

## **M74 СТАНДАРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО НИДЕРЛАНДСКОГО КОЛЛЕДЖА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (NHG)**

Van Aarnhem AMS, Van Bommel MD, Crone-Kraaijeveld E, Merkx JAM, Renckens ALJM, Somford RG, Flikweert S, Pijnenborg L Huisarts Wet 2001;44(13):609-14

### **Введение**

Стандарт обследования новорожденного NHG предлагает методические рекомендации по процедуре осмотра новорожденного непосредственно после родов, которые предназначены для семейных врачей, принимающих роды. В то же время Стандарт определяет целесообразность процедуры повторного осмотра новорожденного во время патронажного визита. Это актуально для семейных врачей, которые не принимали роды. Поводом для разработки методических рекомендаций по первичному осмотру послужила существующая неопределенность в отношении того, насколько детальным должен быть осмотр, производимый непосредственно после родов. Стандарт определяет: если первичный осмотр проводится правильно, то повторная процедура осмотра во время патронажного визита не несет дополнительной ценности. Ежегодно в Голландии рождается около 200 000 детей, то есть по 26 новорожденных на одного семейного врача в год (*примечание 1*). Более чем две трети детей рождаются в больнице, остальные рождаются дома. В 1965 году это соотношение было прямо противоположным: тогда две трети всех детей рождались дома. В 4% случаев роды принимает семейный врач (*примечание 2*). Из всех семейных врачей 16% активно принимают роды (*примечание 3*). Несмотря на то, что достаточного научного подтверждения тому нет, похоже, в медицинском мире существует согласие в отношении главных составляющих процедуры первичного осмотра новорожденных непосредственно после родов, и это становится очевидным при сравнении основных профессиональных задач и учебных пособий (*примечание 4*). Нужно обратить внимание на сердечную деятельность новорожденного, дыхание, цвет кожи, мышечное напряжение и на реакцию на раздражители, а также провести общий осмотр тела. Доподлинно неизвестно, какой осмотр производит каждый врач в отдельности. Вплоть до сегодняшнего дня представление о правильном проведении повторной процедуры осмотра во время патронажного посещения основывается на комплексе функциональных обязанностей врачей общей практики, согласно Банникскому III (Bunnik-III) протоколу осмотра новорожденного от 1983 г. (*примечание 5*) и на настоящих соглашениях между специалистами, практикующими в данной области (*примечание 6*). Стандарт NHG по ведению беременности и послеродового периода устанавливает, что патронажный визит должен осуществляться с третьего по пятый день. Более поздний осмотр нецелесообразен (*примечание 7*). И научных обоснований для процедуры повторного обследования недостаточно. Описание обследования новорожденных, которое проводится, когда акушерка, акушер-гинеколог или гинеколог реагируют на вопросы, замечания или опасения родителей, выходит за рамки данного стандарта.

### **Общие сведения**

Процедура первичного осмотра новорожденного после родов.

Первичный осмотр новорожденного является очень важным по разным причинам: он дает первое представление о состоянии и жизнеспособности новорожденного и становится отправной точкой для оценки признаков, присущих заболеваниям и проблемам, которые могут проявиться позже; кроме того, он помогает впервые заподозрить врожденные отклонения (*примечание 8*). Особое внимание на этом этапе обращают на перечисленные ниже отклонения, так как их своевременное выявление считается важным.

- *Врожденные пороки сердца* (*примечание 9*). Таковые встречаются у 0,8 процента новорожденных. Последние исследования показали, что пороки сердца могут привести к

гипоксемии или к сердечной недостаточности. Наряду с другими, факторами риска являются наследственная предрасположенность и наличие сахарного диабета у матери. Большинство угрожающих жизни заболеваний сердца обнаруживают только после закрытия Боталлова протока. Существует очень мало шансов, что угрожающие жизни заболевания сердца будут обнаружены сразу же после родов, так как Боталлов проток еще не закрыт.

- Дисплазия тазобедренного сустава (*примечание 10*).

В странах, где существует хорошо налаженная система раннего обнаружения дисплазии тазобедренного сустава, вывих бедра диагностируют у 1-5 % новорожденных. В большинстве случаев естественное протекание неонатальной дислокации бедра имеет положительную динамику: у 80 - 90 процентов детей она проходит сама. Тем не менее у остальной части без лечения дисплазия будет прогрессировать, приводя в результате к вывиху бедра и зачастую к коксартрозу. Часть детей, у которых дисплазия тазобедренного сустава обнаруживается к концу первого года жизни, как правило, не имеют вывиха бедра. Факторами риска являются наследственная предрасположенность, ягодичное предлежание плода и пол (девочка). Как сообщается далее в данном Стандарте, первый осмотр тазобедренного сустава должен проводиться в возрасте 4 недели.

- Неопущение яичка (*примечание 11*).

Встречается у 6 процентов новорожденных мальчиков. В большинстве случаев яички сами опускаются в мошонку в течение короткого времени. Неопущение яичек в возрасте трех месяцев наблюдается у 1,6% мальчиков. Длительное неопущение яичек угрожает бесплодием и злокачественными заболеваниями. Факторами риска являются ягодичное предлежание и малый вес при рождении. Важно узнать, опустились ли яички во время родов полностью, когда рефлекс кремастера еще отсутствует. Это поможет предотвратить необоснованное беспокойство или операции, когда позже, при осмотрах, яички не будут находиться на месте. Самостоятельное опущение яичек после года является маловероятным.

- Врожденные патологии глаз (*примечание 12*).

Врожденная катаракта встречается у 15 из 100 000 новорожденных; врожденная глаукома – у 2 из 100 000 новорожденных. Когда эти патологии обнаруживаются вовремя, то предотвратить слепоту поможет операция, проведенная в течение нескольких дней или недель после рождения.

### **Процедура повторного осмотра во время патронажного посещения.**

В соответствии с комплексом основных функциональных обязанностей врача общей практики, от семейного врача ожидают выполнение хотя бы одного неонатального осмотра во время патронажного визита. Причем, что именно должен включать в себя этот осмотр, не уточняется. Существуют разные представления о функциях семейного врача при выполнении процедуры повторного осмотра

В 1989 году 88 процентов семейных врачей высказали мнение, что такой осмотр является обязанностью семейного врача. Повторный осмотр проводили 63 процента опрошенных врачей, 20 процентов проводили его иногда и 17 процентов – редко или никогда (*примечание 13*). Современные данные не известны. Согласно описанным в некоторых статьях исследованиям, дополнительная ценность повторения процедуры первичного осмотра не подтверждена (*примечание 14*).

