребенка, родившегося в теплое время года, можно выносить на улицу для прогулок буквально в первые же 1–2 дня после выписки из родильного дома.

При минусовой температуре воздуха, но не ниже -5°C , с ребенком можно гулять на 10–12 день жизни, а от -5 до -10°C – со второй половины первого месяца.

При температуре воздуха ниже -15°C прогулка не желательна. Ребенок должен спать дома при открытом окне или форточке или на застекленном балконе (лоджии) и быть соответственно одет.

Во время прогулок ребенок не должен сосать соску, лицо его должно быть открытым.

Длительность первых прогулок зависит от времени года. В теплое время года время не ограничивается. Зимой время первой прогулки составляет 15–20 минут 2 раза в день, а в последующем время их постепенно доводится до 1 часа 3–4 раза.

Прогулки с недоношенными детьми можно начинать при достижении ими возраста трех недель и массы 2100–2500 г в весенне-летний период и 2500–3000 г в осенне-зимний. Первая прогулка летом не должна превышать 20–30 минут и 10–15 минут зимой при температуре воздуха не ниже -5°C и при отсутствии ветра. Постепенно продолжительность прогулок увеличивается и доводится до 1,5–2 часов летом и 40–60 минут зимой 2–3 раза.

Как одевать ребенка во время прогулок?

Одежда во время прогулок должна соответствовать времени года, погоде, температуре воздуха на улице, тогда ребенок не будет перегреваться летом и замерзать в холодное время года. Так, летом в жаркую погоду достаточно 1–2 слоя одежды из легких хлопчатобумажных тканей. На голову можно надевать легкий чепчик (при ветре или пребывании на солнце). Когда погода прохладная, нужно надевать на ребенка 2–3 слоя одежды из мягкой ткани (фланель, трикотаж), вязанные изделия, комбинируя различные комплекты одежды. В холодную и морозную погоду требуется не менее 4–5 слоев одежды, включая и шерстяные, вязанные изделия. Кроме того, ребенка заворачивают в шерстяное (синтепоновое) одеяло или кладут в зимний конверт.

Физическое и нервно-психическое развитие

При проведении патронажей необходимо всячески убеждать мать в полезности систематических физических занятий и закаливающих процедур, так как с их помощью можно не только сохранить, но и укрепить здоровье ребенка.

Забота родителей об обеспечении достаточной двигательной активности ребенка должна начинаться с первых дней его пребывания дома. Особенностью развития движений у новорожденного являются то, что они формируются с помощью взрослых.

Для развития первого координированного движения – удерживания головы – необходимо брать ребенка на руки, придавать ему вертикальное положение, или класть на живот перед каждым кормлением и перед ночным сном. При выкладывании на живот со 2-й недели жизни нужно подставлять к стопам ребенка ладонь, вызывая у него тем самым мотивацию к ползанию. Находясь в таком положении, ребенок обязательно сделает попытку не только поднять голову, но и удержать ее. При неоднократных повторениях этого упражнения ребенок уже к концу первого месяца жизни начинает хорошо удерживать голову.

Стимуляция психомоторного развития (специальные позы) достигается с помощью активного использования физиологических рефлекторных процес-

сов, благодаря которым стимулируется развитие спонтанных, а потом и целенаправленных движений.

Необходимо для этого стимулировать повороты головы в обе стороны и в полном объеме. Это достигается посредством регулярных переключиваний ребенка с одной стороны кровати на другую. С помощью этого метода, кроме того, можно избежать развития у ребенка установочной кривошеи и уплощения головы с одной стороны. При нежелании самостоятельно поворачивать голову следует использовать ограничительный валик, сделанный из пеленки или полотенца. Стимулировать повороты головы можно также с помощью зрительных ощущений: вначале отработывают поворот за источником света, через три недели – за лицом матери, позднее – за игрушкой.

С целью раскрытия ладони и развития умений захватывать игрушки ребенку во время бодрствования необходимо обеспечить свободу движений рук, что достигается путем свободного пеленания. Набор игрушек на первом месяце жизни должен способствовать развитию активных движений ребенка. Поэтому игрушки-подвески должны быть яркие, шумовые и музыкальные. Их нужно использовать с первых дней жизни ребенка, располагая в кроватке примерно на расстоянии 50–60 см над грудью ребенка. Кроме того, яркие и крупные игрушки (шары, большие пирамиды, куклы и т.д.) надо разместить в разных местах комнаты недалеко от детской кроватки (поставить на полку, прикрепить к стене). Периодически игрушки-подвески следует менять, используя другие, иной формы и цвета. При общении с ребенком родители должны сами манипулировать игрушками: водить их из стороны в сторону, брнчать, звенеть ими. Хорошее зрительное и слуховое сосредоточение оказывают музыкальные механические устройства (музыкальная карусель), подвешенные на кронштейнах.

В первые дни жизни ребенок может только кратковременно задержать свой взгляд на предмете. К концу 2-й недели жизни ребенок уже способен немного проследить за движущимся предметом.

Важной стороной физического воспитания ребенка является закаливание.

Закаливание

Закаливание – один из наиболее эффективных методов повышения сопротивляемости детского организма к неблагоприятным факторам внешней среды, физического и нервно-психического развития.

Оно должно начинаться с самых первых дней нахождения ребенка дома и включать в себя не только рациональную одежду в помещении и во время прогулок, но и специальные закаливающие процедуры с помощью воздуха и воды.

Необходимо внушить родителям веру в необходимость закаливания и его целебный эффект.

Закаливание воздухом начинают с регулярного проветривания помещения вне зависимости от времени года.

На первом месяце жизни ребенок может получать воздушные ванны несколько раз в день при смене пеленок (подгузников), распашонок, ползунков. Вначале проводятся местные воздушные ванны (руки, ноги), а позднее – общие (при обнажении всего тела). Длительность первых воздушных ванн несколько секунд с последующим доведением их до 2–4 минут. Воздушные ванны проводятся при положительном эмоциональном тоне и достаточной двигательной активности.

Закаливание водой в неонатальном периоде начинают с самых слабых воздействий (см. разделы: “Умывания”, “Подмывания”, “Купания”).

Раннее плавание является мощным фактором укрепления здоровья ребенка, одной из самых сильных форм воздействия на развивающийся организм. Оно способствует физическому и нервно-психическому развитию ребенка. Перед началом занятий плаванием необходимо сделать анализ крови и мочи.

После дачи традиционных рекомендаций по закаливанию необходимо научить мать уходу за ребенком и проведению некоторых медицинских манипуляций.

Измерение температуры тела

Измерение температуры тела можно производить в разных местах с помощью специальных термометров, предназначенных для измерения температуры только в этих местах: в подмышечной впадине, в паховой складке, в прямой кишке – ректально, в ротовой полости – орально.

Вне зависимости от места измерения температуры ребенок во время процедуры должен быть спокойным и малоподвижным.

В зависимости от того, какой градусник приобретен для измерения температуры, маме необходимо рассказать о соответствующей методике измерения температуры и ее нормальных цифрах.

В подмышечной впадине и в паховой складке температуру измеряют с помощью традиционного ртутного термометра, половина нижнего края которого должна находиться в складках кожи.

Во время измерения температуры в *подмышечной впадине* ребенок должен находиться на руках матери с фиксацией его руки, где производится термометрия.

Измерение температуры в *паховой складке* производят у ребенка, который лежит на боку. Ногу ребенка нужно придерживать.

Длительность измерения температуры составляет 5–10 минут. Нормальная температура в этих областях 36,0–37,0°С.

Для *ректального измерения* температуры служит детский ректальный цифровой термометр. При ректальном измерении температуры ребенок должен лежать животом вниз на коленях у матери. Смазав наконечник термометра индифферентным маслом или кремом, его осторожно и аккуратно, держа между пальцами, как сигарету, вставляют в анальное отверстие ладонью, направленной

ной к ягодицам ребенка, на глубину 4–5 см и держат там в течение 1–3 минут. Нормальной ректальной температурой считается 36,9–37,4°C.

Измерение температуры *во рту* осуществляют с помощью термометра-пустышки, который должен находиться под языком ребенка в течение одной минуты. Нормальная оральная температура 36,6–37,1°C.

При измерении температуры в *ушном канале* используются ушные инфракрасные термометры с длительностью экспозиции 1–3 секунды. Температура, измеренная в ушном канале, не ниже ректальной, а иногда и превышает ее.

С помощью универсального цифрового электронного термометра можно измерять температуру в подмышечной впадине и в паховой складке, ректально и во рту.

Существуют также разнообразные температурные полоски на лоб, точность которых невысока.

Очистительная клизма

Перед тем, как сделать ребенку клизму, необходимо прокипятить баллончик. Мать должна вымыть руки с мылом. В остывший баллончик набирают кипяченую воду (не больше 50 мл) с температурой +28–30°C, поднимают наконечником вверх, смазывают его простерилизованным растительным маслом (кремом), выпускают воздух. Ребенка кладут на левый бок или поднимают ему обе ноги. Наконечник баллончика вводят в прямую кишку на глубину 3–4 см и баллончик медленно сжимают до конца, выпуская тем самым воду (почувствовав сопротивление, следует немного подождать и не сдавливать баллончик). После опорожнения баллончика, не разжимая его, наконечник осторожно вынимают. Затем нужно свести ягодицы ребенка вместе на 15–30 секунд, чтобы удерживать воду и размягчить кал.

В тех случаях, когда это необходимо, даются рекомендации по лечению.

Лечение

Икота. При длительной икоте ребенку необходимо дать попить или снова приложить к груди, после чего уложить в кровать на бок и укрыть одеялом. Можно капнуть под язык 1–2 капли лимонного сока. Подходит для этой цели и настой ромашки (1 чайную ложку сухой ромашки на стакан кипятка), настоять в термосе 30–40 минут, процедить, охладить. Дают в теплом виде с ложечки.

Физиологическая мастопатия не требует специального лечения, кроме как выполнения санитарно-гигиенических условий и наклеивания стерильных салфеток во избежание травматизации.

Метеоризм (кишечные колики)

Причин, вызывающих появление кишечных колик, довольно много. Не существует ни одного радикального метода борьбы с метеоризмом. Поэтому в неко-

торых случаях приходится перепробовать несколько методов, перед тем как остановиться на одном из них.

1. Перед каждым кормлением ребенка нужно выкладывать на живот и производить ему массаж живота легкими поглаживающими движениями теплой руки вокруг пупка по направлению часовой стрелки.
2. При естественном вскармливании из питания матери следует исключить продукты, способствующие газообразованию: молочные продукты, капусту, бобовые, орехи, лук, помидоры, фрукты (яблоки, груши, арбуз), черный хлеб, квас и др.
3. При искусственном вскармливании необходимо строгое соблюдение правил приготовления смесей. Для вскармливания лучше выбирать смеси, не содержащие железо и коровье молоко. Можно использовать в питании кисломолочные смеси.
4. Соблюдение правил прикладывания ребенка к груди или к бутылочке со смесью.
5. После каждого кормления надо держать ребенка в вертикальном положении, чтобы дать ему легко отрыгнуть насосанный при кормлении воздух.
6. Прикладывание к животу ребенка подогретой и сложенной в несколько раз фланелевой пеленки или грелки с водой температура, которой не превышает 50–60°, завернутой в полотенце.
7. Изменение положения тела – на бок или на животе.
8. Пеленание.
9. Использование: укропной воды, отвара аптечной ромашки (1 чайная ложка ромашки на 200 мл кипятка. Кипятить 10 мин. Остудить. Процедить. Принимать в теплом виде по 1 чайной ложке несколько раз в день), настоя ветрогонного сбора (фенхель, мята перечная, корень валерианы по 1 части. 1 чайная ложка сбора на стакан кипятка. Настаивать 40–60 мин. Остудить. Процедить. Принимать в теплом виде по 1 чайной ложке несколько раз в день).
10. Профилактика и лечение дисбактериоза, так как нормальная микрофлора препятствует размножению патогенной, гнилостной и газообразующей микрофлоры кишечника.
11. В редких случаях при длительных кишечных коликах и безуспешности ряда мероприятий можно ввести ребенку газоотводную трубку, предварительно прокипяченную и смазанную простерилизованным растительным маслом (кремом).

С целью уменьшения кишечных коликов можно использовать специальные чаи, приготовленные на основе различных ветрогонных лекарственных трав:

– чаи “Импресс” из итальянского укропа, из лекарственных трав (Крюгер, Польша/Германия);

– чаи с фенхелем, из ромашки, на лекарственных травах (Нутриция, Германия/Голландия);

– чаи “ХипП” из фенхеля, ромашки (ХипП, Австрия);

– лечебные молочные смеси: “Семпер-Бифидус” (Семпер, Швеция), “Фрисовом” (Фрисленд, Голландия), “Лактофидус” (Данон, Франция), “Нан кисломолочный с бифидобактериями” (Нестле, Швейцария) и др.

При использовании этих смесей нет необходимости переводить ребенка на искусственное вскармливание. Достаточно каждый раз в дополнение к кормлению грудью давать всего одну ложечку любой из этих смесей.

При неэффективности указанных мероприятий можно использовать различные зарубежные медицинские препараты.

Из медикаментозных препаратов, уменьшающих газообразование в кишечнике и гасящих газ, можно порекомендовать: “Плантекс”, эмульсию “Эспумизан 40” (Берлин-Хеми, Германия) и его аналоги (“Саб симплекс” и др.), “Дисфлатил” (Солко, Швейцария), “Бебинос” (Германия). Особенностью большинства лекарственных форм этой группы препаратов являются различные аллергические реакции, что затрудняет их широкое использование. Участковый педиатр должен предупредить мать о возможном нежелательном действии.