### **Методические рекомендации по процедуре первичного осмотра новорожденного непосредственно после родов.**

Процедура первичного осмотра очень детально описана в учебнике по детской медицине (*примечание 15*). Помимо этого, Банникский III (Bunnik-III) протокол от 1983 года рекомендует семейным врачам проводить более детальный осмотр новорожденного во время патронажного визита. На это ссылается и Стандарт NHG по ведению беременности

и послеродового периода (*примечание 16*). Ниже приводится краткий обзор первичного осмотра новорожденного непосредственно после родов, который должен провести семейный врач, помогавший во время родов. Главная задача – тщательный осмотр новорожденного. Пальпация и аускультация имеют место только тогда, когда на то есть причина (*примечание 17*).

#### Анамнез

Собирать анамнез у матери непосредственно после родов будет нелогично. Семейный врач должен заранее выяснить:

- акушерский анамнез (предыдущие беременности);
- социальное положение семьи;
- наличие патологий у матери;
- наследственные патологии в семье (*примечание 18*);
- контакты с другими ассистентами в настоящее время;
- прием лекарств;
- употребление алкоголя, наркотиков и курение;
- течение настоящей беременности, включая перенесенные инфекции.

Рекомендуется записать эту информацию в карте беременности, копия которой должна находиться у матери дома. Последнее важно в том случае, если помощь при родах оказывает не тот человек, который наблюдал за течением беременности.

#### Осмотр тела новорожденного (*примечание 19*).

##### *Общее впечатление*

- Процедура осмотра новорожденных начинается с оценки внешнего вида в момент рождения.

##### *Жизнеспособность*

Шкала Апгар. Оценка по Апгар состоит из измерения или счета частоты сердечных сокращений (отсутствуют, <100 уд/мин, >100 уд./мин), наблюдения за дыханием (отсутствует, не частое или нерегулярное, хорошее), оценки мышечного тонуса (слабый, умеренный, хороший), наблюдения за реакцией на раздражители (отсутствует, слабое движение, плач) и оценки цвета кожных покровов (синий или бледный, тело розовое, а конечности синюшные, полностью розовый). Каждому критерию присваивается один из трех баллов: 0, 1, 2, так что максимальной оценкой будет 10. Оценка по Апгар проводится после 1-й и 5-й минуты жизни (*примечание 20*).

##### *Кожа*

- Цвет: желтушность (*примечание 21*), цианоз, бледность.
- Отечность.
- Особенности, такие как огненный невус, гемангиомы.

##### *Голова*

- Череп: кефалогематома, родовая опухоль (caput succedaneum) (*примечание 22*).
- Глаза: форма, положение, размер, наличие конъюнктивита (*примечание 23*), прозрачность зрачка, наличие светобоязни, слезотечение.
- Нос: проходимость.
- Ротовая полость: цвет, асимметрия уголков рта, патологии губы и твердого неба.
- Искажение формы ушей, как «третье ухо» (*примечание 24*).

##### *Шея*

- Особенности, такие как: свищи, кисты, кривошея.

##### *Грудная клетка*

- Дыхание: частота не больше 40 в минуту, наличие втяжений.
- Пороки сердца. Обследование непосредственно после родов может быть ограничено оценкой цвета кожных покровов, частоты сердечных сокращений и частоты дыхания, как говорилось при описании шкалы Апгар (*примечание 20*).

##### *Живот*

- Пупок (пупочный канатик): на пупке должна быть одна вена и две артерии (*примечание 25*).

- Особенности, такие как грыжи.

#### *Спина*

- Особенности, такие как выпуклости, свищи, наличие волос, монгольское пятно, ямка на копчике (*примечания 24, 26*).

#### *Конечности*

- Движения рук и ног.

- Признаки дисморфических изменений, таких как синдактилия или непрерывное сжатие ладоней (*примечание 24*).

Наружные половые органы:

- Определение пола.

У мальчика обратить внимание, опущены ли яички в мошонку, убедиться в отсутствии эпи- или гипоспадии и водянки яичка (*примечание 24*).

#### *Анус*

- Визуальный осмотр.

### Краткое неврологическое обследование

- Тонус и спонтанная двигательная активность (*примечание 27*).

### Взвешивание и измерение

- Запишите вес.

- Запишите размер лобно-затылочной части головы. Нет необходимости измерять рост новорожденного (*примечание 28*).

### Оценка

- *Жизнеспособность*. Если после пятой минуты оценка по шкале Апгар равняется 7 баллам и выше, тогда в целом ребенок выдержал роды. Более низкая оценка по шкале Апгар может свидетельствовать о перинатальной асфиксии (*примечание 29*). Если оценка по шкале Апгар не достигла 10 баллов до ухода семейного врача, необходимо искать причину. Если общее состояние новорожденного не улучшается, семейный врач обращается к педиатру.

- *Врожденные пороки сердца* (*примечание 9*).

Симптомы, обнаруженные непосредственно после родов, являются наиболее важными в диагностике врожденных пороков сердца: центральный цианоз, затрудненное дыхание и слабое периферическое кровообращение. Рано или поздно могут появиться признаки непереносимости нагрузок, такие как затруднение дыхания, когда ребенок плачет или пьет, потение и повышенная утомляемость. При проявлении одного из упомянутых симптомов семейный врач проводит обследование: аускультацию сердца, пальпацию паховой артерии и пальпацию края печени. При подозрении на врожденный порок сердца семейный врач незамедлительно обращается к педиатру или к детскому кардиологу. Отсутствие шумов в сердце не исключает порок сердца.

- *Дисплазия тазобедренного сустава* (*примечание 10*).

Ввиду отсутствия подходящих методов, нет необходимости обследовать тазобедренный сустав непосредственно после родов. Первое обследование бедра и сбор анамнеза для выявления группы риска лучше провести в возрасте около четырех недель, предпочтительно в детской клинике. Во время первичного осмотра непосредственно после родов симптом несимметричного движения ножек может послужить показанием для дальнейшего обследования бедренных суставов (отведение, разница в высоте колен) (*примечание 10*). В случае отклонений следует обратиться к (детскому) ортопеду.

- Неопущение яичка (*примечание 11*).

Семейный врач регистрирует, пальпируются ли яички, и если пальпируются, то где: (1) в мошонке, (2) не в мошонке, но есть возможность надежно переместить их туда, (3) не в мошонке, причем невозможно туда их переместить, или же отмечается (4) эктопическое расположение. Если яички полностью опустились при рождении, семейный врач может выбрать подход ожидания и наблюдения на тот случай, если в старшем возрасте яички окажутся не на месте. Втягивающееся яичко (ложный крипторхизм) в принципе лечения не требует. Если одно или оба яичка не опустились после рождения, следует продолжить наблюдение в клинике.