Функциональный запор

Показаны:

- при грудном вскармливании ребенка необходимо наладить у матери режим и питание;
- регулярное выкладывание на живот;
- массаж живота и гимнастика;

В качестве слабительных средств можно использовать различные слабительные сборы в виде отваров и настоев – сбор №1, сбор №2, сбор №3 и сбор №4. С этой же целью используется настой или отвар чернослива. Начальная и пробная доза чернослива составляет 6–8 ягод, которые после тщательного мытья заливают на ночь стаканом кипятка. Дают в течение дня в теплом виде в качестве питья. При неэффективности дозу ягод увеличивают до получения послабляющего эффекта. В случаях, когда запор сопровождается метеоризмом, настоем чернослива можно смешивать с отваром ромашки (см. раздел: “Лечение метеоризма”);

- при дисбиозе – биопрепараты, ферменты, поливитамины;
- при искусственном вскармливании смеси: “Фрисовом” (Фрисленд, Голландия), “Семпер-Бифидус” (Семпер, Швеция), “Лактофидус” (Данон, Франция), кисломолочные смеси первого дня ферментации;
- при отсутствии стула в течение 2–3 дней необходимо сделать очистительную клизму из отвара ромашки с температурой воды 28–30°С. Количество вводимой жидкости составляет 25–30 мл;
- при упорных запорах назначается плохо всасывающийся углевод (лактоза) – молочный сахар (Дюфалак, Ливо-Лак, Порталак – по 0,3–0,5 мл/кг массы тела 1 раз в день) и другие препараты.

Устранение атонического запора, который возникает при гипотиреозе, возможно лишь при сочетании лечения основного заболевания с ранее перечисленными методами.

Лактазная недостаточность

Безлактозный рацион. Для питания используют без- или низколактозные смеси (например, Хумана СЛ), в том числе безмолочные – соевые смеси (Ацидолакт соевый, Бона-соя, Нутрисоя, Симилак-Изомил, Фрисосой, Энфамил-соя). Можно использовать препарат, который содержит лактазу “Лактраза”. Его добавляют в молоко за 2–3 часа до его употребления.

Рвота и срыгивания

Для устранения рвоты и срыгиваний существует целый комплекс мероприятий.

1. Перед кормлением выкладывать ребенка на живот под углом 45°.
2. Приподнимать головной конец кровати под углом 45°.
3. Не кормить ребенка, когда он плачет.
4. Правильно прикладывать к груди. При искусственном вскармливании бутылочка должна быть наклонена под таким углом, чтобы соска целиком была заполнена смесью. Использовать специальные соски с воздушным клапаном.
5. Кормить ребенка необходимо в полувертикальном положении.
6. При искусственном вскармливании отверстие в соске должно быть среднего размера.
7. Кормить более часто, но маленькими порциями.
8. После кормления носить ребенка вертикально до тех пор, пока не отойдет воздух из желудка.
9. После кормления ребенка не следует тормошить, трясти или переодевать;
10. Использовать лечебные смеси: “Лемолак” (Семпер, Швеция), “Фрисовом” (Фрисленд, Голландия), “Нутрилон Антирефлюкс” (Нутриция, Голландия) и др. Вводить эти смеси в рацион питания ребенка следует постепенно. В первый день – по 30 мл в каждое кормление, на следующий день – по 60 мл. Иногда этого количества вполне достаточно, чтобы ребенок не срыгивал. Если этого количества не достаточно, то можно заменить весь объем кормлений.
11. Назначение препаратов, нормализующих биоценоз кишечника.
12. Дозированное щелочное питье в форме дегазированного теплого “Боржоми” (1 чайная ложка на кг массы тела в сутки).
13. При неэффективности указанных мероприятий назначаются противорвотные препараты центрального действия: церукал (0,5–1 мг/кг массы тела в сутки 2–3 раза), реглан (метоклопрамид) – суточная доза 0,5–1 мг/кг массы

тела с кратностью приемов 1–3 раза и другие препараты. Используют также препараты, снижающие тонус гладкой мускулатуры: но-шпа (0,005 г. 2 раза в сутки), метацин (0,0001 г 1 раз в сутки) с обязательным включением витаминов группы В.

Упорный характер рвоты или срыгиваний и отсутствие эффекта от консервативной терапии заставляют думать об органическом поражении пищевода.

Ребенок, страдающий упорной рвотой (срыгиваниями), должен быть осмотрен неврологом и хирургом.

Дерматиты

Пеленочный дерматит (опрелость)

- строгое выполнение санитарно-гигиенического режима;
- использование одноразовых подгузников с повышенной поглощающей способностью и доступом воздуха с частой их сменой (каждые 2–3 часа);
- избегать перегревания и не одевать слишком тепло;
- использование “открытого метода” (воздушные ванны – лечение воздухом) несколько раз в день;
- ванны с дубящими растительными компонентами (дубовая кора, ромашка, липовый цвет);
- правильная одежда ребенка;
- при обширной потнице – УФ0.
- при выраженной гиперемии используются две прописи цинксодержащих болтушек:

Rp.: Talci veneti
Zinci oxydati aa 20,0
Glycerini 10,0

Ag. Plumbi 50,0

M.D.S. Наружное

#

Rp.: Zinci oxydati 15,0
Ol. Borici 1,0
Ol. Helianthi 35,0

M.D.S. Наружное.

- Возможно также использование таких мазей, как “Деситин”, “Драполен”;
- при мокнутие назначают прохладные влажные примочки с боровской жидкостью, 0,5%-ным раствором резорцина, 0,25%-ным раствором азотнокислого серебра;
 - при присоединении грибкового компонента используются противогрибковые препараты в виде мазей (нистатиновая и левориновая мазь), кремов (Батрафен, Кандид, Канестен, Клотримазол, Микоспорин) и присыпок (пудр) – Батрафен;
 - при появлении эрозий применяют мази (гели): Солкосерил, Ируксол, Альгипор.

При пеленочном дерматите и остаточных явлениях пиодермии в воду для ванн добавляют маточный раствор марганцово-кислого калия до получения розового цвета.

Грибковый дерматит

- см. раздел: “Пеленочный дерматит”;
- биопрепараты парентерально и в виде аппликаций на места поражений.

Себорейный дерматит

- грудное вскармливание;
- исключение трофаллергенов из питания матери;
- при искусственном вскармливании индивидуальный подбор смеси;
- местно: паста Унне, мази – нафталановая, дерматоловая, нафталано-дерматоловая, с фракцией АСД 3, с цинком и т.д.;
- при мокнутие – см. раздел: “Пеленочный дерматит”;
- биопрепараты и ферменты парентерально.

Атопический дерматит – см. раздел: “Себорейный дерматит”.

Непереносимость белка коровьего молока. Лечение состоит в полном исключении из рациона коровьего молока. Ребенка переводят на смеси, на основе сои. У части детей заболевание приводит к развитию непереносимости многих других белков, так что их приходится “выкармливать” белковыми гидролизатами (“Алиментум”, “Нутрамиген”, “Прегестимил”, “Пепти-Юниор”, ХиПП ГА, Хумана 1ГА и др.).

Гнойно-воспалительные заболевания

Омфалит, простая форма

– строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима. Гигиенические ванны следует делать ежедневно с отварами коры дуба или череды с добавлением раствора марганцовки;

– регулярные обработки пупка. Перед обработкой пупка со дна пупочной ямки удаляется корочка, так как под ней может быть воспаление или гной. Удаление корочки производят после предварительного ее отмачивания раствором перекиси водорода (2%-ным раствором марганцово-кислого калия или 0,02%-ным раствором фурациллина) и последующей дополнительной обработкой этим же раствором еще раз. Далее пупок обрабатывается одним из растворов: 5%-ным марганцовокислого калия, фукарцином, 10–15%-ным спиртовым раствором прополиса, 70%-ным спиртом, 1%-ным спиртовым раствором хлорфилипта, 1–2%-ным спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

Хороший терапевтический эффект оказывает местное ультрафиолетовое облучение.

Тромбофлебит пупочных сосудов, протекающий без токсикоза и признаков бактериальной инфекции, лечат местно с помощью гепариновой мази и мази с антибиотиками, мази чередуют каждые 2 часа.

Антибиотики при указанных формах назначаются только при угрозе прогрессирования болезни и в случаях отказа родителей от госпитализации.

Биопрепараты используются с целью профилактики дисбактериоза. Они назначаются двукратно в разовой дозе от 2,5 до 5 доз.

Фунгус пупка. После предварительной обработки фунгуса 3%-ным раствором перекиси водорода его прижигают ляписной палочкой.

Везикулопустулез

– строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима. Гигиенические ванны следует делать ежедневно с отварами коры дуба или череды с добавлением раствора марганцовки;

– смазывание элементов везикулопустулеза 3–4 раза в день одним из препаратов: фукарцином, 5%-ным раствором марганцовокислого калия, 10–15%-ным спиртовым раствором прополиса, 1–2%-ным раствором бриллиантовой зелени.

Пемфигус, легкая форма: см. раздел: “Лечение везикулопустулеза”.

Конъюнктивит. Лечение конъюнктивита у новорожденного требует систематических и многократных промываний и закапываний в глаза различных антисептиков. Перед каждой обработкой глаз следует провести массаж области слезного мешка – от точки на нижнем веке у внутреннего угла глаза вначале делают пальцем несколько круговых движений, а затем этим же пальцем делается поглаживающее движение в направлении сверху вниз. И так несколько раз.

Сначала промывают глаза с помощью ватного шарика (отдельно для каждого глаза), смоченного 0,02%-ным раствором фурациллина или 1%-ным раствором марганцово-кислого калия. Затем производят чередующиеся друг за другом закапывания в глаза 20%-ного раствора сульфацила натрия, 0,25 %-ного раствора левомицетина и 3%-ного раствора колларгола (1%-ного раствора протаргола).

Баланопостит

– теплые ванночки с отваром череды, ромашки или со слабым раствором марганцовки;

– местное смазывание крайней плоти антисептическими мазями.

Стоматиты

Молочница. Налет на слизистой полости рта нельзя снимать. Его только смазывают (путем промокания) различными средствами: 2–4%-ным раствором натрия гидрокарбоната, 2%-ным раствором анилиновых красок (метилловый фиолетовый, генциановый фиолетовый, метиленовый синий), 20%-ным раствором буры в глицерине, раствором нистатина в молоке или воде (500.000 ЕД/мл). Обработку производят каждые 2–3 часа, чередуя эти средства.

Содовым раствором нужно обрабатывать перед кормлением соски молочных желез, а при искусственном вскармливании – соски (рожки), пустышки, ложечку.

В упорных случаях заболевания следует применять противокандидозные средства комплексно внутрь и местно, в комбинации (Леворин, Нистатин, Пимафуцин и др.). Внутрь назначаются биопрепараты.

В тех случаях, когда налет во рту вызывает боль, кормить ребенка надо сцеженным грудным молоком. Для уменьшения боли можно использовать препарат "Вибуркол" в виде свечей.

Герпетический стоматит. Лечение герпетического стоматита заключается в снятии болевого синдрома и снижении риска распространения инфекции.

Вначале рот обрабатывается 3%-ным раствором перекиси водорода или 0,02%-ным раствором фурациллина (1 таблетка фурациллина на 200 мл кипяченой воды), затем раствором марганцовки темно-розового цвета. Далее для дезинфекции слизистой и снятия боли обработку производят мундизал-гелем или гексоралом-спреем. Можно использовать такую болтушку: полстакана теплой воды и белок куриного яйца, 2 мл 0,5%-ного новокаина или в равных количествах: персиковое масло, вода и анестезин. Для обработки подойдут: масляный раствор витамина А, масло облепихи, шиповника, мед (если на него нет аллергии), жженый сахар.

Травматический стоматит. Устранение причин травматизации слизистой оболочки (использование специальной накладки при тугих сосках груди матери, ложки с пластмассовым покрытием, замена соски на короткую из твердой резины, которая не вытягивается при сосании и не достигает эрозированной поверхности). Обработка полости рта раствором слабых антисептиков (0,02%-ный раствор фурациллина, 0,1%-ный раствор хлорамина, 0,5–1%-ный раствор перекиси водорода) с последующим применением кератопластических мазей и смесей для аппликации, стимулирующих заживление (персиковое и облепиховое масло, солкосерил дентал-паста и др.).

Энергичное протирание рта и применение прижигающих веществ недопустимо. Следует учитывать, что афты Бернара заживают очень медленно, в течение нескольких недель и даже месяцев. Помимо антисептической обработки декубитальной язвы, целесообразно назначить аппликации смесей, стимулирующих заживление, по следующей прописи:

Rp.: Retinoli acetatis 250 000 ED

Thiamini chloridi 1,0

El. Olivarum 100,0

M.D.S. Наружное. Для аппликации на слизистую оболочку полости рта.

Десквамативный глоссит лечения не требует. Необходимо разъяснить родителям безобидность такого состояния. Лишь при болях назначают смазывание 10%-ной взвесью анестезина в масле или глицерине.

Эстрогенная желтуха. Возникает у детей, находящихся на грудном вскармливании. Может прогрессивно увеличиваться при вполне удовлетворительном состоянии и аппетите.

В этом случае показано:

- замена материнского молока смесями на 3–4 дня;
- назначение фенобарбитала и желчегонных препаратов с последующим переходом на грудное вскармливание.

Уменьшение желтухи после отмены грудного молока у таких детей может быть и диагностическим тестом, а также поможет уточнить причину гипербилирубинемии в тех случаях, когда отсутствуют данные, указывающие на усиленный гемолиз.

Синдром сгущения желчи. Внутрь: 25%-ный раствор сернокислой магнезии по 1–2 мл, кукурузные рыльца, комплекс поливитаминов группы В, тепло на область печени и желчного пузыря и др.

Острый ринит предусматривает использование сосудосуживающих препаратов, грудного молока, отваров и настоев лекарственных трав, раствора соды и др. средств. Туалет носа можно проводить с помощью ватных фитилей, смоченных растительным маслом, или специальных баллончиков для носа.

Гипервозбудимость. Дети с синдромом гипервозбудимости должны быть рано проконсультированы неврологом. Они нуждаются в назначении легких седативных препаратов (валериана, пустырник) в виде настоев или отваров. Возможно применение различных прописей с цитралем. В качестве примера:

Rp.: Sol. Citrali 1% 1,0
 Magnesii sulfurici 3,0
 Natrii bromati 1,5
 Tincturae Vallerianae 3,0
 Tincturae Leonoris 3,5
 Acidi ascorbinici 2<0
 Sol. Glucosae 20% 200,0

M.D.S. По 1 чайной ложке 3–4 раза в день.

#

Rp.: Sol. Citrali 1% 1,5
 Magnesii sulfurici 5,0
 Natrii bromati 2,0
 Phenobarbitali 0,05
 Sol. Glucosae 5% 200,0

M.D.S. По 1 чайной ложке 2 раза в день

Дети с повышенной возбудимостью и мышечным гипертонусом требуют бережного и нежного отношения. Во избежание увеличения гипертонуса необходимо исключить возможность испуга.

Для нормализации тонической ситуации детям с нерезко выраженным гипертонусом используется релаксирующее положение ребенка лежа на боку (рис. 21).

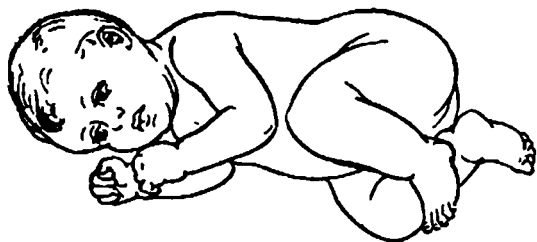


Рис. 21. Релаксирующее положение ребенка лежа на боку

При выраженном опистотонусе вначале не рекомендуется класть ребенка на живот, потому что при этом не включаются физиологические механизмы поднятия головы, а само поднятие происходит за счет опистотонуса. В связи с этим релаксирующее положение ребенку не следует придавать вплоть до полного ис-

чезновения у него опистотонуса, так же, как не следует приступать к развитию механизмов, поднимающих голову, в положении на животе. Стимулируют симметричные повороты головы в стороны. Если повышенная возбудимость и опистотонус сохраняются, начинают проводить целенаправленную реабилитацию.

Гипотония. У детей с пониженным тонусом принципы стимуляции двигательной активности те же, что и у здорового ребенка. При длительной гипотонии необходимо проводить целенаправленную реабилитацию.

При проведении первичного патронажа, наряду с краткосрочными рекомендациями и назначениями, необходимо в зависимости от группы здоровья, группы риска дать индивидуальную развернутую долгосрочную программу (на год) по принципам профилактики основных групп риска.

Принципы первичной профилактики основных групп риска

Доказано, что заболеваемость и смертность значительно выше среди детей, имеющих факторы риска при рождении. Реализация этих факторов на первом году жизни приводит к возникновению ряда заболеваний, создающих дополнительные неблагоприятные факторы, которые могут существенно отразиться на состоянии здоровья ребенка в течение его дальнейшей жизни.

Раннее прогнозирование состояния здоровья новорожденного продиктовано необходимостью сохранения и укрепления его с помощью разработки и неукоснительного выполнения целенаправленных дифференцированных профилактических программ с учетом ожидаемой патологии.

Большое значение для определения прогноза (группа риска) имеют качество и полнота исходной информации о ребенке. Поэтому от того, насколько полно и информативно были собраны анамнезы, насколько профессионально и качественно было проведено исследование ребенка и дана правильная интерпретация полученных результатов, зависит не только прогноз, но и вероятность его реализации.

В ориентировочную программу первичной профилактики должны быть включены:

- частота и сроки осмотров педиатром;
- частота и сроки осмотров врачами-специалистами (указать специальность);
- сроки проведения лабораторно-диагностических исследований и их характер;
- лечебно-оздоровительные мероприятия;
- особенности санитарно-гигиенического режима;
- особенности питания кормящей матери;
- особенности вскармливания и питания ребенка;
- физическое воспитание – массаж, гимнастика, характер закаливающих мероприятий и сроки начала их проведения;
- календарь профилактических прививок;
- при необходимости проведения медикаментозной профилактики назначаются препараты в соответствии с группой риска и указывается суточная доза, длительность курса и т.д.

Профилактика аллергии

I. 1. Рациональное вскармливание.

При естественном вскармливании – полное исключение из питания матери трофаллергенов.

При смешанном или искусственном вскармливании:

– **Адаптированные пресные молочные смеси с низким содержанием белка** (менее 1,5 г на 100 мл готовой смеси):

- “Нутрилон” (Нутриция, Голландия);
- “Фрисолак” (Фрисленд Н്യютришн, Голландия);
- “ХиПП 1” (ХиПП, Австрия);
- “Хумана 1” (Хумана, Германия) и др.

Адаптированные кисломолочные смеси:

- “АГУ-1” (Россия);
- “Бифидолакт (Россия);
- “Биолакт” (Россия);
- “Балбобек” (Россия);
- “Лактофидус” (Данон, Франция);
- “Нан” (Нестле, Швейцария) и др.

При реакции ребенка на адаптированные кисломолочные смеси назначают смеси, не содержащие глютена, лактозы, галактозы, сахарозы и фруктозы и изготовленные на основе **изолята соевого белка**:

- “Алсоя” (Нестле, Швейцария);
- “Бона-Соя” (Кюмос, Финляндия);
- “Вайсоя” (Вайт Лабораториз, Великобритания);
- “Нутрилак-Соя” (ОАО Компания Нутритекс, Россия);
- “Нутри-Соя” (Нутриция, Голландия);
- “Симилак-Изомил” (Эббот Лабораториз, США);
- “СМА Нурсой” (Вайт Ледерле, США);
- “Соя-Семп” (Семпер, Швеция);
- “Туттели-Соя” (Валио, Финляндия);
- “Фрисосой” (Фрисленд, Голландия);
- “Хайнц соевая смесь” (Хайнц, США);
- “Хумана-СЛ” (Хумана, Германия);
- “Энфамил-Соя” (Мид Джонсон, США);
- “Эльдасой” (Коберко Изоко, Голландия) и др.

При реакции на смеси на основе соевого белка назначают смеси на основе гидролизатов с низкой степенью гидролиза белка (гипоантигенные – ГА):

- “Гуд Старт” (Нестле, Швейцария/США);
- “Натива ГА” (Нестле, Швейцария);
- “Фрисопен 1” (Фрисленд, Голландия);
- “ХиПП 1 ГА” (ХиПП, Австрия);
- “Хумана 1 ГА” (Хумана, Германия) и др.

При реакции на смеси на основе гидролизатов с низкой степенью гидролиза белка назначаются так называемые **элементные и полуэлементные диеты** – смеси с высокой степенью гидролиза белка:

- “Алиментум” (Эббот Лабораториз, США);

- “Альфаре” (Нестле, Швейцария);
- “Нутрамиген” (Мид Джонсон, США);
- “Прегестимил” (Мид Джонсон, США);
- “Пепти-Юниор (Нутриция, Голландия) и др.

I. 2. Полное исключение из питания ребенка трофаллергенов.

I. 3. Поздняя коррекция питания и введение первого овощного прикорма.

I. 4. Раздельное и постепенное введение овощей.

I. 5. Использование в питании безглютеновых круп (кукуруза, гречка, рисовая).

II. Соблюдение санитарно-гигиенического режима:

- регулярное проветривание помещения;
- в комнате, где находится ребенок, не должно быть комнатных растений в горшках, так как в них создаются условия для размножения плесневых грибов, являющихся сильным аллергеном, а также открытых стеллажей книг, животных, рыб, цветущих растений, ковров и паласов, лишней мебели тяжелых портьер и прочих предметов, собирающих пыль;

- если экологические условия неблагоприятны, то можно порекомендовать для очистки воздуха воспользоваться специальным воздухоочистителем без ионизации воздуха;

- при уборке комнаты обычным пылесосом ребенок должен находиться вне ее (рекомендуется использовать влажный пылесос);

- не использовать матрасы из пуха, пера или поролона, так как в них заводится домашний клещ, являющийся сильным бытовым аллергеном;

- постельное белье должно быть подвергнуто антиаллергенной обработке;

- если ребенок спит в комнате с родителями, у которых перьевые подушки, то следует их заменить на ватные или специальные безаллергенные подушки;

- не рекомендуется содержание в доме животных, птиц, рыб;

- стирку белья производить специальными детскими стиральными порошками или хозяйственным мылом с тщательным последующим полосканием;

- исключить воздушный контакт ребенка с органическими веществами;

- избегать скопления влаги в туалете, ванной и в других местах, так как она способствует росту плесневых грибов.

III. Диспансеризация в декретированные сроки (не менее 1 раз в месяц).

IV. Прививки в декретированные сроки.

V. Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание).

VI. Профилактика рахита, дисбиоза, заболеваемости респираторными инфекциями.

Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний

I. Рациональное вскармливание.

II. Строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима и туалета новорожденного.

III. Диспансеризация в декретированные сроки (патронажи: в первые 10 дней нахождения дома – ежедневно, далее – 1 раз в неделю; диспансерные осмотры – не реже 1 раза в месяц).

IV. Прививки в декретированные сроки.

V. Профилактика рахита, дисбиоза, железодефицитной анемии, частой заболеваемости.

VI. Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание).

Профилактика рахита

I. Неспецифическая профилактика:

- рациональное вскармливание (при естественном вскармливании назначаются препараты кальция и витамины);
- диспансеризация в декретированные сроки (не менее 1 раз в месяц);
- прививки в декретированные сроки;
- световоздушные ванны;
- максимальная двигательная активность;
- цитратные смеси;
- физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание);
- профилактика дисбиоза, железодефицитной анемии, гипотрофии, частой заболеваемости;
- комплексы поливитаминов и др.

II. Специфическая профилактика:

- витамин Д. Детям из группы риска витамин Д назначается с 1 месяца жизни в суточной дозе 400–500 МЕ, а из группы высокого риска – в дозе от 1000 до 2000 МЕ. Длительность назначения витамина Д – в течение всего года, за исключением месяцев с повышенной инсоляцией;
- УФО.

Профилактика частой заболеваемости

I. Рациональное вскармливание.

II. Соблюдение санитарно-гигиенического режима.

III. Диспансеризация в декретированные сроки (не менее 1 раз в месяц).

IV. Прививки в декретированные сроки.

V. Профилактика рахита, гипотрофии, железодефицитной анемии, дисбиоза и гнойно-воспалительных заболеваний.

VI. Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание).

Профилактика железодефицитной анемии

I. Рациональное вскармливание (ранняя коррекция питания и раннее введение прикорма и мяса). При искусственном вскармливании использование смесей, содержащих повышенное количество железа.

В первое полугодие:

- “Лери-1” (1,0 мг) (Конфранлейт, Франция);
- “Малыш” (1,05 мг) (Нутритек, Россия);
- “Милазан” (1,0 мг) (Миттельэльбе, Германия);
- “Нутрикер СпешиаЛ” (1,0 мг) (Мааборот, Израиль);
- “Симилак с железом” (1,2 мг) (Абботт Лабораториз, Дания);
- “СМА” (1,2 мг) (Вайт Ньютришинэлс Инк, США);
- Фрисомел” (1,1 мг) (Фризленд, Ньютришн);
- “Энфамил с железом” (1,2 мг) (Мид Джонсон, Голландия/США) и др.

Во второе полугодие:

- “Галлия” (1,4 мг) (Данон, Франция);
- “Нутрилон-2” (1,3 мг) (Нутриция, Голландия);
- “Хайнц для детей с 6 месяцев” (1,3 мг) (Хайнц, Чехия/США);
- “ХиПП-2” (1,0 мг) (ХиПП, Австрия);
- “Энфамил-2” (1,2 мг) (Мид Джонсон) и др.

При введении прикорма можно использовать сухие молочные и безмолочные инстантные не требующие варки и требующие варки каши, содержащие железо:

- “Симилак” (Абботт Лабораториз, Испания/США);
- “Пилти” (Ван ден Берг Фудс, Финляндия);
- “Май Бой” (Мой малыш) (Коберко Изоко, Голландия);
- Молочные (безмолочные) каши “Матушка” (Россия);
- “Фрисокрем” (Фризленд Ньютришн, Голландия);
- “Хайнц/Георгиевск” (Россия/США);
- “Хумана” (Хумана, Германия)“
- “Малышка” (Россия);
- “Самсон” (Ремедиа, Израиль);
- “Данон” (Данон, Франция);
- “Гербер” (Гербер Продактс, США);
- “Бич Нат” (Бич Нат Нутришн Корпорейшн, США) и др.