- Врожденная патология глаз (*примечание 12*).

В случае выраженной катаракты становится заметным помутнение в области зрачка. Врожденная глаукома выдает себя аномально большим глазом, чрезмерным слезотечением или светобоязнью. При подозрении на врожденную патологию глаз семейный врач в течение недели направляет ребенка к окулисту.

- Другие отклонения.

Поводом для направления к специалисту могут послужить и другие патологии, обнаруженные во время осмотра. В случае сомнений консультируйтесь с педиатром.

Углубленная и правильно проведенная процедура обследования новорожденного не исключает того, что некоторые отклонения останутся незамеченными. А некоторые отклонения могут проявляться с течением времени. Поэтому по-прежнему важно быть начеку, если вскоре после первичного осмотра новорожденного появятся, казалось бы, тривиальные симптомы (*примечание 30*). Родители должны понимать, что первичный осмотр, во время которого не были найдены отклонения, не является гарантией того, что ребенок здоров. Семейный врач правильно и полностью регистрирует результаты первичного осмотра. Если врач общей практики, проводивший осмотр, не является семейным врачом новорожденного, тогда семейный врач ребенка получает копию отчета. Организация того, как и когда семейные врачи получают отчеты, производится на местах.

### **Директивный осмотр новорожденного во время патронажного визита.**

Семейный врач, который не наблюдает за течением беременности и не принимает роды, может принять решение о патронажном посещении. Такой визит имеет, прежде всего, социальную функцию. Как говорилось выше, процедура осмотра новорожденного во время патронажного визита не несет дополнительной ценности (*примечание 14*). Предпочтительно, чтобы семейный врач знал о возможных особенностях течения беременности и родов до патронажного визита с целью адекватной подготовки. Во время патронажного посещения семейный врач получает представление о здоровье матери и ребенка. Он спрашивает о течении беременности и о самочувствии матери до и после родов. Он спрашивает родителей и медсестру, есть ли у них вопросы или проблемы, и если таковые имеются, то предпринимал ли кто-нибудь (например, акушерка) в отношении этого приемлемые действия. Осмотр тела новорожденного необходимо проводить только по показаниям: например, если во время процедуры первичного осмотра непосредственно после родов возникли сомнения или если родители, медсестра или акушерка заметили особенности, такие как слабый сосательный рефлекс, затруднение дыхания, сильное потение или желтуха. Для решения возникающих проблем следует обратиться к NHG Стандарту по ведению беременности и послеродового периода (*примечание 31*). Кроме того, семейный врач может обсудить вопрос о содержании и продолжительности ухода за младенцем.

Упомянутая выше директива о необязательности процедуры осмотра новорожденного во время патронажного визита зиждется на тщательном осмотре новорожденного непосредственно после родов. Региональные соглашения со всеми вовлеченными сторонами (врачи детской клиники, гинекологи, семейные врачи, педиатры, акушеры) о

содержании процедуры первичного осмотра и отчета о таковом на самом деле играют очень важную роль (*примечание 26*). NHG стандарты для врачей общей практики, 2015.

### Создание Стандарта

В 1996 году группа из пяти врачей общей практики и социальной медсестры приступила к составлению плана обследования новорожденных. Сначала группа работала над составлением плана обследования новорожденного во время патронажного визита (процедуры «повторного» осмотра). Позже выяснилось, что прежде чем формулировать указания для повторного осмотра, следует разработать указания для первичного осмотра. В 1999 году был выпущен проект стандарта для первичного и повторного осмотра.

В сентябре 2000 года состоялась конференция, на которую были приглашены около пятидесяти врачей общей практики (в том числе семейные врачи, педиатры, гинекологи) и акушерки, имевшие опыт в обследовании новорожденных. Весной 2001 года проект стандарта был отправлен для комментариев пятидесяти врачам общей практики, выбранным наугад из списка участников конференции. В то же время были получены комментарии от ряда специалистов: врача общей практики Р. Эндекерк (R. Aendekerk); доктора М.Т.Э. Бинк-Боелкенс (M.Th.E. Bink-Boelkens), детского кардиолога; доктора М.М. Бор-Боонекамп (M.M. Voere-Boonekamp), педиатра; доктора Р.Э. Юттманн (R.E. Juttman), педиатра; Й. Корс (J.Kors), акушерки; доктора А.Й. ван Лун (A.J. van Loon), гинеколога; доктора А.Л. ден Уден (A.L. den Ouden), педиатра; доктора Н. Щалий-Делфос (N.Schaliij-Delfos), окулиста; профессора, доктора Л.С. де Врис (L.S. de Vries), неонатолога; и некоторых членов группы NHG Стандарта по ведению беременности и послеродового периода, среди которых Д.О.А. Дэммерс (D.O.A. Daemers), акушерка; Б. Гронендийк-Грутендорст (B.Groenendijk-Grootendorst), врач общей практики; С. Ло Фо Вонг (S.H. Lo Fo Wong), врач общей практики; и Й.Х. Олдензил (J.H. Oldenziel), врач общей практики. Упоминание имен рецензентов не означает, что каждый специалист одобряет Стандарт во всех деталях.

В сентябре 2001 года Стандарт был прокомментирован и утвержден Лицензионным комитетом NHG.

Группе помогал и выполнил первую редакционную работу С. Фликвеерт (S. Flikweert), а в последние два года должность редактора принадлежала доктору Л. Пийнеборг (L. Rijnenborg). Оба являются старшими научными сотрудниками общей практики в отделе NHG Директивного развития и политики в области науки.

### Примечание 1

1. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 2000. Voorburg/Heerlen/Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2000.
2. Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2000. Tilburg: NIVEL Prismant OSA, 2000.

### Примечание 2

В 1998 году 29% новорожденных родились дома (в 26% случаев роды принимала акушерка; в 3% – семейный врач). В поликлинике родились 11% (10% – принимала акушерка и 0,5% – семейный врач). Таким образом, в общем 40% новорожденных родились в первой линии; 60% получили помощь от гинекологов. Четверть из них была направлена в клиники второй линии во время родов.

Offerhaus PM, Anthony S, Van der Pal-de Bruin KM, Buitendijk SE. De thuisbevalling in Nederland. Rapportage 1995-1998. Leiden: TNO, 2000.

### Примечание 3

Активную помощь при родах оказывают 16% семейных врачей (данные 1999 года). В среднем на одного врача приходилось 18,5 родов в год. Каждый десятый из принимающих роды семейных врачей принимает роды чуть реже, чем 10 раз в году.