Другим продуктом, содержащим железо и использующимся в питании на первом году жизни, являются различные сорта печенья:

- “Малышок” (Испания/США);
- “Бом БИ А.Д.” (Югославия);
- “Плазма” (Россия);
- “Конфи” (Россия) и др.

Наряду со смесями, содержащими железо, важное место в организации питания на первом году жизни занимают различные продукты питания промышленного производства, в состав которых введены не только железо, но и вещества, повышающие абсорбцию железа в кишечнике (витамин С). К таким продуктам относятся:

1. Фруктовые и фруктово-овощные соки:
 - “Железосодержащий сок из фруктов” (Нестле, Германия/Швейцария);
 - “Сок из вишни, черной смородины и яблок” (Фруктал, Словения);
 - “Сок из красных плодов” (ХиПП, Австрия);
2. Плодово-овощные пюре:
 - “Яблоки и вишня”;
 - “Абрикос с грушей и яблоком”;
 - “Чернослив с грушей”;
 - “Овощная смесь” (Бит Нат Нутришн Корпорейшн, США);
 - “Деревенские овощи” (Хайнц, Великобритания/США) и др.
3. Фруктово-злаковые каши:
 - “Чернослив с бананом, ананасом и рисовой кашей”;
 - “Яблоко с овсяной мукой”;
 - “Яблоко со смешанными злаками” и др.
4. Мясо, рыба и их комбинации с овощными и фруктовыми добавками.

II. Соблюдение санитарно-гигиенического режима.

III. Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание).

IV. Диспансеризация в декретированные сроки (не менее 1 раз в месяц).

V. Анализ крови, начиная с 1 месяца, делается ежеквартально, а при необходимости – еще чаще.

VI. Прививки в декретированные сроки.

VII. Профилактика рахита, гипотрофии, частой заболеваемости, дисбиоза и гнойно-воспалительных заболеваний.

VIII. Медикаментозная профилактика железосодержащими препаратами проводится детям из группы высокого риска с 1–3 месяца жизни по показаниям ферритана сыворотки в суточной дозе 4 мг/кг в течение всего первого года.

Профилактика дисбиоза

I. Рациональное вскармливание. При искусственном вскармливании использование биологически активные добавки (БАД) и смесей, содержащих бифидобактерии.

II. Соблюдение санитарно-гигиенического режима.

III. Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание).

IV. Диспансеризация в декретированные сроки (не менее 1 раз в месяц).

V. Прививки в декретированные сроки.

VI. Профилактика железодефицитной анемии, рахита, гипотрофии, гнойно-воспалительных заболеваний, аллергии, частой заболеваемости и кишечных инфекций.

VII. При необходимости использования антибиотиков назначать их в сочетании с поливитаминными препаратами.

VIII. Группе высокого риска назначать два раза в год (весной и осенью), профилактические дозы пробиотиков (по 2,5–5 доз 2 раза в день) и поливитаминные препараты в течение 3–4 недель.

Профилактика гипотрофии

I. Рациональное вскармливание. Регулярный контроль за разовым и суточным объемом. Строгое соблюдение правил прикладывания ребенка к груди и правил кормления. Профилактика гипогалактии.

При искусственном вскармливании – использование адаптированных смесей.

При **лактазной недостаточности** (недостаточность дисахаридаз) из питания исключаются: женское молоко, смеси на коровьем молоке, обычный пищевой сахар, хлеб и печенье. Показаны смеси:

1. На основе соевого белка без сахарозы (пресные смеси):
 - “Алсоя” (Нестле, Швейцария);
 - “Бона-Соя” (Кюмос, Финляндия);
 - “Вайсоя” (Вайт Лабораториз, Великобритания);
 - “Симилак-Изомил” (Нутритекс/Россия);
 - “СМА Нурсой” (Вайт Ледерле, США);
 - “Соя-Семп” (Семпер, Швейцария);
 - “Туттели-Соя” (Валио, Финляндия);
 - “Фрисосой” (Фрисленд, Голландия);
 - “Хайнц соевая смесь” (Хайнц, США);
 - “Хумана СЛ” (Хумана, Германия);
 - “Энфамил-Соя” (Мид Джонсон, США);
 - “Эльдасой” (Коберко Изоко, Голландия) и др.
2. На основе гидролизатов белка с высокой степенью гидролиза:
 - “Алиментум” (Эббот Лабораториз, США);
 - “Альфаре” (Нестле, Швейцария);
 - “Нутрамиген” (Мид Джонсон, США);
 - “Прегестимил” (Мид Джонсон, США);
 - “Пепти-Юниор (Нутриция, Голландия) и др.
3. Низколактозные:
 - “Нутримилк низколактозный” (Россия);
 - “Нутрилон низколактозный” (Нутриция, Голландия);
 - “Хумана ЛП” (Хумана, Германия);
 - “Хумана ЛП+СЦТ” (Хумана, Германия) и др.
4. Безлактозные:
 - “Ал-110” (Нестле, Швейцария);
 - “Бебелак-ФЛ” (Лайемпф, Голландия);
 - “Эльдолак-Ф” (Коберко Изоко, Голландия);
 - “Портаген” (Мид Джонсон, США) и др.

5. Кисломолочные смеси.

При **муковисцидозе** назначают высокобелковую диету с низким содержанием жира, а также продукты с измененным жировым составом на основе молочного белка. Этим требованиям отвечают смеси:

- “Алиментум” (Эббот Лабораториз, США);
- “Альфаре” (Нестле, Швейцария);
- “Нутрамиген” (Мид Джонсон, США);
- “Пепти-Юниор” (Нутриция, Голландия);
- “Портаген” (Мид Джонсон, США);
- “Прегестимил” (Мид Джонсон, США);
- “Хумана СЦТ” (Хумана, Германия) и др.

Потребность в жирах при использовании этих смесей покрывается за счет растительных масел (кукурузного, подсолнечного), богатых ненасыщенными жирными кислотами.

При **целиакии** (глютеновая энтеропатия, кишечный инфантилизм) используются смеси на основе гидролизатов белка с высокой степенью гидролиза и смеси на основе изолята соевого белка (см. “Лактазную недостаточность”).

При включении в рацион питания каш назначаются безглютеновые каши, т.е. каши с использованием только риса, гречки, кукурузы, сои:

– каши безглютеновые безмолочные фирм “Бич Нат” (США) – рисовая, рисовая с яблоками, рисовая с бананами; “Гербер” (США) – кукурузная, рисовая; “Хайнц” (США) – гречневая, гречневая с яблоком, рисовая с яблоком и др.

– каши безглютеновые соевые фирм: “Данон” (Франция) – банановая, овощная кукурузная; “Нестле” (Швейцария) – детская соевая каша с рисом; “Хумана” (Германия) – Хумана СЛ специальная каша и др.

II. Соблюдение санитарно-гигиенического режима.

III. Строгий контроль за антропометрическими показателями (особенно следить за динамикой веса!).

IV. Ранняя диагностика наследственных и врожденных заболеваний и их лечение.

V. Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание).

VI. Диспансеризация в декретированные сроки (не менее 1 раз в месяц).

VII. Прививки в декретированные сроки.

VIII. Профилактика дисбиоза, железодефицитной анемии, рахита, гнойно-воспалительных заболеваний, аллергии, частой заболеваемости и кишечных инфекций.

Профилактика поражений центральной нервной системы

Профилактические мероприятия у этой группы детей должны разрабатываться совместно с невропатологом.

I. Рациональное вскармливание.

II. Соблюдение санитарно-гигиенического режима.**III. Физическое воспитание** (массаж, гимнастика, закаливание).

IV. Диспансеризация. Сроки диспансерных осмотров невропатолога и педиатра зависят от характера поражения ЦНС, но не реже 1 раза в месяц.

V. Прививки. Показания и противопоказания, сроки и характер прививок определяет невропатолог.

VI. При склонности к судорожному синдрому при повышении температуры по показаниям следует проводить **противосудорожную терапию.**

Закончив оформление первого патронажа, участковый педиатр с учетом диагноза, группы здоровья, группы риска и индивидуальных особенностей ребенка должен в популярной и доходчивой форме рассказать матери о состоянии здоровья ее ребенка. При этом необходимо учитывать возраст матери и ее психику, характер семьи и взаимоотношения в ней, культурный уровень родителей и т.д. Следует помнить, что при разговоре с раздражительными нужно быть предупредительным, с грубыми – выдержанным, хладнокровным, с обидчивыми – особо тактичным, с уставшими – терпеливым, с застенчивыми – благожелательным и т.д. Конечно, это только схема, но иногда она может быть весьма полезной. В случае неприятной информации следует предвидеть возможную неадекватную реакцию на нее. Это заставляет вести беседу таким образом, чтобы не допустить появления у родителей разочарования в собственном ребенке. Врач должен успокоить родителей и вселить в них уверенность в успехе лечения и достижении выздоровления. В беседе недопустимо выражать собственные эмоции: удивление, страх, страдание или, наоборот, бурную радость и оптимизм. Следует избегать слов “дефект”, “порок”, “отклонение”, “риск” и медицинских терминов, которые могут просто напугать родителей.

Любое заболевание ребенка, и тем более – возникшее остро, среди полного здоровья, вызывает крайнее беспокойство родителей, особенно если врач настаивает на госпитализации. Реакция родителей может быть естественной – огорчение, беспокойство, а также неадекватной – протест, возмущение. То и другое бывает обусловлено чувством страха и беспокойства за ребенка. При подобной реакции родителей врач обязан сохранять спокойствие, уверенность; терпеливо разъяснять сущность болезни, необходимость и целесообразность госпитализации для проведения лечебных, а там, где это необходимо, и диагностических мероприятий.

Врач должен рассказать о состоянии здоровья ребенка не только в данный момент, но и о его перспективах развития (факторах риска). Такой подход поможет создать основу для сотрудничества с членами семьи, особенно в случаях необходимости проведения профилактических или лечебных мероприятий, и избежать самолечения, различных предрассудков и суеверия. Кроме

того, это делается, чтобы родители стали активными помощниками и участниками лечебно-профилактического процесса, так как от них зависит качество выполнения всех рекомендаций и назначений, направленных на укрепление здоровья их ребенка.

Предметный указатель

А

Абсцесс:	
– мозга	32
– подкожной клетчатки	82
Аз	49, 159, 168
Акроцефалия	44
Асимметрия:	
– движений	см. Парезы и параличи
– костей черепа и лица	47
Акроцианоз	31, 64–66, 111, 135
Акушерский:	
– паралич	см. Паралич акушерский
– парез руки	см. Рука – парез акушерский
Аллергические состояния	108
Аллергия	17, 170, 172
Аллергия к коровьему молоку	137
Аллопеция врожденная	86
Альбинизм частичный (парциальный)	79
Анатомические нарушения строения неба	см. Небо – анатомические нарушения
Ангиомы	55
Анемия:	
– гемолитическая	73
– железодефицитная	170
– норма – гиперхромная	72
Анемические пятна	см. Невус анемический
Анизокория	50
Анизоцитоз эритроцитов	см. Эритроцитов анизоцитоз
Аномалии развития:	
– двенадцатиперстной кишки	125
– ногтей	см. Онихогетеропия
Анорексия	76, 84, 129, 133, 142
Анонихия врожденная	86
Анотия	54
Антимонголидный разрез глаз	см. Глаза – антимонголидный разрез
Апгар шкала	15
Аллазия клитора	153
Апноэ	28, 32, 41, 66, 96, 109
Аппендицит	27, 126, 131
Аппетит:	
– нормальный	116
– снижение	70
– отсутствует	см. Анорексия
Аритмии	100, 109, 110
Ас	53, 158, 168
Асфиксия	74, 160, 171
Ателектаз	66

Ателия	94
Атопический дерматит	см. Дерматит – атопический
Атрезия:	
– желчевыводящих путей	76
– влагалища	153
– двенадцатиперстной кишки	125, 128
Аутоиммунные гемолитические анемии	см. Анемии гемолитические аутоиммунные
Аутосомно-доминантный тип наследования	17, 62, 74, 86
Аутосомно-рецессивный тип наследования	17, 74
Афония	28
Афты Бернара	148, 211
Ахроматический невус	см. Невус ахроматический
Аэрофагия	40, 123

Б

Баланопостит	57, 210
Беспокойство двигательное	16, 22, 37, 103, 110
Биливердин	70
Билирубин:	
– глюкуронид	67, 75
– не прямой	67, 68
– прямой	67, 70
– свободный	68, 76
– связанный	68, 69, 76
Билирубиновая энцефалопатия	36
Билирубиновый обмен	74
Билирубинурия	69, 77
Бледность	15, 31, 63, 135, 136
Бляшки	147
Болезнь:	
– Вольмана	75, 127, 146
– Гирке	37
– Дауна	125, 132
– Литтла (детский церебральный паралич)	90, 163
– Минковского-Шоффара	73
– мультифакторная	18
– Ниманна-Пика	75, 146
– наследственные	17, 19, 24, 33, 37, 39, 70, 75
– обмена веществ	33, 37, 70
– органов дыхания острые	22, 48, 99
– печени	67, 79
– Помпе	37
– почеч	149, 151, 152
– Рандо-Ослера	см. Телеангиоэктазии
– Реклинхаузена	78
– сердечно-сосудистой системы	100, 105
– Фалло	105, 113, 114
Боли в животе	122, 129, 131

Брадикардия	109, 113, 114, 136
Брадиллоз	31
Брахизофагус	124

В

Вдавления в височной или теменной областях	44
Вегетоневроз	22
Вегетососудистые реакции	25
"Ведьино молоко"	95
Везикула	80
Везикулостулес	80, 81, 210
Верхушечный сердечный толчок выраженный	100
Вздрагивание резкое	158
Вилочковая железа	30, 97
Витилиго	79
Выбухание большого родничка	см. Родничок большой – выбухание