## TABEL MAKEN!!!!

Wiegiers T, Hingstman L. Stocktaking 'Delivery active GP's'. Utrecht: NIVEL, 1999.

Дети, родившиеся при помощи семейных врачей живыми и смертность в течение первой недели жизни в 1998: число родившихся живыми детей – 199 408; число практикующих семейных врачей – 7 571; среднее число детей, родившихся живыми, на одного семейного врача – 26. Коэффициент смертности в течение первой недели – 3/1000. Среднее количество лет практики семейного врача, на которое приходится один случай смерти в течение первой недели –13.

### Примечание 4

Осмотр новорожденного непосредственно после родов выполняет лицо, которое принимает роды. С этим согласны семейные врачи, акушерки и акушеры-гинекологи (1-3). Методические рекомендации обследования новорожденного складываются на основе комплекса функциональных обязанностей представителей разных специальностей; более подробно об этом говорится в учебниках (4-7).

1. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: LHV, 1988.
2. Basistakenpakket verloskundige zorg. Utrecht: Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, 2000.
3. Basistakenpakket van de gynaecoloog. Utrecht: NVOG, 1999.
4. Raamplan Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Utrecht: NVvK, 1998.
5. Heineman MJ, Bleker OP, Evers JLH, Heintz APM. Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
6. Essed GGM, Phaff Ch, Röselaers YCM [red.] Verloskunde. Utrecht: Bunge, 1996.
7. Van den Brande JL, Heymans HSA, Monnens LAH. Kindergeneeskunde. Utrecht, Elsevier/Bunge, 1998

### Примечание 5

Банникский III (Bunnik-III) протокол был составлен в 1983 году группой Нидерландского колледжа врачей общей практики (NHG) «Родовспоможение, выполняемое семейным врачом» (1). Здесь содержится практическое руководство по осмотру новорожденного во время патронажного визита. Пояснение к изложенному появилось в 1984 году (2).

1. Gill K, De Boer-Fleischer A. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene? Huisarts Wet 1983;26:386-7.
2. De Boer-Fleischer A, Schellekens JWC. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene? II. Huisarts Wet 1984;27:91-4.

### Примечание 6

Договоры между сторонами, участвующими в проведении исследований в акушерстве были представлены в 1979 году в докладе под названием «Организация родовспоможения в Нидерландах» (1). Комплекс основных функциональных обязанностей семейного врача, касающихся родовспоможения: общий медицинский уход за новорожденным во время родов; между вторым и пятым днем после родов желательно провести, по крайней мере, один неонатальный осмотр в профилактических целях (2). Кроме того, в заключительном докладе Консультативного комитета по акушерству говорится, что семейный врач должен принять участие в осмотре новорожденного по меньшей мере один раз (3). В качестве мотивации в докладе говорится о продолжительной заботе о новорожденном.

1. Sikkel A. De verloskundige organisatie in Nederland. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979.
2. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: LHV, 1988.
3. Kloosterman GJ. Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd. Eindrapport van de Adviescommissie Verloskunde. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1987.

### *Примечание 7*

В NHG Стандарте по ведению беременности и послеродового периода отмечается (прим. 39 и 40), что данные научных исследований по оптимальной тактике патронажного визита не найдены. И директива NHG Стандарта о нанесении патронажного визита с третьего по пятый день в значительной мере базируется на сложившихся в стране обычаях.

Oldenzel JH, Flikweert S, Giesen PHJ et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraambed. In: Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996.

### *Примечание 8*

В 1968 году Уилсон и Янгнер разработали десять критериев, которым должна подчиняться программа скрининга (1). Что касается скрининга детей, то Холл прокомментировал и откорректировал предложенные критерии (2). Важным условием для проведения скрининга является наличие подходящего теста или методики обследования. На основании критериев в Англии были проведены тщательные исследования в области здоровья детей, в результате которых дети были исключены из программы скрининга (3). Вместо термина «скрининг» группа выбрала слово «ориентация», так как скрининг должен соответствовать десяти критериям Уилсона и Янгнера.

1. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organisation, 1968.

2. Hall DMB, Michel JM. Screening in infancy. Arch Dis Child 1995;72:93-6 .

3. Hall DMB, Stewart-Brown S. Screening in child health. Brit Med Bull 1998;54:929-43.

### *Примечание 9*

Врожденные пороки сердца встречаются у 0,8% выживших новорожденных (3,4 – 13,1 на 1000) (1). Большую часть врожденных пороков сердца составляют дефекты предсердной перегородки и стеноз легочной артерии (2, 3). Чаще всего пороки сердца встречаются, если были пороки сердца у ближайших родственников, если мать болеет диабетом, если мать во время беременности употребляла алкоголь или наркотики, если ребенок родился преждевременно, если новорожденный инфицирован коревой краснухой, если у ребенка есть определенные синдромы (например, синдром Дауна) (4). Естественное развитие пороков сердца протекает по-разному. Иногда имеет место спонтанная регрессия. Иногда небольшие устойчивые пороки не приводят к гемодинамическим осложнениям. Пороки, которые не идут на спад, рано или поздно приведут к гемодинамическим осложнениям. Больше всего угрожают жизни пороки сердца, связанные с протоком. Аускультация сердца непосредственно после родов кажется необходимой, но вряд ли представляет какую-то ценность сразу после рождения, потому что Боталлов проток еще не закрыт. Только после закрытия протока возникают проблемы в виде серьезной гипоксии и (в результате) сердечной недостаточности. В норме Боталлов проток закрывается в пределах двух недель. Возникает вопрос: подлежит ли новорожденный повторному осмотру после закрытия протока? Как бы там ни было, вопрос состоит в том, когда упомянутый осмотр должен иметь место и какова вероятность того, что осмотр поможет обнаружить порок, который пока не проявил себя каким-то другим образом, например, если ребенок не обретает цветущий вид в течение первой недели после родов. В перспективном исследовании с 7 204 новорожденными во время первичного объективного осмотра в первые два дня после родов, который проводили старшие семейные врачи, педиатры и акушеры-гинекологи, у 46 младенцев (0,6%) были обнаружены шумы в сердце, и оказалось, что у 25 из таковых (54%) был порок сердца (5). Эта информация может говорить в пользу аускультации новорожденных через несколько дней после родов. Более того, доподлинно неизвестно, сколько новорожденных с обнаруженными бронхиальными шумами имели клинические симптомы. Вопрос заключается в том, является ли семейный

врач, наблюдающий в среднем по 26 новорожденных в год, именно тем человеком, который должен проводить скрининг на предмет порока сердца в послеродовом периоде. Что же касается пороков сердца, то работающий на постоянной основе семейный врач находит порок сердца у 1 из 100 новорожденных, то есть раз в четыре года. Таким образом, возможность приобретения опыта в случае данного заболевания весьма ограничена. Группа придерживается мнения, что скорее всего семейный врач обнаружит порок сердца, если будет бдительным в отношении определенных симптомов, о которых сообщают после родов родители, няня или акушерка. Собирая анамнез, семейный врач спрашивает, как проходит кормление и нет ли признаков непереносимости физической нагрузки, таких как быстрая утомляемость, потение и/или одышка при усилии, вялое сосание, даже когда ребенок выглядит голодным. Во время осмотра семейный врач обращает внимание на цианоз, шумы в сердце, пульсацию бедренной артерии (отсутствует при коарктации аорты) и пальпирует печень (в норме она пальпируется не больше чем на два сантиметра из-под края реберной дуги). На основании упомянутого выше, становится ясно, что ребенок, у которого во время процедуры первичного осмотра непосредственно после родов никаких отклонений не нашли, может иметь серьезный порок сердца, который обнаруживается, как только закрывается Боталлов проток. Отсутствие шумов в сердце не исключает порок сердца.

1 Hoffmann JIE. Congenital heart disease: incidence and inheritance. *Pediatr Clin North Am* 1990;37:25-43.

2 Juttman R. Screening for congenital heart malformations in child health centres.[Proefschrift]. Rotterdam: Print Partners Ipskamp, 1999.

3. Juttman R. Een souffle: de bijdrage van het consultatiebureau aan de bestrijding van aangeboren hartafwijkingen. *Bijblijven* 1997;13:11-9.

4 Moss AJ. Clues in diagnosing congenital heart disease. *West J Med* 1992;156:435-6. 5 Ainsworth SB, Wyllie JP, Wren C. Prevalence and clinical significance of cardiac murmurs in neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999;80:F43-F45.

5 Ainsworth SB, Wyllie JP, Wren C. Prevalence and clinical significance of cardiac murmurs in neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999;80:F43-F45.

### *Примечание 10*

Общий спектр дисплазий тазобедренного сустава (ДТС) включает в себя неонатальный нестабильный (склонный к вывихам) тазобедренный сустав, который в разное время после рождения может подвергаться (под)вывихам, а также стабильный тазобедренный сустав с неглубокой вертлужной впадиной. В странах, где существует системный подход к раннему выявлению ДТС, вывихи тазобедренного сустава находят у 1-5% новорожденных (1,2). В большинстве случаев неонатальные подвывихи тазобедренного сустава имеют благоприятный исход: 80-90% восстанавливаются самостоятельно; остальные без лечения переходят в дисплазию и потенциальный вывих, причем в очень многих случаях в результате развивается коксартроз (1,2). Кроме того, у части детей признаки дисплазии обнаруживаются ближе к концу первого года жизни, тогда как непосредственно после рождения вывих тазобедренного сустава у них не проявлялся. ДТС встречается чаще у девочек, у детей, которые в последнем триместре беременности находились в тазовом предлежании, у которых в роду были случаи ДТС и заболевания коксартрозом до 45 лет, у детей с врожденной патологией стопы, кривошеей, неврологическими патологиями или с наружной ротацией ноги. Тесты Ортолани и Барлоу для выявления подвывиха и вывиха тазобедренного сустава соответственно могут выполняться только в течение первых недель после рождения, а потом стать негативными. Однако эти тесты требуют огромного опыта. Количества детей, которые рождаются во время обычной практики семейного врача, явно недостаточно, чтобы последний мог обрести этот опыт или сохранить его (2,3). Сбор анамнеза для выявления группы риска и первый осмотр тазобедренного сустава может иметь место в возрасте примерно четырех недель (преимущественно) в

клинике для младенцев. В этом возрасте на наличие ДТС могут указывать такие признаки: ограниченное отведение бедер (меньше 70 градусов), разница в отведении слева и справа (больше 10 градусов), разница в высоте колен (ноги согнуты под углом 90 градусов), асимметрия ягодичных и паховых складок. При проверке отведения ребенок лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных суставах под углом 90 градусов к поверхности; положение колен несущественно. Руками обхватываем оба колена так, чтобы большие пальцы были с внутренней стороны, и мягко разводим бедра. Указания Американской академии педиатрии предписывают проводить скрининг новорожденных с целью выявления патологий тазобедренных суставов. Между тем отмечают, что это предписание имеет некую политическую «мотивацию». «Скрининг новорожденных неразрывно связан с попечением педиатров» (4). Если все младенцы в возрасте четырех недель будут проходить скрининг с целью выявления факторов риска и подвергаться описанному выше обследованию тазобедренных суставов, то только у 30% младенцев с ДТС будет обнаружена патология до достижения ими возраста трех месяцев. Следовательно, обследование в клинике будет повторяться несколько раз. Альтернативой может стать скрининг всех младенцев при помощи ультразвука. Что же касается новорожденных, то велика вероятность передозировки. До сих пор ведутся исследования относительно эффекта ультразвукового скрининга на детей в возрасте от одного до четырех месяцев (2, 5-7).

1. Boere-Boonekamp MM. Screening for developmental dysplasia of the hip. [Thesis]. Enschede: Febo BV;1996.
2. Boere-Boonekamp MM, Kerkhoff AHM, Schuil PB, Zielhuis GA. De diagnostiek van de dysplastische heupontwikkeling. Huisarts Wet 1997;40:236-43.
3. Harcke HT. Developmental dysplasia of the hip: a spectrum of abnormality. Pediatrics 1999;103:152.
4. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Early detection of developmental dysplasia of the hip. Pediatrics 2000;105:896-905.
5. Castelein RM, Doorn PF. Echografie in de diagnostiek van dysplastische heupontwikkeling. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1804-8.
6. Marks DS, Clegg J, Al-Chalabi AN. Routine ultrasound screening for neonatal hip instability. J Bone Joint Surg 1994;76:534-8.
7. Burger BJ, Burger JD, Bos CFA, Obermann WR, Rozing, PM, VandenBroucke JP. Neonatal screening and staggered early treatment for congenital dislocation or dysplasia of the hip. Lancet 1990; 336:1549-53.