Выделения:

– из влагалища	см. Криз гормональный
– из носа	96

Внешний вид	24, 49, 98, 127
-------------------	-----------------

Внутриутробная

– гипотрофия	171, 190
– инфекции	см. Инфекции внутриутробные
– повреждения	35
– родовая травма	см. Травма внутричерепная родовая
Внутричерепное кровоизлияние	см. Кровоизлияние внутричерепное

Водянка:

– головного мозга	32
– оболочек яичка	см. Гидроцеле
– семенного канатика	79, 156

Возбуждение	24, 96, 136
-------------------	-------------

Волосы:

– избыточное оволосение	см. Гипертрихоз
– отсутствие	см. Аллопеция
– перекрученные	см. Трихокинез
– сухость	75
– узловатая локмостью	см. Трихоптилоз
"Вольная пасть"	90, 105, 108, 129, 147, 188

Воспаление:

– околоногтевого валика	
с гнойным отделяемым	см. Паронихий
– пупка	см. Омфалит

Воспитание физическое

Врожденный:

– гепатит	76
– гидронефроз	146
– гипотиреоз	84
– диафрагмальная грыжа	см. Грыжа диафрагмальная
– нефротический синдром	85
– расщепление позвоночника	см. Spina difida

– стеноз пищевода	124
– заболевания	см. Заболевания врожденные
– пороки сердца	105, 106, 115, 170
– развития легких	см. Легкие – врожденные пороки
– расщелина верхней губы	53
Вскармливание	173, 174, 183, 188
Вялые параличи	39
Вялость	40, 76, 134, 136, 142

Г

Гемангиома кавернозная	62
Гематома:	
– ретроперитонеальная	73
– субдуральная	46, 47
Гематурия	151
Гемоглобинозы	73
Гемоглобинопатии	73
Гемолитические анемии	см. Анемии гемолитические
Гемолитическая болезнь новорожденных	
Геморрагический:	
– диатез	см. Диатез геморрагический
– синдром	см. Синдром геморрагический
Гепатит паренхиматозный	70
Гепатоспленомегалия	33, 76
Гидроцеле	79
Гидроцефалия	39, 44, 126, 128
Гипербилирубинемия транзиторная Ариаса-Люцера	74
Гипервозбудимость	37, 212
Гиперемия мошонки	см. Мошонка – гиперемия
Гиперестезия кожи	см. Кожа – гиперестезия
Гиперпигментация в виде тонкой полоски по средней линии живота	см. Linea fusca
Гиперпигментные пятна:	
– на губах	см. Губы – гиперпигментные пятна
– на коже	см. Кожа – гиперпигментация диффузная
Гипертелоризм	26, 51
Гипертрихоз	86, 88
Гипертрофия сердца	см. Сердца гипертрофия
Гипоальдостеронизм	150
Гипогалактия	132, 184
Гиподинамия (синдром гиповозбудимости)	36, 172
Гипопигментация диффузная	79
Гипоплазия нижней челюсти	см. Микрогенгия
Гипоспадия	156
Гипотиреоз	19
Гипотония диффузная	39
Гипотрофия:	
– внутриутробная	14, 190
– постнатальная	170, 172
Глаза:	
– антимонголюидный разрез	26, 51

Дисплазия и врожденный вывих тазобедренного сустава	91
Диспластический статус	см. Статус диспластический
Дистония	40
Диурез:	
– нормальный	135, 150
– увеличение	см. Полиурия
– уменьшение	см. Олигурия
Диффузная гиперпигментация кожи	см. Кожа – гиперпигментация диффузная
Диффузная гипотония	см. Гипотония диффузная
Дыхание:	
– Биота	32
– "загнанного зверя"	32
– нарушения ритма	96
– нормативы	28
– участие вспомогательной мускулатуры	29
– учащение	29
– с "храпом"	29
– Чейн-Стоксовское	32
Дыхательная недостаточность	31, 66
Дыхательная пауза	см. Апноэ
Дыхательные нарушения	33
Долгохосигма	125, 131

Ж

Жажда	130
Железодефицитная анемия	см. Анемия желездефицитная
Желтуха:	
– лекарственная	74
– механическая	71
– надпочечная	72
– от материнского молока	74
– паренхиматозные	71
– печеночная	73
– подпочечная	76
– при гипотиреозе	74
– серовато-зеленая	76
– склер	см. Склеры желтушность
– физиологическая	73
– холестатическая	75
– эстрогенная	74
Желчные:	
– кислоты	69, 76
– пигменты	76
Желчный пузырь	121
Желчь	68, 69
Жемчужины Эпштейна	118
Живот:	
– асимметричное увеличение	143
– втянутый	144

– гиперестезия кожи	144
– ладьевидный	144
– лягушачий	144
– урчание	122
– "шум плеска"	122

З

Заболевания:	
– вирусные	109
– врожденные	17, 25
– гнойно-воспалительные	22,50,80,89, 140, 170,209
– гормональные	134
– легких	29
– наследственные	25
– органов дыхания	23, 29
– почек	14, 22, 149
– сердечно-сосудистой системы	29, 32, 109
– хирургические	126, 131, 157
– центральной нервной системы	32
Закаливание	173, 202
Западение большого родничка	см. Родничок большой – западение
Здоровый новорожденный ребенок	см. Ребенок новорожденный здоровый
Зазубрины мочек ушей	см. Уши – зазубрины
Западение ягодицы	см. Ягодицы – западение
Запор	123, 131
Запоры:	
– атонический	138
– спастический	138
– функциональный	206
Заячья губа	53, 90, 108, 188
Звук "треснувшего горшка"	47
Зев	117, 118
Зрачок – расширение неодинаковое	см. Мидриаз

И

Изменение:	
– перкуторного звука головы	см. Звук "треснувшего горшка"
– цвета мочи	см. Моча – изменение цвета
Изменения в височной или теменной областях	44
Изыязвления	147
Икота	128
Индекс отягощенности	19
Инспираторная одышка	см. Одышка инспираторная
Инфекция:	
– внутриутробная	143, 146
– гнойная	80
– мочевыводящих путей	152
– ротавирусная	140

К

- Кал:
- окраска 71
 - пигменты 76
- Каловый запах рвотных масс см. Рвота с каловым запахом
- Кардиты неревматические 108
- Кашель:
- влажный 34
 - лающий 34
 - сухой (непродуктивный) 34
- Кефалогематома 43
- Кивания головой в такт дыхания см. Голова – кивания
- Кишечник:
- непроходимость 27
- Кишечные инфекции см. Инфекции кишечные
- Клитор:
- гипертрофия 153
 - нормальный 153
 - пороки развития 153
- Ключицы:
- крепитация 85, 93
 - частичная или полная аплазия 94
- Когтеобразные ногти см. Онихогрифоз
- Кожа:
- бледность 15, 31, 64
 - вторичные элементы 59, 60
 - гемангиомы 26, 49, 55, 56, 63
 - геморрагический синдром 79
 - гиперпигментация диффузная 77
 - гиперестезия 144
 - гнойно-воспалительные заболевания 80
 - зеленовато-желтый цвет 71
 - краснота диффузная 60
 - кровоизлияния 43, 47, 55, 73
 - лимонно-желтый цвет 71
 - лимфангиомы 55, 56, 62, 85, 89
 - мраморность 64
 - морщинистая 84
 - оранжево-желтый цвет 71
 - отеки 84
 - первичные элементы 59, 61
 - пигментные anomalies 77
 - пятнистые покраснения 61
 - сухость 75
 - шелушение 75
 - эластичность снижение 83
- Койлонихия 87
- Колобома 26, 52
- Кольцевидная поджелудочная железа см. Поджелудочная железа кольцевидная
- Комочки Биша 116
- Комплекс оживления 36
- Конечности:
- бедренные складки
 - несимметричность см. Дисплазия и врожденный вывих тазобедренного сустава
 - врожденные и приобретенные anomalies
 - нижних конечностей 90
 - дефекты развития см. Эктометрия
 - кисть – пороки развития 89
 - культи см. Перомелия
 - ограничение отведения
 - бедер см. Дисплазия и врожденный вывих тазобедренного сустава
 - образования различные см. Пигментные anomalies кожи
 - отсутствие см. Дисмелия
 - пальцы – пороки развития 89
 - патологические 90
 - увеличение объема 89
 - уменьшение размеров см. Микромелия
 - укорочение одной из нижних конечностей см. Дисплазия и врожденный вывих тазобедренного сустава
- Конъюнктивит гнойный 82
- Коронарная недостаточность 28
- Короткий пищевод (грудной желудок) см. Брахиэзофагус
- Косоглазие см. Страбизм
- Косолапость 90
- Кости:
- черепа 45
 - уменьшение плотности 45
- Крайняя плоть см. Плоть крайняя
- Краниостеноз 46, 88
- Красные пятна на затылке с расплывчатыми границами, не возвышающиеся над поверхностью, исчезающие при надавливании см. Телеангиоэктазии
- Крестец – пятна 78, 88
- Криз гормональный 84, 95, 121, 153, 155
- Крик:
- болезненный 27
 - больного ребенка 27
 - внезапный 27
 - здорового ребенка 26
 - "кошки" 54
 - монотонный 27
 - пронзительный 27
 - раздражительный ("мозговой крик") 27
 - слабый 15, 27
 - тихий 27
 - с усилением двигательной активности см. Комплекс оживления
 - яростный 27

Крипторхизм 26, 79, 155, 157
 Критерии оценки состояния здоровья 7, 168
 Кровоизлияние:
 – под апоневроз головы см. Кефалогематома
 – внутричерепное 22
 – в мозг 128, 161
 – петехиальное 55
 – субарахноидальное 27, 35, 47
 Кровотечения 55, 63, 143, 169, 171
 Культура конечности см. Перомелия
 Купания 155, 173, 197
 Куриная грудь 94

Л

Ладьеобразные вдавления
 в ногтях см. Койлонихия
 Лактазная недостаточность 137, 139, 172, 207
 Лактостаз 173, 182, 184
 Ларингит острый 30, 31, 33, 35
 Лейкоцитурия 150, 152
 Лейциноз 37
 Лекарственная желтуха см. Желтуха лекарственная
 Ленивые сосуды см. Сосуды ленивые
 Легкие:
 – врожденные пороки 66
 – отек 31
 Лимонно-желтая
 окраска склер см. Склеры – лимонно-
 желтая окраска
 Лимонно-желтый цвет кожи см. Кожа – лимонно-
 желтый цвет
 Лимфангиомы 55, 56, 62, 85, 89
 Лимфатические узлы средостения увеличенные 184
 Linea fusca 119
 Лицо:
 – асимметрия мимической мускулатуры 47
 – беспокойное выражение ("испуганный" взгляд) 47
 – гиперемия зигзагообразная
 с припухлостью и инфильтрацией см. Рожа
 – гипомимичное (маскообразное) 47
 – изменения 48
 – "клоуна" 52
 – кровоизлияния точечные см. Асфиксия
 или родовая травма
 – кушингоидное 52
 – линейно расположенные ссадины 47
 – образования 47
 – папулы точечные перламутрово-
 белого цвета см. Milia
 – парез лицевого нерва 161
 – патологический тип строения см. Дизморфия
 распространенная
 – покраснение 61, 63, 148
 – рожистое воспаление см. Рожа

М

– пятна синеватого цвета
 округлой или овальной формы,
 слегка возвышающиеся над
 поверхностью кожи см. Невус голубой
 – пятнышки мелкие коричневого
 или черного цвета см. Невус зосте-
 риформный, везикулезный
 – пятнышки синевато-серого цвета
 в зонах иннервации 1-й и 2-й ветвей
 тройничного нерва см. Невус Ота
 – цианоз 31, 33
 Ломкость волос см. Трихоптилоз
 Макроглоссия 26, 148
 Макро-микроцитоз эритроцитов см. Эритроцитов
 макро-микроцитоз
 Макростомия 53
 Макротия 54
 Макроцефалия 44
 Маленькое глазное
 яблоко см. Микрофтальмия
 Мальабсорбция 137, 151, 152
 Мальдигестия 137
 Мальротация кишечника 125
 Мастит гнойный 95
 Мегалопенис 156
 Менингизм 25, 54
 Менингит гнойный 35
 Менингоэнцефалиты 41
 Метеоризм 27, 30, 102, 120, 135, 143, 204
 Механическая желтуха см. Желтуха механическая
 Мидриаз 50
 Микрогения 26, 48
 Микроглоссия 148
 Микрогнатия 26, 48, 147
 Микромелия 89
 Микростомия 26, 53
 Микротия 54
 Микрофтальмия 50, 51
 Микроцефалия 48
 Микседема 85
 Milia 47, 55
 Миндалины 117, 118
 Миокардит врожденный 105, 108
 Мишеневидные эритроциты см. Эритроциты
 мишеневидные
 Мышечная гипотония 38
 Мозг – опухоль 32
 Молочница 147, 148, 210
 Молочные железы:
 – беловатый секрет см. "Ведьино молоко"
 – врожденные изменения 94
 – гнойно-воспалительный процесс ... см. Мастит гнойный