### *Примечание 11*

Примерно у 6% мальчиков при рождении яичко не опущено в мошонку (1). Неопущение яичка относительно чаще встречается у младенцев, родившихся с малым весом (2). Так как неопущение яичка сопряжено с огромным риском бесплодия и злокачественных заболеваний, то своевременное выявление этого отклонения весьма существенно. Отсутствие яичка в мошонке имеет несколько проявлений: втягивающееся яичко, неопустившееся яичко и эктопическое яичко. Втягивающееся яичко – это нормально развитое яичко, которое полностью опустилось в мошонку, но затягивается обратно при кремастерном рефлексе. Тем не менее его можно вручную вернуть в мошонку в стабильном положении, когда кремастер расслаблен. При неопустившемся яичке стабильного положения достичь просто невозможно, но яичко остановилось на нормальном пути следования. Эктопическое яичко находится вне нормального пути следования. Принимающий роды проводит первый осмотр яичек и точно заносит данные о местоположении яичка в документы: 1) в мошонке, 2) не в мошонке, но перемещается туда в стабильном положении, 3) не в мошонке и невозможно туда его переместить, 4) эктопическое. Очень важно сообщить о результатах осмотра (полностью опустилось яичко или нет) родителям ребенка. При рождении кремастерный рефлекс еще отсутствует,

поэтому опустившееся в мошонку яичко легко пальпируется; втягивающееся яичко в принципе не нуждается в операции. В Хорне провели ретроспективное исследование на предмет расположения яичек, в котором участвовали 1816 мальчиков от рождения до пубертатного возраста (3). На основании исследования выяснили, что даже в трех или более случаях яички не находились в мошонке, тогда как в медицинской карте отмечалось, что когда-то, по крайней мере, один раз, они опустились в мошонку, а в пубертатном возрасте спонтанно заняли свое место в мошонке. Благодаря введению «карточки яичек» в Валхерене, в которой записывали результаты осмотра яичек при рождении, с годами число орхиопексий значительно уменьшилось (4). Мальчики с эктопическими яичками всегда нуждаются в операции, предпочтительно до достижения ими двухлетнего возраста, согласно мнению многих хирургов. Спонтанное опускание изначально неопущенных яичек маловероятно после одно – двухлетнего возраста. На данный момент мы не располагаем определенным подтверждением того, что раннее лечение (до конца второго года жизни) лучше более позднего (5). Как правило, мальчики с неопустившимся яичком, которое никогда не находилось в мошонке, направлялись на лечение еще до второго года жизни.

1. John Radcliffe Hospital Cryptorchidism Study Group. Cryptorchidism: a prospective study of 7500 consecutive male births, 1984-8. Arch Dis Child 1992;67:892-9.
2. Gordon N. Undescended testes: screening and early operation. BJCP 1995;49:318-320.
3. Venlet-Melchior CJE, Hirasig RA. De betekenis van de registratie van de ligging van de testis in de jeugdgezondheidszorg ter voorkoming van onnodige orchidopexieën. Ned Tijdschr Geneesk 1989;133:2084-6.
4. Snick HKA. Sterke daling van de orchidopexie-frequentie op Walcheren. Ned Tijdschr Geneesk 1988;132:777-80.
5. De Muinck Keizer-Schrama SMPF. Consensus beleid bij de niet in het scrotum gelegen testis. Ned Tijdschr Geneesk 1987;131:1817-21.

### *Примечание 12*

Врожденная катаракта встречается у 15 из 100 000 новорожденных в северных провинциях Нидерландов (1). В отношении других частей страны достоверных данных нет. Врожденная катаракта является причиной 10% всех случаев слепоты. Чем быстрее будет выявлена и вылечена эта патология, тем лучше прогноз в отношении зрения. Согласно англо-саксонским медицинским источникам, операцию нужно сделать в течение двух месяцев после рождения, предпочтительно на первой неделе (2,3). Врожденную катаракту можно обнаружить, наблюдая преломляющие среды глаза в проходящем свете. В норме зрачок будет красным, если же есть катаракта, то четко видно помутнение (4). Сложнее определить слоистые формы катаракты. Группа советует проверить глаза во время первичного осмотра непосредственно после родов. Не требуется, чтобы каждый семейный врач обследовал глаз при помощи проходящего света, даже если такой подход, по всей вероятности, более результативен, чем простой осмотр. Причина заключается в том, что проведение этого обследования с новорожденным требует немалого опыта; тогда семейный врач проверяет среды глаза при помощи глазного зеркала на расстоянии 15-30 см от глаз новорожденного. Если помутнения в глазных средах нет, то зрачок будет красным. Врожденная глаукома встречается в северных провинциях Нидерландов у 2 из 100 000 новорожденных (1). По вине этого заболевания по всему миру 5-13% детей страдают от слепоты. Быстрое выявление играет огромную роль, так как, по крайней мере, 80% смогут получить помощь благодаря операции. Зачастую именно обильное слезотечение и светобоязнь становятся первыми сигналами глаукомы у младенцев. Другие признаки – это помутнение роговицы и аномально большой глаз (5). Группа советует обратить на это внимание.

1. International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. Annual Report 1999 with data for 1997. Roma: International Centre for Birth Defects, 1999.

2. Arkin M, Azar D, Frailoi A. Infantile cataracts. *Int Ophthalmol Cli* 32;1992:107-120.
3. Lloyd IC, Goss-Sampson M et al.. Neonatal cataract: aetiology, pathogenesis and management. *Eye* 1992;6:184-96.
4. Stilma JS, Voorn ThB. *Praktische oogheelkunde*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
5. Albert DM, Jakobiec FA. *Principles and practice of ophthalmology*. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000.

### *Примечание 13*

В 1989 году в рамках проекта «Оценка введения акушерского перечня показаний» NIVEL провела исследование по акушерству в практике семейного врача (1). Врачей общей практики попросили обосновать свои цели в обследовании новорожденных примерно на третий день после родов. Среди семейных врачей, которые принимают роды (общее число = 373), 91% считают, что это обследование является обязанностью семейного врача; и среди тех, которые не принимают роды (общее число = 231), 87% думают, что это обязанность семейного врача. Когда проверили, действительно ли выполняется упомянутое обследование, то оказалось, что 63% семейных врачей в обеих группах на самом деле выполняют обследование примерно на третий день. Семейные врачи, которые не проводили обследование, считают, что это является обязанностью того, кто помогал при родах. Продолжать обследование семейному врачу, с их точки зрения, не имеет смысла. Семейные врачи, которые выполняли обследование, считают такое важным, главным образом, благодаря взаимоотношениям с семьей, а не с точки зрения полезности (2).

1. Riteco JA, Hingstman L. *Evaluatie invoering 'verloskundige indicatielijst'*. Utrecht: NIVEL, 1991.
2. Voerma WGW, *Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983,52-4.