- избыточное количество сосков см. Полителия
- отсутствие одного или обоих сосков см. Ателия
- симметричное нагрубание
(увеличение) молочных желез
без признаков воспаления см. Физиологическая
мастопатия
- Монголоидизм 51
- Монгольские пятна см. Пятна монгольские
- Монохизм 156
- Морфологические изменения
эритроцитов см. Эритроциты –
морфологические изменения
- Морфофункциональная незрелость 80, 141, 171
- Моча:
– изменение запаха 66, 151
- изменение цвета 66, 151
- мутная 151
- темная 70
- Мочеиспускательный канал 150, 152, 154, 156, 198
- Мочекислый инфаркт 14
- Мошонка:
– гиперемия 157
- отек 155
- пигментация 155
- увеличение 154
- Муковисцидоз 17, 71, 172
- Мультикистозная почка см. Почка
мультикистозная
- Мультифакторные болезни см. Болезни
мультифакторные
- Мягкое небо см. Небо мягкое

Н

- Нарушения:
– внутриутробного окостенения 45
- мозгового кровообращения 15, 126, 171
- ритма дыхания см. Дыхание –нарушение ритма
- сна 37, 111
- характера и частоты стула ... см. Стул – нарушения
характера и частоты
- Наследственная патология 137
- Наследственные:
– болезни обмена см. Болезни обмена
наследственные
- гемолитические анемии см. Анемии
гемолитические наследственные
- заболевания см. Болезни наследственные
- Наследственность 62, 115
- Невус:
– амнический 64
- ахроматический 79
- голубой 48, 78
- зостериформный, веснушчатый 48, 78
- Ота 48, 78

- Небо:
– анатомические нарушения 147
- мягкое 117, 118, 147
- твердое 117, 118
- Недоношенный ребенок см. Ребенок недоношенный
- Недоношенность 14, 91, 171, 190
- Недостаточность кардии см. Халазия кардии
- Незавершенный поворот
кишечника см. Мальротация кишечника
- Незрелый ребенок см. Ребенок незрелый
- Нейротоксикоз 111
- Нейрофиброматоз см. Болезнь Реклингаузена
- Некротическая флегмона см. Флегмона некротическая
- Необычная поза см. Поза необычная
- Неодинаковая расширенность зрачков см. Мидриаз
- Непереносимости белков
коровьего молока см. Аллергия к
коровьему молоку
- Непрямой билирубин см. Билирубин непрямой
- Неравенство диаметров зрачков см. Анизокория
- Несовершенный остеогенез 45
- Нефробластома см. Опухоль Вильямса
- Нистагм 50, 161, 167
- Ножное предлежание 66
- Ноздри:
– расщепление 56
- смещение вперед 56
- Нос:
– глубокий корень 56
- деформация 55
- клювовидный 55
- крылья – раздувание и напряжение 96
- маленький 56
- низкий корень 56
- расщепление ("нос дога") 56
- седловидный нос 55
- Носовой оттенок голоса см. Голос носовой оттенок

О

- Обезвоживание организма см. Эксикоз
- Обесцвеченный стул см. Стул ахоличный
- Обменные заболевания 129
- Обтурация желчевыводящих путей 70
- Образования:
– на конечностях см. Конечности образования
- перед ушными раковинами
на ножке см. Папиллома
- Общие заболевания см. Болезни общие
- Ограничение движений руки см. Рука –
ограничение движений
- Одышка:
– гематогенная 30
- инспираторная 30
- легочная 29

- нервная 29
 - особые виды 30
 - сердечная 29
 - смешанная 30
 - экспираторная 30
 - Олигоанурия 135, 136, 150
 - Олигурия 135, 150
 - Омфалит:
 - некротический 140
 - простой 140, 209
 - флегмонозный 140
 - Онихогетеропия 87
 - Онихогрифоз 87
 - Опистотонус 36
 - Опрелости 56, 61, 63, 171
 - Опухоль:
 - Вильямса 146
 - мозга см. Мозг – опухоль
 - печени см. Печень – опухоль
 - родовая 43
 - Оранжево-желтый цвет кожи см. Кожа оранжево-желтого цвета
 - Орбиты флегмона 51
 - Органы дыхания:
 - ателектаз 66, 99
 - болезни 22, 48, 99
 - бронхит 100
 - бронхообструктивный синдром см. Синдром бронхообструктивный
 - кашель 22, 33, 34, 99, 112
 - коробочный (тимпанический) 97, 99
 - перкуторный звук 30, 31, 33, 100
 - ларингит 29, 30, 31, 33, 99, 100
 - одышка 29, 30, 31, 33, 99, 100
 - отек легких см. Легких отек
 - синдром дыхательных расстройств 96, 99
 - синдром локальных (очаговых) физикальных изменений в легких 99
 - хрипы влажные 100
 - хрипы сухие 99
 - Особые виды одышки см. Одышка – особые виды
 - Острые заболевания органов дыхания см. Болезни органов дыхания
 - Острый ларингит (ложный круп) см. Ларингит острый
 - Отек:
 - кожи 84
 - легких см. Легких отек
 - мошонки см. Мошонка – отек
 - ограниченный (местный) 84
 - подкожной клетчатки 84
 - половых губ 84
 - распространенный 84
 - тканей 88
 - Отит 82, 126, 136
 - Отравления лекарственные 33
 - Остеомиелит 51, 89, 142
 - Отсутствие:
 - волос см. Аллопеция врожденная
 - конечности см. Дисмелия
 - наружного слухового прохода см. Слуховой проход наружный – отсутствие
 - ногтей см. Анонихия врожденная
 - в рвотных массах желчи см. Рвота без желчи
 - яичек (яичка) в мошонке 155
- ## II
- Пальмура (*virga palmata*) 156
 - Панариций 83, 88, 89
 - Папиллома 54
 - Паралич:
 - акушерский 35
 - вялый 39
 - Дюшенна-Эрба 65
 - Керера 65
 - и парез 65
 - спастический 35
 - Параплегия 39
 - Парапроктит 83
 - Парезы:
 - лицевого нерва см. Лицо – парез лицевого нерва
 - нижнелицевой мускулатуры 52
 - и параличи 37
 - периферические 35
 - руки 39, 161, 162
 - черепных нервов 39
 - Парентеральный энтерит см. Энтерит парентеральный
 - Паренхиматозные:
 - гепатиты см. Гепатиты паренхиматозные
 - желтухи см. Желтухи паренхиматозные
 - Паронихий 83, 88, 89
 - Паротит 43, 149
 - Патологические:
 - движения см. Синдром повышенной возбудимости см. Судороги
 - конечности см. Конечности – патологические
 - образования на ягодицах см. Ягодицы – патологические образования
 - Паховая грыжа см. Грыжа паховая
 - Паховая область – припухлость 79
 - Пахово-мошоночная грыжа см. Грыжа пахово-мошоночная
 - Пемфигус 81, 210
 - Первичные иммуно-дефициты см. Синдром Ди Георге
 - Перекорм 123, 128, 131
 - Перекрут яичка см. Яичка перекрут

- Перекрученные волосы см. Трихокинез
 Пеленочный дерматит см. Дерматит пеленочный
 Переносица широкая 56, 128
 Переношенный ребенок см. Ребенок переносенный
 Переохлаждение 64
 Перинатальная энцефалопатия (ПЭП) см. Энцефалопатия перинатальная
 Перинатальные поражения 47
 Перистальтика кишечника 16, 119, 122, 147
 Перитонит 126, 141, 143
 Периферические отеки см. Отеки периферические
 Перомелия 89
 Pes calcaneus 91
 Pes equinus 90
 Pes excavatus 91
 Pes valgus 90
 Pes varus 90
 Печеночно-клеточные желтухи см. Желтухи печеночно-клеточные
 Печень:
 – болезни 71
 – опухоль 146
 Пигментация мошонки см. Мошонка пигментация
 Пигментные:
 – аномалии кожи см. Кожа пигментные аномалии
 – невусы см. Невусы пигментные
 – гепатоз см. Гепатоз пигментный
 Пиелонефрит 126, 136, 152
 Пилороспазм 124, 126, 127, 133, 144
 Пилоростеноз 76, 124, 127, 144, 133, 150
 Пиодермии 80, 81, 209
 Плагиоцефалия 44
 Пластинчатое расщепление ногтей см. Онихошизис
 Плач 22, 66, 114, 158, 164
 Плеврит 30, 34
 Плоть крайняя 154
 Пневмония 66, 82, 104, 106, 107, 110, 111
 Пневмопатия 169
 Пневмоторакс 30, 31, 34, 66
 Повышенная:
 – ломкость ногтевых пластинок см. Онихорексис
 – рефлекторная возбудимость см. Рефлекторная возбудимость повышенная
 Повреждения:
 – спинного мозга 42, 64–66, 160
 – центральной нервной системы 16, 41
 Подбородка тремор 27, 41, 167
 Поджелудочная железа кольцевидная 125
 Поднадкостничное кровоизлияние в теменной или затылочной области см. Кефалогематома
 Поза:
 – с выпрямленными и с перекрещивающимися ногами, а стопы находятся в варусной позиции с резким тыльным сгибанием см. Спастический паралич (синдром миелодисплазии)
 – здорового новорожденного ребенка см. Ребенок новорожденный здоровый
 – “легавой собаки” 35
 – “лягушки” 35
 – необычная 35
 – с опущенной рукой и внутренним поворотом кисти см. Акушерский паралич
 – “фехтовальщика” 35
 – флексорная (сгибательная) 37
 Покраснение лица см. Лицо – покраснение
 Полипноз 29
 Полителия 95
 Полиурия 150
 Полихроматофилия эритроцитов см. Эритроцитов полихроматофилия
 Положение:
 – тела и поза 35
 – “свободного подвешивания” 38
 Понос см. Синдром диарейный
 Поперечная расщелина шеи см. Щека – поперечная расщелина
 Поперхивания во время кормления 40
 Пороки развития:
 – верхних конечностей 89
 – желудочно-кишечного тракта 124
 – кисти 90
 – кишечника 124
 – клитора см. Клитор – пороки развития
 – легких 66
 – мочеиспускательного канала см. Гипо- и эпизпадия
 – нижних конечностей см. Конечности нижние
 – пальцев 89
 – пищевода 124
 – позвоночника 58
 – сердца и сосудов 17
 – стоп 90, 124
 – центральной нервной системы 17
 Постнатальная гипотрофия см. Гипотрофия постнатальная
 Потница 61, 81, 171
 Потовые железы – абсцесс 81
 Потоотделение усиленное 109
 Почечная глюкозурия 150
 Почечный диабет:
 – несахарный см. Диабет почечный несахарный

– солевой (псевдогипоальдостеронизм)	см. Диабет почечный солевой
Почечные заболевания	см. Болезни почек
Почка мультикистозная	146
Почки – увеличение	146
Придатки аурикулярные	54
Прикосновение к ребенку	
сопровождается криком,	
вздрагиванием, миоклоническими подергиваниями	
и хаотическими движениями	
конечностями	см. Рефлекторная возбудимость повышенная
Примеси в рвотных массах:	
– желчи	см. Рвота с желчью
– крови	см. Рвота с примесью крови
Приобретенные гемолитические анемии	см. Анемии гемолитические приобретенные
Припухлость в паховой области	см. Паховая область – припухлость
Приступы одышно-цианотические	31, 106
Проба на тракцию	38
Пробанд	19
Прогерия	83
Прогнатизм	48, 129
Прогулки	
Проходящее повышение мышечного тонуса то в сгибателях, то в разгибателях	см. Дистония
Прямой билирубин	см. Билирубин прямой
Псевдогермафродитизм	153
Псевдогипоальдостеронизм	85, 150
Псевдофурункулез Фингера	см. Потовые железы-абсцесс
Птеригиум	58
Птоз	50, 52
Пузырек с серозным экссудатом	см. Везикула
Пузырчатка:	
– новорожденных эпидемическая	см. Пемфигус
– сифилитическая	см. Сифилис
Пульсация:	
– бедренных артерий	113
– выраженная в области верхушки сердца	93
– вне сердечной области	101
– дуги аорты	57, 94, 108
– патологическая	113
– эпигастральной области	см. Эпигастральная область – пульсация
Пупок:	
– амниотический	140
– дефекты	140
– кожный	140
– кровотечения	143
– свищи	83

– сосуды	121
– фунгус	83
Пупочная ранка	119, 120, 141, 197, 199
Пупочное кольцо	121, 145, 169
Пупочные сосуды	121
Пустула	80
Пятна:	
– гиперпигментации рассеянные	78
– гипопигментации рассеянные	78
– губ	см. Губы пятна
– крестца	см. Крестец – пятна
– локализованные	26
– монгольские	78, 80, 88
– подгузниках (пеленках)	151
– слизистых	53
– ягодиц	см. Ягодицы – пятна

Р

Развитие физическое	см. Физическое развитие
Раздувание:	
– и напряжение крыльев носа	см. Нос крылья – раздувание и напряжение
– щек	см. Щеки – раздувание
Рассеянные пятна:	
– гиперпигментации	см. Пятна гиперпигментации рассеянные
– гипопигментированные	см. Пятна гипопигментации рассеянные
Расхождение:	
– прямых мышц живота	см. Живот – расхождение прямых мышц
– швов головы	см. Голова – расхождение швов
Расщепление верхней стенки уретры	см. Эписпадия
Рахит	172, 216, 217
Рвота:	
– без желчи	127
– с каловым запахом	127
– с кислым запахом	127
– не свернувшимся молоком (не створженным) ...	127
– свернувшимся молоком (створженным)	127
Реакции:	
– по методу Ван ден Берга	68
– судорожные	25
– энцефалитические	25
Ребенок:	
– дефект развития	188
– недоношенный	179
– незрелый	60, 65, 145, 169
– новорожденный здоровый	116, 177
– переносный	59, 169, 171
– “сучит ногами”	27, 145
Режим санитарно-гигиенический	9, 17, 173, 195, 204
Резкое вздрагивание	см. Вздрагивание резкое
Рекомендации краткосрочные	11, 213

- Ретикуло-глистиоцитарная система 67
 Ретикулоцитоз 72
 Ретрогнатия физиологическая младенческая 118
 Ретроперитонеальная гематома см. Гематома ретроперитонеальная
 Рефлекторная возбудимость – повышенная 37
 Рефлексы безусловные:
 – автоматической ходьбы 163
 – асимметрия 160
 – Бабинского 162
 – Бабкина 159, 161
 – Бауэра 163
 – Галанта 160, 163
 – выпрямления 163
 – запаздывает 160–165
 – исчезновение 160–165
 – Куссмауля 161
 – Моро 94, 159, 162
 – новорожденных 38
 – опоры 163
 – ослабевает 160–165
 – отсутствует 160–165
 – Пейпера 159
 – Переса 164
 – поисковый см. Куссмауля
 – Робинсона 160, 162
 – сосательный 34, 66, 117, 160
 – судорожный 16, 40, 222
 – угнетение 159
 – усиление 164
 – хоботковый 164
 Ринит 30, 32, 66, 129
 Риска факторы 166, 168, 214
 Родничок большой:
 – нормальные размеры 46
 – большой – западение 46
 – большой – выбухание 46
 – малый нормальные размеры 46
 Роднички:
 – задние боковые 15
 – передние боковые 15
 Родовая опухоль см. Опухоль родовая
 Родовые повреждения 35
 Рожа 48, 82, 63, 81
 Росто-весовые показатели 12
 Рот:
 – асимметрия носогубных складок см. Парез нижнелицевой мускулатуры
 – чрезмерно широкое отверстие ротовой щели см. Макростомия
 – чрезмерно узкое отверстие ротовой щели см. Микростомия
 – пенистое отделяемое в углах см. Синдром Кравеца
 Ротавирусная инфекции см. Инфекция ротавирусная
 Ротовая полость 117
 Рука:
 – ограничение движений 94
 – парез акушерский 39, 161, 162
 – тремор 41, 167
 Руки и ноги выпрямлены с внутренним поворотом рук и раскрытыми бедрами см. Поза "лягушки"
- С**
- Сальмонеллез 139
 Санитарно-гигиенический режим см. Режим санитарно-гигиенический
 Светобоязнь 79
 Свищи 32, 34, 51, 54, 55, 83, 141
 Свободный билирубин см. Билирубин свободный
 Связанный билирубин см. Билирубин связанный
 Сглаженность надключичной ямки 94
 Себорейный дерматит см. Дерматит себорейный
 Секреторные диареи см. Диареи секреторные
 Селезенка 67, 97, 143
 Сепсис 22, 51, 63, 65, 79, 81, 82, 109, 111, 136, 142, 151
 Сердечная недостаточность 108, 110–113
 Сердечный горб 94
 Септические осложнения 82
 Септицемия 111
 Сердечно-сосудистая система:
 – аускультация сердца 102
 – болезнь Фалло (триада, тетрада, пентада) 105, 113, 114
 – врожденный миокардит см. Миокардит врожденный
 – врожденные пороками сердца и сосудов 105–107, 115, 170
 – дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) 107
 – дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) 107
 – заболевания сердечно-сосудистой системы 23, 29, 36, 48, 102, 105, 112, 129
 – кардиоваскулярный синдром см. Синдром кардиоваскулярный
 – коарктация аорты 106, 110, 113–115
 – "кошачье мурлыканье" 113
 – миокардит 108, 111–114
 – нарушения сердечного ритма см. Аритмии
 – неревматические кардиты см. Кардиты неревматические
 – особенности сердечных тонов у новорожденных см. Ребенок – новорожденный здоровый

– открытый артериальный (баталлов) проток (ОАП)	106	– в яремную ямку-систолю-диастолического	115
– пароксизмальная тахикардия	см. Тахикардия	Сисы	19
– пульсация верхушки	100	Симптом:	
– расстройств сердечного ритма	105	– Грефе	27, 41, 50, 167
– расширение сосудистого пучка	113	– "заходящего солнца"	50
– ритм галопа	113	– "мокрого белья"	38
– сердечная недостаточность	108, 110–113	– "мокрой тряпочки"	38
– фиброзластоз		– Никольского	61
эндомиокарда	105, 108, 111, 112–114	– "проколотого мяча"	80
– частота сердечных сокращений		– трагуса	54
менее 100 уд/мин	см. Брадикардия	– "трубача"	52
– частота сердечных сокращений		– "щелчка", техника обследования	88, 91, 93
более 160 уд/мин	см. Тахикардия	Синдромы:	
– экстрасистолия	109, 110, 113	– аглосии-адактилии	48, 148
– эмбриокардия	103	– Александра	44
Сердце – тоны изменение:		– анемический	71
– I тон на верхушке усилен	103, 114	– Асекеля	51
– I тон на верхушке ослаблен	103, 114	– Апера	44, 48, 52, 56
– I тон на верхушке расщеплен	103, 114	– Арлекина	64
– II тон на верхушке ослаблен	103, 114	– Блоха-Сульцбергера	44, 52
– II тон на а. pulmonalis усилен		– Бонневи-Ульриха	58, 90
(II межреберье слева)	114	– бронхообструктивный	30, 31, 33, 34, 100
– II тон на а. pulmonalis усилен и расщеплен	114	– Ванденбурга	48, 51, 55
– II ослаблен на а. pulmonalis	114	– Видемана-Беквита	54, 148
– II тон на аорте усилен (II межреберье справа)	114	– Вильяса-Кемпбелла	34
Сердечная тупость – границы:		– внезапной смерти	100, 110
– расширение границ влево	113	– возбуждения	41
– расширение границ влево и вверх	113	– Вольфа-Хиршхорна	44, 52, 54, 55
– расширение границ влево и вниз	113	– врожденного фиброза	52
– расширение границ в поперечном		– геморрагический	79
размере и вверх	113	– гипертонизионо-гидроцефальный	16, 110
– расширение границ в поперечном		– гипертонуса	39
размере и вправо	113	– Гиппеля-Линдау	63
– расширение границ в обе стороны	113	– гиповозбудимости (гиподинамии)	36
Сердечные шумы:		– Гольденкара	48, 52, 54
– систолический шум на верхушке	114	– Гольца	51
– систолический шум в III –IV межреберье		– Горнера	52
слева от грудины (5 точка)	114	– Грега	44, 51, 56
– систолический шум вдоль левого края грудины	114	– Дабина-Джонсона	75
– систолический шум во II - III межреберье		– Дауна	48, 51, 56, 64, 90, 125, 148
справа от грудины (аорта)	114	– двигательных расстройств	37, 40
– систолический шум во II межреберье слева		– диарейный	33, 130, 133–136
(легочная артерия)	114	– Ди Георге	48
– систолический шум на рюклятке грудины	114	– диспепсический	71, 122, 125
– диастолический шум на верхушке	114	– Казабаха-Мерритта	62
– систоло-диастолический шум		– Канавана	44
во II межреберье слева	114	– кардиоваскулярный	111
Сердце – шум проведение:		– Карпера	51
– под левую ключицу-систолю-диастолического	114	– Клайнфельтера	51
– в область печени-систолического	115	– Клиппеля-Треноне	52, 62
– в паховую область-систолю-диастолического	115	– Клиппеля-Фейля	57, 58, 88
– на спину- систолического	114	– Клода – Горнера	52
– на спину-систолю-диастолического	115	– коматозный	16
– в сосуды шей-систолю-диастолического	115	– Конради	54, 58
		– Корнелии Де Ланге	51, 52, 56

- Кравеца 52, 53
- Кригера-Наяйра 71, 74
- Крузона 44, 48, 49, 51
- Ледда 125
- Лежена 54
- Ленца 51
- Мак-Кьюна-Олбрайта 78
- Маркуса Гунна 52
- Марфана 48, 90
- Мебиуса 52
- Мейер 56
- Мейера-Швикерата 51
- Меккеля 51
- мелодисплазии 35
- мышечной гипертонии 38, 39
- мышечной гипотонии 38, 39
- Мунье-Куна 34
- нефротический врожденный 85
- Нол-Лаксовой-Повышиловой 54, 58
- Орбели 52, 54
- Пайла 44
- Патау 44, 52
- Педжета 44
- Пейтца-Егера 53, 78, 140
- повышенной возбудимости
гипервозбудимость) 37, 212
- Пфаундлера-Гурлер 90
- рвоты 126, 134
- респираторных нарушений 66
- Робертса 54
- Ротора 75
- Рубинштейна-Тейби 54, 55
- сгущения желчи 71, 73, 75, 76, 140, 212
- Секкеля 55
- Стерджа-Вебера-Краббе 62
- судорожный 16, 40
- Тернера 51, 54, 58, 83
- Тригера-Коллинза 52
- Трисомии 9 и трисомии 11g 54
- угнетения центральной нервной системы 16, 47, 165
- удущья 32
- Ульриха-Фремерей-Доны 48
- Ульриха-Фейхтигера 48, 51, 53, 56, 147
- Фанкони 90
- Франческетти 48, 51, 53, 54
- Фрейзера 54, 56
- Фримена-Шелдона 51, 56
- Халлермана-Штрайфа 54, 55, 118
- Хангарта 48
- Христ-Сименса 158
- хромосомные 24
- Цельвегера 48, 49, 56
- Шейтхауэра-Мари-Сентона 48
- Шерешевского-Тернера 58, 83, 84
- Шпренгеля 57, 58
- Эдварса 44, 51, 54, 83
- Элэкса-Данлоса 51, 83
- Эллиса-Ван Кревельда 118
- Синехии малых половых губ 153
- Сифилис 53, 81, 188
- Скафоцефалия 44
- Складки Робена-Мажито 116
- Склеры:
 - желтушность 71
 - лимонно-желтая окраска 72
- Слизистый отек см. Микседема
- Слух 147, 158, 165
- Слуховой проход наружный-отсутствие 54
- Снижение:
 - аппетита см. Анорексия
 - комплекса оживления см. Гиподинамия
(синдром гиповозбудимости)
 - эластичности кожи см. Кожа –
эластичность снижение
- Соматические заболевания см. Заболевания
соматические
- Сосания активность 98, 116, 168
- Сосуды ленивые 117
- Спастический паралич (синдром
миелодисплазии) см. Паралич спастический
- Spina bifida 39, 86, 88, 90, 105
- Спленомегалия 146
- Спонтанный нистагм см. Нистагм
- Сращение малых половых губ см. Синехии
малых половых губ
- Срыгивания 16, 21, 22, 40, 76, 116, 123, 127, 192, 207
- Статус диспластический 24
- Стеноз двенадцатиперстной кишки 125, 128, 131
- Стеркобилин 70, 72
- Стеркобилиноген 69, 70, 76
- Стигмы дисэмбриогенеза 24, 88
- Стоматит:
 - аллергический 148
 - грибовый 148
 - травматический 148
- Страбизм 50
- Стридор врожденный 30
- Стул:
 - ахоличный 70, 76, 140
 - водянистый 139
 - жирный 139
 - изменение запаха 138
 - изменение цвета 139, 140
 - кашицеобразный 139
 - кровь 139
 - нарушения характера и частоты 122
 - пенистый 139
 - слизь 138
 - темный 70
 - характеристика 138

Судороги:	
– генерализованные	41
– минимальные	40, 41
– миоклонические	41
Судорожные реакции	см. Реакции судорожные
Сухость волос	см. Волосы-сухость
Сухость кожи	см. Кожа-сухость

Т

Тазовое предлежание	154
Талассемия	73
Тахикардия	31, 109–113, 112, 135, 136
Тахипноэ	29, 109, 111, 136
Твердое небо	см. Небо твердое
Телеангиоэктазии	42, 55, 62
Температура тела:	
– измерение	203
– инфекционного происхождения	22
– нормальная	203
– повышение	22
– понижение	22
– субфебрилитет	22
Темная моча	см. Моча темная
Темный стул	см. Стул темный
Тимомегалия	172
Токсикоз	33, 95, 170
Токсическая эритема	см. Эритема токсическая
Токсоплазмоз	17, 43, 44, 50, 57, 75
Тоны сердца-изменение	см. Сердце – тоны изменение
Туалет новорожденного	199
Тонус мышечный	15, 24, 37, 58, 40, 87
Травма:	
– родовая внутричерепная	32, 36, 38, 65, 74
– спинальная	32, 38
– черепная	22
Транзиторная гипербилирубинемия	
Ариаса-Люцера	см. Гипербилирубинемия транзиторная Ариаса-Люцера
Трахит	34
Тремор:	
– подбородка	см. Подбородка тремор
– рук	см. Рук тремор
Трихокинез	87
Трихоптилоз	87
Tuberculum labialis	53
Тубулопатии	150

У

Уробилин	69, 72
Уробилиноген	69, 70, 72, 76
Увеличение:	
– выделения уробилиногена с мочой	см. Уробилинурия