### *Примечание 14*

Во время перспективного исследования в одной из больниц Абердина, Шотландия, поставили цель проверить, каково преимущество процедуры повторного осмотра новорожденного по сравнению с только одним осмотром непосредственно после родов (1). Одному осмотру сразу после родов подверглись 4835 детей (на 0 – 3 день), 4877 были осмотрены дважды (первичный осмотр – в течение 36 часов после родов, повторный – примерно на 3-й день). Во время одного осмотра диагностировали 8,3% врожденных отклонений, при двойном осмотре – 9,9%. При единственном осмотре чаще всего пропускали патологию тазобедренного сустава (2,8 процента против 3,6 процента при двойном осмотре). Сердечно-сосудистые заболевания выявлялись не намного реже (1,2 процента против 1,1 процента). В первый год жизни 1471 (15 процентов) младенцев лечились в больнице по крайней мере один раз. Как оказалось, различие между двумя группами существенно не повлияло на количество, вид (плановая или экстренная) и специализацию госпитализаций. На этом основании пришли к выводу, что нет никакого подтверждения тому, что одно обследование менее эффективно, чем два, чтобы найти младенцев, которые нуждаются в дальнейшей медицинской помощи. Кроме того, в статье, посвященной этому исследованию, было отмечено, что влияние последнего будет слишком ограничено, чтобы делать заявления о сравнительно редких отклонениях, таких как пороки сердца и дисплазия тазобедренных суставов (2). Во время перспективного исследования в Великобритании изучали дополнительную ценность процедуры повторного осмотра новорожденного (3). Так, 1747 детей, рожденных в больнице, были осмотрены сразу же после рождения; отклонения были найдены у 158 (8,8 процента). Повторный осмотр проводили на первый – двенадцатый день, когда выписали 80 процентов из всех 1747 детей. В этой группе (числом = 1428) у семи детей (0,5 процента)

были найдены новые серьезные отклонения, которые не были обнаружены при первом осмотре: у четверых детей была патология тазобедренного сустава, у одного – желтуха, у одного шум в сердце и у одного – острый живот. При дальнейшем обследовании этих семерых детей выяснилось, что терапевтические последствия имела только патология тазобедренного сустава: двое детей прошли ортопедическое лечение. Автор приходит к выводу, что повторный осмотр в раннем неонатальном периоде не оправдывает себя в качестве процедуры скрининга. Но он советует провести повторное обследование тазобедренного сустава в течение первой недели жизни. В ретроспективном исследовании документов одного из практикующих семейных врачей обращали внимание на то, какие отклонения находил врач, осматривая новорожденных во время патронажных визитов. Из группы 333 новорожденных он обследовал около половины. У них не оказалось никаких отклонений, которые не были бы обнаружены со временем другим способом (4). Кроме того, не стоит преувеличивать серьезность отклонений, обнаруженных у столь малого числа младенцев, учитывая низкий процент отклонений у новорожденных в целом.

1. Glazener CMA, Ramsay CR, Campbell MK et al. Neonatal examination and screening trial (NEST): a randomised, controlled, switchback trial of alternative policies for low risk infants. *BMJ* 1999;318:627-32.

2. Hall DMB. The role of the routine neonatal examination. It has many aims, few of them evaluated. *BMJ* 1999;318:619.

3. Moss GD, Cartlidge PHT, Speidel BD, Chambers TL. Routine examination in the neonatal period. *BMJ* 1991;302:878-9.

4. Hugenholtz M. De eerste visite. Het onderzoek van de pasgeborene. *Huisarts Wet* 1994;37:541-4.

#### *Примечание 15*

Van den Brande JL, Heymans HSA, Monnens LAN. *Kindergeneeskunde*. Utrecht: Elsevier/Bunge, 1998.

#### *Примечание 16*

В NHG стандарте по ведению беременности и послеродового периода обсуждается польза обследования новорожденных во время патронажного посещения (прим. 40). Банникский III (Bunnik-III) протокол пострадал от «преувеличенного стремления к совершенству». Oldenzel JH, Flikweert S, Giesen PHJ et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraambed. In: Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. *NHG-Standaarden voor de huisarts II*. Utrecht: Bunge, 1996.

#### *Примечание 17*

13 сентября 2000 года проходила конференция, на которую были приглашены около пятидесяти врачей (семейных врачей, педиатров, гинекологов) и акушеров, которые являлись экспертами или непосредственно занимались обследованием новорожденных. Их попросили рассказать, какой должна быть процедура первичного осмотра новорожденного, с которой бы они согласились. Участники пришли к консенсусу, что обследование новорожденного играет огромную роль. Дальнейшее обследование следует проводить по показаниям (1). Показания возникают в том случае, если во время первичного осмотра находят признаки, требующие дальнейшего обследования, такие как цианоз, ретракция или признаки дисморфии.

1. Wiersma Tj. *Onderzoek van de pasgeborene*. *Huisarts Wet* 2000;43:558.

#### *Примечание 18*

Сбор информации о наследственных заболеваниях не следует проводить во время обследования новорожденного, так как зачастую это время – достаточно эмоциональный момент родов. Очень важно установить истину об этих недугах еще до зачатия или во

время беременности. Вопросы для сбора анамнеза по наследственным заболеваниям более конкретно изложены в NHG стандарте по ведению беременности и послеродового периода.

Oldenziel JH, Flikweert S, Giesen PHJ et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraambed. In: Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996.

#### *Примечание 19*

В итоговой карточке по обследованию новорожденных непосредственно после родов содержатся данные Банниковского III (Bunnik-III) протокола (1,2), дополненные информацией из учебника по педиатрии (3). Обследование ограничивается осмотром новорожденного.

1. Gill K, De Boer-Fleischer A. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene?

Huisarts en Wet 1983;26:386-7.

2. De Boer-Fleischer A, Schellekens JWC. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene? II.

Huisarts en Wet 1984;27:91-4.

3. Van den Brande JL, Heymans HSA, Monnens LAN. Kindergeneeskunde. Utrecht, Elsevier/Bunge, 1998:152-61.

#### *Примечание 20*

Шкалой Апгар пользуются в течение почти пятидесяти лет для оценки состояния и для прогноза жизнеспособности новорожденного. Ценность шкалы Апгар подчас ставилась под сомнение, так как она имеет ограниченные возможности для предсказания неврологического развития. Вместе с тем шкала Апгар никогда и не имела такого предназначения. Недавно проводились широкомасштабные исследования, которые показали, что эта система оценки до сих пор еще может предсказывать шансы на выживание (1). Из 132228 родившихся в срок новорожденных смертность детей с оценкой 0 – 3 по шкале Апгар была 244 на 1000, а с оценкой от 7 до 10 – 0,2 на 1000. Нам неизвестны исследования относительно того, как именно проводится оценка по шкале Апгар. В частности, не известно, как считается или измеряется частота сердечных сокращений на практике. Группа предполагает, что большинство семейных врачей начинают считать частоту пульса, если оценка низкая. Группа считает оценку по шкале Апгар заслуживающей доверия. Если через пять минут оценка равняется семи баллам или выше, то это указывает, что состояние новорожденного от хорошего до отличного (1). Более 99 процентов новорожденных среди населения первой линии имеют оценку по шкале Апгар выше семи баллов (2).

1. Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. N Engl J Med 2001; 344:467-71.

2. Den Ouden L. Een lage Apgarscore, wat zegt dat? Tijdschr Verlosk 1999;24:746-9.

#### *Примечание 21*

Чтобы узнать алгоритм действий семейного врача в случае желтухи новорожденных и ее последствий (2), следует обратиться к указаниям Голландской ассоциации педиатрии (1). Здесь говорится, что при желтухе, развившейся в течение 24 часов после рождения, ребенка сразу же передают педиатру без проведения определения концентрации общего билирубина в сыворотке крови.

1. Fetter WPF, Van de Bor M, Brand PLP, Kollée LAA, De Leeuw R, De Nef JJEM.

Hyperbilirubinemie bij gezonde voldragen pasgeborenen: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Ned. Tijdschr Geneesk. 1997;141:140-3.

2. Wiersma Tj, Flikweert S. Correctie NHG-standaard Zwangerschap en kraambed. Huisarts en Wetenschap 1998;41:350.

### *Примечание 22*

Кефалогематому следует отличать от родовой опухоли, так как первая всегда ограничена швами черепа. Ни одна из этих родовых травм в лечении не нуждается.

Van den Brande JL, Heymans HSA, Monnens LAN. *Kindergeneeskunde*. Utrecht: Elsevier/Bunge, 1998:680.

### *Примечание 23*

Если конъюнктивит вызван гонококками, то в течение одного-трех дней развивается сильный отек и появляются гнойные выделения. В случае конъюнктивита, вызванного хламидиями, через две-три недели появляются умеренные выделения и краснота. При подозрении на один из них ребенка сразу же направляют к окулисту.

Blom GH, Cleveringa JP, Louisse AC et al. NHG-Standaard Het rode oog. In: Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. *NHG-Standaarden voor de huisarts II*. Utrecht: Bunge, 1996.

### *Примечание 24*

Незначительные отклонения («небольшие аномалии») сами по себе не влияют на функции организма. Из часто встречающихся незначительных врожденных отклонений отмечают кожные выросты на ушных раковинах, постоянное сжимание ладоней, синдактилию (сращение пальцев рук и ног), лишний сосок, водянку яичка и крестцовую ямку (ямку на копчике). Тем не менее выявление таковых имеет значение, так как присутствие множественных незначительных отклонений может указывать на наличие более серьезных патологий. Когда у новорожденного находят два незначительных отклонения, то вероятность обнаружения более серьезных равняется десяти процентам.

Van den Brande JL, Heymans HSA, Monnens LAN. *Kindergeneeskunde*. Utrecht: Elsevier/Bunge, 1998:215.

### *Примечание 25*

Пупочный канатик имеет две артерии и одну вену. В менее чем одном проценте случаев у новорожденных находят только одну артерию. Это может сочетаться с некоторыми другими пороками развития, такими как патология почек. Если при осмотре пупочного канатика вы нашли только одну артерию, следует обратиться к педиатру. В дополнение следует отметить, что вероятность обнаружения врожденных патологий мала, если у ребенка нет очевидных внешних аномалий, если он родился с нормальным весом и в нормальном состоянии (1).

1. Semmekrot BA. Een navelstreng met twee vaten. *Tijdschr. Verlosk.* 2000;25:511-2.

### *Примечание 26*

Зачастую младенцы азиатского происхождения (а иногда и младенцы европеоидной расы) рождаются с монгольским пятном, которое не является патологией. Сильная волосистость в области крестца наводит на подозрение о незаращении дужки позвонка. Отек в области крестца может указывать как на незаращение дужки позвонка, так и на липому.

Van den Brande JL, Heymans HSA, Monnens LAN. *Kindergeneeskunde*. Utrecht: Elsevier/Bunge, 1998.

### *Примечание 27*

При неврологическом обследовании новорожденных достаточно обратить внимание на тонус, подвижность и позу малыша. Проверка рефлексов не несет дополнительной ценности в практике семейных врачей. В течение первой недели после родов выяснится, присутствует ли сосательный рефлекс, когда ребенок берет грудь или пьет из бутылочки.

Vles JSH, Van Kranen-Mastenbroek VHJM. *Neuro diagnostiek van de pasgeborene*. *Tijdschr. Verlosk.* 2000:849.

### *Примечание 28*

Непосредственно после родов не рекомендуется измерять рост новорожденного. В соглашении «Диагностика малого роста у детей» сказано, что если ребенок родился в поликлинике или дома, то достаточно измерить рост в клинике в возрасте около четырех недель. Женщинам, которым диагностировали задержку внутриутробного развития плода, показаны роды в клинике на основании «списка акушерско-гинекологических показаний». Всем детям, которые, согласно показаниям, рождаются в клинике, группа рекомендует измерять рост при рождении. Последнее не относится к новорожденным в практике семейного врача.

De Muinck Keizer-Schrama SMPF (on behalf of the team). Consensus 'Diagnostiek kleine lichaamslengte bij kinderen'. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1998;142:2519-25.

### *Примечание 29*

Асфиксию, сочетание периодов гипоксии-ишемии, определить нелегко. При любых родах возникают периоды гипоксии, но здоровый ребенок имеет способность к компенсации. Если компенсаторные механизмы не срабатывают, например в случае преждевременных родов, задержки внутриутробного развития плода или врожденных патологий, то обычная гипоксия может вызвать перинатальную асфиксию и при нормальных родах. Когда гипоксия более серьезная или длительная, тогда компенсаторные возможности здорового ребенка могут иссякнуть, увеличивая вероятность возникновения перинатальной гипоксии.

Den Ouden L. Een lage Apgarscore, wat zegt dat? Tijdschr. Verlosk 1999;24:746-9.

### *Примечание 30*

В своей статье Холл делает ударение на том, что даже эксперт в области выполнения процедуры осмотра новорожденного может не выявить многие врожденные пороки (сердца), так как некоторые отклонения еще невозможно определить в первые дни после родов. Многие пороки сердца определяются только после закрытия Боталлова протока.

Hall DMV. The role of the routine neonatal examination. BMJ 1999;318:619-20.

### *Примечание 31*

Oldenziel JH, Flikweert S, Giesen PHJ et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraambed. In: Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996.