– конечностей	89
– мошонки	см. Мошонка – увеличение
– печени	см. Гепатомегалия
– печени и селезенки	см. Гепатоспленомегалия
– почек	см. Почки – увеличение
– размеров головы	см. Голова – увеличение размеров
– родничков	см. Роднички – увеличение
– селезенки	см. Спленомегалия
Удушье	31, 34
Уздечка языка	см. Язык уздечка
Уменьшение:	
– плотности костей	см. Кости – уменьшение плотности
– размеров конечности	см. Микромелия
– числа дыханий	см. Брэдипноэ
Урчание в животе	см. Живот – урчание
Уробилинурия	70
Усиленное	
потоотделение	см. Потоотделение усиленное
Уши:	
– большие	см. Макротрия
– воспаление	см. Отит
– дефекты врожденные	54
– зазубрины	54
– маленькие	см. Микротрия
– низко расположенные	26, 54
– полное отсутствие	см. Анотрия
– образование у слухового прохода	см. Придатки аурикулярные
Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры	см. Дыхание – участие вспомогательной мускулатуры

Ф

Факторы риска	см. Риска факторы
Фенилкетонурия	17, 79, 127, 151, 152, 189
Феномен зыбления (флюктуации)	82
Фермент глюкурозилтрансфера	68
Фиброэластоз врожденной	30, 105
Физиологическая:	
– желтуха	см. Желтуха физиологическая
– мастопатия	95, 204
– младенческая ретрогнатия	см. Ретрогнатия физиологическая
– младенческая	младенческая
Физическое:	
– воспитание	см. Воспитание физическое
– развитие	24
Фимоз	26, 154
Флегмона:	
– грудной клетки	95
– некротическая	63, 182
– орбиты	см. Орбита флегмона

Флексорная (сгибательная) поза см. Поза флексорная
 Фунгус пупка см. Пупок – фунгус

Х

Халазия кардии 124
 Хирургические заболевания см. Заболевания хирургические
 X-сцепленный рецессивный тип наследования 17
 Холестатическая желтуха см. Желтуха холестатическая
 Холестерин 96, 75, 77
 Хондродистрофия 49, 55

Ц

Цианоз 31, 64–66
 – акроцианоз 31, 64
 – верхней конечности 65
 – дистальный 64
 – легочный (дыхательный) 66
 – носогубного треугольника 66
 – и отечность ног 66
 – периферический 64
 – приступообразный 66
 – региональный (местный) 65
 – сероватый 65
 – тотальный (общий) 65
 – транзитный 65
 – центральный (постоянный) 64

Ч

Часто болеющие 170, 172
 Челюсть:
 – верхняя – выступание вперед см. Прогнатизм
 – верхняя – гипоплазия (недоразвитие) см. Микрогнатия
 – нижняя гипоплазия см. Микрогнатия
 Череп:
 – акроцефалия (“башенный череп”) 44
 – гидроцефалия 39, 44, 126, 128
 – лакунарный 45
 – макроцефалия (мегацефалия) 44
 – микроцефалия 44, 129
 – мягкий (остеопороз лакунарный) 45
 – нормальный 43
 – патологические формы 44
 – плагиоцефалия 44
 – скафоцефалия 44
 Чешуйки серебристо-блестящие (тускло-серые) на волосистой части головы см. Гнейс
 Член половой: см. Половой член

Ш

Шкала Ангар см. Ангар шкала
 Шея:
 – анатомические изменения 57
 – врожденные дефекты 56
 – гемангиомы 56
 – кисты 56
 – клиновидная складка см. Птеригиум
 – короткая 58
 – кривошея 57
 – лимфангиомы 56
 – осмотр 56
 – покраснения см. Опрелости
 – полосы растяжения 56
 – пульсация сосудов 57
 – свищи 56
 Широкая переносица см. Переносица широкая
 “Шум плеска” в животе см. Живот – “шум плеска”

Щ

Щеки:
 – раздувание см. Пневмония
 – покраснение см. Атопический дерматит, см. Синдромы Дауна, Корнелии де Ланге
 – поперечная расщелина 52

Э

Эзофагит 128
 Эзофаготрахеальный свищ 32, 34
 Экзофтальм 50, 51
 Эксимоз 32, 46, 134, 135, 136
 Экспираторная одышка см. Одышка экспираторная
 Эксфолиативный дерматит Риттера см. Дерматит эксфолиативный Риттера
 Эктомелия 89
 Эмбриопатия алкогольная 44, 48
 Эмоциональная лабильность 37
 Энтерит парентеральный 136
 Энтероколит язвенно-некротический 143
 Энцефалит 32, 126, 128
 Энцефалитическиерекции см. Реакции энцефалитические
 Энцефалопатия:
 – перинатальная 15, 16
 – билирубиновая 36, 109, 129

Эпигастральная область:
 – пульсация 144
 Эпикантус 50, 51
 Эписпадия 153, 156
 Эритема токсическая 14, 62, 171
 Эритроциты:
 – анизоцитоз 72
 – макро-микроцитоз 72
 – мишеневидные 72
 – морфологические изменения 72
 – полихроматофилия 72
 Эстрогенная желтуха см. "Желтуха от
 материнского молока"
 Этмоидит 51

Я

Ягодицы:
 – западение 80
 – патологические образования 80
 – пятна 80

– складки-высокое расположение см. Дисплазия и
 врожденный вывих
 тазобедренного сустава
 Язвенно-некротический
 энтероколит см. Энтероколит
 язвенно-некротический
 Язык:
 – воспаления см. Глоссит
 – большой см. Макроглоссия
 – маленький см. Микроглоссия
 – пороки развития 148
 – ромбовидный 148
 – складчатый 148
 – уздечка 26, 118, 149
 Яички:
 – водянка 79
 – недоразвитие 156
 – неопущение 155
 – нормальные размеры 155
 – одно см. Монорхизм
 – перекрут 80, 123, 157
 – хирургические заболевания 157

Литература

1. Авдеева Н.Н., Мещерякова С.Ю. Вы и младенец. – М.: Педагогика, 1991.
2. Белоконь Н.А. Неспецифические миокардиты у детей (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. – М., 1979.
3. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1987. Т. 1, 2.
4. Болезни органов дыхания у детей / Под ред. проф. С.В. Рачинского, В.К. Таточенко. – М.: Медицина, 1988.
5. Болезни органов пищеварения у детей: Руководство для врачей / Под ред. проф. А.В. Мазурина. – М.: Медицина, 1984.
6. Болезни печени и желчевыводящих путей у детей (руководство для врачей) / Под ред. академика АМН СССР Н.И. Нисевич. – Л.: Медицина, 1981.
7. Воронцов И.М., Маталыгина О.А. Болезни, связанные с пищевой сенсibilизацией у детей. Ленинград. Медицина 1986.
8. Врачебный контроль за состоянием здоровья детей раннего возраста. / Под ред. проф. Р.В. Тонковой-Ямпольской. – М., 1984.
9. Демин В.Ф., Ильенко Л.И., Костенко А.Ю. и др. Мы – за грудное вскармливание (Возможности традиционных методов профилактики и лечения гипогалактии). М., 1996.
10. Диспансерное наблюдение за детьми в условиях поликлиники (Методическое пособие)/ Под ред. проф. В.А. Таболина. – М., 1974.
11. Духанов А.Я. Урология детского возраста. – Л.: Медицина, 1968.
12. Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей раннего возраста. С-Пб.: Сотис, 1994.
13. Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. – М.: Медицина, 1981.
14. Детское питание и средства ухода за детьми в России. Каталог-справочник, 1998.
15. Диспансеризация детей из группы риска в условиях поликлиники (информационное письмо для врачей, интернов и субординаторов) – Ивановский НИИ материнства и детства МЗ РСФСР. Иваново -1987.
16. Диспансеризация здорового ребенка и новорожденных группы риска на педиатрическом участке (учебное пособие): МЗ РФ. Пермский государственный медицинский институт. – Пермь: 1993.
17. Залетаева Т.А., Ершикова Ю.Е., Канюка В.К. Генеалогический анализ (основные принципы и использование в медико-генетическом консультировании). МЗ СССР. ЦОЛИУВ. – М., 1978.

18. Использование специализированных продуктов питания для профилактического и лечебного питания детей с различной патологией (Информационное письмо). – М., 1998.
19. Козлова С.И., Семанова Е., Демикова Н.С., Блинкова О.Е. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Справочник. – М., 1987.
20. Колесникова Г.П., Нечаева В.С., Иванова О.Е. Проблемы профилактики и современное здравоохранение. Всесоюзный НИИ Медицинской и медико-технической информации, МЗ СССР. М., 1986.
21. Ленюшкин А.И. Руководство по детской поликлинической хирургии. – Л.: Медицина, 1986.
22. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. – М.: Медицина, 1986.
23. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. – М.: Медицина, 1985.
24. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. – С-Пб: Фолиант, 1999.
25. Методические рекомендации акушерам, педиатрам, офтальмологам по предупреждению, раннему выявлению и организации охраны зрения у детей. – М., 1986.
26. Мидил В., Воцел Й. Практическая неонатология. – М.: Медицина, 1986.
27. Ногаллер А.М. Пищевая аллергия. – М.: Медицина, 1983.
28. Об организации профилактической работы с детьми раннего возраста на педиатрических участках в детских поликлиниках г. Москвы (Информационное письмо). – М., 1982.
29. Основы гепатологии. / Под ред. чл.-корр. Академии наук Латвийской ССР, проф. А.Ф. Блюгера. – Рига: Звайгзне, 1975.
30. Организация медицинской помощи доношенным новорожденным на педиатрическом участке. Методические рекомендации. – М., 1984.
31. Перинатальные гипоксические энцефалопатии (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. Главное управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям. – М., 1990.
32. Подымова С.Д. Болезни печени. М.: Медицина, 1993.
33. Практическая пульмонология детского возраста. Справочник. / Под ред. проф. В.К. Таточенко. – М., 2000.
34. Раннее выявление нарушений слуха у детей первых лет жизни. (Методические рекомендации). – М., 1988.
35. Руководство по лечебному питанию детей. / Под ред. проф. К.С. Ладодо. М.: Медицина, 2000.

36. Руководство по педиатрии. Болезни плода и новорожденного, врожденные нарушения обмена веществ. / Под ред. Р.Е. Бермана, В.К. Вогана; Перев. с англ. – М.: Медицина, 1987.
37. Руководство по пульмонологии детского возраста. Под ред. акад. АМН СССР Ю.Ф. Домбровской. – М.: Медицина, 1978.
38. Самсыгина Г.А., Бушлаева Г.Н., Корнюшин М.А. Кандидоз новорожденных и детей раннего возраста. Дифлюкан в лечении и профилактике кандидоза. Москва – 1996.
39. Соколова Т.С., Лусс Л.В., Рошаль Н.И. Пищевая аллергия у детей. – Л.: Медицина, 1977.
40. Сотникова К.А., Барашнев Ю.И. Дифференциальная диагностика заболеваний новорожденных. – Л.: Медицина, 1982.
41. Справочник неонатолога. / Под ред. проф. В.А. Таболина, Н.П. Шабалова. – Л.: Медицина, 1984.
42. Суворова Р.В., Микиртичан Г.Л. Медицинская этика в педиатрии. – Л., 1990.
43. Сушко Е.П., Новикова В.И., Петухова З.Е. и др. Поликлиническая педиатрия. – Минска: Высэйшая школа, 2000.
44. Таболин В.А. Билирубиновый обмен и желтухи новорожденных. – М.: Медицина, 1967.
45. Тычина В.П. Судороги у новорожденных и детей раннего возраста (Методические рекомендации). Главное управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям. – Москва, 1988.
46. Тонкова-Ямпольская Р.В., Тарнавская Г.И. Патронаж новорожденных. – М., 1985.
47. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Чердниченко Т.В. Вирусные гепатиты. – М., 1994.
48. Фридман М.О. Ортопедия. – М.: Медицина, 1954.
49. Харьковская Р.М. Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни. Гипотрофия и ее предупреждение. Московский НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ. – М., 1997.
50. Хертл М. Дифференциальная диагностика в педиатрии. – М.: Медицина, 1990. Т. 1, 2.
51. Царегородцева Л.В., Чечкова О.Б., Казюкова Т.В. Вскармливание детей первого года жизни. Пособие для врачей – педиатров и студентов педиатрических факультетов медицинских вузов. / Под ред. и при участии проф. Г.А. Самсыгиной. – М., 2001.
52. Шабалов Н.П., Ходов Д.А., Санталова Ф.П. и др. Неонатология. – М.: Медицина, 1988.
53. Шадрин С.А., Грязнова Т.П. Клиническая генетика в педиатрии (Учебно-методическое пособие). Кубанский государственный медицинский институт им. Красной Армии. – Краснодар: 1986.

54. Шамсиев С.Ш., Еренков В.А. Медицинская этика в педиатрии. – Ташкент: Медицина УзССР, 1979.
55. Эвербек Г. Дифференциальная диагностика болезней в детском возрасте: Перев. с нем. – М.: Медицина, 1980.
56. Эдельштейн Э.А. Методы обследования нервной системы новорожденных и детей первых месяцев жизни. ЦОЛИУВ. – М., 1975.
57. Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И., Кипнис С. Л. и др. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. – М.: Медицина, 1979.

Лицензия ИД № 03959 от 07.02.01. Подписано в печать 06.02.2003 года.
Формат 60×88/16. Гарнитура OfficinaSansC. Печать офсетная. Бумага офсетная № 1.
Печ. л. 15,25. Тираж 5000 экз. Заказ 1055.

Издательский дом «МЕДПРАКТИКА-М», Москва, Волоколамское ш. 4, ул. Полярная 31а, стр. 1
Тел. 158-4702, E-mail: id@medpractika.ru, <http://www.medpractika.ru>

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНТИ».
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403. Тел. 554-21-86